

PL16 - Malattie Croniche Non Trasmissibili: prevenzione, individuazione precoce e presa in carico

Quadro logico regionale

CODICE	PL16
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Raffaella Errico-Antonella Bianco
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-08 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 - MO1-17 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
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSk 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 counseling 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
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - 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

	<p>“Guadagnare salute” (DPCM 4.5.2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell’attività fisica e tutela sanitaria dell’attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari
--	--

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La descrizione del profilo di salute della popolazione campana indica da tempo una situazione generalmente sfavorevole rispetto al resto di Italia, con una differenza di attesa di vita alla nascita inferiore di due anni rispetto alla regione Marche, che ha l’attesa di vita più elevata in Italia.

Struttura e dinamica demografica

Secondo i dati ISTAT al 1 gennaio 2020, la Regione Campania conta 5.712.143 **residenti**.

Negli ultimi decenni, **il tasso di natalità** della Campania si è mantenuto sempre tra i più alti d’Italia

La speranza di vita alla nascita: negli ultimi decenni, la popolazione della Campania ha mostrato per gli uomini e per le donne un’aspettativa di vita che, sebbene in costante ascesa, si è mantenuta puntualmente inferiore rispetto a tutte le altre Regioni italiane.

La Campania è anche caratterizzata dalla più alta proporzione di popolazione in età evolutiva del Paese: il 17% ha un’età ≤ 14 anni, mentre in Italia tale proporzione non supera il 14%. Di conseguenza **l’indice di vecchiaia**, ossia il rapporto tra residenti dai 65 anni in su e residenti di età uguale o inferiore ai 14 anni, è il più basso d’Italia ed è pari a circa 90 (Italia: 142).

La popolazione straniera presente in Campania è in continuo aumento, (Dati ISTAT : 2017 n. 243.694- 2020 : n. 254.791) rappresenta quasi il 4,5% della popolazione italiana residente. Il 46% di tale popolazione è nella fascia di età tra i 24 e 69 anni con componente femminile superiore a quella maschile.

Profilo socio-economico

Dal punto di vista socio-economico e demografico la Campania manifesta alcune caratteristiche che, relativamente a numerosi indicatori, la situano lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni estreme e sfavorevoli, con conseguenze avverse sulla salute dei cittadini.

Un dato peculiare e interessante riguarda, soprattutto nelle aree considerate a maggior rischio socio-economico, le condizioni di affollamento a cui sono esposti i cittadini: con circa 430 abitanti per km², la Campania registra la **più alta densità abitativa** regionale del Paese (media nazionale: 199 ab/ km²).

Relativamente alla **composizione familiare**, la Campania mostra due dati che la differenziano dalle altre regioni: il numero medio di componenti per famiglia più alto d'Italia (3 contro 2.5) e la maggior proporzione di famiglie con ≥ 6 componenti che in Campania è pari a 3.2% e in Italia 1.4%.

La Campania presenta, insieme alla Puglia, il **grado di alfabetizzazione** più modesto del Paese: l'ultimo censimento ha mostrato, infatti, che il 15% della popolazione tra i 15 e i 52 anni non ha conseguito la scuola dell'obbligo (Italia 10%)

Appena dopo quello della Sicilia, la Campania presenta il **tasso di disoccupazione** giovanile 15-24 anni più alto dell'intero Paese: dati recenti indicano per la nostra regione un tasso pari al 32% contro un dato medio nazionale pari al 20%.

Il disagio sociale: dati sulla percezione dei cittadini

I cittadini campani percepiscono ed esprimono apertamente il disagio relativo alle condizioni in cui sono spesso costretti a vivere nel luogo di residenza: un cittadino su due (in Italia 1 su 4) ritiene che ci sia "sporcizia" nella zona in cui abita, mentre un cittadino su tre ritiene che vi siano situazioni di violenza, criminalità o atti vandalici (in Italia 1 su 6) e, per entrambe queste situazioni, la Campania vanta un infelice primato nazionale. Il 14% dei cittadini campani inoltre, secondi solo a quelli laziali per un solo punto percentuale, riferisce che nella propria zona di residenza vi sono persone che si drogano, che si ubriacano e che si prostituiscono (in Italia 9%): tali condizioni sono più spesso, ma non esclusivamente, riferite da cittadini residenti in aree caratterizzate da maggiore povertà. In Campania circa un cittadino su due lamenta un eccessivo inquinamento dell'aria o acustico e, rispetto alle altre regioni italiane, ci si trova nella parte apicale della classifica contesto socio-demografico.

Anche i problemi di accesso ai servizi sanitari, a causa di affollamento o di lontananza, sembrano essere particolarmente lamentati dai cittadini campani: in regione, infatti, il 15% dichiara di avere difficoltà nel raggiungere ed usufruire dei servizi Asl e del Pronto Soccorso rispetto ad un dato nazionale pari al 10%.

In sintesi La Campania, regione giovane, prolifica e sovraffollata, ospita cittadini costretti a vivere condizioni sociali ed economiche svantaggiate ed estreme rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane: una tale situazione espone i singoli e l'intera comunità a stili di vita dannosi e a condizioni di salute sensibilmente più scadenti rispetto a tutti gli altri abitanti della stessa nazione.

Stili di vita

Nel complesso, in Regione Campania una quota ancora cospicua di popolazione, in significativo eccesso rispetto all'atteso, non assume stili di vita virtuosi. Gli stili di vita scorretti sono presenti soprattutto nelle fasce di popolazione con basso titolo di studio e condizioni economiche svantaggiate. L'associazione inoltre di più fattori di rischio, riscontrabile in ampi settori della popolazione, ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni

Di seguito vengono riportati i dati del rapporto **PASSI " Guadagnare salute Rapporto Regione Campania 2020"** riguardo agli stili di vita :

- **Sedentarietà:** circa il 52.3% degli intervistati riferisce di essere completamente sedentario. Il 22.3% risulta parzialmente attivo e il restante 25.4% attivo. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età

ed è più diffusa nelle donne, tra le persone con basso livello d'istruzione e quelle con maggiori difficoltà economiche

- **L'abitudine al fumo** : è più alta tra i 25 e i 49 anni, tra gli uomini, tra i soggetti con più basso livello di istruzione e tra quelli con maggiori difficoltà economiche.
- **Consumo alcol**: nel periodo 2016-19, la percentuale di consumatori di alcol risulta pari al 44.4% di questi il 4.3% della popolazione 18-69 anni ha dichiarato di bere alcol fuori pasto e l'1.7% di assumerlo abitualmente in quantitativi elevati. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età compresa tra i 18 e i 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione medio alto e tra quelle che hanno minori difficoltà economiche.
- **Stato nutrizionale**: il 51.2% delle persone intervistate presenta un eccesso ponderale (37.2% sovrappeso, 13.7% obeso). L'eccesso ponderale aumenta con l'aumentare dell'età; è maggiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 54% e 39%) e nelle persone con basso livello di istruzione. Rispetto al dato nazionale di sovrappeso ed obesità rispettivamente pari al 31% e 11%, la Campania mostra valori più alti di quelli nazionali.
- **Abitudini alimentari -Consumo di frutta e verdura**: Il 57% ha dichiarato di mangiare frutta e verdura a/meno una volta al giorno, il 32% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'8% mangia le 5 porzioni raccomandate giornalmente.

Allo stesso modo dai dati riportati nel "**Rapporto Osservasalute 2020**"-Regione Campania sugli stili di vita emerge che per

- **L'abitudine al fumo**: nel 2019, la quota di fumatori tra la popolazione di età 14 anni ed oltre è pari a 19,5% (valore nazionale 16,7%).
- **Sovrappeso**: in Campania la prevalenza di persone di età 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso è pari, nel 2019, a 39,5% (valore nazionale 35,4%), valore in diminuzione rispetto all'anno precedente (-2,9%). Tale valore è il più alto in Italia.
- **Obesità**: la prevalenza di persone di età 18 anni ed oltre obese è pari, nel 2019, a 11,7%, (superiore al valore nazionale, 10,9%).
- **Sedentarietà**: nel 2019, la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari a 51,7% (valore nazionale 35,6%).

Stato di Salute

Nel 2020 in Campania sono decedute 53.860 persone, 26.206 uomini e 27.654 donne: la popolazione regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 11 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale

I dati della indagine ISTAT multiscopo degli ultimi anni, a parità di composizione per età della popolazione (tassi standardizzati), mettono in evidenza che nel sud, e quindi anche in Campania, elevate frequenze di disabilità, presenza di malati multicronici e di malattie croniche gravi. Tra quest'ultime quelle cardio-cerebrovascolari sono ancora oggi tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. in Italia

provocano il 35% di tutti i decessi maschili e il 43% di quelli femminili e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (*Disability Adjusted Life Years*, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione). Come in generale in Italia, anche in Campania le malattie del sistema circolatorio rappresentano la quota maggiore di mortalità (40% circa). I tumori, nel loro complesso, rappresentano la seconda causa di morte e di ricovero, mentre risultano elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per diabete mellito (per quest'ultimo la mortalità tra le donne è doppia rispetto al dato nazionale).

Percezione del proprio stato di salute: rappresenta una dimensione importante della qualità della vita. Numerosi studi hanno mostrato che lo stato di salute percepito dalle persone è strettamente correlato alla mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito è anche associato alla presenza delle più frequenti malattie croniche ed ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica). Dai dati PASSI 2016-2019 risulta che la gran parte della popolazione adulta italiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente". Il 67% degli intervistati in Regione Campania ha risposto di sentirsi bene o molto bene con uno stato di salute percepito positivamente al di sotto del valore nazionale (70,09).

Profilo di equità

Per definire un profilo di Equità, utile alla scelta degli interventi preventivi più promettenti in termini di riduzione delle disuguaglianze nella regione Campania, sono stati utilizzati gli strumenti messi a disposizione dal DoRs-Regione Piemonte: CoEsDi e CoMoDi integrandoli con dati provenienti da fonti disponibili presso la nostra Regione quale la sorveglianza PASSI Rapporto Regionale 2020.

Dai dati rilevati è emerso che i fattori di rischio "sedentari" "troppe carni" "obesi" hanno un indice PAF (Population Attributable Fraction, frazione attribuibile % nella popolazione) più elevato e quindi presentano disuguaglianze sociali più marcate. Tra questi fattori la sedentarietà ha anche la più alta prevalenza tra la popolazione campana (pari al 71,2%). L'indice PAF che è l'acronimo dell'espressione epidemiologica inglese Population Attributable Fraction (in italiano, frazione attribuibile % nella popolazione), rappresenta la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze.

Anche i dati ottenuti ricorrendo allo strumento CoMoDi (Contributo alla mortalità delle disuguaglianze), confermano per il fattore di rischio "sedentari", il maggior peso delle disuguaglianze, questa volta espresso in termini di mortalità. (RA 17,9%; PAF 3,9%).

Relativamente alla **sedentarietà** le fasce di età dove si è individuato una maggiore indice PAF sono:

- Dati CoEsDi: la fascia 30-44 per gli uomini e la fascia 65-74 per le donne,
- Dati CoMoDi: la fascia 30-44 per gli uomini e le fasce 30-44 e 45-55 per le donne.

La sedentarietà quindi cresce all'aumentare dell'età, ed è più diffusa nelle donne. Ciò è confermato anche dallo STUDIO PASSI.

Lo stile di vita sedentario inoltre si associa spesso ad altre condizioni di rischio. In particolare è risultato essere sedentario:

- il 61% delle persone depresse;
- il 59% degli ipertesi;
- il 57% delle persone in eccesso ponderale;
- Il 55% dei fumatori.

La prevalenza della sedentarietà aumenta inoltre tra le persone con basso livello d'istruzione e in quelle con maggiori difficoltà economiche. In tali condizioni sono anche prevalenti l'obesità, il sovrappeso e i comportamenti poco salutari (alimentazione, attività fisica, fumo, ecc.). L'eccesso ponderale rappresenta il secondo principale rischio modificabile per la salute in Campania ed è un problema prioritario di salute pubblica.

Tra le MCNT le malattie cardio-cerebrovascolari sono ancora oggi tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Oltre a provocare in Campania, come anche in Italia, un'elevata mortalità, hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (*Disability Adjusted Life Years*, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione). Tra gli uomini conducono al decesso con maggior frequenza le cardiopatie ischemiche mentre, tra le donne, le malattie cerebrovascolari. Inoltre chi sopravvive a un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali. Nel contempo sono fra i determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

In Campania il rischio cardiovascolare è più elevato che in altre regioni del Paese, con una elevata mortalità cardiovascolare, soprattutto quella cerebrovascolare. Mentre la mortalità per infarto miocardico è appena al di sopra del valore medio nazionale, la mortalità per eventi cerebrovascolari è la più elevata in Campania rispetto alle altre regioni, essendo la causa di oltre la metà dell'eccesso di mortalità registrato in Campania negli ultimi anni. (Tab.n.1-Piano Regionale Rete Ospedaliera 2016-18).

I dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare mostrano una maggiore prevalenza di ipertensione arteriosa, di diabete e di sindrome metabolica, associata a una maggiore sedentarietà e più frequente abitudine al fumo. Stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza della malattie croniche, quali sedentarietà, eccesso ponderale e fumo sono significativamente più frequenti nella popolazione campana che nel resto del Paese, con tendenza all'aumento. In particolare, sono da segnalare, per le province di Napoli e di Caserta, alte prevalenze di sedentari, fumatori e scarsa adesione ai programmi di screening oncologici. Anche per gli altri fattori di rischio cardiovascolare, come il diabete, si registra un eccesso in Campania, mentre la prevenzione operata attraverso il controllo della pressione arteriosa è meno frequente, che nel resto del Paese. Solo il 9% degli ultraquarantenni intervistati riferisce che gli è stato valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico. Nel causare queste malattie rivestono un ruolo rilevante anche altri determinanti, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di marginalità e isolamento sociale. Nel complesso, dunque, è evidente che in Regione Campania una quota ancora cospicua di popolazione, in significativo eccesso rispetto all'atteso, non solo non assume stili di vita virtuosi ma è esposta anche a più fattori di rischio la cui associazione, riscontrabile in ampi settori della

popolazione, ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni.

Relativamente **agli stili di vita**, soprattutto quelli maggiormente associati ad esiti sulla salute, la percentuale di popolazione campana che fuma, che non svolge attività fisica o che comunque vive una vita sedentaria, che ha un'alimentazione non corretta o un peso eccessivo, è sistematicamente superiore rispetto a quella rilevabile in tutte le altre regioni italiane per cui è "fisiologico" attendersi in Campania una popolazione che manifesti condizioni di salute sensibilmente peggiori rispetto a quelle di cittadini residenti in altre Regioni, caratterizzate, queste ultime, anche da un profilo socio-economico più favorevole

E' ormai universalmente riconosciuto come l'80% circa delle malattie cardiovascolari possano essere prevenute intervenendo sugli stili di vita e sui fattori di rischio. Infatti sebbene il peso delle malattie cardiovascolari continui ad essere il maggiore, osservazioni recenti indicano che tale trend non è irreversibile e che le azioni di prevenzione possono ancora più della terapia indurre riduzioni di incidenza molto favorevoli. Dalla metà degli anni 70 in Italia i tassi di mortalità per cardiopatia coronarica hanno avuto un andamento in discesa attribuita rispettivamente ai cambiamenti nei trattamenti e nei fattori di rischio nella popolazione. Un'analisi recente per il nostro Paese ha evidenziato che più della metà della riduzione (circa il 55%) è dovuta ai cambiamenti nei maggiori fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana, principalmente la riduzione della pressione arteriosa (25%) e della colesterolemia totale (23%). Circa il 40% della diminuzione è dovuta ai trattamenti specifici, principalmente trattamenti per lo scompenso cardiaco (14%) e terapie in prevenzione secondaria dopo un infarto del miocardio o una rivascolarizzazione (6%).

La sfida strategica della prevenzione è quindi il progressivo incremento della proporzione di popolazione a basso rischio, condizione essenziale per sconfiggere l'epidemia delle malattie cardio-cerebrovascolari che sono di origine multifattoriale e prevenibili, poiché dovute alla combinazione di più fattori di rischio modificabili tra cui l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il diabete, il fumo di tabacco, il sovrappeso/obesità, la sedentarietà, la dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Da anni la Regione è impegnata ad affrontare tali problemi e a garantire che tutta la popolazione nei vari setting (scuola, luoghi di lavoro, comunità) abbiano da parte delle ASL interventi efficaci, efficienti, equi, sostenibili, appropriati e che coinvolgano un numero rilevante di persone e in particolare quelle con basso titolo di studio e in condizioni socio-economiche più svantaggiate. In particolare con il precedente piano di prevenzione regionale (P.R.P.2014-2018) sono state messe in atto, in collaborazione con le Asl, interventi sulla popolazione e sull'individuo al fine di individuare in una fase precoce i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT per indirizzarli in percorsi di prevenzione e diagnostici terapeutici appropriati. Inoltre, tra le tante iniziative ed interventi realizzati in ambito regionale è da evidenziare la partecipazione di tutte le ASL negli anni 2010-2013 al *Programma Guadagnare Salute in Adolescenza* coordinato dalla Regione Piemonte (una delle buone pratiche di tale programma era di un'ASL campana), al *Programma Equità in Salute* di durata triennale (Decreto Commissariale n. 94 del 30 settembre 2013), alla costituzione di un *Gruppo di Lavoro Regionale Identificazione delle Buone Pratiche in Educazione e Promozione della*

Salute (D.D. del 16 gennaio 2017 n. 3), all'Atto indirizzo regionale per le attività di educazione e promozione della salute (DGR 501/2017), al protocollo col USR sulle attività di promozione e di educazione alla salute (delibera della Giunta Regionale n. 699 del 14/11/2017).

Di seguito vengono descritte le diverse criticità esaminando i punti di forza, di debolezza, le opportunità ed i rischi connessi alla programmazione regionale degli interventi programmati per la prevenzione delle MCNT con la modifica e/o la correzione degli stili di vita e dei fattori di rischio.

Punti di forza:

- Conoscenza della patologia, della sua incidenza e della storia clinica
- Individuazione precoce del bisogno sanitario
- Presa in carico tempestiva dell'assistito
- Promozione di azioni di informazione e di comunicazione sull'importanza dell'adozione di stili di vita sani rivolti alla popolazione generale, nel mondo della scuola, del lavoro e nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare;
- Promozione di iniziative per implementare l'attività fisica controllata
- Adeguato trattamento e continuità terapeutica
- Formulazione di un percorso di diagnosi e di cura per le patologie croniche

Punti di debolezza:

- Numero limitato di risorse economiche, strutturali e strumentali : prevalenza sul territorio regionale di strutture sanitarie spesso non idonee con mancanza e/ carenza di strumentazione adeguata. A ciò si aggiungono anche i problemi di accesso ai servizi sanitari, a causa di affollamento o di lontananza. Tale situazione è particolarmente lamentata dai cittadini campani: in regione, infatti, il 15% dichiara di avere difficoltà nel raggiungere ed usufruire dei servizi Asl e del Pronto Soccorso rispetto ad un dato nazionale pari al 10%.
- Carenza di personale sanitario e non nei servizi territoriali: 70,6 dipendenti ogni 10.000 abitanti, contro i 130 della Toscana, i 126 dell'Emilia Romagna, i 122 del Piemonte e dell'Umbria, i 118 delle Marche, i 117 del Veneto, i 106,5 dell'Abruzzo, i 96,7 della Liguria, gli 87 della Lombardia [ISTAT i dati sono del 2019 e si riferiscono al 2017]. La carenza interessa tutte le figure professionali (i medici e odontoiatri sono 15,2 per 10.000 abitanti in Campania, contro una media nazionale di 16,7; il personale infermieristico è pari a 31,1 per 10.000 abitanti in Campania mentre in Italia è di 41,9). La carenza di personale impegnato nelle funzioni di promozione della salute è ancora più grave che in quella di altri settori ed gravissima soprattutto per quanto riguarda figure professionali quali assistenti sanitari (anche perché non esistono in Campania corsi di laurea in assistente sanitario), di dietisti, ostetriche, laureati in scienze motorie, assistenti sociali ecc., cioè di tutte quelle figure non dirigenziali indispensabili per realizzare estesi ed efficaci programmi di promozione della salute;
- Assenza di centri di ricerca, di documentazione, di master e corsi universitari sulla promozione della salute (a differenza di quanto avviene in altre regioni come Umbria, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto ecc.). Ciò priva la Regione Campania di importanti alleati soprattutto per quanto riguarda la formazione degli operatori, la ricerca e la valutazione;

- Percorsi di prevenzione, di diagnosi e assistenza disomogenei sia tra le 7 Asl Campane sia tra i vari servizi di una stessa Asl;
- Contesto sociale caratterizzato da un gran numero di soggetti in povertà assoluta (27% contro il 14% della media nazionale [Istat 2019] e in povertà relativa (21% contro il 5% dell'Emilia Romagna [Istat 2020]), da un elevato tasso di disoccupazione (20% contro il 9% della media italiana [Istat 2020]), di lavoro nero, di bassa istruzione (32% di soggetti che hanno al massimo solo la licenza media inferiore contro il 29% di media nazionale).

Opportunità

- Coinvolgimento dei MMG nei percorsi di prevenzione e diagnostici terapeutici
- Formazione specifica del personale sanitario ed infermieristico
- Ricerca e prevenzione dei fattori responsabili della progressione della malattia
- Sviluppo/consolidamento di una gestione integrata degli interventi orientando i servizi territoriali all'implementazione del percorso preventivo terapeutico assistenziale integrato con il coinvolgimento degli ambulatori/centri specialistici distrettuali/aziendali per la valutazione, la diagnosi e la terapia

Rischi

Ricoveri e /o prestazioni inappropriate

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire alla prevenzione, al controllo delle MCNT e a ridurre le complicanze. Per raggiungere l'obiettivo complessivo dell'adozione di corretti stili di vita, va facilitato il coinvolgimento delle persone sane e nello stesso tempo anche di quelle persone affette da patologia che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, solitamente meno attive e più difficili da raggiungere e coinvolgere.

Il Global Action Plan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 2013-2020 inserisce le MCNT, in particolare le malattie cardio-cerebrovascolari fra quelle da sorvegliare e da includere nelle azioni di prevenzione, in quanto ampiamente prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita corretti (sana alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta).

I Vari Piani Sanitari Nazionali e i Piani Nazionali della Prevenzione hanno incluso tra gli obiettivi la prevenzione ed il trattamento di tali patologie, in quanto la mortalità, le pensioni di invalidità, le esenzioni per patologia, la spesa farmaceutica e le SDO evidenziano la gravità dei danni non solo di salute ma anche sociali ed economici. Inoltre i dati disponibili confermano che ospedalizzazioni, invalidità e disabilità aumentano con l'avanzare dell'età e che il mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi di prevenzione primaria e secondaria. Le condizioni a rischio più frequenti

sono l'ipertensione arteriosa (pressione arteriosa \geq 140/90 mmHg o in trattamento specifico) e l'ipercolesterolemia (colesterolemia \geq 240 mg/dl o in trattamento specifico), altamente diffuse fin dall'età più giovane. Oltre agli aspetti strettamente legati ai principali fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione su cui agiscono stili di vita e trattamenti specifici, bisogna tenere conto delle differenti condizioni economiche, infrastrutturali, sociali e culturali delle specifiche realtà.

Nell'ottica quindi di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT, il Programma prevede lo sviluppo di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, sviluppando anche interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo. Esso propone un approccio combinato tra:

- **strategie volte alla comunità in generale** orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting al fine di sviluppare l'empowerment collettivo,
- **strategie rivolte all'individuo** per l'identificazione precoce di soggetti a rischio e/o l'identificazione di malattie in fase precoce, per la realizzazione di interventi di prevenzione, efficaci centrati sulla persona, personalizzati per livelli di rischio e di genere.

Strategie di Comunità

La promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel contesto comunitario sono azioni determinanti per l'avvio di un processo di cambiamento degli errati stili di vita. Le Aziende Sanitarie Locali con i propri servizi territoriali, secondo accordi intersettoriali, si occuperanno di:

- **Comunicazione:** promuovere il potenziamento dell'attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l'Health Literacy del cittadino;
- **Sensibilizzazione:** promuovere la prevenzione delle MCNT, in particolare delle malattie cardiovascolari, attraverso interventi di sensibilizzazione sui fattori di rischio, sull'importanza dell'adozione di stili di vita sani rivolti alla popolazione generale, nel mondo della scuola, nei luoghi di lavoro e nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare
- **Promozione di iniziative** per implementare l'attività fisica controllata
- **Creazione ed attivazioni di reti e alleanze intersettoriali** per la realizzazione di attività di empowerment di comunità e la capacity building a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali *super-setting* in cui gli altri convergono
- sviluppo di strategie multisettoriali volte a **favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche e ambientali**

Strategie sull'individuo

La persona al centro è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale. Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) ossia *il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute* (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment*) e di interagire con il sistema sanitario (*engagement*) attraverso relazioni basate sulla fiducia.

Nonostante le strategie nazionali di prevenzione delle MCNT tengano in considerazione tutti i fattori di rischio e i determinanti che influenzano la salute delle persone, molte delle azioni sinora intraprese nelle aree della prevenzione, della diagnosi e della terapia delle MCNT e delle loro complicanze hanno avuto spesso carattere frammentario. In particolare, "prevenzione" e "cura" sono state a lungo considerate strategie distinte, appannaggio quasi esclusivo delle autorità sanitarie pubbliche per gli aspetti preventivi e del clinico per i trattamenti. Il controllo delle MCNT, invece, richiede un approccio multidisciplinare, con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale di malattia al fine di rallentare la progressione della malattia anche con interventi comportamentali. Da quanto sopra, risulta evidente la necessità di dotarsi di un sistema organizzato di governance e accountability della prevenzione in grado di gestire e monitorare l'obiettivo attraverso le seguenti azioni:

- Identificare precocemente, anche in contesti opportunistici o setting di comunità, l'esposizione ai Fattori di rischio modificabili e/o intermedi con la individuazione di soggetti a maggior rischio ai cui vanno rivolti interventi di prevenzione con l'offerta di counseling individuali
- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche
- Individuare precocemente i soggetti affetti da MCNT
- Definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali per la presa in carico di persone a rischio e di quelle affette da patologie croniche
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.
- Migliorare la qualità dell'assistenza, in particolare garantendo il trattamento precoce delle patologie acute, allo scopo di ridurre la mortalità evitabile e di favorire il recupero e il reinserimento delle persone colpite da patologie croniche;
- Favorire la stabilità clinica dei pazienti attraverso l'ottimizzazione dell'intervento terapeutico e riabilitativo, soprattutto in fase precoce, ottimizzando i percorsi assistenziali tra strutture di diverso livello;
- Garantire la continuità assistenziale, ridurre le ospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita del paziente con patologia cronica, anche attraverso l'implementazione dell'assistenza territoriale ambulatoriale, domiciliare e residenziale, con il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti

- Promuovere la formazione del personale sanitario ed infermieristico, figura centrale nella gestione del malato cronico;

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Evidenze ricavate da studi e confronti tra paesi, programmi e interventi, riconoscono che un'azione preventiva per essere efficace richiede un approccio che impegni tutto il governo, nazionale o locale, con il coinvolgimento di ampi settori della società civile (whole-of-government e whole-of-society). Tale approccio strategico complessivo di promozione della salute e della salute mentale mira a rispondere ai bisogni specifici dei diversi gruppi di popolazione, in particolare di quelli vulnerabili e in tutte le fasi della vita, attraverso la combinazione di interventi universali con interventi selettivi, contrastando nel contempo stigma e discriminazione. Quindi l'impatto delle patologie croniche sulla salute può essere affrontato con un modello culturale ed organizzativo ("Expanded Chronic Care Model") in grado non solo di prendersi cura del paziente attraverso un importante ruolo della medicina territoriale ma anche di attivare percorsi intersettoriali di promozione della salute nelle comunità. E' fondamentale che il paziente possa vivere in un contesto che faciliti l'adozione di appropriate pratiche sanitarie e contestuali stili di vita favorevoli alla salute. Inoltre la presenza di una organizzazione in grado di farsi carico per lunghi periodi dei problemi sanitari legati agli stili di vita (come l'obesità) può avere effetti positivi nella diminuzione del rischio. In questo contesto è importante sottolineare la presenza dello strumento del "counselling breve", nel più ampio scenario del patient engagement, somministrato da sanitari in contesti opportunistici che può avere effetti positivi sulla cessazione da tabacco e sul miglioramento dello stile alimentare e dell'attività fisica

Tale visione è coerente con quanto rappresentato dal Piano Nazionale Cronicità che declina fasi (Figura A), obiettivi e processi attesi da tale percorso, fortemente orientati alla trasversalità (figura B) di aspetti peculiari anche dei percorsi di promozione e prevenzione



Figura A (Fonte: Piano Nazionale Cronicità)



Figura B: Fonte: Piano Nazionale Cronicità)

Fonti:

1. Piano Nazionale delle Cronicità 2016. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsan> anno 2016
2. Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 – Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf.
3. D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 - LEA (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 Supplemento ordinario n.15).
4. Patto per la Salute 2014-16- Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014.
5. World Health Organization (WHO). Non communicable diseases country profiles, 2011 (www.who.int/...). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world- World Health Organization 2018 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>.
6. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; accessed 12 June 2015 <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.
7. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 –OMS <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>.
8. Documento programmatico "Guadagnare salute". DPCM 4 maggio 2007 –Ministero della salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf.

9. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7-marzo 2019.
10. World Health Organization (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases ([whqlibdoc.who.int/...](http://whqlibdoc.who.int/)).
11. Ministero della Salute. Conferenza dei Ministri della Salute dell'UE "La salute in tutte le politiche" ([www.salute.gov.it/...](http://www.salute.gov.it/)).
12. Ministero della Salute. Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari (www.ccm-network.it/GS_intro).
13. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016 ([www.euro.who.int/...](http://www.euro.who.int/)).
14. International Union for Health promotion and Education (IUHPE). advocating for health promotion approaches to non-communicable diseases prevention ([www.iuhpe.org/...](http://www.iuhpe.org/)).
15. Quaderni del ministero. Dichiarazione politica della riunione ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni unite sulla prevenzione e il controllo delle Malattie Croniche Non Trasmissibili New York, 19-20 settembre 2011
16. Barr VJ , Robinson S et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674182> -British Columbia Health Sistem – Canada.<http://www2.gov.bc.ca/gov/topic.pageid=043B286D4F8244A68C0548F5B6E9945B>.
17. Flynn MA, McNeil DA et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev. 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16371076>
18. Guendalina Graffigna, Serena Barello, Giuseppe Riva, Gianluca Castelnuovo, Massimo Corbo, Liliana Coppola, Giovanni Daverio, Alice Fauci, Primiano Iannone, Walter Ricciardi, Albino Claudio Bosio "Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL16_OT02	Implementare accordi per la costituzione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie (enti locali, istituzioni, terzo settore ecc..) miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastando la diffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (fake news);
PL16_OT02_IT04	accordi Intersettoriali
formula	Numero accordi intersettoriali implementati per la costituzione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie (associazioni di volontariato, scuole , ecc)
Standard	Redazione di accordo formale con le organizzazioni sanitarie e non sanitarie in almeno una Asl Regionale per singolo anno di attività a partire dal 2022 entro il 2025
Fonte	ASL

FORMAZIONE

PL16_OT03	Organizzare percorsi formativi per l'attività motoria secondo le linee guida vigenti per gli operatori del SSR coinvolti nella promozione dello stile di vita sano e attivo
PL16_OT03_IT07	Realizzazione di percorsi di formazione
formula	Numero di percorsi formativi
Standard	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo entro 2022• Realizzazione di almeno un 1 intervento di formazione in ciascuna azienda entro il 2025 per un totale di 7 percorsi formativi
Fonte	Regione Campania /ASL
PL16_OT05_IT10	Realizzazione di corsi di formazione sulla corretta alimentazione
formula	Numero di corsi di formazione realizzati sulla corretta alimentazione
Standard	realizzazione di almeno un corso formativo di carattere regionale entro il 2022, realizzazione di almeno un intervento di formazione in ciascuna azienda sanitaria entro il 2025 per un totale di 7 interventi formativi
Fonte	REGIONE CAMPANIA

COMUNICAZIONE

PL16_OT04	<ul style="list-style-type: none">• Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder.
PL16_OT04_IT08	Numero interventi di Comunicazione ed Informazione sul programma di prevenzione delle MCNT con l'adozione di corretti stili di vita



formula	Realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione sul programma di individuazione e di screening MCNT rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno un 1 intervento di comunicazione/informazione per ogni anno di vigilanza del piano a partire dal 2023
Fonte	Regione Campania /ASL
PL16_OT04_IT09	Comunicazione ed Informazione sul programma di prevenzione delle MCNT con l'adozione di corretti stili di vita
formula	N° strumenti/materiali prodotti per la popolazione e per i soggetti arruolati (agenda per l'assistito, comunicati stampa, articoli pubblicati su testate locali, aggiornamenti sul sito web aziendale) e per i risultati raggiunti relativi allo screening delle MCNT
Standard	realizzazione di almeno n.2 strumenti/materiali prodotti di cui n.1 per la popolazione e ai diversi stakeholder riguardante l'approccio (agenda per l'assistito, comunicati stampa, articoli pubblicati su testate locali, aggiornamenti sul sito web aziendale) e n. 1 riguardante i risultati raggiunti relativi allo screening delle MCNT(report monitoraggio dati, report risultati) ogni anno dal 2023 al 2025
Fonte	Regione Campania /ASL

EQUITÀ

PL16_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL16_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

Obiettivi e indicatori specifici

PL16_OS01	1. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI SCREENING per l'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI SOGGETTI A RISCHIO PER MCNT
PL16_OS01_IS01	Numero Asl Aderenti al programma
formula	Numero delle Asl aderenti al programma/ totale Asl regionali
Standard	almeno 2 Asl entro il 2022, almeno 4 Asl entro il 2023, almeno 6 Asl entro il 2024, almeno 7 Asl nel 2025
Fonte	Regione Campania
PL16_OS01_IS02	IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI SCREENING con l'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI SOGGETTI A RISCHIO PER MCNT
formula	Costituzione di un Tavolo Di Lavoro Regionale e di un Tavolo di lavoro per singola Asl
Standard	Tavolo di Lavoro Regionale entro il 2022 e di un Tavolo di lavoro per singola ASL entro il 2023



Fonte	Regione Campania /ASL
PL16_OS02	2. MODIFICA DEGLI STILI DI VITA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, LA PREVENZIONE E LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE M.C.N.T
PL16_OS02_IS03	Numero di soggetti sottoposti a screening
formula	Numero di soggetti positivi ai Fattori di Rischio / Numero di soggetti selezionati
Standard	almeno il 10% entro il 2022, almeno il 30% entro il 2023, almeno il 50% entro il 2024, almeno il 70% entro il 2025
Fonte	Regione Campania /ASL
PL16_OS02_IS04	Numero di soggetti aderenti al follow up
formula	N° soggetti positivi ai F.R. che aderiscono al follow up / N° totale soggetti screenati positivi ai F.R. avviati al follow up
Standard	almeno il 10% entro il 2022, almeno il 20% entro il 2023, almeno il 30% entro il 2024, almeno il 50% entro il 2025
Fonte	Regione Campania /ASL
PL16_OS03	3. SVILUPPARE/CONSOLIDARE UNA GESTIONE INTEGRATA DEGLI INTERVENTI ORIENTANDO I SERVIZI TERRITORIALI ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO PREVENTIVO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INTEGRATO
PL16_OS03_IS05	Gestione integrata degli interventi
formula	N° soggetti positivi a due o più F.R. modificabili e/o intermedi presi in carico al PDTA /N° soggetti positivi a due o più F.R. modificabili e/o intermedi avviati al PDTA
Standard	almeno il 5% entro il 2022, almeno il 10% entro il 2023, almeno il 30% entro il 2024, almeno il 50% entro il 2025
Fonte	Regione Campania /ASL

Azioni

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (1 di 10)	AZIONI FUNZIONALI ALL'AVVIO E ALLA GOVERNANCE DEL PROGRAMMA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il programma di screening per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattia cardiovascolare o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti, verrà realizzato



con il coinvolgimento attivo del personale in servizio presso il Dipartimento di Prevenzione e il Distretto Sanitario (compreso il MMG) presso ogni singola Asl. Pertanto in una prima fase è fondamentale al fine di una Governance a livello Regionale e a livello Aziendale la costituzione di un :

- **TAVOLO DI LAVORO REGIONALE** per l'attuazione del programma composto dai referenti aziendali del programma, referenti della promozione salute delle sette Asl Campane e da esperti sul tema. Compito del gruppo è la governance del programma, il coordinamento ed il monitoraggio del programma.
- **TAVOLO DI LAVORO AZIENDALE** per la realizzazione sul territorio dell'Asl del programma, composta dal referente aziendale del programma, il referente promozione della salute, MMG, e esperti sul tema. Compito del tavolo è la governance aziendale del programma con la messa in atto delle procedure per la realizzazione delle attività previste dagli obiettivi del programma.

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (2 di 10)	Organizzare percorsi formativi per l'attività motoria secondo le linee guida vigenti per gli operatori del SSR coinvolti nella promozione dello stile di vita sano e attivo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Al fine di sviluppare conoscenze, competenze, consapevolezza e garantire la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo è fondamentale organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti (M.M.G. , Pediatri, personale sanitario e non ecc.). Tali percorsi riguardano, oltre il contrasto al Fumo di tabacco e al consumo dannoso dell'Alcol e ad altre forme di dipendenze, la promozione dell'Attività Fisica.

Pertanto, la Regione Campania prevede di programmare ed attuare un percorso formativo riguardante la promozione dell'Attività Fisica come da linee guida Ministeriali entro il 2022, rivolto ad una rappresentanza di operatori di ogni A.S.L. coinvolti nella promozione dello stile di vita sano e attivo, per far acquisire ulteriori competenze in merito.



Successivamente le AA.SS.LL., contribuiscono, a realizzare tale azione, replicando il percorso formativo dal 2023, dopo il primo evento realizzato dalla Regione Campania, per estendere l'opportunità di partecipazione al corso a tutti gli operatori delle varie strutture delle AA.SS.LL., soprattutto personale sanitario ed infermieristico, figura centrale nella gestione del malato cronico, coinvolgibili nel Programma. L'esito atteso del percorso formativo, sopra indicato, è quello di rafforzare le competenze degli operatori delle AA.SS.LL. nella duplice veste, di soggetti che devono sia attuare il programma e di soggetti che devono assicurare un sostegno ai cittadini nella promozione dello stile di vita sano e attivo, sulla pratica di esercizio fisico.

Metodologia scelta:

La formazione è partecipata prima ancora che partecipativa perché richiede, l'individuazione e il coinvolgimento di varie figure multidisciplinari e multiprofessionali, per consentire la conoscenza del fenomeno a livello locale, le ragioni che ostacolano l'attività motoria e tenere conto dei vari punti di vista (tecnico scientifico, epidemiologico, esperienziale degli operatori e della popolazione), fermo restando il vincolo dell'organizzazione dei servizi e delle modalità con cui i servizi offrono il programma di prevenzione, punto di riferimento da cui partire per costruire i percorsi di promozione della salute.

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (3 di 10)	Organizzare percorsi formativi sulla corretta alimentazione per gli operatori del SSR coinvolti nella promozione dello stile di vita sano e attivo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Al fine di sviluppare conoscenze, competenze, consapevolezza e garantire la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo è fondamentale organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti (M.M.G. , Pediatri, personale sanitario e non ecc.). Tali percorsi riguardano, oltre il contrasto al Fumo di tabacco e al consumo dannoso dell'Alcol e ad altre forme di dipendenze, la promozione di una corretta Alimentazione .

Pertanto, la Regione Campania prevede di programmare ed attuare entro il 2022 un percorso formativo riguardante la corretta alimentazione, con particolare riguardo alla valorizzazione della dieta Mediterranea,



rivolto ad una rappresentanza di operatori di ogni A.S.L. coinvolti nella promozione dello stile di vita sano e attivo, per far acquisire ulteriori competenze in merito.

Successivamente le AA.SS.LL., contribuiscono, a realizzare tale azione, replicando il percorso formativo a partire dal 2023, dopo il primo evento realizzato dalla Regione Campania, per estendere l'opportunità di partecipazione al corso a tutti gli operatori delle varie strutture delle AA.SS.LL., soprattutto personale sanitario ed infermieristico, figura centrale nella gestione del malato cronico, coinvolgibili nel Programma. L'esito atteso del percorso formativo, sopra indicato, è quello di rafforzare le competenze degli operatori delle AA.SS.LL. nella duplice veste, di soggetti che devono sia attuare il Programma e di soggetti che devono assicurare un sostegno ai cittadini nella promozione dello stile di vita sano e attivo, sulla corretta alimentazione (in particolare dieta mediterranea).

Metodologia scelta:

La formazione è partecipata prima ancora che partecipativa perché richiede, l'individuazione e il coinvolgimento di varie figure multidisciplinari e multiprofessionali, per consentire la conoscenza del fenomeno a livello locale, le ragioni che impediscono una corretta alimentazione ecc e tenere conto dei vari punti di vista (tecnico scientifico, epidemiologico, esperienziale degli operatori e della popolazione), fermo restando il vincolo dell'organizzazione dei servizi e delle modalità con cui i servizi offrono il programma di prevenzione, punto di riferimento da cui partire per costruire i percorsi di promozione della salute.

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (4 di 10)	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder.
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	3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; terza età
SETTING	comunità



DESCRIZIONE

Attuazione di Modelli di intervento/informazione per la promozione dell'accesso e dell'adesione della popolazione target e delle categorie vulnerabili al programma di prevenzione delle MCNT organizzato nella Regione Campania. Tali interventi sono finalizzati, da un lato alla diffusione della cultura e delle informazioni in merito alla prevenzione tra la popolazione, soprattutto quella disagiata, e, dall'altra a mettere in atto interventi concreti di prevenzione delle MCNT con l'adozione di stili di vita corretti.

Visto che circa 1/3 delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie a stili di vita corretti con una equilibrata e sana alimentazione ed una costante attività fisica, così come definito anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è fondamentale implementare processi di informazione e di educazione alla popolazione che convincano dell'utilità di adottare uno stile di vita salutare per modificare i fattori di rischio delle MCNT.

Pertanto al fine di diffondere la conoscenza sui corretti stili di vita e quella del programma di individuazione e di screening MCNT e i risultati raggiunti, la Regione Campania prevede la costruzione di strumenti di comunicazione e la realizzazione di iniziative di comunicazione/informazione rivolte sia alla popolazione generale sia ai diversi stakeholder (enti locali, associazioni, ecc.), con almeno un (1) intervento per ogni anno di vigilanza del piano a partire dal 2023.

Tali iniziative di comunicazione/informazione alla popolazione generale riguardano tutti i fattori di rischio con prevalenza di :

- Campagne sulla corretta nutrizione con l'obiettivo di educare ad un corretto stile alimentare sensibilizzando il cittadino sulla necessità di un'alimentazione varia, sana e bilanciata che è alla base di una vita in salute ed informandolo che un'alimentazione non corretta, vale a dire sbilanciata e ricca di sale, povera di frutta, di verdure e di fibre, unitamente ad una vita sedentaria, rappresentano importanti fattori di rischio per l'insorgere di malattie croniche degenerative (cardiocircolatorie, cerebrovascolari, tumori, ecc..). Contestualmente quindi la campagna, oltre a promuovere e valorizzare la dieta Mediterranea, promuove anche l'abitudine ad una costante attività fisica a tutte le età.
- Campagne di sensibilizzazione della popolazione sui benefici di salute che comporta lo svolgimento di uno sport o di un'attività fisica regolare, al fine di combattere la sedentarietà che rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute degli individui. L'esortazione è quella di attivare il proprio fisico e ad abbandonare definitivamente un atteggiamento sedentario perché lo sport e più in generale l'attività fisica fanno bene alla salute psicofisica e possono considerarsi un vero e proprio strumento di medicina preventiva. Quindi lo svolgimento regolare dell'attività fisica, con i dovuti accorgimenti, ha un effetto benefico a tutte le età. Nei bambini favorisce un corretto sviluppo fisico e la socializzazione, negli adulti contribuisce a ridurre il rischio dell'insorgenza di malattie croniche (dal diabete alle patologie tumorali e cardiovascolari) e migliora la salute mentale, negli anziani migliora l'elasticità muscolare e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione della malattie cronico degenerative.
- Campagne di informazione inerenti il programma:
 - World obesity day: 4 marzo



- Giornata mondiale attività fisica: 6 aprile;
- World Health day: 7 aprile;
- Alcohol Prevention Day: 14 aprile
- Giornata mondiale senza tabacco: 31 maggio
- Giornata mondiale dieta Mediterranea: 21 settembre;
- Giornata mondiale dell'alimentazione: 16 ottobre
- Giornata mondiale one health: 3 novembre;
- Giornata mondiale dell'alimentazione: 16 ottobre

Al fine di massimizzare l'impatto informativo tra gli operatori di diversa tipologia (sanitari e non) e di diversa collocazione nei servizi territoriali sanitari e non e di migliorare le iniziative di comunicazione/informazione rivolte sia alla popolazione generale sia ai diversi stakeholder , si prevede di produrre almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022.

- Relativamente all'approccio che ha l'obiettivo di diffondere tra la popolazione e le altre categorie vulnerabili la cultura e le informazioni in merito alla prevenzione delle MCNT con l'adozione consapevole di uno stile di vita sano ed attivo in tutte le età, è previsto il ricorso a strumenti e mezzi idonei a raggiungere nel modo più efficace il maggior numero di cittadini, sfruttando al massimo i canali social con l'adozione di un mix bilanciato di strumenti di comunicazione online e offline: sito web, workshop, seminari, convegni, comunicati stampa, prodotti audiovisivi e multimediali, eventi pubblici, contatti e reti esistenti, in modo tale che, partendo da qualsiasi punto della rete informativa, si arrivi ad accedere a tutti gli altri materiali e contatti di riferimento. In particolare si prevede la collocazione del programma nella Home Page della Regione Campania e delle Aziende Sanitarie Regionali. La pagina web consente a sua volta di scaricare tutti i materiali informativi cartacei e fornisce informazioni sugli stili di vita. Inoltre tutto il materiale cartaceo prodotto (brochure, manifesti, locandine, ecc.) verrà distribuito ed affisso nelle strutture sanitarie e non (ambulatori specialistici, servizi consultoriali, ambulatori MMG, istituzioni scolastiche, farmacie, luoghi di incontro, servizi sociali comunali e di ambito ecc.).
- per i risultati raggiunti relativi allo screening delle MCNT è prevista la realizzazione di un report monitoraggio dati, report risultati entro il 2022 da parte del Tavolo di lavoro Regionale da condividere con i referenti di promozione della salute delle sette Asl Regionali.

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (5 di 10)	Implementare accordi per la costituzione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie (enti locali, istituzioni, terzo settore



	ecc..) miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastando la diffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (fake news);
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Spesso articoli o pubblicazioni su reti sociali redatti con informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (fake news) sull’adozione di stili di vita sani vengono diffusi dai mezzi di comunicazione di massa, (emittenti televisive, giornali ecc.). Tuttavia con l’avvento di Internet, soprattutto con la condivisione dei media sociali, è aumentata la diffusione di notizie false sulla corretta alimentazione, attività fisica ecc per cui l’azione su indicata mira alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastando la diffusione di tali informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (fake news) soprattutto da parte di Siti Web e dei Social Network .

A tal fine risulta fondamentale la creazione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie (Enti Locali, Scuole, forze sociali, imprese, associazioni di categorie, ordini professionali, organismi del non profit, società scientifiche, associazioni sportive/ricreative, autoscuole, gestori di locali, rappresentanti dei MMG e dei PLS), stipulando accordi di collaborazione per la realizzazione delle azioni intersettoriali sulla promozione di stili di vita sani in base alle indicazioni e alle raccomandazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) enunciati con la Carta di Ottawa (1986), con la Carta di Toronto, le linee guida ministeriali per l’Attività Fisica, le linee guida dell’INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli alimenti e la nutrizione), i principi nutrizionali della dieta mediterranea per la corretta alimentazione, ecc.

Si prevede pertanto la redazione di almeno 1 accordo formale con le organizzazioni sanitarie e non sanitarie in almeno un’asl della Regione per singolo anno di attività a partire dal 2022 entro il 2025.

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (6 di 10)	Percorso di Screening” con l’ Individuazione ed arruolamento dei soggetti sani o apparentemente sani che non hanno sviluppato malattia cronica, di età compresa tra



	i 18 e i 68 anni
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	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria

DESCRIZIONE

Data la cronica criticità relativa alla carenza di risorse umane e strumentali nei servizi territoriali, il programma per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT verrà realizzato mediante due diverse modalità: la prima prevede il coinvolgimento attivo del personale in servizio presso il Dipartimento di Prevenzione e il Distretto Sanitario (Modello A), mentre la seconda prevede il coinvolgimento attivo dei MMG (Modello B).

L'Azienda Sanitaria aderente a seconda delle proprie risorse disponibili potrà adottare il modello A od il Modello B.

MODELLO A - Percorso con il coinvolgimento del personale dell'Azienda Sanitaria: sono previste le seguenti attività :

- 1. Redazione dell'elenco dei soggetti eleggibili:** il personale distrettuale estrae dall'anagrafe sanitaria l'elenco delle persone prive di esenzioni ticket per patologia inviandolo ai MMG per un'ulteriore selezione secondo criteri di esclusione (anamnesi positiva per eventi cardiovascolari maggiori, malattia diabetica, ipertensione in terapia, patologie neoplastiche in fase attiva, non autosufficienza, istituzionalizzazione). Tale elenco "pulito" contenente soggetti sani, privo cioè di quelle persone alle quali siano già state diagnosticate una serie di patologie tra cui ipertensione arteriosa, diabete, affezioni del sistema cardiocircolatorio e neoplasie, viene inviato all'Ufficio UOPC distrettuale
- 2. Programmazione visite ed esami previsti :** Il personale dell'UOPC distrettuale, ricevuto l'elenco, programma le visite e gli esami gratuiti presso le sedi individuate dal Dipartimento di Prevenzione mediante un invito attivo e gratuito e/o per chiamata diretta da parte del Medico di Base. E' da tener presente che attraverso la chiamata diretta dei soggetti da parte del MMG si cercherà di raggiungere gruppi di popolazione che tendono a sfuggire agli interventi di screening.



3. Effettuazione visite ed esami : I soggetti, aderenti all'invito, si recheranno presso la sede individuata per le visite, dove il personale sanitario qualificato effettua una valutazione del rischio cardiovascolare mediante le seguenti procedure: somministrazione della carta del rischio, valutazione degli stili di vita (tabagismo, alimentazione, attività fisica) tramite questionario standardizzato e valutazione di alcuni parametri antropometrici (peso, altezza, circonferenza vita), misurazione della pressione arteriosa, valutazione rapida della glicemia e della colesterolemia (qualora non fossero disponibili esami recenti o comunque non anteriori a 3/6 mesi)

MODELLO B - Percorso con il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale dell'Azienda sono previste le seguenti attività:

- 1. Redazione dell'elenco dei soggetti eleggibili :** Il personale distrettuale estrae dall'anagrafe sanitaria l'elenco delle persone prive di esenzioni ticket per patologia inviandolo ai MMG per un'ulteriore selezione secondo criteri di esclusione (anamnesi positiva per eventi cardiovascolari maggiori, malattia diabetica, ipertensione in terapia, patologie neoplastiche in fase attiva, non autosufficienza, istituzionalizzazione).

Programmazione ed effettuazione visite ed esami visite previsti: Il MMG, effettuata la pulizia dell'elenco dei propri assistiti, programma per essi presso il proprio studio e per chiamata diretta, le visite e gli esami descritti ai punti 2 e 3 del modello A

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (7 di 10)	Definizione rischio"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI 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	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Vengono di seguito descritte le attività previste per la definizione del rischio :



1. **Rilevazione e registrazione dati:** i dati rilevati sia secondo il percorso indicato dal Modello A che dal Modello B verranno raccolti in un documento (“ Agenda Sanitaria”) nella quale verranno riportati oltre i dati antropometrici e clinici anche quelli relativi agli stili di vita.

2. **Suddivisione Gruppi :**a seconda dei dati rilevati, i soggetti vengono suddivisi in quattro gruppi (A, B, C, D) come riportato nella seguente tabella:

Gruppo A : assenza di fattori di rischio comportamentali (parametri antropometrici, esami clinici e pressione arteriosa nella norma) e stile di vita sano,

Gruppo B: presenza di fattori di rischio comportamentali e stili di vita non sani,

Gruppo C: la valutazione ha evidenziato patologie subcliniche (nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici) che praticano stili di vita sani (C1) e scorretti (C),

Gruppo D sono quelli sfuggiti alla pulizia degli elenchi e quindi sono non eleggibili

Classe di rischio	Stile di vita	Parametri	Terapie
A	Adeguito	Nella norma	Terapie non in atto
B	Non adeguato	Nella norma	Terapie non in atto
C	Non adeguato	Non Nella norma	Terapie non in atto
C1	adeguato	Non Nella norma	Terapie non in atto

Consegna referti: Al termine della valutazione viene consegnato ai soggetti arruolati l’Agenda Sanitaria riportante i valori rilevati e la definizione del rischio

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (8 di 10)	GESTIONE INTEGRATA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L’ACCESSIBILITÀ E L’APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI 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	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	



CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Per la gestione integrata dei soggetti che necessitano interventi specifici sono previste le seguenti attività:

Integrazione del Programma di Screening con il PDTA delle MCNT in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità con la definizione di un Percorso Preventivo Terapeutico Assistenziale Integrato (PPTAI)

Ruolo fondamentale nell'offerta di salute al soggetto individuato, in un'ottica di genere, è svolto dal TEAM multidisciplinare ed intersettoriale dedicato e opportunamente formato, che lo accompagna, a seconda del livello di rischio di partenza, nella scelta di comportamenti corretti per la salute, attraverso l'offerta del consiglio breve, e lo orienta, al Percorso Preventivo Terapeutico Assistenziale Integrato per la presa in carico dei bisogni globali con l'attivazione delle procedure per l'invio al secondo livello assistenziale, visita specialistica, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura.

Tale percorso ha l'obiettivo di

- Potenziare le attività di prevenzione sul territorio
- Integrare i percorsi terapeutici assistenziali per le malattie croniche già deliberati in ambito regionale con il percorso di prevenzione
- Implementare il sistema di raccolta dati informatizzato
- Raccordo con le reti specialistiche
- Condivisione dei dati

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (9 di 10)	"Presa in carico"
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	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa



SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria
----------------	---

DESCRIZIONE

Per la presa in carico dei soggetti che necessitano interventi specifici sono previste le seguenti attività:

- **Individuazione ed indirizzo a percorsi di prevenzione, di educazione e di promozione della salute:** I soggetti di ciascun gruppo vengono indirizzati verso percorsi di prevenzione appropriati, di educazione e di promozione della salute, inerenti al miglioramento degli stili di vita (abitudine al fumo, alimentazione scorretta e sedentarietà) e/o verso percorsi diagnostico terapeutici appropriati con stretto coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (nel caso di classificazione in classe C). In particolare:

I **Soggetti di Gruppo A** con assenza di fattori di rischio comportamentali (parametri antropometrici, esami clinici e pressione arteriosa nella norma) e stile di vita sano, vengono invitati a rispettare rafforzando l'attuale buon stile di vita.

I **Soggetti di Gruppo B** con presenza di fattori di rischio comportamentali e stili di vita non sani, vengono forniti di materiali informativi sugli stili di vita corretti, indirizzati ad interventi di counselling individuale specifico presso i servizi disponibili nella comunità locale e nell'Azienda Sanitaria, con eventuale ricorso a strutture specialistiche (es. ambulatorio nutrizionale, ambulatorio per smettere di fumare ecc.) per

- consiglio breve per il contrasto del/dei fattore/i di rischio cui sono esposti (fumo, alcol , errata alimentazione e sedentarietà)
- promozione competenze e comportamenti salutari anche in un'ottica di genere:
 - health literacy, empowerment ed engagement, attraverso il percorso educativo/formativo
 - offerta di attività motoria
 - programma di formazione sulla corretta alimentazione con riguardo alla dieta mediterranea

I **Soggetti di Gruppo C**, nei quali la valutazione ha evidenziato patologie subcliniche (nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici) che praticano stili di vita sani e scorretti, vengono inviati al proprio MMG, per la normalizzazione degli esami alterati, privilegiando l'intervento sugli stili di vita. Dopo 3-6 mesi dall'approccio preventivo, in caso di risposta negativa, si valuterà l'opportunità di un approccio farmacologico.

I **Soggetti di Gruppo D** sono quelli sfuggiti alla pulizia degli elenchi e quindi sono non eleggibili.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (10 di 10)	Approccio integrato per la realizzazione di interventi finalizzati ad incentivare l'esercizio fisico e l'attività fisica nelle donne di età 65-74 nelle quali si evidenzia una elevata percentuale di frazione attribuibile % nella popolazione (PAF)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.3 Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che "promuovono salute" (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	



OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Dal Profilo di equità, realizzato per le MCNT è emerso che la sedentarietà con il 71,2% rappresenta il fattore di rischio più prevalente nella popolazione Campana. Tale fattore di rischio, oltre ad avere la più alta prevalenza, ha anche in indice PAF (Population Attributable Fraction, frazione attribuibile % nella popolazione) del 26,1%, più elevata, presentando così disuguaglianze sociali più marcate (dati CoEsDi e CoMoDi e STUDIO PASSI Regione Campania). E' da precisare che l'indice P.A.F.(Population Attributable Fraction, frazione attribuibile % nella popolazione) rappresenta la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze.

La sedentarietà quindi, in Regione Campania, interessa prevalentemente, e impatta in maniera sensibile, la fascia di popolazione adulta-anziana (30-44 per gli uomini e 65-74 per le donne). In particolare nelle donne 65-74 anni si evidenzia un percentuale più alta sia per il fattore di rischio sovrappeso che sedentarietà. Pertanto l'azione Equity-Oriented ha come obiettivo di aumentare nelle donne di età 65-74 la consapevolezza dell'importanza e del ruolo dell'attività fisica sulla propria salute al fine di ridurre la sedentarietà, attraverso :

- la realizzazione di percorsi di comunicazione e di formazione sull'importanza ed il ruolo dell'attività fisica per la prevenzione e/o riduzione delle complicanze delle MCNT, mirati a tale fascia di popolazione
- la promozione dell'attività motoria con l'arruolamento di donne 64-74, più vulnerabili, appartenenti ad ambiti territoriali più deprivati, in diverse iniziative sociali come la partecipazione a gruppi di cammino ed ad altre iniziative per l'attività fisica .

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO	DI	Aumentare nelle donne di età 65-74 la consapevolezza dell'importanza e del ruolo dell'attività fisica sulla propria salute
RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE		
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO		A fine di accrescere la diffusione dell'attività fisica e quindi contrastare le disuguaglianze che impattano sul fattore di rischio "Sedentarietà" nelle donne di età 65-74, con particolare attenzione agli ambiti territoriali più deprivati e ai gruppi di popolazione vulnerabili vengono proposte: <ul style="list-style-type: none"> - strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici, che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo, - approcci multidisciplinari, nel quale l'Azienda Sanitaria Territoriale gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze ed integrazioni per aumentare l'efficacia degli interventi.



Fondamentale è l'arruolamento ed il coinvolgimento delle donne di età 65-74 non appartenenti a gruppi/circoli/associazioni alle quali vengono proposti interventi diretti al coinvolgimento in iniziative di attività fisica, movimento (camminate, ginnastica dolce, laboratori dell'equilibrio ecc.). Ciò può essere realizzato con la collaborazione e/o la partecipazione attiva dei Servizi Comunali (sociali ecc.), di Enti Locali (Servizi Sociali, Biblioteche, Volontariato Civico, Servizio Civile, Centri Sociali, Centri di Aggregazione ecc.), Distretto, MMG, Farmacie, Grande Distribuzione Alimentare, Parrocchie, Associazioni del territorio, Enti Promozione Sportiva e altri Servizi regionali con la redazione di un questionario 'ad hoc' per le persone coinvolte attraverso le seguenti azioni:

- Promozione di alleanze e sinergie tra i diversi attori presenti sul territorio (Ente Locali, Asl-Servizi Sanitari, MMG-Gruppi di Cammino-Associazionismo di settore, Farmacie, Parrocchie, Grande Distribuzione Alimentare) in un'ottica di responsabilità sociale e al fine di realizzare interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali
- Campagne informative e di comunicazione per la popolazione sui benefici dell'attività fisica,
- Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la promozione dell'attività fisica,
- Comunicazione e di sensibilizzazione verso gli stakeholder - quali: palestre, piscine, centri sportivi, negozi di articoli sportivi - per invitarli ad aderire ad una rete volta a promuovere l'attività fisica con l'impegno, da parte degli stakeholder, di assicurare per le persone che vivono in condizioni di disagio economico forme di agevolazione per abbonamenti e/o acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive.
- Promozione di Gruppi di cammino: attività rivolta a grandi adulti, completamente gratuita, accessibile in quanto diffusa a livello regionale

Le principali barriere e/o criticità che si potrebbero incontrare sono di seguito elencate:

- Non aderenza da parte degli stakeholder,
- Mancanza o carenza di strutture adeguate per incentivare l'attività motoria (piste ciclabili, pedonabili, spazi verdi, palestre ecc.),
- Difficoltà nell'accesso alle strutture deputate all'attività fisica per costi, orari e giornate di apertura, mancanza di mezzi di trasporto,
- Inadeguata informazione e comunicazione alla popolazione sui benefici dell'attività fisica

Le predette criticità possono essere superate con le seguenti iniziative:

- Campagne informative e di comunicazione per la popolazione sui benefici dell'attività fisica,
- Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la promozione dell'attività fisica,
- Sostenere sul versante metodologico le AA.SS.LL. affinché stipulino Protocolli di intesa



	<p>con gli Enti Locali al fine di realizzare interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali.</p> <p>-Sostenere sul versante metodologico le AA.SS.LL. affinché attivino un'azione di comunicazione e di sensibilizzazione verso gli stakeholder quali: palestre, piscine, centri sportivi, negozi di articoli sportivi – per invitarli ad aderire ad una rete volta a promuovere l'attività fisica con l'impegno, da parte degli stakeholder, di assicurare per le persone che vivono in condizioni di disagio economico forme di agevolazione per abbonamenti e/o acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive.</p>
ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Campania • Azienda Sanitaria Locale con i Distretti, MMG , Medici Specialisti, Farmacie, • Ente Locale: Servizi Sociali, Biblioteche, Volontariato Civico, Servizio Civile , Centri Sociali, Centri di Aggregazione • Associazioni di volontariato, • Enti di promozione sportiva, • Federazioni sportive e Palestre private, • Grande Distribuzione Alimentare, Parrocchie
INDICATORE	<p>Campagne informative e di comunicazione per la popolazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:Realizzazione di campagne informative e di comunicazione per la popolazione, in particolare alle donne di età 65-74, sui benefici dell'attività fisica con particolare riguardo allo sviluppo di più Gruppi di Cammino a livello aziendale per combattere la sedentarietà • Standardalmeno 7 campagne informative e di comunicazione alla popolazione entro il 2025 • FonteASL
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	<p>Aumentare nelle donne di età 65-74 la consapevolezza dell'importanza e del ruolo dell'attività fisica sulla propria salute</p>
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>A fine di accrescere la diffusione dell'attività fisica e quindi contrastare le disuguaglianze che impattano sul fattore di rischio "Sedentarietà" nelle donne di età 65-74, con particolare attenzione agli ambiti territoriali più deprivati e ai gruppi di popolazione vulnerabili vengono proposte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici, che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo, - approcci multidisciplinari, nel quale l'Azienda Sanitaria Territoriale gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze ed integrazioni per aumentare l'efficacia degli interventi.



Fondamentale è l'arruolamento ed il coinvolgimento delle donne di età 65-74 non appartenenti a gruppi/circoli/associazioni alle quali vengono proposti interventi diretti al coinvolgimento in iniziative di attività fisica, movimento (camminate, ginnastica dolce, laboratori dell'equilibrio ecc.). Ciò può essere realizzato con la collaborazione e/o la partecipazione attiva dei Servizi Comunali (sociali ecc.), di Enti Locali (Servizi Sociali, Biblioteche, Volontariato Civico, Servizio Civile, Centri Sociali, Centri di Aggregazione ecc.), Distretto, MMG, Farmacie, Grande Distribuzione Alimentare, Parrocchie, Associazioni del territorio, Enti Promozione Sportiva e altri Servizi regionali con la redazione di un questionario 'ad hoc' per le persone coinvolte attraverso le seguenti azioni:

- Promozione di alleanze e sinergie tra i diversi attori presenti sul territorio (Ente Locali, Asl-Servizi Sanitari, MMG-Gruppi di Cammino-Associazionismo di settore, Farmacie, Parrocchie, Grande Distribuzione Alimentare) in un'ottica di responsabilità sociale e al fine di realizzare interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali
- Campagne informative e di comunicazione per la popolazione sui benefici dell'attività fisica,
- Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la promozione dell'attività fisica,
- Comunicazione e di sensibilizzazione verso gli stakeholder - quali: palestre, piscine, centri sportivi, negozi di articoli sportivi - per invitarli ad aderire ad una rete volta a promuovere l'attività fisica con l'impegno, da parte degli stakeholder, di assicurare per le persone che vivono in condizioni di disagio economico forme di agevolazione per abbonamenti e/o acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive.
- Promozione di Gruppi di cammino: attività rivolta a grandi adulti, completamente gratuita, accessibile in quanto diffusa a livello regionale

Le principali barriere e/o criticità che si potrebbero incontrare sono di seguito elencate:

- Non aderenza da parte degli stakeholder,
- Mancanza o carenza di strutture adeguate per incentivare l'attività motoria (piste ciclabili, pedonabili, spazi verdi, palestre ecc.),
- Difficoltà nell'accesso alle strutture deputate all'attività fisica per costi, orari e giornate di apertura, mancanza di mezzi di trasporto,
- Inadeguata informazione e comunicazione alla popolazione sui benefici dell'attività fisica

Le predette criticità possono essere superate con le seguenti iniziative:

- Campagne informative e di comunicazione per la popolazione sui benefici dell'attività fisica,
- Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la promozione dell'attività fisica,
- Sostenere sul versante metodologico le AA.SS.LL. affinché stipulino Protocolli di intesa



	<p>con gli Enti Locali al fine di realizzare interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali.</p> <p>-Sostenere sul versante metodologico le AA.SS.LL. affinché attivino un'azione di comunicazione e di sensibilizzazione verso gli stakeholder quali: palestre, piscine, centri sportivi, negozi di articoli sportivi – per invitarli ad aderire ad una rete volta a promuovere l'attività fisica con l'impegno, da parte degli stakeholder, di assicurare per le persone che vivono in condizioni di disagio economico forme di agevolazione per abbonamenti e/o acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive.</p>
ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Campania • Azienda Sanitaria Locale con i Distretti, MMG , Medici Specialisti, Farmacie, • Ente Locale: Servizi Sociali, Biblioteche, Volontariato Civico, Servizio Civile , Centri Sociali, Centri di Aggregazione • Associazioni di volontariato, • Enti di promozione sportiva, • Federazioni sportive e Palestre private, • Grande Distribuzione Alimentare, Parrocchie
INDICATORE	<p>Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la promozione dell'attività fisica nelle donne di età 65-74</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: numero di personale sanitario (MMg- Specialista-Infermiere ecc.) che consiglia alle persone di muoversi di più e che consigliano come opportunità di movimento i gruppi di cammino. • Standard almeno il 5% entro il 2022, il 10% entro il 2023, il 15% entro il 2024 e il 20% entro il 2025 del personale sanitario che consiglia alle persone come opportunità di movimento i gruppi di cammino sul totale formato al counseling breve motivazionale . • Fonte Regione Campania/ASL
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	<p>Aumentare nelle donne di età 65-74 la consapevolezza dell'importanza e del ruolo dell'attività fisica sulla propria salute</p>
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>A fine di accrescere la diffusione dell'attività fisica e quindi contrastare le disuguaglianze che impattano sul fattore di rischio "Sedentarietà" nelle donne di età 65-74, con particolare attenzione agli ambiti territoriali più deprivati e ai gruppi di popolazione vulnerabili vengono proposte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici, che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo, - approcci multidisciplinari, nel quale l'Azienda Sanitaria Territoriale gioca un ruolo



importante nel promuovere alleanze ed integrazioni per aumentare l'efficacia degli interventi.

Fondamentale è l'arruolamento ed il coinvolgimento delle donne di età 65-74 non appartenenti a gruppi/circoli/associazioni alle quali vengono proposti interventi diretti al coinvolgimento in iniziative di attività fisica, movimento (camminate, ginnastica dolce, laboratori dell'equilibrio ecc.). Ciò può essere realizzato con la collaborazione e/o la partecipazione attiva dei Servizi Comunali (sociali ecc.), di Enti Locali (Servizi Sociali, Biblioteche, Volontariato Civico, Servizio Civile, Centri Sociali, Centri di Aggregazione ecc.), Distretto, MMG, Farmacie, Grande Distribuzione Alimentare, Parrocchie, Associazioni del territorio, Enti Promozione Sportiva e altri Servizi regionali con la redazione di un questionario 'ad hoc' per le persone coinvolte attraverso le seguenti azioni:

- Promozione di alleanze e sinergie tra i diversi attori presenti sul territorio (Ente Locali, Asl-Servizi Sanitari, MMG-Gruppi di Cammino-Associazionismo di settore, Farmacie, Parrocchie, Grande Distribuzione Alimentare) in un'ottica di responsabilità sociale e al fine di realizzare interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali
- Campagne informative e di comunicazione per la popolazione sui benefici dell'attività fisica,
- Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la promozione dell'attività fisica,
- Comunicazione e di sensibilizzazione verso gli stakeholder - quali: palestre, piscine, centri sportivi, negozi di articoli sportivi - per invitarli ad aderire ad una rete volta a promuovere l'attività fisica con l'impegno, da parte degli stakeholder, di assicurare per le persone che vivono in condizioni di disagio economico forme di agevolazione per abbonamenti e/o acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive.
- Promozione di Gruppi di cammino: attività rivolta a grandi adulti, completamente gratuita, accessibile in quanto diffusa a livello regionale

Le principali barriere e/o criticità che si potrebbero incontrare sono di seguito elencate:

- Non aderenza da parte degli stakeholder,
- Mancanza o carenza di strutture adeguate per incentivare l'attività motoria (piste ciclabili, pedonabili, spazi verdi, palestre ecc.),
- Difficoltà nell'accesso alle strutture deputate all'attività fisica per costi, orari e giornate di apertura, mancanza di mezzi di trasporto,
- Inadeguata informazione e comunicazione alla popolazione sui benefici dell'attività fisica

Le predette criticità possono essere superate con le seguenti iniziative:

- Campagne informative e di comunicazione per la popolazione sui benefici dell'attività fisica,
- Formazione agli operatori sanitari ASL, MMG e Medici specialisti sul counselling per la



	<p>promozione dell'attività fisica,</p> <p>- Sostenere sul versante metodologico le AA.SS.LL. affinché stipulino Protocolli di intesa con gli Enti Locali al fine di realizzare interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali.</p> <p>-Sostenere sul versante metodologico le AA.SS.LL. affinché attivino un'azione di comunicazione e di sensibilizzazione verso gli stakeholder quali: palestre, piscine, centri sportivi, negozi di articoli sportivi – per invitarli ad aderire ad una rete volta a promuovere l'attività fisica con l'impegno, da parte degli stakeholder, di assicurare per le persone che vivono in condizioni di disagio economico forme di agevolazione per abbonamenti e/o acquisto di abbigliamento o attrezzature sportive.</p>
ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Campania • Azienda Sanitaria Locale con i Distretti, MMG , Medici Specialisti, Farmacie, • Ente Locale: Servizi Sociali, Biblioteche, Volontariato Civico, Servizio Civile , Centri Sociali, Centri di Aggregazione • Associazioni di volontariato, • Enti di promozione sportiva, • Federazioni sportive e Palestre private, • Grande Distribuzione Alimentare, Parrocchie
INDICATORE	<p>abbassamento del livello di sedentarietà nelle donne di età compresa tra 65 e 74 anni con la partecipazione a Gruppi di Cammino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:numero di presenze mensili ai Gruppi di Cammino delle donne appartenenti alla popolazione target e confronto nel tempo con il livello di attività dichiarata prima di iniziare a partecipare • Standard aumento almeno del 1% di presenze mensili ai Gruppi di Cammino delle donne appartenenti alla popolazione target e confronto nel tempo con il livello di attività dichiarata prima di iniziare a partecipare per ogni anno di attività del piano a partire dal 2023 • Fonte Regione Campania/ASL

