

**ATS della Città metropolitana di Milano****Report promozione della salute e prevenzione cronicità 2018**

Il presente Report viene redatto in armonia con quanto contenuto nelle Delibera Regionali n° 491 en. 415 del 2/8/2018

1. GENERALITA'

La Regione Lombardia rappresenta circa il 16% della popolazione italiana. Tra il 2005 e il 2013 si è osservato in Lombardia un progressivo invecchiamento della popolazione e un aumento della prevalenza di malati cronici, in particolare dei soggetti poli-patologici con bisogni assistenziali complessi, attribuibile all'aumento dei nuovi casi e alla riduzione della mortalità. Le malattie croniche riguardano ad oggi più di 3,5 milioni di pazienti, pari al 30% della popolazione, e incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale.

Il sostanziale mutamento del quadro demografico ed epidemiologico richiede politiche sociosanitarie congruenti e nuovi sistemi di delivery. In tale contesto la Regione ha approvato nel 2015 una **Legge di Riforma del Servizio Sociosanitario Lombardo (L.R. n° 23/2015)**, che ha dato impulso a interventi finalizzati a garantire un'ottimale integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, secondo una visione centrata sui bisogni del paziente, e orientata a superare la frammentazione dei servizi e i tradizionali dualismi ospedale-territorio, sanitario-sociosanitario. L'"integrazione ospedale-territorio", la "presa in carico della cronicità", la "promozione della salute e la prevenzione nella presa in carico", all'interno del più ampio cambio di paradigma e di assetto del sistema ("dal curare al prendersi cura") rappresentano i punti nodali del disegno di riforma, che punta a un sistema di intervento in grado di incrementare programmi di prevenzione e promozione della salute finalizzati ad un invecchiamento attivo attraverso azioni intersettoriali, "life course" e in tutti i setting di vita, ed avviare modelli gestionali innovativi, basati sulla presa in carico proattiva e integrata del malato cronico, anche attraverso l'utilizzo della Telemedicina, e sul raccordo tra varie competenze professionali, ospedaliere e territoriali, in una logica di rete.

La **strategia regionale** sui temi dell'invecchiamento e delle cronicità/fragilità ad esso associate è stata oggetto di programmazione dedicata da parte della Regione. Due sono gli atti di programmazione più rilevanti nel contesto dell'EIP-AHA:

1) Il **Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018** (DGR X/3654 del 05/06/2015) che individua sei programmi di comunità:

- P1: Reti per la promozione della Salute negli ambienti di lavoro;
- P2: Scuole che Promuovono Salute - Rete SPS Lombardia;
- P3: Promozione della salute nel bambino e della mamma nel percorso nascita;
- P4: Promozione di stili di vita favorevoli nella comunità;
- P6: Prevenzione della Cronicità', che riguarda la prevenzione individuale nell'ambito della presa in carico integrata attraverso, in particolare, l'incremento di offerta di counseling comportamentale e farmacologico per gruppi a rischio della popolazione, oltre ad interventi di prevenzione primaria e secondaria per pazienti con malattie croniche non complicate in stadio iniziale
- P7: Rete Regionale prevenzione dipendenze

2) **Piano Regionale per la cronicità/fragilità 2016-2018** (approvato e avviato DGR Lombardia n. X/4462 del 23 dicembre 2015), fondato su approcci di 'Health Population Management' che spostano il focus dell'azione organizzativa dall'individuo alla popolazione per modulare l'erogazione

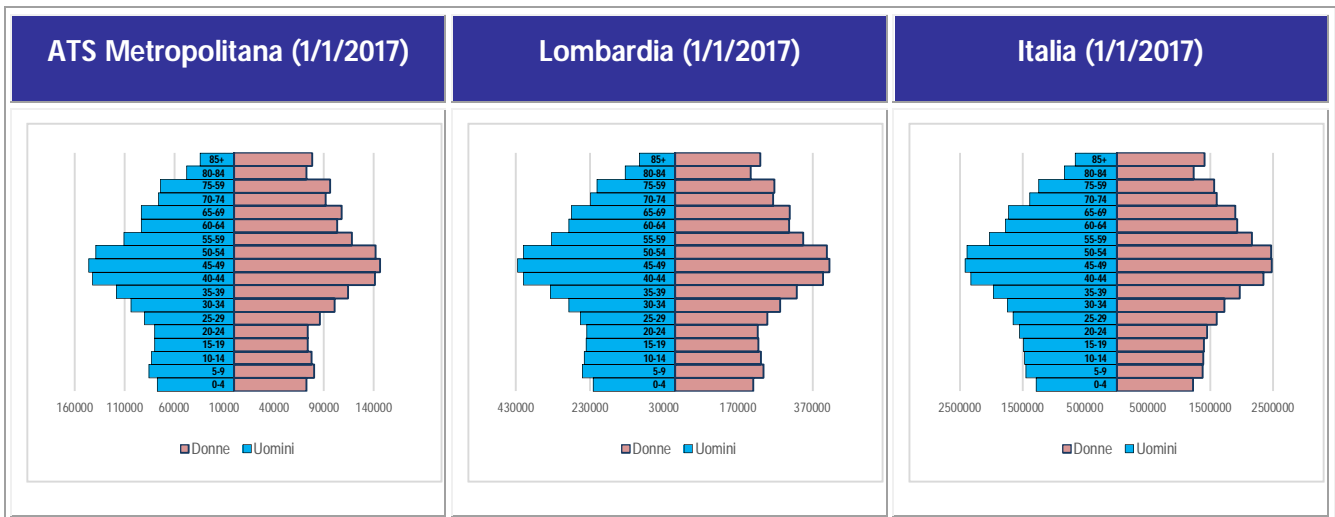
dei servizi in base agli effettivi bisogni individuali di diverse categorie di pazienti. Il Piano individua diversi modelli di erogazione, funzionali a diversi livelli di rischio e cronicità.

2. ANALISI DI CONTESTO

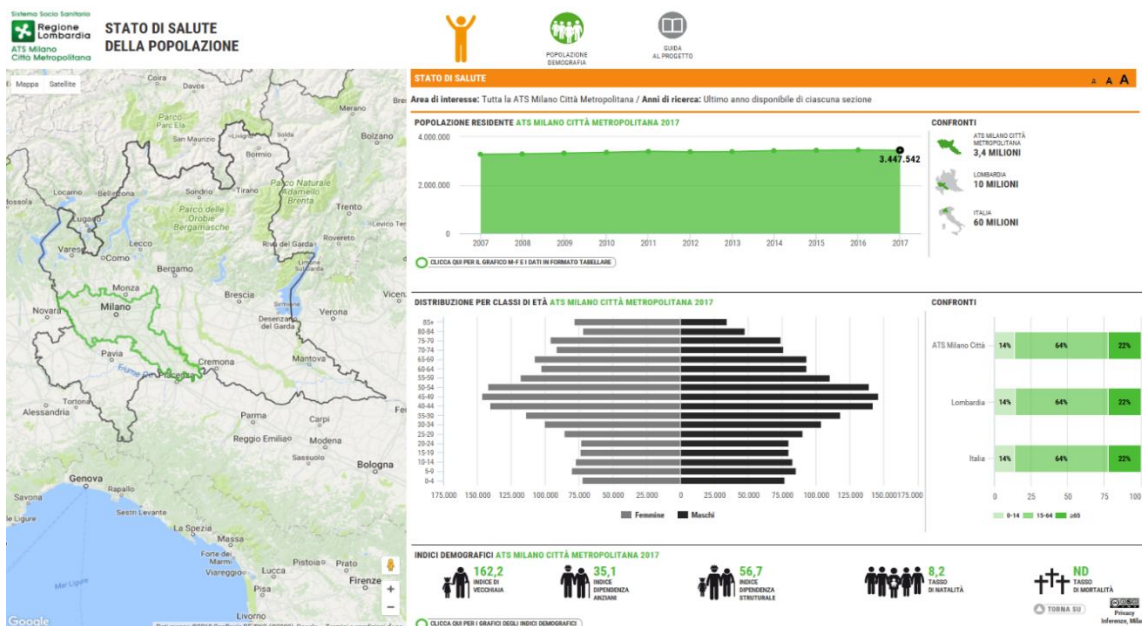
Demografia Generale

La ATS della Città Metropolitana di Milano (di seguito ATS) è composta da **194** comuni e organizzata in **8** ASST. Il confronto dei principali indici demografici tra distretti, rispetto alla Lombardia e all'Italia mostra una sostanziale omogeneità. Le piramidi d'età illustrate di seguito sono la rappresentazione grafica della composizione per classi di età dei due generi nella popolazione. La piramide relativa alla ATS è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione lombarda, considerando che la popolazione della ATS rappresenta il 34% della popolazione della Lombardia.

Tabella: Piramidi di età



Per approfondimenti e per analisi le analisi di andamento temporale si rimanda al portale sullo stato di salute della ATS sviluppato dalla UOC Unità di Epidemiologia disponibile al seguente link <https://portale.ats-milano.it/hp.php> e di cui viene riportata la pagina sulla demografia della ATS.



Confronto dei principali indici demografici per Distretto

Al fine di permettere il confronto dell'andamento dei principali indici demografici con il resto della Lombardia e con l'Italia viene utilizzata l'ultima popolazione di riferimento pubblicata dall'ISTAT. La popolazione definita da ISTAT rappresenta la popolazione residente al 1° gennaio 2017, ottenuta attraverso le anagrafi comunali, e stimata come bilancio medio a livello annuale considerando i nuovi ingressi - per immigrazione e nascita - e le uscite - per emigrazione e decesso. Questa differisce numericamente dalla popolazione degli assistiti che non è una popolazione media, ma bensì l'immagine istantanea della popolazione attiva. Inoltre, la popolazione fornita dall'ISTAT è influenzata dal censimento 2011 con effetti di riduzione della popolazione totale (come accade anche per i dati regionali e nazionali). La popolazione degli assistiti rappresenta la popolazione di interesse quando l'attenzione si focalizza sui consumi sanitari. Gli indicatori demografici riportati nella tabella successiva si riferiscono alla popolazione ISTAT al fine anche di facilitare possibili confronti.

	Città di Milano	Nord Milano	Rhodense	Ovest Milanese	Melegnano	Lodi	ATS
Residenti	1.351.565	270.359	484.449	470.120	635.375	236.674	3.447.542
0-14 anni	13,8%	13,5%	13,9%	14,3%	15,0%	14,0%	13,8%
15-64 anni	63,8%	62,0%	64,0%	64,1%	64,4%	64,7%	63,8%
≥ 65 anni	22,4%	24,5%	22,2%	21,7%	20,6%	21,3%	22,4%
Indice di vecchiaia	178.8	181.6	160.0	151.7	136.9	151.5	162.2
Indice di dipendenza degli anziani	36.7%	39.5	34.7	33.8	31.9	32.9	35,1
indice di dipendenza strutturale	57.2%	61.2	56.3	56.1	55.2	54.6	56,7
Indice di natalità	8,3	7.9	7.9	8.1	8.5	8.3	8,2
Indice di mortalità*	10.1	9.1	7.7	8.0	8.1	9.4	8,9
Indice di ricambio della popolazione attiva	127,6	130,7	128,4	134,9	119,9	131,2	127,7
Indice di carico di figli per donna feconda	9,7	10,2	9,9	10,3	10,5	10,0	10,0

*Anno 2017

L'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione definito come il rapporto tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni, mostra una notevole eterogeneità con ASST che evidenziano anche valori di oltre 180 anziani ogni 100 giovani. Anche l'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni) e l'indice di ricambio della popolazione attiva, che rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), mostrano una eterogeneità spaziale a livello delle varie ASST.

L'indice di dipendenza degli anziani, che rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≥ 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64), essendo fortemente dipendente dalla composizione demografica mostra una variabilità analoga a quella degli indici sopra riportati che sostanzialmente dipendono dalla rilevanza delle classi di età degli anziani della popolazione analizzata.

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018

Gli indicatori demografici relativi al carico di figli per donna feconda (rapporto tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni) che stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici) e l'indice di natalità (che rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti) mostrano una variabilità più contenuta. Infine, l'indice di mortalità – che rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti – evidenzia una sostanziale stabilità. La tabella seguente mostra la distribuzione per ASST e classe di età della popolazione assistita/residente immigrata. È evidente la concentrazione della popolazione nelle età giovani e la presenza di una eterogeneità tra le varie ASST.

		FBF SACCO	NIGUARDA	SS PAOLO E CARLO	OVEST Milano	RHODENSE	Melegnano	NORD Milano	Lodi	Totale
<=44	N	116.462	31.359	58.735	31.783	31.953	58.306	34.688	25.294	388.580
	%	68,0	71,8	67,0	73,0	72,1	72,2	73,6	77,1	70,5
45-64	N	46.914	10.770	24.164	10.007	10.787	19.365	10.939	6.453	139.399
	%	27,4	24,7	27,5	23,0	24,3	24,0	23,2	19,7	25,3
65-74	N	5.289	1.046	2.958	1.180	1.089	2.019	971	747	15.299
	%	3,1	2,4	3,4	2,7	2,5	2,5	2,1	2,3	2,8
75-84	N	1.653	302	1.122	409	367	764	355	237	5.209
	%	1,0	0,7	1,3	0,9	0,8	0,9	0,8	0,7	0,9
85-oltre	N	1.038	172	750	172	129	325	153	65	2.804
	%	0,6	0,4	0,9	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,5
Totale		171.356	43.649	87.729	43.551	44.325	80.779	47.106	32.796	551.291

GRUPPI DI CAMMINO

Nel territorio di ATS sono attivi Gruppi di Cammino in 98 Comuni su 194 ; L'elenco dei Gruppi di Cammino con relativi riferimenti è consultabile sul sito di ATS (www.ats-milano.it) nella sezione Gruppi di Cammino

La tabella seguente riporta i Comuni con presenza di Gruppi di Cammino

GRUPPI DI CAMMINO DI		
ATS MILANO		
CITTA' METROPOLITANA		
ABBiateGRASSO	CORNAREDO	PREGNANA MILANESE
ARCONATE	CUGGIONO	RESCALDINA
ARESE	CUSAGO	RHO
ARLUNO	CUSANO MILANINO	ROBECCHETTO CON INDUNO

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018

ASSAGO	DAIRAGO	ROBECCO SUL NAVIGLIO
BARANZATE	GARBAGNATE MILANESE	RODANO
BAREGGIO	GORGONZOLA	ROSATE
BESATE	GRAFFIGNANA	SAN COLOMBANO AL LAMBRO
BINASCO	INVERUNO	SAN DONATO MILANESE
BOFFALORA SOPRA TICINO	INZAGO	SAN GIORGIO SU LEGNANO
BOLLATE	LAINATE	SAN GIULIANO MILANESE
BRESSO	LEGNANO	SAN VITTORE OLONA
BUCCINASCO	MAGENTA	SANTO STEFANO TICINO
BUSCATE	MAGNAGO	SEDRIANO
BUSSERO	MARCALLO CON CASONE	SEGRATE
BUSTO GAROLFO	MELZO	SENAGO
CANEGRATE	MESERO	SESTO SAN GIOVANNI
CASARILE	MILANO	SETTIMO MILANESE
CASSANO D'ADDA	NERVIANO	SOLARO
CASSINA DE'PECCHI	NOVIGLIO	TREZZANO SUL NAVIGLIO
CASSINETTA DI LUGAGNANO	OPERA	TREZZO SULL'ADDA
CASTANO PRIMO	OSSONA	TRUCCAZZANO
CERNUSCO SUL NAVIGLIO	OZZERO	TURBIGO
CERRO MAGGIORE	PADERNO DUGNANO	VANZAGHELLO
CESANO BOSCONI	PANTIGLIATE	VANZAGO
CESATE	PARABIAGO	VAPRIO D'ADDA
CINISELLO BALSAMO	PAULLO	VERMEZZO
CISLIANO	PERO	VILLA CORTESE
COLOGNO MONZESE	PESSANO CON BORNAGO	VIMODRONE

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018

CORBETTA

PIEVE EMANUELE

VITTUONE

CORMANO

PIOLTELLO

VIZZOLO PREDABISSI

POZZO D'ADDA

CENTRI ANTIFUMO

CENTRI ANTIFUMO				
	Comune	Nome	Dipartimento	Indirizzo
1	Milano	AO "Fatebenefratelli Sacco"	Dipartimento Psichiatria e Pneumologia	Via Giovanni Battista Grassi 74
2	Milano	AO "Fatebenefratelli Sacco"	Medicina a indirizzo pneumatologico	Corso di Porta Nuova 23
3	Milano	Fondazione IRCSS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico	Ambulatori di Medicina del Lavoro	Via San Barnaba 8
4	Milano	Fondazione IRCSS Istituto Nazionale dei Tumori	Struttura semplice dipartimentale di Pneumologia	Via Venezian 1
5	Milano	ASST Ospedali Santi Paolo e Carlo	Ambulatorio di Pneumologia e Servizio di Psicologia	Via Antonio Di Rudini 8
6	Milano	ASST Ospedali Santi Paolo e Carlo	Ambulatorio di Pneumologia e Servizio di Psicologia	Via Ovada 26
7	Milano	ASST Ospedali Santi Paolo e Carlo	Ambulatorio di Pneumologia e Servizio di Psicologia	Via San Pio II, 3
8	Milano	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Servizio di Medicina del Lavoro	Piazza Ospedale Maggiore 3
9	Milano	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Villa Marelli	Viale Zara 81
10	Milano	IRCSS IEO	Centro Antifumo	Via Ripamonti 435
11	Milano	LILT-Sezione di Milano	Centro Antifumo	Via Venezian 1
12	Milano	LILT-Sezione di Milano (sede distaccata)	Centro Antifumo	Via Caterina da Forlì 61
13	Sesto San Giovanni	LILT-Sede distaccata di Sesto San Giovanni	Centro Antifumo	Via Cairoli 76
14	Cernusco sul Naviglio	LILT-Sede distaccata di Cernusco sul Naviglio	Centro Antifumo	Via Fatebenefratelli 7
15	Legnano	LILT-Sede distaccata di Legnano	Centro Antifumo	Via Candiani 2
16	Rozzano	AO "Humanitas"	Servizio di Oncologia	Via Manzoni 56
17	San Donato Milanese	IRCSS Policlinico	Ambulatorio di Pneumologia	Piazza Malan 2
18	Passirana di Rho	ASST Rhodense "O. Giuseppe Casati"	UO di Pneumologia Riabilitativa	Via Settembrini 1
19	Lodi	ASST di Lodi	Ser.T.	Via Pallavicino 57

CENTRI TRATTAMENTO OBESITA'

L'elenco dei centri per il trattamento della Obesità :

CENTRI OBESITA'			
	Comune	Nome	Indirizzo
1	Garbagnate Milanese	Ambulatorio di Dietologia - Ospedale di Garbagnate (MI)	Via Carlo Forlanini, 95 Garbagnate Milanese
2	Milano	Area Nutrizione Clinica Ospedale San Raffaele	Via Olgettina 60
3	San Donato Milanese	Centro di Alta Specialità di Dietetica, Educazione Alimentare e Prevenzione Cardio-metabolica IRCCS Policlinico San Donato	Piazza Edmondo Malan, 2 · , San Donato Milanese - MI
4	Magenta	CENTRO DI ECCELLENZA SICOB PER LA CURA DELL'OBESITA'	VIA AL DONATORE DI SANGUE 50 · , MAGENTA - MI
5	Milano	Centro Obesità e Lavoro, Clinica del Lavoro L Devoto. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico	Via Francesco Sforza 35 Milano
6	Sesto San Giovanni	CENTRO PATOLOGIE DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	VIALE MATTEOTTI 83 · 20099, SESTO SAN GIOVANNI - MI
7	Parabiago	Consultorio Nutrizionale per Sovrappeso ed Obesità Infantile	via Spagliardi 19 · 20015, Parabiago - MI
8	Cologno Monzese	Curie Diagnostica per Immagini e Terapia	Viale Emilia ang. Viale Liguria · 20093, Cologno Monzese - MI
9	Cesano Boscone	Dietologia	P.zza Monsignor Moneta, 1 · 20090, Cesano Boscone - MI
10	Bollate	Dietologia pediatrica	via Piave 20 · 20021, Bollate - MI
11	milano	INCO - Istituto Nazionale di Chirurgia dell'Obesità presso Istituto Clinico Sant'Ambrogio	Via Faravelli 16 · , Milano - MI
12	milano	Istituto Auxologico Italiano	via Ariosto 13 · 20145, 20145 Milano - MI

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018

13	Milano	Istituto Europeo di Oncologia IRCCS Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica	Via Ripamonti 435 · 20141, Milano -MI
14	milano	.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	P.zza Ospedale Maggiore, 3 · 20162, Milano - MI
15	Milano	S.S. Dietologia e Nutrizione Clinica, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico	Via Macedonio Melloni, 52 · 20129, Milano - MI
16	Milano	Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica - Azienda Ospedaliera - Polo Universitario L. Sacco - Milano	via G.B. Grassi 74 · 20157, Milano - MI
17	Milano	Struttura Semplice Dipartimentale "SERVIZIO DIETETICO e NUTRIZIONE CLINICA" ASST SANTI PAOLO e CARLO - MILANO	via Pio II, 3 · 20153, Milano - MI
18	Milano	UOS NUTRIZIONE CLINICA ASST Gaetano Pini-CTO Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico P.O PINI _ piazza Cardinal Ferrari 1 P.O CTO _ via Bignami 1 Milano Polo Riabilitativo _ via Isocrate 19	piazza C.Ferrari n.1 · 20122, Milano - MI
19	Rozzano	Centro Obesità Milano – Humanitas	via Manzoni n. 56 , Rozzano - MI
20	Milano - pioltello	Centro Ambulatoriale Obesità Auxologico	Varie sedi via ARIOSTO, 13 MILANO via SAN FRANCESCO,16 PIOLTELLO
21	ASST RHODENSE	ASST RHODENSE : Centro disturbi Alimentari in età pediatrica di 2° livello (1° livello pediatria)	
22	ASST OVEST	ASST OVEST Centro disturbi Alimentari e perinatali Dipartimento di Psicologia Clinica	
23	SAN DONATO	Centro di alta specializzazione dietetica	Policlinico
24	Vizzolo	Servizio dietologia e nutrizione clinica	

3. AZIONI

Nel corso del 2018 è proseguito lo sviluppo degli interventi nei setting luoghi di lavoro, scuola, comunità locali, ambienti sanitari e sociosanitari, con l'obiettivo generale di implementare azioni finalizzate sostenere processi di engagement del cittadino per la prevenzione della cronicità e l'invecchiamento attivo in buona salute. Vengono di seguito illustrate le azioni in essere per la prevenzione della Cronicità sul territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano

OBIETTIVO	AZIONE
1. Migliorare la governance della prevenzione nel percorso di presa in carico da parte dei gestori	1.1 Formalizzazione di accordi Con ASST 1.2. Collaborazione con Process owner ASST nella predisposizione del PIL e nella attuazione di programmi di prevenzione 1.3 Counselling motivazionale antitabagico da parte di ASST nei consultori e ambulatori (pneumologia, cardiologia, ecc.)
2. Avviare programmi di diagnosi precoce nella popolazione 45'-60aa con fattori di rischio (tabagismo, sedentarietà, ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e/o patologie croniche non complicate	2.1 Corso FAD in collaborazione con cure primarie e UOC Epidemiologia su counselling motivazionale per MMG (395 iscritti) vedi allegato1 2.2 Avvio di un percorso di sperimentazione, realizzato d'intesa con Cure Primarie e UOC Epidemiologia., per la diagnosi precoce nella popolazione 45 – 60 anni con fattori di rischio comportamentali (in fase di progettazione)
3. Incrementare opportunità di contrasto alla sedentarietà nella popolazione generale e in target specifici (rischio cronicità 45'-60aa, invecchiamento attivo over 60)	3.2 Implementazione gruppi di cammino 3.3 Implementazione partecipazione soggetti con patologia a gruppi di cammino 3.4 Produzione di materiale informativo (Gruppi di Cammino) in fase di stampa aggiornamenti 3.5 Avvio collaborazioni con stakeholder esterni per la promozione di stili di vita attivi in soggetti over 60 - Progetto "GORLA" Allegato 2 in fase di progettazione)

ALLEGATO 1 : FAD PER MMG ATS MILANO 2018

PREVENZIONE NELLA PRESA IN CARICO INDIVIDUALE

INTRODUZIONE AL CORSO

Le competenze professionali del MMG a supporto del cambiamento degli stili di vita a rischio dei propri assistiti.

Il corso FAD è articolato in 4 moduli didattici a distanza per un totale di circa 1 ora di formazione
 Programma del Corso:

PRIMO MODULO - LA NECESSITA' DI CAMBIARE: il modulo fornisce informazioni sulla necessità del "riposizionamento" del MMG nel suo ruolo di Promotore della salute dei propri assistiti, con particolare attenzione alla Prevenzione (della cronicità) nella presa in carico individuale, stimolando il cambiamento degli stili di vita a rischio da inserire nella attività professionale ordinaria

- LR 23/15
- PRESA IN CARICO GLOBALE
- DGR X / 6164 del 30/01/2017 – DGR X / 6551 del 04/05/2017

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018

- LA PREVENZIONE NELLA PRESA IN CARICO INDIVIDUALE

SECONDO MODULO - IL NOSTRO PROGETTO – ACCORDO AZIENDALE 2018

- I contenuti e le previsioni dell'Accordo Aziendale milanese
- Il protocollo operativo per la sua attuazione
- Tempi
- Strumenti
- Modalità di monitoraggio e valutazione

TERZO MODULO – MODIFICARE I COMPORTAMENTI

- Introduzione al tema del cambiamento individuale nei comportamenti di salute
 - ✓ Le determinanti del comportamento: abitudini incorporate (famiglia), abitudini apprese (conformi gruppo sociale), rappresentazioni, credenze, miti
 - ✓ La persona come modificatore attivo dell'ambiente di vita: (aspetti in gioco) intenzione/cognizione, emozione/gratificazione, conformismo
- Intervento di educazione/promozione della salute: pensare, accompagnare, misurare un cambiamento desiderato (motivazione)
- Vantaggi dell'utilizzo dell'intervento motivazionale breve da parte del MMG: favorire il cambiamento di stili di vita non salutari precedendo cronicizzazione e compromissione permanente della salute

**QUARTO MODULO – MOTIV-AZIONI AL CAMBIAMENTO:
IL MODELLO TRANSTEORICO DiClemente&Prochaska**

Breve presentazione delle premesse e dei contenuti del modello transteorico di DiClemente e Prochaska

del Modello Transteorico nei progetti di promozione della salute

Allegato 2 : MODELLIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CONTINUITÀ DI CURA E ASSISTENZA DELLA PERSONA CRONICA: PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE "GORLA"**Promuovere della salute nel contesto metropolitano tra pratiche consolidate e processi innovativi**

Nella prospettiva della promozione della salute, ATS della Città Metropolitana di Milano promuove programmi e interventi strategicamente orientati (empowerment) all'attivazione, al coinvolgimento delle persone e delle comunità, con un approccio fortemente orientato a sostenere processi tra "pari" (empowered) per il rafforzamento del loro capitale di salute.

La strategia si basa su un approccio intersettoriale, multidisciplinare, attento alle differenze fasi di vita, stato di salute, condizioni socioeconomiche, con l'obiettivo di raggiungere nei diversi contesti le persone con messaggi e proposte differenziati e mirati (equity), così da accrescere le loro competenze affinché si rafforzi il controllo sulla propria salute (lo "star bene") e la capacità di migliorarla ("star meglio") anche nelle fasi della vita in cui si manifestano condizioni di difficoltà o vere e proprie patologie. La salute del singolo è interpretata sempre in relazione all'ambiente e al contesto, con attenzione anche ai "nuovi" spazi di conoscenza e aggregazione rappresentati dai social e dalla "rete" quali contesti sfidanti per la promozione della salute nell'epoca contemporanea.

La scelta di ATS è di realizzare, in un quadro unitario che impegna i suoi Servizi e gli operatori nella costruzione di partnership e relazioni collaborativi fra le persone, i gruppi, le organizzazioni e le istituzioni, azioni e programmi che innovino gli approcci tradizionali dell'educazione alla salute e della prevenzione.

In particolare, nel setting di comunità, l'adozione sperimentale nel quartiere "Gorla" di Milano dell'approccio di sviluppo di comunità (coinvolgendo ASST, MMG, Pediatri, Servizi del territorio, Scuole, Parrocchie, Centri di Aggregazione, Opinion leader ecc.) punta a individuare i punti di forza e criticità organizzative/strutturali/urbanistiche nell'area della promozione del movimento, definire un piano di miglioramento e l'attivazione di pratiche raccomandate (pedibus, gruppi di cammino, bike to school), ampliare l'offerta ludico – motoria e socio-culturale (greenway, percorsi di scoperta del quartiere, parkour, informazione/comunicazione, ecc.) e specifica (AFA, Pet Teraphy, Ippoterapia, educazione terapeutica, ecc.) con il pieno coinvolgimento di tutti gli Attori sanitari, sociosanitari e sociale del territorio, e con un'attenzione specifica alla valorizzazione del ruolo del Terzo settore e del Volontariato in una logica di cittadinanza attiva.

Le logiche che animano i processi alla base di questi programmi trovano un ulteriore setting nel digitale, con particolare attenzione ai Social, considerando il rilievo che soprattutto quelli dedicati ai temi di salute (fitness, alimentazione e sessualità) hanno nell'orientare gli stili di vita di chi le frequenta o li utilizza

In questo ambito, estremamente innovativo e poco esplorato da chi si occupa di salute, ATS ha avviato un percorso sperimentale (SocialMI), per creare un luogo virtuale in grado di informare e guidare i giovani con messaggi educativi finalizzati ad assumere comportamenti di salute, attraverso un approccio vicino ai nativi digitali.

L'intento è quello di superare sia l'approccio allarmistico alle problematiche e ai rischi per la salute che lo sviluppo delle tecnologie digitali comportano (ad esempio dipendenza da internet o i danni fisici da uso degli smartphone), sia una visione che relega solo al mondo della scuola la consapevolezza digitale. Si tratta di cogliere le opportunità che il digitale e i social forniscono e acquisirle per formulare dei programmi di Promozione della Salute.

LO SCENARIO

- **Cambia la "vision"**

L'approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e sulla cura della singola malattia è oggi del tutto anacronistico se non addirittura dannoso. Esso, infatti, non tiene conto della comorbidità, dell'influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali dello stato di salute; così come del fatto che i pazienti, soprattutto se anziani, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, privilegiando la qualità della vita alla sua durata. (1)

- **Cambia la definizione di salute**

Con l'aumentare dell'aspettativa di vita e del numero di persone con patologie croniche, l'accento va posto non sul "completo benessere", ma sulla capacità di adattamento e di gestione delle proprie condizioni. Uno dei rischi legati alla definizione OMS degli anni '40 sarebbe quello di medicalizzare l'intera società, alla ricerca di una irraggiungibile salute perfetta, e di far sentire "la maggior parte di noi non sani, per la maggior parte del tempo". Salute quindi come capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone. (2)

- **Cambia l'epidemiologia**

L'età avanzata, nella maggioranza dei soggetti con più di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento, fenomeno legato per di più ad un aumento età correlato delle patologie croniche. È stato dimostrato che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre i soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie è 5,4. In particolare l'associazione di particolari malattie croniche nel paziente anziano, quali la cardiopatia organica e l'osteoartrite aumentano il rischio relativo di disabilità di 13,6 volte, rispetto ad un rischio isolato di 4,4 per l'osteoartrite e 2,3 per la cardiopatia organica. Con l'invecchiamento la presenza di comorbidità aumenta in maniera significativa, in larga parte perché la frequenza delle malattie croniche aumenta con l'età. Per esempio, dopo i 65 anni, in pazienti anziani non istituzionalizzati, l'artrosi presentava una prevalenza del 48%, l'ipertensione del 36%, la cardiopatia organica del 27%, il diabete del 10% e l'incidente cerebro-vascolare del 6,5% con una comorbidità di 2 o più patologie nel 35,3% dei soggetti con età tra 65 e 79 e del 70,2% in soggetti con più di 80 anni. (3)

- **Cambia il modello gestionale della persona cronica con polipatologia**

Occorre distinguere il piano della riflessione professionale da quello relativo al modello di organizzazione. Partendo da quest'ultimo, occorre evidenziare che esiste una ricorrenza nel modello di presa in carico per molte patologie/condizioni di salute non solo perché l'evoluzione della malattia prevede modelli di sviluppo simili, ma anche perché fa riferimento alla medesima disciplina e quindi alla medesima famiglia professionale. La risposta può essere diversa o concettualmente organizzata in modalità differenti proprio se pensiamo di rivolgere la soluzione definendo cosa, la patologia, o definendo chi, la persona. La Medicina Fisica e Riabilitazione è la specializzazione della medicina che sposa questo concetto di centralità della persona attraverso l'ICF valorizzando quello che posso riutilizzare in un obiettivo partecipativo a differenza ad esempio delle ADL che studiano quello che non va.

Cambia l'obiettivo

Fare terapia significa anche delimitare il proprio campo di competenza, definire il tipo di intervento, il proprio obiettivo e gli esiti attesi all'interno di un costante atteggiamento di confronto multidisciplinare. Il territorio può essere comunità terapeutica (CT) e ripensato come funzione o, verosimilmente, come espressione di uno stile di lavoro e non come luogo in cui sistemare una persona che crea problemi fino all'istituzionalizzazione. In questo caso la CT diventa strumento operativo perché esplicita lo stile di quel gruppo di lavoro all'interno di un modello. La cronicizzazione della persona diventa così un termine relazionale collegato ai punti critici delle relazioni di cura. L'obiettivo è di sostenere un processo di salute sia attraverso la "cura" che attraverso il rinforzo di relazioni e opportunità di empowerment, di autonomia, ecc. attraverso il dialogo strutturato tra CT e contesto di vita delle persone.

Incremento della pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte delle comunità locali

Stante le consolidate evidenze di efficacia disponibili in letteratura è ormai riconosciuto che la pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati, contribuisce, oltre che alla prevenzione delle principali patologie croniche e degenerative, a favorire il benessere sociale e psicologico riducendo ansia, depressione, ad aumentare il grado di autonomia degli anziani attraverso la riduzione del decadimento cognitivo, della marginalità sociale, delle cadute, supportando quindi complessivamente quello che viene definito l'"invecchiamento attivo e in buona salute" (Active and Healthy Ageing).

Lo sviluppo delle azioni per incrementare le opportunità per la pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici è pertanto strategica e richiede lo sviluppo del processo di governance locale da parte delle ATS sia nella sinergia con ASST e Gestori che nella attivazione di tutti gli stakeholder (Comuni, Enti di varia natura, Fondazioni, RSA, Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, professionali, Palestre, ecc.) che a vario titolo concorrono a supportare miglioramenti e/o cambiamenti strutturali di natura urbanistica e organizzativa (urban health) che facilitano uno stile di vita attivo quotidiano (percorsi pedonali e bike casa - scuola, casa- lavoro, green way, ecc.) ed a incrementare l'offerta di opportunità per gruppi ed individui.

In tale contesto dovrà essere dato ulteriore sviluppo alla diffusione dei Gruppi di Cammino, con riferimento alla popolazione con fattori di rischio intermedi di cronicità e/o malattie croniche ed alla popolazione over 64, con particolare attenzione all'ingaggio di fasce di popolazione con fragilità sociale.

Nel 2018, in attuazione a quanto previsto dall'art. 56, comma 4 della l.r. 3 marzo 2017 n. 6, verrà attivato il percorso per la definizione di indirizzi regionali per la diffusione di una rete di offerta di programmi strutturati di esercizio fisico (basati su protocolli di Attività Fisica Adattata - AFA, Esercizio Fisico Adattato EFA, validati e standardizzati per gruppi omogenei, realizzati da Laureati in Scienze Motorie) per le persone con fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e patologie croniche, attivati da soggetti sul territorio da soggetti idonei (pubblici e privati). Per la definizione di tale modellizzazione regionale sarà costituito un gruppo di lavoro tecnico con la partecipazione di rappresentanti di ATS, delle Facoltà di Scienze Motorie delle Università lombarde, dei Servizi di Medicina dello Sport, delle Società Scientifiche di settore e altri soggetti a vario titolo coinvolti. Nell'ambito di tale percorso di modellizzazione sarà definito anche un set di criteri per l'adesione a questa rete di offerta da parte di Palestre private che, nell'ambito delle proprie azioni di responsabilità sociale, intendano partecipare al processo di promozione della salute nelle comunità locali. Anche in questo percorso, la fase di modellizzazione regionale potrà contestualmente vedere l'eventuale attivazione di percorsi sperimentali attivati dalle ATS.

Creare e sostenere una rete di offerta che integri gli interventi di comunità con programmi strutturati di esercizio fisico, basati su protocolli di Attività Fisica Adattata - AFA

Come previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2014 - 2019 e dall'obiettivo di sistema di cui alla DGR 7600/2018 relativo alla diagnosi precoce e conseguente ingaggio della popolazione in età 45 - 60 con fattori di rischio comportamentali o condizioni di rischio intermedi (ipertensione, glicemia

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018

elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e/o una cronicità non complicata, con particolare attenzione alla presenza di fragilità socio – economici (health equity).

Nell'ambito dei Programmi/iniziative per le attività concernenti l'esercizio fisico si collocano anche percorsi a carattere sperimentale finalizzati alla creazione di una rete di offerta che integri gli interventi di comunità con programmi strutturati di esercizio fisico, basati su protocolli di Attività Fisica Adattata - AFA, realizzati da Laureati in Scienze Motorie, mediante la definizione di alleanze con tutti i soggetti della comunità locale a vario titolo coinvolti: Fondazioni, RSA, Università, Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, professionali, palestre, ecc.

Per AFA si intendono programmi di esercizi non terapeutici svolti in gruppo appositamente predisposti per utenti in situazioni di cronicità, finalizzati alla modificazione dello stile di vita.

Tali programmi non devono costituire un'attività di tipo sanitario, sono rivolte ad una popolazione in condizioni stabili di salute o con riduzione stabilizzata della capacità funzionali, svolte in luoghi deputati ad attività di socializzazione da personale appositamente formato.

L'invio al percorso AFA avverrà da parte dei MMG per ciascun assistito per il quale ritengano utile questo tipo di attività. Tale attività, classificata come ludico-motoria, non prevede alcun tipo di certificazione medica come previsto dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge 8 novembre, n. 189.

Il percorso è applicabile in numerose situazioni di cronicità che condizionano la partecipazione e la qualità della vita con diminuzione delle capacità funzionali e dell'autonomia.


I destinatari possono essere:

- a) persone con patologie cardio-vascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore o persone con fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie: AFA generica (persone con bassa disabilità);
- b) esiti di disabilità stabilizzata con riduzione delle capacità motorie non suscettibile di ulteriore livello di recupero, anche dopo programma riabilitativo sanitario AFA generica (persone con bassa disabilità).

Schema dei diversi livelli per la prescrizione/somministrazione dell'attività fisica

tipologia	prescrizione	somministrazione
I) Indicazione all'attività fisica	MMG/PLS, nell'ambito dei NCP + eventuale consulenza specialistica al bisogno. Rivalutazione periodica minimale (peso, pressione)	Libera o eseguita in strutture non sanitarie, ma idonee e selezionate con personale esperto a disposizione
II) Indicazione personalizzata sulla base di una valutazione funzionale	MMG, in raccordo con specialisti (Medicina dello sport, cardiologi, fisiatrici, ecc.). Periodiche valutazioni	Eseguita fuori dall'ambiente sanitario, ma tutorata da personale esperto e svolta presso strutture idonee e selezionate
III) Piano di trattamento individuale sulla base della valutazione delle condizioni cliniche del paziente, e monitoraggio della risposta al trattamento	In ambiente specialistico (Centri di Medicina dello sport di secondo livello, ...)	Controllata e tutorata in ambiente sanitario

 In ambito di Servizio sanitario regionale

 Fuori Servizio sanitario regionale. Tuttavia sarà necessario sostenere la partecipazione attraverso accordi/progetti che permettano costi contenuti e qualità del servizio

(la tabella può interessare – fonte <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi> - n° 78)

IL PROGETTO

1. OBIETTIVO GENERALE

Concorrere alle azioni di sistema previste dalla DGR 7600/2017 (Regole 2018) punto 3.18.2. *“Promozione della salute e prevenzione della cronicità”* che, con riferimento all’ *“Incremento della pratica dell’attività e dell’esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte delle comunità locale”*, individuano la seguente prospettiva: *“Stante le consolidate evidenze di efficacia disponibili in letteratura è ormai riconosciuto che la pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati, contribuisce, oltre che alla prevenzione delle principali patologie croniche e degenerative, a favorire il benessere sociale e psicologico riducendo ansia, depressione, ad aumentare il grado di autonomia degli anziani attraverso la riduzione del decadimento cognitivo, della marginalità sociale, delle cadute, supportando quindi complessivamente quello che viene definito l’“invecchiamento attivo e in buona salute ” (Active and Healthy Ageing). Lo sviluppo delle azioni per incrementare le opportunità per la pratica dell’attività e dell’esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici è pertanto strategica e richiede lo sviluppo del processo di governance locale da parte delle ATS sia nella sinergia con ASST e Gestori che nella attivazione di tutti gli stakeholder (Comuni, Enti di varia natura, Fondazioni, RSA, Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, professionali, Palestre, ecc.) che a vario titolo concorrono a supportare miglioramenti e/o cambiamenti strutturali di natura urbanistica e organizzativa (urban health) che facilitano uno stile di vita attivo quotidiano (percorsi pedonali e bike casa – scuola, casa-lavoro, green way, ecc.) ed a incrementare l’offerta di opportunità per gruppi ed individui (...)”*

2. OBIETTIVO SPECIFICO

Sperimentare - anche in chiave di sostenibilità - un programma di comunità nel quartiere “Gorla” di Milano finalizzato a:

- rendere “facile” l’adozione di uno stile di vita attivo a tutta la popolazione e a target specifici per contrastare la sedentarietà
- contribuire a ridurre/rallentare i processi di cronicizzazione nelle persone over 65 (?)
- promuovere processi di inclusione sociale
- promuovere empowerment individuale e di comunità
- contribuire a promuovere competenze di salute nella popolazione coinvolta

3. CONTESTO

Il quartiere di Gorla è il territorio dove é collocato il presidio riabilitativo dell’ ASST Pini-CTO che ha già attivato azioni di rete con soggetti no profit della comunità locale (UISP), in base a queste esperienze è emersa l’ipotesi di sperimentare un modello di lavoro partecipato e di rete intersettoriale che attivando i diversi soggetti locali individui punti di forza e criticità organizzative/strutturali/urbanistiche, definisca un piano di miglioramento e l’attivazione di pratiche raccomandate (pedibus, gruppi di cammino, bike to school), offerta ludico – motoria e socio-culturale (greenway, percorsi di scoperta del quartiere, parkour, informazione/comunicazione, ecc.) e specifica (AFA, Pet Teraphy, Ippoterapia, educazione terapeutica, ecc ...)

...

...

REPORT PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE CRONICITÀ 2018**4. STEP**

- Profilo di salute/analisi di contesto del quartiere (caratteristiche socio-demografiche, economiche, sociali, ambientali-organizzative e comportamentali, epidemiologiche) e individuazione priorità
- Presentazione e attivazione dei soggetti istituzionali afferenti il quartiere (Municipio2 - Dirigenti Scolastici - Polizia di quartiere ecc.)
- Presentazione ad altri stakeholder con impegni intersettoriali con tutti i soggetti non sanitari del quartiere che a vario titolo possono contribuire all'obiettivo
- Eventuale coinvolgimento altri soggetti (Politecnico)
- Definizione delle modalità di coinvolgimento/partecipazione dei cittadini alla realizzazione delle attività
- Individuazione figure/soggetti facilitatori (UISP, CSI, altri...)
- Piano d'azione, tempistiche e responsabilità
- Piano di valutazione

5. RUOLO DELLA ATS

- Coordinamento progetto e sua promozione ai diversi livelli istituzionali
- Raccordo con PIL e Programmazione di Zona (Cabina di Regia)
- Raccordo e promozione del progetto presso MMG, Pediatri e Farmacisti e più in generale presso la rete degli erogatori sociosanitari territoriali
- Mappatura sociale, Promozione e sviluppo rete con Attori sociali (Municipio, Associazionismo, Scuole)
- Sviluppo delle azioni di promozione dell'attività fisica nella popolazione generale/nei diversi setting di comunità (luoghi di lavoro, scuola, comunità locale, 1000 giorni, servizi sociosanitari ecc.)

Da specificare ulteriormente

6. RUOLO DEL PRESIDIO RIABILITATIVO DELL'ASST PINI-CTO

- Gestione operativa "rete offerta" attività fisica
- Formalizzazione accordi di partenariato operativo

7. RISORSE

L'intento del progetto è quello di realizzare un cambiamento riorientando le risorse economiche, organizzative e sociali già presenti sul territorio del quartiere, questo è garanzia di sostenibilità di quanto si va ad intraprendere cioè garanzia di un cambiamento che sia strutturale e non vincolato alle risorse di una specifica progettazione.

8. VALUTAZIONE

- **Impatto**

Esempi di indicatori: popolazione coinvolta/partecipante/aderente su totale popolazione; soggetti non sanitari coinvolti attivamente su soggetti presenti nel quartiere;

- **Appropriatezza**

Esempi di indicatori: popolazione partecipante alle attività offerte (partecipanti età > ai 65 anni/popolazione residente 65-74 anni, partecipanti con fattori di rischio ccv/ popolazione target residente

- **Sostenibilità**

Indicatore: attivazione di risorse sociali e non proprie del quartiere, modifiche strutturali dell'ambiente,