

Programma 3 – “Guadagnare Salute.....negli ambienti di vita e di lavoro”

OBIETTIVI CENTRALI

- 1.4 - Ridurre il numero di fumatori (**azioni n. 1-2-5**);
- 1.5 - Estendere la tutela dal fumo passivo (**azioni n. 1-2-5**);
- 1.6 - Ridurre il consumo di alcol a rischio (**azioni n. 3-4-5**);
- 1.7 - Aumentare il consumo di frutta e verdura (**azioni n. 5-7**);
- 1.8 - Ridurre il consumo eccessivo di sale (**azioni n. 5-6**);
- 1.9 - Aumentare l'attività fisica delle persone (**azioni n. 5-8**);
- 1.10 – Aumentare l'offerta di approccio comportamentale p farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT (**azione n. 8**);
- 6.2 - Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni (**azione n. 8**);

RAZIONALE E DESCRIZIONE DEL PROGRAMMA

L'intesa sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 del 22.09.2014 (PNP 2014-2018) indica come primo macro obiettivo quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete - costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica: sono la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (HEALTH 2020). Le malattie croniche comportano un generalizzato aumento della mortalità: le morti associate a diabete nel 2012 erano pari a 1,5 milioni di morti (2,7% popolazione mondiale), con un evidente sensibile aumento rispetto al milione di morti associate alla stessa condizione nel 2000 (2% popolazione mondiale) (WHO 2012).

Delle dieci principali cause di morte della popolazione mondiale nel 2012 rilevate dal WHO, le malattie cardiovascolari rimangono i *top major killers* dell'ultima decade.

La Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di MCNT a livello mondiale. Due gruppi di malattie (patologie cardiovascolari e cancro) causano quasi i tre quarti della mortalità nella Regione e tre principali gruppi di malattie (patologie cardiovascolari, cancro e disturbi mentali) costituiscono più della metà del carico di malattia misurato in “DALYs” (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia).

Al fine di arginare il costante aumento delle malattie croniche non trasmissibili ed il loro carico sociale ed economico, il WHO ha elaborato un Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 (*Global Action Plan 2013-2020*). Tra gli obiettivi globali di salute pubblica correlati all'alimentazione e all'attività fisica indica:

- Ridurre del 25% il rischio di morte prematura attribuibile a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o a malattie croniche respiratorie;
- Ridurre di almeno il 10% il consumo di alcol;
- Ridurre del 10% la prevalenza di insufficiente attività fisica;
- Ridurre del 30% l'apporto medio, a livello di popolazione, di sale e/o sodio;
- Ridurre del 25%, o per lo meno contenere, la prevalenza di ipertensione;
- Contrastare l'aumento dell'obesità e del diabete.

Considerata l'alta prevalenza di malattie croniche non trasmissibili a livello europeo, le previsioni di innalzamento dell'età media della popolazione, quindi l'aumento della popolazione anziana, e considerate le stime che indicano che l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro siano prevenibili, la prevenzione attraverso strategie di sanità pubblica non può che giocare un ruolo fondamentale.

Sarà quindi sulla **promozione di salutari stili di vita** (fumo, alcol, corretta alimentazione, attività fisica) che più ci si dovrà concentrare per il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.

Il raggiungimento dell'obiettivo comune di salute pubblica, secondo le indicazioni poste dal WHO e dal Ministero della Salute, richiede un impegno ragionato e coordinato, nonché un'implementazione delle risorse della prevenzione a tutti i livelli: mondiale, europeo, nazionale ma soprattutto regionale. Nel nostro Paese le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%) (WHO 2011). Negli ultimi decenni si è registrato un progressivo aumento della speranza di vita (84 anni per le donne e 79 per gli uomini - dati 2010), ma a causa delle MCNT, che pesano per oltre il 75% sul carico di malattia globale, la speranza di vita libera da disabilità si attesta su valori molto più contenuti e simili per entrambi i sessi (circa 65 anni).

Fumo, consumo di alcol, sedentarietà e alimentazione non corretta costituiscono i fattori di rischio modificabili che hanno conseguenze su molteplici aspetti della salute, sia direttamente, sia attraverso fattori intermedi altamente correlati con mortalità e disabilità quali sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia.

Fumo

- La prevalenza di fumatori in Abruzzo (32,0%) è più alta del dato nazionale (27,2%)
- La prevalenza di fumatori è significativamente più alta fra gli uomini (40,9%) rispetto alle donne (23,3%) e fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche (42,2%) rispetto a chi ha nessuna difficoltà (28,7%).
- L'abitudine al fumo risulta più alta tra i 25 e i 34 anni (40,1%) mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente (24,3%).
- Le persone con livello di istruzione intermedio fumano maggiormente rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, mentre la prevalenza di fumatori è minore tra gli italiani (31,8%) rispetto agli stranieri (36,5%).
- I fumatori abituali fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 22,6% (28% in Italia) ne fuma più di 20 (forte fumatore).

Alcol

- La prevalenza di persone che consumano alcol a rischio (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto) è del 9,0% inferiore rispetto al dato nazionale (16,7%).
- Rispetto a questa condizione:
 - il 5,4% degli intervistati è classificabile binge, ovvero negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta, in una singola occasione, 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne);
 - l'1,6% ha bevuto in media al giorno più di due unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne);
 - il 4,2% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto.

Alimentazione

- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi della regione Abruzzo che hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il consumo di sale sono il 96,3% degli intervistati (Report Passi Abruzzo 2013); a livello nazionale questi rappresentano l'88,6%.

Attività fisica

- La maggior parte della popolazione adulta abruzzese può essere definita attiva o parzialmente attiva (33,4% e 34,9% rispettivamente), mentre il 31,7% è completamente sedentario. Questo significa che oltre 285.000 persone tra i 18 e i 69 anni non praticano nessun tipo di attività fisica.
- I dati regionali relativi al livello di attività fisica sono sovrapponibili al dato nazionale.
- Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2013 emerge che la sedentarietà è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, 37,4%), fra le persone con molte difficoltà economiche (51,8%), e tra gli intervistati con cittadinanza straniera (43,1%).

L'idea che sia opportuno, se non indispensabile, creare **ambienti di lavoro** che promuovano il benessere è oggi sempre più compresa e condivisa. Questa consapevolezza, che inizia a riflettersi anche nelle nuove iniziative legislative, risponde alla necessità per le imprese di sviluppare, a livello internazionale, una competitività che si traduce concretamente nel migliorare il rapporto costi-benefici degli investimenti di Promozione della Salute nei luoghi di lavoro e nel sostenere attivamente il trend di promozione della qualità totale in azienda.

I benefici per i lavoratori sono considerevoli e misurabili: essi infatti si traducono in una riduzione dei rischi occupazionali, in maggiore salute per gli addetti ai processi produttivi, in una maggiore soddisfazione sul lavoro e in un miglioramento complessivo della loro qualità di vita.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella Carta di Ottawa, sottolinea che "la Promozione della Salute è il processo che permette alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla". L'esperienza dimostra infatti che gli investimenti indirizzati a consentire ai lavoratori di esercitare azioni efficaci sugli impedimenti alla loro salute e benessere conducono ad una riduzione delle malattie e dei tassi di mortalità.

La Promozione della Salute è un mezzo efficace per migliorare la salute dei lavoratori e in tal modo la salute di una nazione. Promuovere la salute significa in sostanza valorizzare il prezioso capitale umano presente nelle aziende. Purtroppo questo concetto non è ancora compreso e attuato da un'ampia parte dei soggetti che operano nel mondo del lavoro. Il percorso da fare è lungo e complesso. Il concetto di salute varia da una nazione all'altra, e dipende da aspetti culturali, sociali, scientifici, clinici e biomedici come variano inoltre le problematiche della salute. Pur esistendo già oggi un numero sufficiente di dati che offrono supporto all'affermazione che promuovere la salute è proficuo sotto il profilo economico, tuttavia nel prossimo futuro avremo bisogno di individuare ulteriori parametri che ci permettano di valutare con sempre maggiore accuratezza l'impatto delle azioni a favore della salute in termini di rapporto costi-benefici.

Non promuovere la salute fin da ora significa quindi affrontare domani costi maggiori. Al contrario, il vantaggio competitivo è molto consistente laddove esiste una coerente politica nazionale di Promozione della Salute che stabilisca obiettivi realistici. Individuare e attuare azioni che prevedano la collaborazione sinergica di tutte le parti in causa è la sfida odierna per la Promozione della Salute. Il lavoro di rete (*networking*) dovrà divenire in futuro il mezzo privilegiato per realizzare una politica efficace di Promozione della Salute, che produrrà a sua volta maggiore motivazione, ulteriori ricerche e cooperazione feconda.

Appare quindi ormai indispensabile, e non più rinviabile, la necessità di introdurre i programmi della Promozione della Salute nel mondo del lavoro al fine di attuare interventi indirizzati a promuovere cambiamenti radicali nell'organizzazione dei servizi a favore della salute e della sicurezza dei lavoratori nonché degli stessi rapporti tra datori di lavoro ed organismi sindacali.

Il raggiungimento del "benessere lavorativo" è non solo una condizione primaria per facilitare il lavoro e migliorare la produzione, ma anche una condizione indispensabile per influenzare e trasferire i comportamenti positivi degli individui lavoratori anche nell'ambiente di vita. Per semplificare e rendere fruibili da parte di tutti i concetti di Promozione della Salute, in virtù del loro carattere innovativo, è necessario che siano previste strategie coinvolgenti sul piano relazionale e siano attivate delle forme di comunicazione che abbiano risultati efficaci sui livelli motivazionali.

La promozione della salute in ambiente di lavoro è fortemente raccomandata rispetto a diverse problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo, attività motoria, corretta alimentazione, benessere organizzativo, stress correlato al lavoro. Esiste in materia un Network Europeo (ENWHP), istituito dalla Commissione Europea Salute e Tutela dei Consumatori (SANCO) e cui l'Italia partecipa sotto l'egida dell'ISPESL, che promuove e coordina la comunicazione e lo scambio di esperienze e informazioni sul lavoro e la salute (cfr. Capitolo n. 6).

In Italia è ancora in fase embrionale la costruzione di una rete nazionale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro anche se si possono segnalare diverse iniziative in materia promosse a diversi livelli. Le prove di efficacia dimostrano che gli interventi di Workplace Health Promotion possono migliorare lo



stato di salute del lavoratore, aumentarne la qualità della vita, creargli condizioni di maggiore gratificazione e diminuire infortuni e malattie. Gli interventi possono inoltre avere ricadute positive sull'organizzazione aziendale, facendo diminuire i costi relativi ad assenteismo, infortuni e malattie. Possono inoltre migliorare l'immagine aziendale, far registrare un minore turnover ed una maggiore produttività.

Gli ambienti di lavoro rappresentano dei contesti di grande interesse per la promozione della salute, essendo dei microcosmi in cui le persone passano la maggior parte del proprio tempo, spesso in presenza di forti dinamiche relazionali. E' noto che i comportamenti, e perciò anche le abitudini dannose per la salute, risentono moltissimo di determinanti e dinamiche di tipo relazionale.

I luoghi di lavoro, perciò, sono dei contesti favorevoli per la realizzazione di azioni tese alla modifica di abitudini e comportamenti a rischio. Infine i luoghi di lavoro offrono la possibilità di raggiungere la fascia di popolazione adulta, difficilmente raggiungibile in altri contesti comunitari. La necessaria ricerca di sinergie per contrastare quelli che rappresentano dei "determinanti maggiori" delle condizioni di salute della popolazione (fumo, alimentazione, attività fisica, alcol, sostanze) sta portando i servizi di prevenzione a proporre, anche nei luoghi di lavoro, attività di promozione della salute, stimolando le aziende a farsi carico delle responsabilità sociali ad esse riconosciute e a considerare anche i molti benefici (economici, di clima relazionale, di motivazione dei dipendenti, di miglioramento della produttività...) derivanti da tali attività.

Descrizione del programma

Gli obiettivi che si intende perseguire con questo programma si possono così sintetizzare:

1. Migliorare la consapevolezza che l'adozione di corretti stili di vita favorisce il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
2. Favorire il cambiamento di comportamenti non salutari nel contesto della vita di tutti i giorni e in particolare nell'ambiente lavorativo.

Il Programma "GUADAGNARE SALUTE.....NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO" si articola attraverso le seguenti **Azioni che mirano a:**

A) Contrastare la dipendenza dal tabacco ed estendere la tutela dal fumo passivo:

Azione 1. - Verso un'azienda sanitaria libera da fumo

Azione 2. - Vivere in salute: operatori socio-sanitari e stili di vita

Azione 3. - Respiro aria nuova

Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

B) Contrastare la dipendenza dall'alcol

Azione 4. - Corso di formazione rivolto ad operatori socio-sanitari della ASL per addestramento al counselling breve

Azione 5. - Corsi di formazione sui rischi dell'alcol riservati a tutti i dipendenti delle ASL

Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

C) Favorire una corretta alimentazione

Azione 7 - Ridurre il consumo eccessivo di sale

Azione 8 - Aumentare il consumo di frutta e verdura

Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

D) Contrastare la sedentarietà e aumentare l'attività fisica

Azione 9 - Aumentare l'attività fisica delle persone

Azione 10 - Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni

Azione 6. – Guadagnare salute negli ambienti di lavoro

MACROBIETTIVO 1	Obiettivo centrale	Cod. indicatore	Definizione operativa	Baseline Italia Passi 2013	Baseline Abruzzo Passi 2013	Standard Abruzzo Atteso 2018
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	27,2%	32,0%	28,8%
	Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	16,7%	9,0%	7,7%
	Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo	88,6%	96,3%	96,3%
	Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	33,4%	33,4%	43,%
MACROBIETTIVO 6	Obiettivo centrale	Cod. indicatore	Definizione operativa	Baseline Italia Passi 2013	Baseline Abruzzo Passi 2013	Standard Abruzzo Atteso 2018
	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni		90



AZIONE n. 1 - "VERSO UN 'AZIENDA SANITARIA LIBERA DA FUMO"

(obiettivi centrali 1.4 – 1.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Il rischio collegato al fumo di sigaretta è ben noto ed il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per favorire una maggiore conoscenza dei danni, sia per promuovere la disassuefazione dal fumo, oltre che limitare il numero di sigarette consumato.

Nell'ambiente di lavoro è possibile promuovere cambiamenti (ambiente di lavoro liberi da fumo) al fine di supportare le modifiche comportamentali.

Una review del 2012 (Fichtenberg) ha mostrato che gli ambienti di lavoro liberi da fumo sono associati ad una riduzione del consumo di sigarette e una riduzione dell'abitudine al fumo; questi valori combinati determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29%, una riduzione dei sintomi respiratori e una riduzione delle infiammazioni bronchiali con decremento delle giornate di malattia.

Pertanto le politiche NO SMOKING negli ambienti di lavoro migliorano la salute.

Gli ospedali e gli ambienti sanitari non sono solo luoghi di diagnosi e cura, ma anche luoghi simbolo di promozione della salute.

L'ospedale che promuove salute, incorpora nella propria cultura, l'idea della tutela della salute del personale, dei pazienti e delle loro famiglie. Risulta strategica l'importanza di una politica aziendale che non colpevolizzi il fumatore, ma che implementando azioni a favore di una graduale politica antifumo, tragga vantaggi in termini di immagine che l'azienda dà di sé all'utenza e produttività riducendo l'assenteismo per malattie fumo correlate. Comunicare la scelta strategica di non investire economicamente in ambienti per fumatori, (solo in casi di strutture con pazienti psichiatrici questa indicazione può venir meno) individuando aree esterne alla struttura, sostenere i lavoratori che smettono di fumare.

L'azione verrà avviata nelle quattro ASL della Regione.

Finalita' della politica aziendale

Elaborare una politica aziendale sul fumo permette al datore di lavoro di trattare questa delicata e controversa questione in maniera pratica ed efficace.

Una buona politica aziendale dovrebbe tentare di eliminare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo perseguendo i seguenti obiettivi:

- favorire la conoscenza dei rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo;
- ridurre il numero di fumatori nell'azienda;
- favorire la consapevolezza da parte dei dipendenti e non delle proprie responsabilità;
- favorire la creazione e il mantenimento di posti di lavoro salubri e sicuri;
- migliorare lo stato di salute dei propri dipendenti favorendo stili di vita corretti;
- ridurre le giornate di assenza per malattia.

I contenuti della politica aziendale

Una esauriente politica sul fumo dovrebbe far propri i seguenti aspetti:

- 1) stabilire i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge;
- 2) definire i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori;
- 3) stabilire le sanzioni per chi non rispetta le regole;
- 4) decidere le modalità di aiuto ai lavoratori fumatori che intraprendono un percorso per smettere di fumare;
- 5) definire gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi di valutazione.

I vantaggi della politica aziendale

a) vantaggi per l'azienda in termini di immagine



Le aziende curano molto l'immagine e la visibilità. Pertanto l'opinione nei confronti di un'azienda è molto importante e può avere anche un valore commerciale.

b) vantaggi per l'azienda in termini di produttività

Un ambiente di lavoro senza fumo può migliorare la produttività in più modi:

- Riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori;
- Riducendo l'assenteismo per malattie correlate al fumo;
- Riducendo i tempi delle pause dedicate alla sigaretta da parte dei fumatori (si stima che il fumatore che smette può far risparmiare al suo datore di lavoro circa 1000 euro ogni anno);
- Sviluppo di un ambiente "amichevole";
- Miglioramento del morale dello staff;
- Migliore attrattività dell'azienda

c) vantaggi in termini di politica sociale

I lavoratori passano gran parte della giornata nell'ambiente di lavoro; migliorare la salubrità e la vivibilità di quest'ultimo vuol dire migliorare la qualità della vita delle persone.

Adottando una politica di controllo del fumo, l'azienda manda un chiaro messaggio ai suoi dipendenti e alla comunità in cui opera. Tale messaggio entra a far parte dell'immagine di una azienda che mostra di occuparsi attivamente della salute e della sicurezza non solo dei suoi lavoratori, di quelli sensibili agli effetti nocivi del fumo, bensì di tutti i cittadini della comunità in cui opera.

Esporre il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è un obbligo di legge, fornire strumenti ai non fumatori per far valere il loro diritto di lavorare in ambienti sani e motivazioni ai fumatori per aiutarli a smettere, è segno di grande responsabilità sociale.

d) vantaggi per il lavoratore

- Miglioramento della salute;
- Miglioramento dell'ambiente di lavoro;
- Aumento dei livelli di soddisfazione e ridotti livelli di stress;
- Miglioramento del benessere personale

EVIDENZE DI EFFICACIA

- CIPES Piemonte http://www.cipespiemonte.it/HPH_ospedale_libero_fumo.aspx
- USDHHS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: USDHHS, 2006
<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
- Hopkins DP et al., Smokefree Policies to reduce tobacco use, a systematic review, Am J Prev Med 2010; 38(2S):S275-S289
- Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, Fogliani V, Galeone D, Malvezzi E, Minozzi S, Nardini S, Pacifi ci R, Vanuzzo D. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002.

SOSTENIBILITA'

Essendo l'azione tutta svolta all'interno dei servizi sanitari, con personale strutturato già operativo, fermo restando le difficoltà d'avvio legate ad una problematica così diffusa e difficile da aggredire perché legata ad una dipendenza, con l'attenzione necessaria a compiere piccoli passi verso l'obiettivo e correlando le azioni ad una efficace comunicazione, negli anni diventa di sistema e stile di vita.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati. Fra le attività previste dall'azione è compresa la formulazione di un questionario per la valutazione della prevalenza di fumatori tra il personale prima e dopo l'entrata in



vigore della politica aziendale, che permetterà una valutazione delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici previsti dalle scelte aziendali.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Le attività previste sono indirizzate a compiere un percorso virtuoso verso un'azienda sanitaria libera dal fumo, pertanto sono rivolte a tutti i dipendenti. Considerate le diseguaglianze fra i fumatori soprattutto correlate alle condizioni socio-economiche e d'istruzione, l'offerta di servizi gratuiti per la disassuefazione permette una risposta adeguata da parte di tutto il target.

TARGET	I lavoratori dell'azienda sanitaria sia fumatori che non fumatori			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di Lavoro X
INTERSETTORIALITA'	Ministero della Salute, Regione Abruzzo, Azienda ASL, Rappresentanti della sicurezza e della protezione, medico competente e delegati sindacali			

OBIETTIVO SPECIFICO

Promuovere il controllo del fumo nell'ambiente di lavoro, riducendo il numero dei fumatori, riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori e migliorando la salubrità e la vivibilità dell'ambiente di lavoro.

ATTIVITA' PRINCIPALI

Le attività di seguito elencate dovranno essere avviate in tutte le ASL della Regione

- 1) Costituire il gruppo di lavoro aziendale
- 2) Valutare la situazione esistente in azienda
- 3) Definire gli obiettivi e il piano di azione
- 4) Redigere il regolamento
- 5) Comunicare la politica aziendale
- 6) Offrire programmi per smettere di fumare
- 7) Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati

1) Costituire il gruppo di lavoro aziendale

In una Azienda che decide di liberarsi dal fumo è importante costituire un gruppo di lavoro con il compito specifico di definire e realizzare un progetto di controllo del fumo di tabacco.

INTERSETTORIALITA': E' opportuno che si identifichi all'interno del gruppo un referente per la conduzione del progetto e favorisca lo sviluppo delle attività volte alla riduzione del tabagismo nei lavoratori nell'azienda.

STAKEHOLDER: Del gruppo devono far parte anche capireparto, capiufficio o capisquadra per dare operatività al progetto dell'abbandono dell'uso di sigarette, inoltre devono far parte i rappresentanti della sicurezza e della protezione, il medico competente e i delegati sindacali;

2) Valutare la situazione esistente in azienda

E' necessario, prima di elaborare un progetto, sapere dove e quando si fuma, quanti sono i fumatori in azienda, quali problemi emergono (per es. chi fuma nelle pause o si assenta) sia a carico dei fumatori che dei non fumatori.

L'entità dell'abitudine al fumo fra i dipendenti e le loro opinioni possono essere ricercate attraverso un questionario che raccolga informazioni in modo obiettivo e senza dare giudizi. Il questionario è importante per assumere informazioni preliminari e diventa uno strumento di monitoraggio nelle fasi successive.

3) Definire gli obiettivi e il piano di azione



L'Azienda può intraprendere due percorsi:

- a) limitarsi ad applicare il divieto di fumare
- b) portare avanti un progetto vero e proprio di promozione della salute

Il primo percorso consiste nel rispetto delle vigenti norme di divieto del fumo e sulla sicurezza nel lavoro, permettendo di tutelare la salute dei lavoratori non fumatori.

Il secondo percorso integra il divieto ad interventi atti a promuovere nei lavoratori atteggiamenti e abitudini orientati alla promozione della salute

4) Redigere il regolamento

E' necessario stabilire delle regole in modo che tutti (dipendenti, clienti, utenti) conoscano le decisioni dell'Azienda sull'argomento e possano sapere come comportarsi. Il regolamento deve stabilire ed elencare i locali dove è per legge proibito fumare, indicare i referenti che hanno l'incarico di monitorare l'osservanza delle norme di comportamento e le conseguenze in caso di violazione.

5) Comunicare la politica aziendale

Far conoscere la nuova politica aziendale a tutti i dipendenti, sia le nuove regole e i divieti, sia le altre azioni previste dal progetto, come le forme di assistenza per favorire la disassuefazione dal fumo.

Inoltre è importante:

- a) definire la tempistica, quindi stabilire una data precisa per far scattare le nuove regole;
- b) cartellonistica per indicare l'intendimento dell'azienda, mettono la Direzione a riparo da contestazioni da parte di fumatori pedanti che possono sostenere di non essere stati informati del divieto del fumo e sono un continuo monito per i fumatori incalliti;
- c) interventi educativi: iniziative informativo-educative con incontri a piccoli gruppi con i dipendenti per far conoscere la nuova politica aziendale, le azioni che propone e i risultati che si prefigge di ottenere, fornire informazioni tecniche o mediche, distribuire materiale divulgativo, eseguire misurazioni del CO.

6) Offrire programmi per smettere di fumare

Smettere di fumare è difficile, tuttavia in tanti ci riescono, non da soli, magari con qualche aiuto. In questo caso all'Azienda viene in aiuto il Centro Antifumo del territorio che:

- a) deve migliorare la conoscenza delle patologie legate al fumo con interventi educativi collettivi e dare consigli sui corretti stili di vita;
- b) effettua la presa in carico dei fumatori che non riescono a smettere nonostante i progetti della nuova politica aziendale;
- c) realizza incontri periodici di gruppo sul posto di lavoro per un approccio medico e psicologico di tipo cognitivo-comportamentale.

7) Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati

Una rilevazione a 6 o a 12 mesi consentirà di valutare i cambiamenti nell'ambiente lavorativo e quindi l'efficacia del progetto stesso.

ATTIVITA'	INDICATORI DI PROCESSO <i>Fonte: Registri di attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Comunicare la politica aziendale	n. dipendenti per ogni ASL raggiunti da interventi educativi per far conoscere la nuova politica aziendale INDICATORE SENTINELLA	0	10%	20%	30%



CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.	1°t.	2°t.	3°t.	4°t.
1) Costituire il gruppo di lavoro aziendale	X	X										
2) Valutare la situazione esistente in azienda		X	X									
3) Definire gli obiettivi e il piano di azione			X									
4) Redigere il regolamento		X	X									
5) Comunicare la politica aziendale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Offrire programmi per smettere di fumare				X	X	X	X	X	X	X	X	X
7) Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati											X	X

Lo svolgimento delle azioni su indicate avverrà nei luoghi indicati dall'azienda per:

- azioni divulgative ed educative per il personale;
- somministrazione dei questionari di valutazione;
- valutazione periodica dei fumatori presi in carico dal Centro Antifumo per il percorso di disassuefazione dal fumo con i Medici Specialisti e gli Psicologi.

ANALISI DEI RISCHI

Ad ostacolare il raggiungimento degli obiettivi di questo progetto potrebbero essere i fumatori con una alta dipendenza dalla nicotina che fumano anche nel luogo di lavoro, stimolando i lavoratori che hanno iniziato il percorso di disassuefazione dal fumo e favorendo l'esposizione al fumo passivo di lavoratori non fumatori.

Per ridurre questo rischio è importante l'azione dei referenti deputati al monitoraggio delle osservanze delle norme comportamentali, elevando eventualmente sanzioni già programmate.

AZIONE n. 2 - "RESPIRO ARIA NUOVA"

(obiettivi centrali 1.4 – 1.5)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Il fumo di tabacco è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute individuale e collettiva.

Nel trattare e prevenire radicalmente i problemi fumo-correlati è necessario porsi in una prospettiva di sanità pubblica, perché si tratta di un fenomeno diffusissimo, influenzato dalle pressioni sociali. Perciò l'approccio deve essere articolato all'interno di un approccio di popolazione (si vedano i programmi "Smoke-free" dell'OMS).

L'OMS da molti anni sottolinea l'importanza di individuare e attivare le risorse della comunità (non solo il medico e il personale sanitario, ma anche educatori, opinion leader, volontari), per attuare efficaci

programmi di prevenzione e promuovere la cultura di uno stile di vita sano, che comprende la scelta di non fumare.

Considerata l'importanza del problema dal punto di vista sanitario, è bene che i Servizi pubblici (soprattutto i Centri AntiFumo – CAF) creino collaborazioni fra loro e con le Associazioni e le altre risorse del territorio.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Esistono diverse modalità di intervento a supporto di coloro che decidono di smettere di fumare. Le principali categorie spaziano dal counselling alla farmacoterapia nelle loro varie forme, dalle terapie di gruppo alle tecniche di condizionamento, al self-care, al self-help, all'agopuntura, all'ipnosi fino a programmi residenziali in cliniche private.

Tutte queste tecniche sono state studiate attraverso la ricerca ed hanno prodotto risultati differenti (Cormons V., 2001, trad. Cessazione dal fumo interventi e strategie. Centri Studi EBN. Best practice vol. 5, Issue3, ISSN 1329 -1874).

Si può anche consultare la Cochrane Library alla voce Tobacco Addiction (<http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/94.html>) dove si trovano 47 rassegne inerenti il trattamento.

Nel nostro intervento, per “*programmi di gruppo per smettere di fumare*” si intendono quelli in cui i fumatori (preferibilmente con i propri famigliari) si incontrano in gruppo, in modo e con cadenza strutturata (con un facilitatore, non necessariamente “professionista” ma opportunamente formato) per condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità.

I corsi di gruppo per la disassuefazione dal fumo di tabacco permettono di: analizzare le motivazioni dei comportamenti dei componenti del gruppo, offrire un'opportunità per un apprendimento sociale, generare una esperienza emotiva, fornire informazioni e insegnare nuove abilità attivando le potenzialità di ciascuno (Stead L.F., Lancaster T., 2005, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD001007.pub2. DOI: 10.1002/14651858. CD001007. pub2 Public Health Service).

Attualmente in Italia esistono vari tipi di trattamento di gruppo promossi e condotti oltre che dalle istituzioni sanitarie anche da Associazioni di volontariato.

Negli ambulatori o Centri Antifumo i gruppi rappresentano l'approccio favorito e maggiormente vantaggioso in termini di costo/beneficio. Dalla rilevazione del 2007 dell'Istituto Superiore di Sanità a cura dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga in Italia sono stati censiti 362 centri antifumo/ambulatori di cui 267 del Sistema Sanitario Nazionale e 95 afferenti alla LILT; più della metà di essi è situata nel nord Italia (55,7%). Il 47,2% (171) del totale dichiarano di svolgere terapie di gruppo (OssFAD, 2008).

I percorsi di gruppo si differenziano in parte per il tipo di approccio o per il numero di partecipanti o per la durata complessiva, ma tutti sembrano sviluppare progressivamente una componente assimilabile all'auto-mutuo-aiuto (AMA), al sostegno reciproco tra i partecipanti, che segue alle fasi iniziali maggiormente improntate alla componente pragmatica cognitivo-comportamentale.

Il Gruppo AMA, una volta avviato, prosegue il percorso di crescita personale e comunitario, con l'autoprotezione della Salute e la promozione di stili di vita sani.

- Centro di educazione alla salute, Servizio Regionale di Documentazione, Regione Veneto (2004), “Corsi per smettere di fumare”, Padova.
- AA.VV. (2008), Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10 - NHS. February
- Orlandini D. et al. (2010), Trattamento di gruppo per smettere di fumare, , Regione Veneto, “Programma Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo-correlate”, Venezia

SOSTENIBILITÀ

Il corso e i Gruppi AMA sono riproducibili e diffusibili su larga scala, con risparmio di risorse umane e finanziarie



MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

Il corso di formazione per formatori è rivolto, oltre che agli operatori CAF, anche agli altri operatori, dipendenti pubblici o volontari, fumatori o non fumatori) particolarmente motivati a realizzare corsi per smettere di fumare, rivolti alla popolazione generale.

I corsi per smettere di fumare sono rivolti indistintamente a tutti coloro che ne fanno richiesta.

Il Gruppo AMA per persone con problemi fumo-correlati è aperto a chiunque ne voglia far parte (assieme ai famigliari).

Gli interventi di popolazione dovrebbero avere come target privilegiato le fasce deboli della popolazione, caratterizzate da un maggior consumo di tabacco. Sono scarsi gli studi sulle evidenze di efficacia degli interventi contro il fumo nel ridurre le disuguaglianze.

TRASVERSALITÀ

L'intervento coinvolge gli operatori sanitari di tutti i Servizi Territoriali e dei Reparti ospedalieri, MMG, PLS, Comunità Locali, Associazioni di Volontariato, popolazione generale.

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Costituzione Gruppo Regionale di Coordinamento
2. Preparazione del materiale didattico
3. Pubblicizzazione dell'intervento
4. Corso di Formazione per Formatori
5. Costituzione del gruppo dei Formatori
6. Corsi rivolti alla Popolazione generale (Il Corso dura 12,5 ore in totale: 2,5 ore per ciascuna delle 5 sessioni).
7. Avvio del Gruppo AMA (subito dopo ciascun Corso)

OBIETTIVO

Formare e sensibilizzare un gruppo di formatori in ciascuna ASL abruzzese, al fine di trasmettere comportamenti e competenze per realizzare efficacemente corsi di breve durata (12,5 ore) rivolti a chiunque abbia l'intenzione di smettere di fumare, e per avviare gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) specifici, in grado di moltiplicare su larga scala le strategie apprese.

TARGET	Futuri Formatori: Operatori ASL, MMG e PLS, Opinion leader, Educatori, Volontari (sia fumatori che non fumatori), assieme ai loro famigliari.			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	Tutti i Servizi Territoriali e i Reparti ospedalieri, MMG e PLS, Servizi sociali dei Comuni, Opinion leader, Associazioni di Volontariato			

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO <i>Fonte: Registro di attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) avviati INDICATORE SENTINELLA	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Costituzione gruppo di lavoro regionale per l'organizzazione dei corsi di Formazione per formatori. Contatti formali con gli attori interessati (CAF, Referenti Prevenzione ASL, Ser.D., Comuni, Associazioni)	X	X										
2) Preparazione del materiale didattico	X	X										
3) Organizzazione e Realizzazione dei Corsi di Formazione per Formatori (n. 16 ore per ciascuna ASL).	X	X	X									
4) Organizzazione e Realizzazione dei corsi rivolti alla popolazione generale, per ciascuna ASL (n. 5 serate di n. 2,5 ore ciascuna)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5) Avvio dei Gruppi AMA "Respiro Aria Nuova"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6) Monitoraggio/valutazione del progetto				X				X				X

ANALISI DEI RISCHI

Punti di forza:

- validazione dell'intervento a livello nazionale

Punti di criticità:

- possibile difficoltà a reperire la disponibilità di futuri Formatori
- ostacoli dovuti al numero di giorni di impegno

Opportunità:

- per gli utenti fumatori e per le proprie famiglie migliora la salute in tutte le aree vitali
- per la popolazione generale è facilitata la promozione di stili di vita salutari
- per il mondo del lavoro diminuisce il numero di giorni di assenza per malattia e migliora la produttività

AZIONE n. 3 - "CORSO DI FORMAZIONE RIVOLTO AD OPERATORI SOCIO-SANITARI DELLA ASL PER ADDESTRAMENTO AL COUNSELLING BREVE (MODELLO IPIB-PHEBA)"

(obiettivo centrale 1.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Il Corso intende inserire interventi di counselling breve (per promozione della salute e la prevenzione di problemi legati al consumo di bevande alcoliche) nella pratica clinica giornaliera degli operatori dell'assistenza sanitaria

EVIDENZE DI EFFICACIA

- Prevenzione del consumo dannoso di alcol NICE. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE public health guidance 24. 2010 *Il documento originale è interamente scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph24>*



- Gli interventi brevi riescono a salvare la vita (Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99: 839-845.).
- *-Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve.* (2010). A cura di: Scafato E., Gandin C., Patussi V. ed il gruppo di lavoro IPIB
- Accordo stato-Regioni 16 marzo 2006
- Dlgs. 81/2008

SOSTENIBILITÀ

- Attività svolte in orario di servizio o incentivate
- Verosimile riduzione dei costi sociali e sanitari
- Cambiamento della cultura generale
- Riproducibilità dell'evento

MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

Il corso è rivolto a tutti i reparti e servizi sanitari con ricaduta su tutta la popolazione afferente, indistintamente.

TARGET	Operatori socio sanitari della ASL			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro X
INTERSETTORIALITÀ	<u>Attori:</u> Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk management delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo. <u>Stakeholders:</u> Direttori Generali Aziendali , Sindacati di categoria , INAIL, INPS			

ATTIVITÀ PRINCIPALI

1. Creazione di un gruppo di coordinamento (2015)
2. Mappatura delle risorse e individuazione dei docenti (2015)
3. Formulazione del programma del corso e produzione dei materiali didattici con formazione e autoformazione (2015)
4. Pubblicizzazione dell'evento (2016)
5. Realizzazione del corso per ciascuna Asl in più edizioni

OBIETTIVO SPECIFICO

Migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori socio-sanitari della ASL su modelli e iniziative di carattere preventivo, attraverso la formazione e tecniche di counselling motivazionale breve su alcol e salute.

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Fonte di verifica: documentazione interna				
Percentuale di lavoratori socio-sanitari della ASL formati al counselling breve su alcol e salute	0	10%	20%	30%
INDICATORE SENTINELLA				

ANALISI DEI RISCHI



Punti di forza:

- validazione dell'intervento a livello internazionale
- presenza di operatori già formati e potenziali docenti, in Regione Abruzzo

Punti di debolezza:

Carenza di risorse di personale per la realizzazione delle attività info-educative. Garantire la presenza in tutte le ASL di un coordinamento stabile interno ai servizi e attivare risorse di supporto

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA' PRINCIPALI	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Costituzione gruppi di lavoro ASL per l'organizzazione dei Corsi	X	X										
2) Organizzazione Pubblicizzazione	X	X										
3) Realizzazione dei Corsi di Formazione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 4 - "CORSI DI FORMAZIONE SUI RISCHI DELL'ALCOL RISERVATI A TUTTI I DIPENDENTI DELLE A.S.L."

(obiettivo centrale 1.6)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Il corso intende aumentare le conoscenze e la consapevolezza dei lavoratori sull'impatto dell'uso di alcol per la salute e la sicurezza del lavoro.

EVIDENZE DI EFFICACIA

- Prevenzione del consumo dannoso di alcol - NICE. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE public health guidance 24. 2010 *Il documento originale è interamente scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph24>*
- Accordo stato-Regioni 16 marzo 2006
- Dlgs. 81/2008

MISURE PER LE DISUGUAGLIANZE

Il Progetto prevede che tutti i Dipendenti, indistintamente, vengano informati sui rischi per la salute

SOSTENIBILITÀ

L'azione richiede una riorganizzazione delle risorse presenti. A regime le Strutture, se provviste di dotazione di partenza adeguata, proseguono le attività sostanzialmente in isorisorse.

Verosimile riduzione dei costi sociali e sanitari.

Cambiamento della cultura generale.

Riproducibilità delle azioni.

TARGET	Tutti i lavoratori delle Aziende Sanitarie Locali			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari X	Ambienti di Lavoro <input type="checkbox"/>

INTERSETTORIALITA'	<u>Attori:</u> Operatori dei Ser.D., dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Servizi di qualità-formazione-risk management delle ASL Regione Abruzzo, Regione Abruzzo. <u>Stakeholders:</u> Direttori Generali Aziendali , Sindacati di categoria , INAIL, INPS
---------------------------	---

ATTIVITÀ PRINCIPALI

Le attività principali, in base alla durata del progetto, verranno così attuate :

1. costituzione gruppi di formatori,
2. contatti con i partner e gli stake holders;
3. Attività di formazione in aula
4. Valutazione dell'attività formativa

INDICATORI

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Fonte di verifica: Registri di Attività				
N° di corsi realizzati per la formazione dei lavoratori della ASL su alcol e salute INDICATORE SENTINELLA	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA' PRINCIPALI	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Costituzione gruppi di lavoro ASL per l'organizzazione dei Corsi	X	X										
2) Organizzazione Pubblicizzazione	X	X										
3) Realizzazione dei Corsi di Formazione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANALISI DEI RISCHI

Carenza di risorse di personale per la realizzazione delle attività info-educative.

Garantire la presenza in tutte le ASL di un coordinamento stabile interno ai servizi e attivare risorse di supporto

AZIONE n. 5 "GUADAGNARE SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO"

(obiettivi centrali 1.4-1.5-1.6-1.7-1.8-1.9)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è il risultato di un'azione sinergica tra Medico Competente, datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanze e ha lo scopo di favorire sicurezza e benessere dei lavoratori attraverso interventi orientati al miglioramento delle condizioni ambientali, organizzative e relazionali. Il luogo di lavoro rappresenta un importante setting per promuovere salute. In tale contesto è infatti possibile raggiungere un gran numero di persone con interventi informativi e con iniziative orientate allo sviluppo di processi di consapevolezza per scelte salutari. È, inoltre, possibile sostenere e facilitare le scelte individuali attraverso l'adozione di "buone pratiche" concepite in percorsi intersettoriali (sanità, impresa privata e pubblica, associazioni di categoria) fondati sul dialogo tra obiettivi sanitari e responsabilità sociale delle aziende. Gli interventi organizzativi e i cambiamenti



dell'ambiente lavorativo hanno l'obiettivo di promuovere la salute globale dei lavoratori, fisica, psicologica e mentale. I programmi si focalizzano su iniziative riguardanti l'attività fisica individuale, l'alimentazione, la cessazione del fumo, la prevenzione dell'alcolismo, la riduzione del peso, con approccio integrato sui principali determinanti di salute/fattori di rischio. I maggiori benefici economici e sanitari si ottengono con programmi combinati che comprendono interventi a livello individuale e aziendale.

Da qualche decennio l'applicazione sempre più ampia e sistematica dei principi di tutela della salute dei lavoratori ha portato alla riduzione dei fattori di rischio tradizionali e delle conseguenti tecnopatie, per lo più monofattoriali. Viceversa l'innalzamento dell'età media delle popolazioni lavorative ha portato in primo piano le patologie a genesi multifattoriale (cardiopatie, tumori, patologie dell'apparato locomotore, etc), per le quali l'esposizione lavorativa è soltanto una delle molteplici cause, mentre altri fattori di rischio sono legati allo stile di vita: alimentazione, sedentarietà, obesità, abitudini voluttuarie, sostanze d'abuso, etc, provocando anche difficili problemi di idoneità alla mansione.

EVIDENZE DI EFFICACIA

Il medico competente esplica la sua attività verso una fascia di popolazione (età lavorativa) di cui, soprattutto quella fra 20-50 anni difficilmente raggiungibile direttamente con le tradizionali forme di comunicazione e con le tradizionali figure della prevenzione. L'art. 25 del D.Lgs 81/08 del resto apre l'attività tradizionale del medico competente direttamente verso l'attuazione e valorizzazione di programmi di promozione della salute riconoscendone di fatto il suo ruolo nell'ambito complessivo della prevenzione. Questa attività implementerà le conoscenze del medico competente e ne svilupperà in prospettiva un ruolo più attivo nella prevenzione.

SOSTENIBILITA'

Essendo l'intervento realizzato dai medici competenti, essi, una volta formati, potranno implementare negli anni queste attività di prevenzione.

Le attività di monitoraggio previste dal programma garantiscono efficaci correzioni di rotta e un'utile valutazione dei risultati ottenuti.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA

Attualmente non ci sono sistemi di sorveglianza consolidati utilizzabili nella programmazione e nel monitoraggio/valutazione dei risultati.

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

I contenuti del programma sono rivolti a tutti i lavoratori senza distinzione di razza, età e sesso. Saranno inclusi anche lavoratori con contratti atipici e tirocinanti.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Conoscere il quadro epidemiologico delle principali malattie multifattoriali cause di disabilità e mortalità precoce tra i lavoratori, e l'interazione fra fattori di rischio professionali ed extraprofessionali.
2. Conoscere e saper applicare la normativa di riferimento relativa a fattori di rischio legati agli stili di vita (fumo di tabacco ed alcol) e rilevanti ai fini della prevenzione anche nei luoghi di lavoro.
3. Conoscere le problematiche della cattiva alimentazione con particolare riferimento all'eccesso alimentare, alla qualità degli alimenti distribuiti all'interno delle aziende e del controllo ponderale.
4. Individuare le mansioni comportanti posture obbligate protratte ed ipoattività fisica
5. Conoscere e saper applicare le strategie di promozione della salute nei luoghi di lavoro, con coinvolgimento dei vari soggetti istituzionali (Asl-Inail), aziendali (Dirigenti, RSPP, RLS) e dei medici di Medicina Generale secondo i principi del codice etico ICOH e gli orientamenti contenuti nel documento tecnico elaborato dalla SIMLI nel 2011.

ATTIVITÀ

1. Convegno regionale ecm Medici competenti
2. Richiesta di adesione medici competenti al progetto “ fabbrica senza fumo e senza alcol”
3. Richiesta di adesione medici competenti al progetto “ alimentazione e salute”
4. Inserimento aziende coinvolte in un elenco regionale
5. Individuazione all’interno delle aziende di personale da adibire al controllo antifumo
6. Corso di formazione di 10 ore per gli addetti anti fumo
7. Indagine epidemiologica sul fumo in azienda
8. Counselling
9. Individuazione lavoratori a rischio
10. Collaborazione con centri anti fumo
11. Formazione in azienda sul rischio fumo e alcol
12. Sensibilizzare le figure aziendali della prevenzione in relazione al controllo del divieto somministrazione bevande alcoliche, della qualità e conservazione degli alimenti distribuiti nelle aziende e nelle mense aziendali.
13. Favorire nelle aziende la distribuzione di alimenti non conservati e con basso indice glicemico
14. Determinare in collaborazione con altre figure nelle mense aziendali un giusto apporto calorico e liquido anche in rapporto alla attività lavorativa prestata.
15. Controllo sistematico del peso nei soggetti a rischio e sviluppo Counselling
16. Nelle mansioni comportanti postura protratta per tempi prolungati ed ipoattività fisica monitoraggio e sviluppo di Counselling

TARGET	Medici Competenti			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti Sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di Lavoro X
INTERSETTORIALITA'	L'intervento scaturisce da una collaborazione fra la Regione Abruzzo , i medici competenti e le aziende della regione Abruzzo Nella realizzazione dell'intervento i principali portatori d'interesse risultano essere i medici competenti verso i quali verrà indirizzato la richiesta di impegno nella prevenzione di rischi sociali ad alto impegno sulla salute individuale.			

INDICATORI DI PROCESSO Fonte: Registri di Attività	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Adesione dei medici competenti	0	5%	10%	12%

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno -2018			
	1°t	2°t	3°t	4°t.	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t
1) Convegno regionale ECM Medici competenti		X										
2) Richiesta di adesione medici competenti ai progetti “ fabbrica senza fumo e senza alcol” e “ alimentazione e salute”		X			X				X			

3) Inserimento aziende coinvolte in un elenco regionale				X	X				X			
4) Individuazione all'interno delle aziende di personale da adibire al controllo antifumo						X			X			
5) Corso di formazione di 10 ore per gli addetti anti fumo					X							
6) Indagine epidemiologica sul fumo in azienda					X							X
7) Counseling					X		X		X		X	
8) Individuazione lavoratori a rischio					X				X			
ATTIVITA'	Anno 2016				Anno 2017				Anno 2018			
	1°t	2°t	3°t	4°t.	1°t	2°t	3°t	4°t	1°t	2°t	3°t	4°t
9) Collaborazione con centri anti fumo					X				X			
10) Formazione in azienda sul rischio fumo e alcol					X				X			
11) Report aziendale distributori alimenti e bevande					X				X			
12) Collaborazione con il servizio mensa aziendale												
13) Individuazione persone obese con indice BMI e con giro vita secondo indicazioni nazionali					X				X			
14) Monitoraggio obesità e counselling												
15) Individuazione mansioni con posture obbligate e con ipoattività fisica					X				X			
16) Assegnazione di segnapassi con valutazione mensile												

ANALISI DEI RISCHI

1. L'adesione dei medici competenti al progetto è una variabile non prevedibile. Si ritiene opportuno prevedere forme di incentivazione per implementare l'adesione
2. La novità del progetto presuppone una revisione annuale al fine di evidenziare criticità e proporre soluzioni.
3. E' prevedibile l'adozione di materiale informativo
4. E' prevedibile la fornitura di materiale (bilance, contapassi, misuratori girovita etc).

AZIONE n. 6 "RIDURRE IL CONSUMO ECCESSIVO DI SALE"

(obiettivo centrale 1.8)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di non superare nell'adulto sano circa 2 g di sodio al giorno, equivalenti a 5 g di sale o cloruro sodio.

Da un'indagine nazionale (MINISAL-GIRCSI), promossa nell'ambito del programma *Guadagnare Salute*, è stato visto che in realtà gli italiani sono ben lontani dai consumi di sodio raccomandati dall'OMS. Di fatto il consumo medio di sale al giorno, negli adulti, è pari a 10,6 grammi negli uomini ed 8,6 nelle donne, inoltre il consumo di sale risulta avere una stratificazione regionale, con valori di consumo maggiori al



Sud, ed in quasi tutte le regioni non più dell'1% dichiara di consumare sempre pane senza sale o con pochissimo sale.

In letteratura è stato ampiamente dimostrato l'effetto benefico sulla riduzione della pressione arteriosa dato da una riduzione del consumo di sale, con risultati modesti nei normotesi e ancora più marcati nei soggetti di razza nera, negli anziani e nei soggetti con diabete, sindrome metabolica. La restrizione sodica può, secondo diversi studi, ridurre il numero e la dose di farmaci antipertensivi.

I consumi di sale all'interno delle sorveglianze ministeriali non sono stati indagati finora, è stato però chiesto agli ipertesi dell'indagine PASSI che tipo di trattamenti/consigli il medico avesse loro fornito per ridurre l'ipertensione. Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi della regione Abruzzo hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di ridurre il consumo di sale sono il 96,3% degli intervistati (Report Passi Abruzzo 2013) a livello nazionale questi rappresentano l'88,6%.

Secondo l'indagine Multiscopo Istat 2012 il 36% degli abruzzesi di 3 anni e più dichiara di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati., superiore rispetto alla media nazionale pari al 31,1% degli intervistati.

EVIDENZE DI EFFICACIA

La diminuzione del consumo di sale, non più di 5 g al giorno, può consentire una diminuzione stimata della pressione arteriosa sistolica fino a 8 mmHg e fino a 4 mmHg di pressione diastolica. Limitare il consumo di sodio è importante non solo per le persone che soffrono di ipertensione, compresi coloro che seguono una terapia con farmaci antiipertensivi, ma anche per chi ha pressione normale.

(Vollmer WM *et al.* Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-Sodium Trial. *Ann Intern Med.* 2001;135:1019-1028)

(He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *Journal of Human Hypertension* 2002;16:761-70)

(Chobanian AV *et al.* Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-1252)

Secondo le linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari misure preventive come: la modifica degli stili di vita come il controllo del peso, l'aumento dell'attività fisica, la riduzione del consumo di alcol, la restrizione dell'assunzione di sale, l'aumento del consumo di frutta e verdura e di cibi a basso contenuto di grassi sono raccomandate in tutti i pazienti con ipertensione o pressione arteriosa ai livelli superiori della norma (Livello di Evidenza B, Raccomandazione I, FORTE).

(European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* (2012) 33, 1635-1701)

SOSTENIBILITÀ

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la stesura del protocollo è un impegno per i soggetti aderenti . La formazione dei panificatori da parte di esperti di tecnologie alimentari dell'Università e delle associazioni garantisce un prodotto di qualità e accettabile dal punto di vista organolettico, la cui produzione una volta avviata potrà continuare nel tempo .

Il modulo per la riduzione del contenuto di sale negli incontri formativi per il rilascio dell'attestato in igiene degli alimenti è ripetuto ogni tre anni in corso di rinnovo e rappresentate un aggiornamento periodico per gli operatori del settore alimentare sia panificatori che ristoratori . Il coinvolgimento dei MMG permette di raggiungere tutti gli assistiti con consigli ad hoc .

SISTEMI DI SORVEGLIANZA PER PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Report regionale sorveglianza Passi (suggerimento agli ipertesi di ridurre il consumo di sale nel cibo da parte degli operatori sanitari)

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze tramite:



- Costo simile o minore del pane a ridotto consumo di sale con inserimento impegno specifico delle associazioni nel protocollo
- accessibilità da parte dei soggetti economicamente svantaggiati all'acquisto di pane a ridotto contenuto di sale prevedendo il coinvolgimento di tutti i panificatori e in particolare degli esercenti di aree e zone popolari con residenti a basso reddito
- incentivo all'utilizzo di pane a ridotto contenuto di sale in corso di eventi e manifestazioni gastronomiche cui i soggetti a basso reddito e poco istruiti partecipano .

OBIETTIVO SPECIFICO

Aumentare la proporzione di soggetti ipertesi (18-69 anni) che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo.

AZIONI

Le azioni del progetto "Ridurre il consumo eccessivo di sale" sono:

1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari
2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione
3. Censimento e adesione dei panificatori
4. Formazione panificatori e verifiche
5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare
6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari

TARGET	Popolazione adulta 18-69 anni, popolazione ipertesa 18-69 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input checked="" type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	MMG, Farmacie, Servizi ASL, Operatori Sanitari, Associazione imprese alimentari, Associazione cuochi, Panificatori, Università con corsi di laurea in tecnologie alimentari			

Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici <i>Fonte: Sorveglianza Passi, indagine multiscopo ISTAT.</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Prevalenza di soggetti di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo Cod. indicatore 1.8.1	96,3%			96,3% <i>consolidamento</i>
Prevalenza di soggetti di 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati Cod. indicatore 1.8.2	36%	30%	28%	25,2% (meno 30%)

INDICATORI DI PROCESSO	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Regione</i>				
Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione	0	Stipula protocollo d'intesa con associazioni di categoria per l'impegno alla produzione di pane con contenuto di sale pari all' 1,8% riferito alla farina	Report comunicazioni sull'adempimento all'accordo (riduzione di sale nella panificazione) delle associazioni di categoria ai panificatori 50%	Report comunicazioni sull'adempimento all'accordo (riduzione di sale nella panificazione) delle associazioni di categoria ai panificatori 100%
Censimento panificatori	90% panificatori registrati su banca dati regionale			
Adesione panificatori INDICATORE SENTINELLA	0	30% panificatori aderenti al protocollo	50% panificatori aderenti al protocollo	70% panificatori aderenti al protocollo
Formazione panificatori sulla tecnologia di panificazione di pane a ridotto contenuto di sale (Università e Associazioni di categoria)	0	50 % panificatori aderenti n. 2 incontri di 3 ore per Asl	50 % panificatori aderenti n. 2 incontri di 3 ore per Asl	
Formazione panificatori sui benefici della riduzione del consumo di sale sulla salute (ASL)	0	50 % panificatori aderenti n.1 incontro di 3 ore	50 % panificatori aderenti n.1 incontro di 3 ore	
Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare	0	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale nel 30% dei punti vendita e mense aziendali e pubbliche	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale nel 60% dei punti vendita e mense aziendali e pubbliche	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale nel 100% dei punti vendita e mense aziendali e pubbliche
Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare	0	Formazione corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione (inserimento del modulo nel 30% dei corsi attivati)	Formazione corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione (inserimento del modulo nel 60% dei corsi attivati)	Formazione corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione (inserimento del modulo nel 100% dei corsi attivati)
	0	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale da esporre nel 30% dei servizi Asl, degli ambulatori dei	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale da esporre nel 60% dei servizi Asl, degli ambulatori dei MMG, delle farmacie	Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) sulla riduzione del consumo di sale da esporre nel 100% dei servizi Asl, degli ambulatori dei MMG, delle farmacie

		MMG, delle farmacie		
Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari	0	Incontri formativi in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale (10% medici e farmacisti aderenti all'offerta formativa)	Incontri formativi in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale (20% medici e farmacisti aderenti all'offerta formativa)	Incontri formativi in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale (30% medici e farmacisti aderenti all'offerta formativa)

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015	2016	2017	2018
1) 1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari		X	X	
2) 2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione	X	X	X	X
3) 3. Censimento e adesioni dei panificatori	X	X	X	X
4) 4. Formazione panificatori e verifiche		X	X	X
5) 5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare		X	X	X
6) 6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari		X	X	X

	RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
ANALISI DEI RISCHI	1. Non adesione di tutte le associazioni di categoria al protocollo	Visibilità mediatica associazioni aderenti
	2. Scarsa partecipazione dei panificatori agli incontri formativi pratici con Università e associazioni	Incentivo per i panificatori tramite materiale da esporre nel proprio punto vendita
	3. Scarsa partecipazione degli operatori sanitari alla formazione	Eventi con accreditamento ECM
	4. Disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell'obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle AUSL

AZIONI

1.	Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari
2.	Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione
3.	Censimento e adesioni dei panificatori
4.	Formazione panificatori e verifiche
5.	Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare
6.	Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari

CRONOPROGRAMMA

1. Individuazione dei gruppi di coordinamento per la riduzione del quantitativo di sale nella panificazione e per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Creazione gruppo di lavoro intersettoriale per la riduzione del sale nel pane (Università, Rappresentanti panificatori, Asl)	x	x										
2. Creazione gruppo di lavoro intersettoriale per la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale nella popolazione da parte degli operatori sanitari (Asl, Rappresentanti MMG, Rappresentanti Ordine Farmacisti e Collegio Infermieri)	x	x										
3. Produzione e stampa dei materiali informativi e multimediali			x	x	x							

2. Accordo con le associazioni di categoria per la riduzione di sale nella panificazione

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Censimento associazioni di categoria	x											
2. Stipula protocollo d'intesa con associazioni di categoria per l'impegno alla produzione di pane con contenuto di sale pari all' 1,8% riferito alla farina		x	x									
3. Monitoraggio delle azioni comunicative delle associazioni di categoria ai panificatori				x	x	x	x	x	x	x	x	x

3. Censimento e adesione dei panificatori

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Censimento panificatori	x											
2. Indagine per la rilevazione della quantità di sale presente in ogni tipo di pane		x	x	x	x	x						
3. Adesione dei panificatori e riconoscimento (ASL e Associazioni di categoria) con esposizione di locandine				x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Albo dei panificatori che producono pane a ridotto contenuto di sale				x	x	x	x	x	x	x	x	x

4. Formazione panificatori e verifiche

Attività	2016	2017	2018
----------	------	------	------

	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Attività pratiche sulla tecnologia di panificazione di pane a ridotto contenuto di sale (Università e Associazioni di categoria) n. 2 incontri di 3 ore			X	X	X	X	X	X				
2. Incontri informativi sui benefici della riduzione del consumo di sale sulla salute (ASL) n.1 incontro di 3 ore				X	X							
3. Fornitura materiali informativi e multimediali			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Rilevazione tramite questionario su effettiva produzione di pane a ridotto contenuto di sale, sulle vendite e gradibilità dei consumatori					X	X	X	X	X	X	X	X

5. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a popolazione generale e operatori del settore alimentare

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) prodotti o recepiti dal Ministero della Salute sulla riduzione del consumo di sale da esporre nei punti vendita e mense aziendali e pubbliche				X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Adeguamento piano formativo corsi alimentaristi con inserimento modulo didattico di 15 minuti su riduzione utilizzo di sale nella panificazione e nella ristorazione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

6. Informazione/ Formazione sulla riduzione del consumo eccessivo di sale nell'alimentazione rivolta a operatori sanitari

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Fornitura di materiali informativi (locandine, opuscoli) prodotti o recepiti dal Ministero della Salute sulla riduzione del consumo di sale da esporre nei servizi Asl, MMG, farmacie e parafarmacie				X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Coinvolgimento dei MMG e dei Farmacisti per aderire agli incontri formativi anche in modalità FAD online (n. 1 modulo formativo di 8 ore) sul suggerimento da fornire ai pazienti, in particolare negli ipertesi, di ridurre il consumo eccessivo di sale				X	X	X	X	X	X	X	X	X

AZIONE n. 7 "AUMENTARE IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA"

(obiettivo centrale 1.7)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari, modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora, come ad esempio i comportamenti alimentari scorretti.

Il consumo di frutta e verdura è un aspetto estremamente importante della corretta alimentazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno tra frutta e verdura, corrispondenti a 400-500 g al giorno. Sempre l'OMS stima che a livello globale 1,7 milioni di morti sono attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura, inoltre si stima che il 14% dei



decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura.

Le linee guida italiane per una sana alimentazione sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. Secondo l'indagine Passi 2013 in Abruzzo il 63,9% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 27,8% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 5,9% le 5 porzioni raccomandate. Complessivamente il 33,8% degli intervistati abruzzesi ha dichiarato di consumare 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno (46,7% in Italia). L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle donne e nelle persone con alto livello d'istruzione.

EVIDENZE DI EFFICACIA

I Center for Disease Control and Prevention (Cdc) raccomandano strategie mirate ad incrementare l'accessibilità a frutta e verdura attraverso incentivi per la coltivazione di prodotti salutari sia a livello agricolo, sia a livello comunitario (dove si raccomanda la creazione di orti di quartiere) e mediante la promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali, nelle scuole e in occasioni di riunioni, incontri, seminari e convegni. (Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.)

Secondo una revisione sistematica gli interventi più efficaci erano quelli che davano messaggi chiari circa l'incremento del consumo di frutta e verdura, messaggi che venivano rafforzati quando si trattava di interventi multidimensionali, che prevedevano strategie multiple e venivano adottati per lunghi periodi di tempo. (Ciliska, D., Miles, E., O'Brien, M.A., Turl, C., Tomasik, H.H., Donovan, U., et al. (2000). Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 32(6), 341-352.) I consigli per l'aumento del consumo di frutta e verdura sembrano essere l'intervento più favorevole nella modifica degli outcome cardiovascolari anche se ancora vi è bisogno di ulteriori trials di conferma degli effetti anche a lungo termine. Si sono rivelati, invece, limitati i risultati degli studi relativi alla fornitura di frutta e verdura. (Hartley L, Igbinedion E, Holmes J, Flowers N, Thorogood M, Clarke A, Stranges S, Hooper L, Rees K. Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.)

SOSTENIBILITÀ

Le attività proposte sono sostenibili nel tempo in quanto la formazione di un gruppo di formatori ad hoc per la promozione dei corretti stili di vita (alimentazione, in particolare frutta e verdura e riduzione del consumo di sale) in tutte le fasce di popolazione coinvolta (scuola, collettività, ambienti di lavoro) garantirà negli anni l'implementazione della piattaforma on-line e gli incontri in sede con i Responsabili e i lavoratori delle imprese che aderiscono al progetto ed i medici competenti.

La formazione dei formatori è ripetuta annualmente al fine di arruolare nuovi formatori e garantire eventuali sostituzioni.

Il personale AUSL sarà disponibile con numero telefonico e strumenti telematici ad hoc per supporto a Responsabili aziendali e lavoratori o loro associazioni.

Le linee guida per la ristorazione dei lavoratori sia nelle mense che tramite distributori automatici rappresentano lo standard per le Ditte che preparano e somministrano e vendono alimenti nelle aziende aderenti e sono quindi oggetto di monitoraggio in corso di ispezione e mediante questionario on – line.

L'adozione da parte datoriale di iniziative di promozione della salute nei luoghi di lavoro può offrire alle imprese, nel medio-lungo periodo, opportunità in termini di ritorno di immagine, di fidelizzazione dei dipendenti e di miglioramento delle prestazioni lavorative.

Fra le molteplici ricadute positive, come effetto indotto nel breve-medio periodo, le iniziative di promozione della salute possono contribuire anche al contenimento del fenomeno infortunistico e



tecnopatico. Ciò per le imprese comporta una serie di vantaggi economici diretti, quali la riduzione del premio assicurativo per andamento infortunistico e per prevenzione, il contenimento delle perdite di produzione e dei danni a strutture e macchinari, il contenimento dei costi di formazione per il personale sostitutivo e delle ore di straordinario per recuperare la perdita di produzione oltre che delle spese per eventuali procedimenti legali. Ulteriori vantaggi derivano dal contenimento delle ricadute negative in termini di danno di immagine, insoddisfazione del cliente per eventuali ritardi nelle forniture, calo di morale e del senso di attaccamento del personale.

La sostenibilità si basa sull'attivazione di collaborazioni interne ed esterne e sul rafforzamento delle competenze/risorse dei destinatari (realizzazione di programmi educativi e organizzativi).

E' previsto un forte supporto da parte della direzione aziendale e un'efficace comunicazione e coinvolgimento dei lavoratori a tutti i livelli di sviluppo e realizzazione dell'intervento.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA PER PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Report regionale sorveglianza PASSI (dati sul consumo di frutta e verdura)

CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE

Si segnala che il progetto è orientato alla prevenzione e al contrasto alle disuguaglianze, tenuto conto che il sovrappeso e l'obesità interessano strati socio-economici svantaggiati e che i lavoratori con bassa istruzione consumano meno frutta e verdura.

Il progetto prevede il contrasto alle disuguaglianze tramite:

- Sensibilizzazione specifica dei datori di lavoro di aziende che impiegano lavoratori con basse mansioni e con minimo grado di istruzione e opportunità per tutte le categorie sociali di partecipare
- Integrazione in gruppo dei lavoratori per il raggiungimento comune dell'obiettivo del consumo di frutta e verdura che altrimenti da soli non raggiungerebbero
- valorizzazione della multiculturalità attraverso la conoscenza e la sperimentazione nelle mense delle culture alimentari dei paesi di origine dei lavoratori
- si terrà conto delle differenze culturali anche nelle linee guida regionali sulla ristorazione per le aziende
- stesura in più lingue di materiali informativi da distribuire ai Responsabili delle aziende e ai lavoratori
- realizzazione di incontri e materiali informativi chiari e comprensibili a tutti i soggetti coinvolti per abbattere le differenze nel grado di istruzione
- Ricaduta degli effetti positivi non solo all'interno dei luoghi di lavoro ma anche a livello delle famiglie e delle comunità locali
- utilizzo di incentivi per promuovere la partecipazione dei lavoratori alle iniziative e per aumentare la loro autostima
- demandare non solamente ai singoli individui l'adozione volontaria di pratiche salutiste, bensì attuare piani di intervento elaborati sinergicamente dalle principali parti interessate

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivo specifico del progetto è aumentare la prevalenza di persone / lavoratori che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno.

AZIONI

Le azioni del progetto "Aumentare il consumo di frutta e verdura" sono:

1. Costituzione gruppo di lavoro, coinvolgimento Aziende (imprese private e aziende pubblica) con almeno 10 lavoratori dipendenti per la promozione della sana alimentazione (consumo abituale di frutta e verdura) e raccolta adesioni



2. Somministrazione alle aziende individuate di un questionario online finalizzato alla raccolta dati sulla presenza in azienda di mense, bar e/o distributori automatici, menù adottati, interventi svolti di promozione della corretta alimentazione dei lavoratori
3. Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori (consumo abituale di frutta e verdura)
4. Promozione delle corrette abitudini alimentari (consumo abituale di frutta e verdura) tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale aziendale (responsabili aziendali, medici competenti e lavoratori) con piattaforma online e incontri in sede
5. Miglioramento dell'offerta di frutta e verdura nella ristorazione aziendale (mense e bar) e della distribuzione automatica di alimenti e bevande nei luoghi di lavoro
6. Promozione delle corrette abitudini alimentari (consumo abituale di frutta e verdura) tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) con piattaforma online e incontri in sede
7. Monitoraggio annuale delle aziende aderenti per la verifica dello svolgimento delle attività (visita in azienda, questionario online)

TARGET	Popolazione adulta 18-69 anni, popolazione ipertesa 18-69 anni			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità <input type="checkbox"/>	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input checked="" type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ	MMG, Farmacie, Servizi ASL, Operatori Sanitari, Associazione imprese alimentari, Associazione cuochi, Panificatori, Università con corsi di laurea in tecnologie alimentari			

INDICATORI DI ESITO <i>Fonte: Sorveglianza PASSI</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Prevalenza dei persone (18-69 anni) che consumano abitualmente 3 porzioni di frutta e/o verdura Cod. indicatore 1.7.1	33,8 %	33,8%	35,5% (+ 5%)	37,2 % (+ 10 %)

INDICATORI DI ESITO	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
<i>Fonte: Regione</i>				
Costituzione gruppo di lavoro, coinvolgimento Aziende con almeno 10 lavoratori dipendenti per la promozione della sana alimentazione (consumo abituale di frutta e verdura) e raccolta adesioni	0	Individuazione spazio piattaforma online per comunicazione e pubblicazione materiali relativi all'iniziativa	Raccolta 80% adesioni aziende su piattaforma online	Raccolta 100% adesioni aziende su piattaforma online
Somministrazione alle aziende individuate di un questionario online	0	Realizzazione del questionario da somministrare alle aziende aderenti	Somministrazione ed elaborazione dati al 80% delle aziende aderenti	Somministrazione ed elaborazione dati al 100% delle aziende aderenti
Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori	0	Redazione linee guida da parte del gruppo di lavoro per datori di lavoro (impegni verso i lavoratori) per il personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) aziendale	Redazione linee guida da parte del gruppo di lavoro per il miglioramento dell'offerta di frutta e verdura tramite distributori automatici	
Promozione delle corrette abitudini alimentari tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale aziendale (responsabili aziendali e lavoratori) con piattaforma online e incontri in sede	0	50 % incontri informativo-formativo con i responsabili aziendali e medici competenti di 2 ore	75 % incontri informativo-formativo con i responsabili aziendali e medici competenti di 2 ore	100 % incontri informativo-formativo con i responsabili aziendali e medici competenti di 2 ore
		Pubblicazione materiale informativo su piattaforma online 100% materiale prodotto per anno	Pubblicazione materiale informativo su piattaforma online 100% materiale prodotto per anno	Pubblicazione materiale informativo su piattaforma online 100% materiale prodotto per anno
		50 % incontri in sede rivolto ai lavoratori dipendenti di 1 ora inserito all'interno di altre attività formative già previste	75 % incontri in sede rivolto ai lavoratori dipendenti di 1 ora inserito all'interno di altre attività formative già previste	100 % incontri in sede rivolto ai lavoratori dipendenti di 1 ora inserito all'interno di altre attività formative già previste

<p>Adozione linee guida volte al miglioramento dell'offerta di frutta e verdura nella ristorazione aziendale (mense e bar) e della distribuzione automatica di alimenti e bevande nei luoghi di lavoro (INDICATORE SENTINELLA)</p>	0	<p>Presenza di frutta e verdura di stagione nelle aree di refezione e nei menù dei servizi di ristorazione aziendali ad ogni pasto non sostituibili con altri piatti o alimenti</p> <p>(adozione linee guida da parte del 30% delle aziende aderenti)</p>	<p>Presenza di frutta e verdura di stagione nelle aree di refezione e nei menù dei servizi di ristorazione aziendali ad ogni pasto non sostituibili con altri piatti o alimenti (adozione linee guida da parte del 70% delle aziende aderenti)</p>	<p>Presenza di frutta e verdura di stagione nelle aree di refezione e nei menù dei servizi di ristorazione aziendali ad ogni pasto non sostituibili con altri piatti o alimenti</p> <p>(adozione linee guida da parte del 100% delle aziende aderenti)</p>
	0		<p>Presenza di frutta e verdura di stagione nei distributori automatici (adozione linee guida nel 70% delle aziende aderenti)</p>	<p>Presenza di frutta e verdura di stagione nei distributori automatici</p> <p>(adozione linee guida nel 100% delle aziende aderenti)</p>
<p>Promozione delle corrette abitudini alimentari tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) con piattaforma online e incontri in sede</p>			<p>n.1 incontro formativo di 2 ore rivolto al personale di ristorazione</p>	<p>n. 1 incontro formativo di 2 ore rivolto al personale di ristorazione</p>
<p>Monitoraggio annuale delle aziende aderenti per la verifica dello svolgimento delle attività (visita in azienda, questionario online)</p>			<p>70% attività svolte da parte dei responsabili aziendali rispetto al programma concordato</p>	<p>100% attività svolte da parte dei responsabili aziendali rispetto al programma concordato</p>
			<p>70% attività svolte da parte dei responsabili del servizio di ristorazione rispetto al programma concordato</p>	<p>100% attività svolte da parte dei responsabili del servizio di ristorazione rispetto al programma concordato</p>

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2016	2017	2018
1) Costituzione gruppo di lavoro, coinvolgimento Aziende (imprese private e aziende pubblica) con almeno 10 lavoratori dipendenti per la promozione della sana alimentazione (consumo abituale di frutta e verdura) e raccolta adesioni	x	x	x
2) Somministrazione alle aziende individuate di un questionario online finalizzato alla raccolta dati sulla presenza in azienda di mense, bar e/o distributori automatici, menù adottati, interventi svolti di promozione della corretta alimentazione dei lavoratori (responsabili aziendali e lavoratori)	x		
3) Sviluppo di linee guida per la promozione delle corrette abitudini alimentari dei lavoratori (consumo abituale di frutta e verdura)	x	x	
4) Promozione delle corrette abitudini alimentari (consumo abituale di frutta e verdura) tramite interventi formativi-divulgativi rivolti al personale aziendale (responsabili aziendali, medici competenti e lavoratori) con piattaforma online e incontri in sede	x	x	x
5) Miglioramento dell'offerta di frutta e verdura nella ristorazione aziendale (mense e bar) e della distribuzione automatica di alimenti e bevande nei luoghi di lavoro	x	x	x
6) Promozione delle corrette abitudini alimentari (consumo abituale di frutta e verdura) con interventi formativi-divulgativi rivolti al personale dei servizi di ristorazione (mense, bar) tramite piattaforma online e incontri in sede	x	x	x
7) Monitoraggio annuale delle aziende aderenti per la verifica dello svolgimento delle attività (visita in azienda, questionario online)	x	x	x

ANALISI DEI RISCHI

RISCHI	AZIONI CORRETTIVE
1. Scarsa adesione aziende	Contatti diretti e individuali con dirigenti e incentivo alla visibilità
2. Scarso interesse alla partecipazione dei dipendenti	Supporto gruppo ASL e motivazione alla partecipazione dei dipendenti da parte dei responsabili aziendali
3. Mancata collaborazione dei servizi di ristorazione nell'adempimento ai capitolati d'appalto riguardo a fornitura di frutta e verdura	Supporto gruppo ASL, controllo e intervento correttivo dei datori di lavoro
4. Disomogeneità nell'attuazione degli interventi da parte delle ASL	Inserimento da parte della Regione nell'obiettivo di valutazione dei Direttori Generali delle ASL

AZIONE n. 8 “AUMENTARE L'ATTIVITÀ FISICA DELLE PERSONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ULTRA64ENNI”

(obiettivi centrali 1.9, 1.10, 6.2)

RAZIONALE E DESCRIZIONE DELL'AZIONE

Dati in letteratura evidenziano una relazione inversa tra livello di attività fisica e mortalità. Tale relazione, che vede una riduzione della mortalità del 30% nei soggetti fisicamente attivi, è indipendente dal genere (Suitor 2007). In particolare, la riduzione della mortalità sembra essere dovuta alla ridotta incidenza nella popolazione attiva di patologie cardiovascolari e metaboliche. L'attività fisica ha inoltre effetti positivi negli anziani, migliorandone le abilità funzionali e riducendo il rischio di cadute. All'opposto, i comportamenti sedentari rappresentano un fattore di rischio indipendente dall'attività fisica e recenti acquisizioni evidenziano una chiara relazione tra sedentarietà e dislipidemie, insulino-resistenza e, in misura meno evidente, malattie cardiovascolari.

Sebbene circa un terzo della popolazione abruzzese risulti attiva (in linea con i valori nazionali, dati dell'osservatorio nazionale PASSI), la prevalenza delle patologie croniche, soprattutto nella fascia di età anziana, risulta essere al di sopra della media nazionale. Ciò pone l'accento sulla necessità di ricorrere a strategie di prevenzione primaria attraverso interventi mirati sia ad aumentare l'attività fisica delle persone che a ridurre i comportamenti sedentari. L'azione prevede l'avvio di una serie di iniziative per promuovere l'attività motoria nelle persone, tra le quali si evidenzia l'implementazione del progetto “Città per Camminare e della Salute”. Tale progetto - sviluppato con il patrocinio della presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero della salute, della Conferenza Stato-Regioni, dell'Associazione Nazionale Comuni d'Italia, del CONI e di Federanziani – è stato ideato per offrire opportunità concrete di svolgere attività fisica e si concretizza nell'individuazione di percorsi cittadini adatti ad una pratica motoria semplice ma efficace dal punto di vista salutistico.

EVIDENZE DI EFFICACIA

L'analisi della letteratura evidenzia che per ottenere un incremento dell'attività fisica nella popolazione bisogna attuare interventi sia di popolazione che individuali/di gruppo. Infatti, è stato di recente dimostrato (Wu et al, Am J Prev Med 2011) che l'intervento con il miglior bilancio cost/effectiveness sia l'apposizione di cartelli che stimolano ad andare a piedi o salire le scale, evitando mezzi meccanici di sollevamento. Ciò è ovviamente dovuto al bassissimo costo dei cartelli ed alla massa di soggetti facilmente raggiunti. Tuttavia, secondo quanto riportato dagli autori della revisione sistematica, questi interventi si scontrano con la difficoltà di quantificare il reale beneficio indotto da piccoli incrementi di attività fisica. All'estremo opposto si collocano interventi volti a modificare i comportamenti individuali attraverso il counselling: questi ultimi mostrano il massimo beneficio dopo l'intervento, ma hanno costi molto superiori e possono essere somministrati a piccoli gruppi di soggetti.

SOSTENIBILITÀ

Il progetto si basa su interventi a basso costo in cui sono facilmente coinvolgibili larghe fasce di popolazione. Risulta quindi sostenibile sia in termini di risorse umane che di somme da investire. In particolare, la promozione del movimento è incentrata principalmente sul cammino o altri tipi di attività che si integrano molto bene anche con gli aspetti di sostenibilità ambientale. Date le evidenze sull'efficacia nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche non trasmissibili, il progetto permetterà di abbattere nel medio e lungo termine le spese sanitarie.

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

PASSI – PASSI D'ARGENTO

CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE

Le azioni, privilegiando la promozione e l'attuazione sul territorio di attività motorie socialmente inclusive e che non richiedono attrezzature costose, prevedono di educare ad un corretto stile di vita motorio anche chi vive in condizioni disagiate.

ATTIVITA'

1. Adesione dei Comuni e definizione dei referenti per le amministrazioni comunali del settore sanitario
2. Interventi formativi: organizzazione di giornate tematiche dedicate alla promozione dello stile di vita attivo in generale e/o alla promozione di specifiche attività motorie. Saranno organizzati da parte degli atenei regionali specifici percorsi formativi su attività/esercizio fisico negli adulti e negli anziani, rivolti a diplomati ISEF, laureati e studenti in Scienze Motorie.
3. Promozione dell'attività fisica nella popolazione generale attraverso la preparazione di materiale divulgativo (opuscoli, poster, cartellonistica pubblicitaria) e l'organizzazione di giornate tematiche. In particolare, si provvederà all'individuazione di attività socialmente inclusive, che non richiedano attrezzature costose o particolari abilità motorie, e che siano adeguate ai diversi contesti territoriali dei comuni coinvolti (es. gruppi di cammino, Nordic Walking, ballo). Promozione di attività fisica adatta alla terza età;
4. Attività educativo-informative per la popolazione sui benefici derivanti dal mantenimento o dall'adozione di uno stile di vita attivo;
5. Promozione e diffusione dell'applicazione "Città per camminare e della salute"
6. Diffusione della mappa degli interventi dedicati all'attività fisica presenti nel territorio
7. Avvio dei gruppi di cammino e di ulteriori attività concordate con le amministrazioni comunali
8. Somministrazione di questionario di gradimento.
9. Elaborazione dati questionari di gradimento

Le azioni sono svolte in collaborazione con enti che si dedicano alla terza età (quali circoli ricreativi ed associazioni culturali) finalizzati alla promozione, la conduzione e la supervisione di azioni volte ad aumentare i livelli di attività fisica nella popolazione anziana.

In particolare, si provvederà all'individuazione di attività socialmente inclusive, che non richiedano attrezzature costose o particolari abilità motorie. Saranno inoltre incluse sessioni specifiche per la prevenzione delle cadute.

OBIETTIVO SPECIFICO

- Aumentare l'attività fisica dei soggetti 18-69 fisicamente attivi
- Aumentare specificamente i livelli di attività fisica della popolazione anziana attraverso una serie di interventi presso strutture e associazioni che si occupano di questa fascia d'età

TARGET	Popolazione adulta (18-69 anni). Popolazione ultra64enne.			
SETTING	Scuola <input type="checkbox"/>	Comunità X	Ambienti sanitari <input type="checkbox"/>	Ambienti di lavoro <input type="checkbox"/>
INTERSETTORIALITÀ'	Università, Amministrazioni comunali, Circoli ricreativi, Associazioni culturali Associazioni sportive dilettantistiche, Privati che lavorano nell'ambito delle attività fisico-sportive, Finanziatori locali e Stakeholders			

INDICATORI DI ESITO <i>Fonte: SDO</i>	Baseline Anno 2013	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 aa.) Cod. indicatore 1.9.3	(2272 ricoveri /156.616 pop. età > 75 aa.) 14,50 %	n. 2203 ricoveri pari al 14,07% (riduzione del 3%)	n. 2044 ricoveri pari al 13,05% (riduzione del 10%)	n. 1930 ricoveri pari al 12,33% (riduzione del 15%)



INDICATORI DI PROCESSO <i>Fonte: Registro di attività</i>	Baseline	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Attività socialmente inclusive (es. gruppi di cammino, Nordic Walking, ballo) avviate nelle 4 ASL INDICATORE SENTINELLA	0	4	8	12

CRONOPROGRAMMA

Attività	2016				2017				2018			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Adesione dei Comuni e definizione dei referenti per le amministrazioni comunali del settore sanitario	X	X			X	X			X	X		
2) Attuazione di interventi formativi dedicati alla promozione dello stile di vita attivo in generale e/o alla promozione di specifiche attività motorie nella popolazione adulta		X	X			X	X			X	X	
3) Promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e nella terza età attraverso la preparazione di materiale divulgativo		X	X			X	X			X	X	
4) Promozione e diffusione dell'applicazione "Città per camminare e della salute"		X	X			X	X			X	X	
5) Attuazione di attività educativo-informative per la popolazione sui benefici derivanti dal mantenimento o dall'adozione di uno stile di vita attivo		X	X			X	X			X	X	
6) Diffusione della mappa degli interventi dedicati all'attività fisica presenti nel territorio												
7) Avvio dei gruppi di cammino e di ulteriori attività concordate con le amministrazioni comunali			X				X				X	
8) Somministrazione di questionario di gradimento.				X								X
9) Elaborazione dati questionari di gradimento				X								X

ANALISI DEI RISCHI

Mancata adesione delle amministrazioni comunali, dei circoli e delle associazioni.