



Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

PROGETTO ESECUTIVO - PROGRAMMA CCM 2017

DATI GENERALI DEL PROGETTO

TITOLO:

Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersetoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio.

ENTE PARTNER: Regione del Veneto

NUMERO ID DA PROGRAMMA: 6 (area progettuale)

REGIONI COINVOLTE:

numero: 3

elenco:

Nord Veneto

Centro Umbria

Sud Sardegna

DURATA PROGETTO (max 24 mesi):

2 anni

COORDINATORI SCIENTIFICI DEL PROGETTO:

Nominativo: Francesca Russo

Struttura di appartenenza: Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
n. tel: 041 279 1352-3 n. fax: 041 279 1355. E-mail: PrevenzioneAlimentareVeterinaria@regione.veneto.it

Nominativo: Maria Cristina Ghiotto

Struttura di appartenenza: Regione del Veneto – Direzione Programmazione Sanitaria – UO Cure Primarie e LEA n. tel: 041 279 3404-3529 n. fax: 041 279 3430. E-mail: cure.primarie@regione.veneto.it

Allegato I

TITOLO: Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi del problema

Il progetto nasce dall'analisi dei seguenti aspetti:

- le malattie croniche degenerative non trasmissibili (MCNT) (malattie oncologiche, pneumologiche croniche, cardiovascolari, diabete mellito, malattie mentali e disturbi muscoloscheletrici), responsabili dell'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita in buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono sempre più diffuse a seguito del progressivo innalzamento dell'età di sopravvivenza della popolazione e in stretta relazione con la diffusione di comportamenti a rischio per la salute, quali: fumo, consumo di bevande alcoliche, scorretta alimentazione e scarsa attività fisica (1);
- si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche (2);
- nuovi e più diffusi bisogni assistenziali legati alla cronicità, alla polipatologia, alla fragilità inducono a ripensare ai modelli assistenziali, finalizzati ad una presa in carico globale, integrata e coordinata ed alla garanzia di continuità dell'assistenza (3);
- la modificazione degli stili di vita a rischio è ormai ampiamente dimostrato in letteratura che contribuisce a: - prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche in persone sane; - a migliorare il quadro clinico e dello stato funzionale, a minimizzare la sintomatologia, a prevenire le recidive e le disabilità e a migliorare la qualità della vita nelle persone con MCNT conclamate.

Nello specifico, ad esempio:

- numerose sono le evidenze che hanno dimostrato il ruolo cruciale di un corretto stile di vita al fine di prevenire l'insorgenza dei tumori.

Ne sono risultate delle raccomandazioni che sono state armonizzate con altre inerenti la prevenzione di altre malattie cronico degenerative e sono coerenti con quanto previsto dall' "Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016" (4) nell'ambito strategia "Health 2020" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (5).

Molteplici evidenze scientifiche hanno dimostrato che tali raccomandazioni sono efficaci nella prevenzione primaria dei tumori e in quella delle recidive (7-9); mentre, altre ricerche hanno trovato che la mancanza di aderenza a tali raccomandazioni, sia per la dieta che per lo stile di vita, debba essere considerata un determinante nell'incidenza del cancro (6).

A supporto di quanto sostenuto dalle linee guida internazionali contro il cancro elaborate dall'American Institute for Cancer Research e dal World Cancer Research Fund (AICR/WCRF) vi sono recenti evidenze scientifiche di studi osservazionali che testimoniano come l'aderenza a tali linee guida riduca significativamente il rischio di cancro, sia nei soggetti sani che in quelli già colpiti dalla neoplasia. (6-7,8)

È noto, inoltre, che la presenza di sovrappeso/obesità e/o un'aumentata circonferenza addominale hanno importanza nel definire il rischio di un paziente con cancro del colon di sviluppare ulteriori lesioni neoplastiche, oltre che di mortalità per patologie cardiovascolari (7). Un recente studio condotto in Scozia (studio BeWEL) (9) ha evidenziato d'altra parte come una significativa perdita di peso può essere ottenuta attraverso percorsi personalizzati che possono essere offerti all'interno dei programmi di screening coloretale rivolti a persone in follow up per adenomi che mirino all'incremento dell'attività fisica, al controllo del peso e ad uno stile alimentare corretto, offrendo in tal modo a questa fascia di popolazione la possibilità di ridurre il rischio di andare incontro anche ad altre comorbidità associate a disordini metabolici.

In letteratura è stato inoltre dimostrato che i programmi di educazione ai corretti stili di vita possono risultare più efficaci quando rivolti a specifici gruppi target di popolazione rispetto a quando rivolti alla popolazione generale (10).

- Analoghi risultati provengono dallo studio multicentrico Diabetes Prevention Program (2002) disegnato per verificare se un calo ponderale del 5% ottenuto attraverso modificazioni del regime alimentare e un'aumentata attività fisica, realizzate grazie ad interventi di team multiprofessionali, fosse in grado di prevenire o ritardare la comparsa di diabete di tipo 2 in soggetti sovrappeso e ad

alto rischio. A 10 anni si è dimostrato che l'intervento sullo stile di vita ha ridotto del 59% i nuovi casi di diabete, del 34% i casi di scompenso cardiaco e del 22% quelli di cardiopatia ischemica; anche la mortalità risulterebbe ridotta del 22%. I benefici per persona nello stesso arco temporale ammonterebbero a oltre 6 mila dollari risparmiati di cure mediche e oltre 17 mila di benefici economici generali (11).

Inoltre,

- Molti e ben noti sono gli effetti dell'attività fisica sulla salute: gli effetti preventivi nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili o MCNT (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, tumori), sia in prevenzione primaria che in prevenzione secondaria (12-13).

È ormai ampiamente documentato che la sedentarietà è responsabile di un aumento significativo di morbilità e mortalità totale e cardiovascolare. Secondo le stime dell'OMS, l'inattività fisica causa annualmente nel mondo 1,9 milioni di morti (14). Inoltre, si stima che globalmente essa sia causa del 10-16% dei casi di cancro della mammella, di cancro del colon e di diabete mellito e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica. È stato stimato che l'eliminazione di un fattore di rischio come la sedentarietà può portare ad una riduzione delle malattie cardio vascolari (MCV) del 15-39%, del 33% di stroke, del 22-33% del cancro del colon e del 18% di fratture ossee secondarie ad osteoporosi. La sedentarietà, quindi, si sta imponendo come il fattore di rischio principale del terzo millennio, non solo nei paesi occidentali, ma anche in quelli in via di sviluppo (15).

La ridotta efficienza fisica conseguente alla sedentarietà rappresenta uno dei più importanti fattori predittivi di mortalità nella popolazione generale apparentemente sana (16-17). Infatti, la ridotta tolleranza allo sforzo si associa, sia nella popolazione maschile sia in quella femminile, ad una riduzione della sopravvivenza, per un aumento significativo della mortalità cardiovascolare. I soggetti anziani, in base a questi dati, sembrerebbero quindi destinati inevitabilmente ad essere colpiti in modo pesante dalle MCV: è noto che la efficienza fisica, espressa come ml di massimo consumo d'ossigeno per kg di peso corporeo, si riduce del 7-10% per ogni decade di età. Tuttavia, recenti evidenze dimostrano che alcune settimane di allenamento hanno lo stesso effetto di 30 anni di età sulla tolleranza allo sforzo e che 6 mesi di training sono in grado di far recuperare la riduzione di efficienza fisica legata all'invecchiamento.

Inoltre, è stato recentemente dimostrato che alcune settimane d'inattività fisica sono sufficienti ad alterare in maniera significativa l'attività degli enzimi responsabili dello stress ossidativo e la funzione endoteliale, la quale sembra rappresentare la *conditio sine qua non* nella patogenesi dell'aterosclerosi (18). Infine, è noto che i soggetti sedentari vanno più facilmente incontro ad ansia e depressione, fattori pesantemente implicati nella patogenesi e nella prognosi delle MCV (19).

- Per quanto riguarda il fumo di tabacco è ormai dimostrato che indipendentemente dall'età e dagli anni di fumo, smettere di fumare rappresenta sempre una grande opportunità per migliorare la propria salute ed aumentare l'aspettativa di vita. La ricerca ha ampiamente dimostrato che in assenza di patologie in atto smettere di fumare consente, in un certo lasso di tempo, di tornare ai livelli di rischio dei non fumatori, ad esempio dopo 10-15 anni di astensione dal fumo il rischio di tumore polmonare e di malattie cardiovascolari diventa paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato. Mentre, qualora si fosse già verificato qualche danno fumo-correlato, smettere rallenta o arresta comunque la progressione e il peggioramento della malattia ed evita l'insorgere di altre complicazioni legate al fumo (20).

- Ridurre il consumo alcolico, o smettere di bere, produce benefici sullo stato di salute a qualunque età. Parte dei danni prodotti, in particolare i rischi acuti, sono completamente reversibili. L'eliminazione dell'alcol comporta, infatti, un'inversione completa del pericolo per tutte le patologie correlate. Anche nelle malattie croniche, come la cirrosi epatica, per quanto permanga una quota di rischio a causa dell'esposizione protratta, la riduzione o la cessazione del consumo di alcol sono associate a un rapido miglioramento delle condizioni fisiche e anche a una riduzione abbastanza rapida della mortalità complessiva. I giovani che diminuiscono drasticamente il loro consumo alcolico in prossimità dell'età adulta riducono in maniera significativa il rischio di sviluppare danni alcol-correlati (21).

Date tali premesse, questa proposta progettuale nasce dalla considerazione che è doveroso e necessario garantire e facilitare ai cittadini percorsi globali di presa in carico, adeguati alla classe di rischio individuale ed equi, a supporto della modificazione di stili di vita scottretti al fine di aumentare l'aderenza alle proposte di salute, l'empowerment e più ancora l'engagement e della persona con l'obiettivo ultimo di ridurre il rischio di incorrere in patologie croniche o in recidive e complicanze delle principali MCNT. Tale proposta si sviluppa a fronte di una attuale offerta nel territorio spesso molto ampia di servizi di assistenza, specialistici ospedalieri e territoriali, e di proposte per migliorare la qualità della vita e promuovere corretti stili di vita, ma sono proposte spesso scarsamente integrate e coordinate tra loro. Risulta pertanto utile

sperimentare e sviluppare un modello organizzativo integrato e intersettoriale tra le varie agenzie sanitarie e non (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione e degli ambulatori specialistici impegnati nella modificazione dei quattro principali fattori di rischio, istituzioni locali, organizzazioni private e associative, gruppi di auto-aiuto, ecc.) che si prendono cura della persona con fattori di rischio per la salute o con patologie croniche e stili di vita scorretti.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Il progetto, a fronte delle evidenze scientifiche sopra descritte, prevede lo studio, definizione, sperimentazione, realizzazione e valutazione di percorsi integrati intersettoriali tra servizi sanitari e non, per la presa in carico, secondo una stratificazione del rischio, di soggetti con fattori di rischio per le MCNT o con patologie croniche conclamate per la modificazione di stili di vita scorretti.

Soggetto con patologia cronica

Il soggetto, cui viene diagnosticata una patologia cronica, viene preso in carico dall'assistenza primaria e inserito dal Medico di Medicina Generale (MMG) in specifici percorsi assistenziali erogati presso l'"ambulatorio della cronicità" all'interno dei modelli di UCCP (Unità Complesse di Cure primarie – siano esse Medicine di gruppo Integrate, Case della Salute, UTAP, ecc.) in sinergia con altri servizi sanitari del territorio (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Dipendenze, ecc.), istituzioni locali, anche avvalendosi della collaborazione di organizzazioni private e associative (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.), per la modificazione di stili di vita non corretti associati a recidive e complicanze, il miglioramento/mantenimento del quadro clinico, dello stato funzionale e della qualità della vita.

Soggetto sano con fattori di rischio per patologie croniche

Al soggetto che presenta fattori di rischio per MCNT, individuato attraverso programmi di screening di popolazione o dal MMG, viene proposta la partecipazione ad un percorso integrato, multidisciplinare e intersettoriale per la modificazione degli stili di vita associati allo sviluppo di malattie croniche.

All'attuazione dello stesso collaborano sinergicamente servizi sanitari e non: Dipartimento di Prevenzione, Distretto, *team* delle UCCP (siano esse Medicine di Gruppo Integrate, Case della Salute, UTAP, ecc.) istituzioni locali e organizzazioni private e associative (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.).

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La fattibilità è determinata dal grado di sviluppo della rete organizzativa tra servizi sanitari (operatori Dipartimenti di Prevenzione, specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, ecc.) e non, istituzioni locali, associazioni operanti nell'ambito della promozione degli stili di vita sani (associazioni sportive, palestre della salute, gruppi di auto-aiuto, ecc.).

Alcune criticità potrebbero essere determinate da:

- non adeguata organizzazione di alcune strutture che devono supportare la proposta integrata e intersettoriale di percorsi di cambiamento degli stili di vita che viene fatta ai soggetti in studio;
- scarso raccordo ed integrazioni tra le attività del Distretto e le attività dei Dipartimenti di Prevenzione;
- difficoltà nel lavorare in team multiprofessionali ed intersettoriali;
- difficoltà nel coordinamento ed integrazione tra soggetti sanitari e non nella definizione di percorsi globali ed integrati;
- monitoraggio e sostegno nel tempo dei cambiamenti di stili di vita assunti dai soggetti inclusi nel progetto;
- riuscire a contrastare efficacemente le disuguaglianze di salute, in particolare di genere, culturali, età e condizione economica.

Aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi

Il progetto verrà sviluppato in almeno un'area territoriale per Regione partecipante: Veneto, Umbria e Sardegna.

L'obiettivo è la definizione di modelli organizzativi costruiti ad hoc secondo la peculiarità e le risorse di quella specifica realtà regionale e territoriale, la trasferibilità, quindi, che si andrà a verificare riguarda specificamente il processo di costruzione di un modello di presa in carico globale, multidisciplinare ed intersettoriale.

Ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in

riferimento a piani e programmi regionali)

Il Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e i conseguenti Piani Regionali Prevenzione (PRP) al Macro Obiettivo 1 vedono in primo piano il contrasto alle malattie non trasmissibili. Conseguentemente in tale ambito vengono sviluppati Programmi capaci di contrastare le patologie croniche degenerative anche promuovendo corretti stili di vita al fine di diminuire significativamente il rischio di incorrere in tali patologie o in recidive in caso di MCNT conclamate. I PRP si sviluppano secondo alcuni punti cardine tra i quali l'intersectorialità, importante parola chiave per sviluppare condivisione e comune comprensione tra settori diversi sui determinanti della salute e per definire obiettivi e percorsi di intervento e di salute comuni. D'altra parte, gli obiettivi di sviluppare modelli di presa in carico della cronicità affidati ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, così come previsto dal Piano Nazionale della Cronicità, impongono una forte integrazione tra i Distretti che presidiano l'assistenza primaria e l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione.

L'intersectorialità e multidisciplinarietà quindi sono caratteristiche fondamentali dei percorsi di presa in carico globale non solo per una migliore gestione clinica, in risposta ai bisogni assistenziali ed una presa in carico continuativa, ma anche per la promozione di sani stili di vita.

Nell'ambito dei Piani Regionali Prevenzione è compito del Dipartimento di Prevenzione sviluppare i Piani/Programmi del PRP in rete, secondo il principio della corresponsabilità, con altri Dipartimenti e strutture sanitarie (Distretto, Dipartimenti Dipendenze, specialisti ospedalieri e territoriali, ecc.) e con partner diversi dalla sanità dato che la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio Sanitario. Tale struttura organizzativa in rete si traduce in un'opportunità di salute e, operativamente, in un team fondato sulla multidisciplinarietà ed intersectorialità capace di prendersi cura della persona e di accompagnarla, a seconda del livello di rischio di partenza, verso migliori stili di vita.

Bibliografia

- 1) Guadagnare Salute. DPCM 4 maggio 2007 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
- 2) Piano Nazionale della Cronicità. Ministero della Salute, 2016 <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null>
- 3) DGR. n. 751/2015; L. n. 189/2012).
- 4) Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. WHO Regional Office for Europe. 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf)
- 5) http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en
- 6) Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, Tjønneland A. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ*. 2010 Oct 26;341:c5504
- 7) Yamaji Y, Okamoto M, Yoshida H, Kawabe T, Wada R, Mitushima T, et al. The effect of body weight reduction on the incidence of colorectal adenoma. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 2061-7
- 8) Hastert, T.A., Beresford, S.A.A., Sheppard, L. et al. Adherence to the WCRF/AICR cancer prevention recommendations and cancer-specific mortality: results from the Vitamins and Lifestyle (VITAL). *Cancer Causes Control* (2014) 25: 541. doi:10.1007/s10552-014-0358-6.
- 9) Annie S Anderson, Angela M Craig, Stephen Caswell, Shaun Treweek et al. The impact of a bodyweight and physical activity intervention (BeWEL) initiated through a national colorectal cancer screening programme: randomized controlled trial, *BMJ* 2014; 348:-G 1823
- 10) Roe L, Hunt P, Bradshaw H, Rayner M: Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. London: The Cromwell Press; 1997.
- 11) The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes care*. 2002;25(12):2165-2171.
- 12) Alves AJ, Viana JL, Cavalcante SL, Oliveira NL, Duarte JA, Mota J, Oliveira J, Ribeiro F. Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated. *World J Cardiol*. 2016 Oct 26;8(10):575-583.
- 13) Emtner M, Wadell K. Effects of exercise training in patients with chronic obstructive pulmonary disease—a narrative review for FYSS (Swedish Physical Activity Exercise Prescription Book). *Br J Sports Med*. 2016 Mar;50(6):368-71
- 14) World Health Organization. The world health report 2002: reducing risk, promoting healthy life.
- 15) Booth F.W., Gordon S.E., Carlson C.J., et al.: Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J. Appl. Physiol*. 2000; 88: 774-87.
- 16) Blair S.N., Kohl H.W. 3rd, Barlow C.E., Paffenbarger R.S. Jr, Gibbons L.W., Macera C.A.: Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995 ; 273: 1093-98.
- 17) Manson J.E., Greenland P., La Croix A.Z., Stefanick M.L., Mouton C.P., Oberman A., et al: Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N. Engl. J. Med.* 2002; 347: 716-25.
- 18) Giada F, Biffi A, Agostoni PG, Anedda A, Bettini R, Carlon R, Carù B, D'Andrea L, Defise P, De Francesco A, Fattiroli F, Guglielmi R, Guiducci U, Pelliccia A, Penco M, Perticone F, Thiene G, Vona M, Zeppilli P. Exercise prescription for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: part I. *J Cardiovasc Med* 2008; 9: 1-16.
- 19) Strawbridge W.J., Deleger S., Roberts R.E., Kaplan G.A.: Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am. J. Epidemiol.* 2002; 156: 328-34.
- 20) http://www.smetrintempo.it/docs/file/smettere_o_non_smettere/i_benefici_dello_smettere.pdf
- 21) <http://www.guadagnaresalute.it/alcol/alcolSalute.asp>

Allegato 2

OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Analizzare l'offerta di servizi presenti nel territorio per la modificazione degli stili vita ed eventuali reti organizzative già esistenti ed individuarne i punti di forza e di debolezza.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Definire un piano di interventi specifico, intersettoriale e integrato, per ciascun territorio per la presa in carico della persona con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche, per la modificazione degli stili di vita non corretti.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Sperimentare il piano di interventi definito nel territorio specifico di pertinenza.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: Valutare l'impatto del piano di interventi in base all'aderenza dei soggetti ai percorsi individuati per la modificazione degli stili di vita e agli esiti conseguiti; individuare eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo.

REFERENTE PROGETTO:		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria	Dr.ssa Francesca Russo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento del progetto • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale e integrato • Realizzazione della formazione e dei materiali formativi/informativi a supporto del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Sperimentazione del piano operativo integrato in almeno un ambito territoriale della Regione in sinergia con i Programmi e/o partner del PRP, con i Distretti, l'Ospedale e le altre risorse del territorio • Valutazione complessiva delle attività, stesura report finale e organizzazione dell'evento finale di restituzione dei risultati a livello nazionale
Unità Operativa ASL Umbria1	Referente Dr.ssa Maria Donata Giaimo	Compiti <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al gruppo di coordinamento nazionale del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale e integrato di presa in carico globale del cittadino • Sperimentazione del piano nel proprio territorio di pertinenza • Valutazione dell'impatto del modello sperimentato
Unità Operativa ATS Sardegna - ASSL di Cagliari	Referente Dr. Giuseppe Frau	Compiti <ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione al gruppo di coordinamento nazionale del progetto • Mappatura dei servizi esistenti nel territorio di pertinenza • Contributo alla definizione del piano di interventi intersettoriale di presa in carico globale del cittadino • Sperimentazione del piano nel proprio territorio di pertinenza • Valutazione dell'impatto del modello sperimentato

OBIETTIVO SPECIFICO 3	Sperimentare il piano di interventi definito nel territorio specifico di pertinenza.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Completare la sperimentazione
<i>Standard di risultato</i>	Ogni Regione/UE partecipante porta a termine la definizione del piano operativo integrato di presa in carico di soggetti con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche conclamate a supporto della modificazione di scorretti stili di vita correlati all'insorgere di MCNT e di recidive.
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione della rete territoriale intersettoriale di presa in carico dei soggetti a rischio o con patologie croniche - Stratificazione dei soggetti in base al rischio legato alla diagnosi iniziale e al profilo metabolico e antropometrico, individuazione ed invio ad un percorso adeguato per specifica classe di rischio individuato dalla combinazione di tali profili - Applicazione del modello definito

OBIETTIVO SPECIFICO 4	Valutare l'impatto del piano di interventi in base all'aderenza dei soggetti ai percorsi individuati per la modificazione degli stili di vita e agli esiti conseguiti; individuare eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Abitudine al fumo</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 1.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 1.3 % soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che aderiscono al percorso 1.4 % soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2. <u>Scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 2.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2.3 % soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che aderiscono al percorso 2.4 % soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 3. <u>Sedentarietà</u> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 3.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 3.3 % soggetti con patologia cronica e sedentarietà che aderiscono al percorso 3.4 % soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 4. <u>Alcol</u> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 % soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 4.2 % soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 4.3 % soggetti con patologia cronica e consumo di bevande alcoliche che aderiscono al percorso 4.4 % soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Abitudine al fumo</u> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 10% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 1.2 30% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 1.3 10% di soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che aderiscono al percorso 1.4 30% di soggetti con patologia cronica e abitudine al fumo che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2. <u>Scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità</u> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 20% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso 2.2 50% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento 2.3 20% di soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che aderiscono al percorso

Allegato 3

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità.
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Sperimentazione e valutazione di un piano di interventi per l'integrazione tra Dipartimento di Prevenzione, Distretti con particolare riferimento ai team multiprofessionali dell'assistenza primaria, Ospedale, altri Servizi sanitari e risorse presenti nel territorio
<i>Indicatore/i di risultato</i>	L'individuazione di un piano di interventi multidisciplinari e intersettoriali
<i>Standard di risultato</i>	Almeno 1 sperimentazione per Regione

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Analizzare l'offerta di servizi presenti nel territorio per la modificazione degli stili di vita ed eventuali reti organizzative già esistenti ed individuarne i punti di forza e di debolezza.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Mappatura dell'esistente secondo un modello condiviso
<i>Standard di risultato</i>	Tutte le Regioni/UO partecipanti attuano la mappatura
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione del gruppo nazionale di coordinamento del progetto e di lavoro - Individuazione di un modello condiviso di mappatura dei servizi e reti organizzative esistenti nel territorio - Mappatura dei servizi e reti organizzative esistenti nel territorio identificato per la sperimentazione del modello

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Definire un piano di interventi specifico, intersettoriale e integrato, per ciascun territorio per la presa in carico della persona con fattori di rischio per MCNT o con patologie croniche, per la modificazione degli stili di vita non corretti.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Modello operativo specifico per Regione
<i>Standard di risultato</i>	Ogni Regione/UO partecipante definisce un proprio modello operativo che risponde alle caratteristiche organizzative del territorio di riferimento
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tavoli di approfondimento e di co-progettazione a livello nazionale e locale - Formazione formatori delle 3 Regioni partecipanti per una unità di base condivisa pur nel rispetto della specificità di ogni realtà territoriale - Stesura del piano di interventi integrato per Regione/UO partecipante

	<p>2.4 50% di soggetti con patologia cronica e scorretta alimentazione/sovrappeso/obesità che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>3. <u>Sedentarietà</u></p> <p>3.1 20% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso</p> <p>3.2 40% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>3.3. 20% di soggetti con patologia cronica e sedentarietà che aderiscono al percorso</p> <p>3.4 50% di soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>4. <u>Alcol</u></p> <p>4.1 10% di soggetti con fattore di rischio che aderiscono al percorso</p> <p>4.2 20% di soggetti che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p> <p>4.3 10% di soggetti con patologia cronica e consumo di bevande alcoliche che aderiscono al percorso</p> <p>4.4 20% di soggetti con patologia cronica che hanno aderito al percorso e per i quali si registrano modifiche nel comportamento</p>
<p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di un piano e delle strategie di valutazione condivise - Applicazione del piano e degli strumenti di valutazione condivisi - Analisi dei dati raccolti e individuazione di eventuali azioni correttive e valutarne la sostenibilità nel tempo. - Report finale - Presentazione degli esiti della sperimentazione sia a livello nazionale che locale

