

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 novembre 2012, n. 2374

Piano Regionale di Prevenzione 2010/12 di cui alle DGR n. 2994/2010 e n.2080/2011 - Macroarea prevenzione universale. Approvazione del Programma regionale sperimentale "Movimento in salute" da attuare nelle ASL BA e BT.

Assente l'Assessore alle Politiche della Salute, Dott. Ettore Attolini, sulla base dell'istruttoria espletata dalla dirigente dell'Ufficio "Sanità Pubblica e Sicurezza del lavoro" e dal Funzionario Istruttore, responsabile della P.O. "Igiene e Sanità Pubblica", confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (PATP), riferisce quanto segue l'Ass. Godelli:

Le Deliberazioni di Giunta regionale nn. 2994/2010 e 2080/2011 di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-12 e relativo Piano operativo, hanno previsto il raggiungimento degli obiettivi di salute posti dal Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), tra i quali la prevenzione dell'obesità anche attraverso il contrasto alla sedentarietà. In questo contesto si colloca la realizzazione di una specifica linea di intervento relativa alla "prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" nell'ambito della quale è stato approvato il progetto regionale dal titolo "Estensione del programma di promozione dell'attività motoria, denominato 'Gruppi di cammino' ", destinato ad un target di soggetti adulti-anziani sani o affetti da patologie, purché farmacologicamente controllati. L'individuazione del target di riferimento non è casuale, ma tiene conto della specificità di questa fascia di popolazione, caratterizzata da un maggiore rischio di patologie correlate alla mancanza o all'insufficienza di attività fisica (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete, osteoporosi, ecc), il citato progetto è da considerarsi una continuità del PNPAM (Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria) promosso dal Centro per il Controllo delle Malattie, svolto in forma sperimentale in Puglia, quale regione partner della ULSS 20 di Verona, nell'ambito del Pro-

gramma Nazionale "Guadagnare Salute" e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 2992/2010.

In linea con la programmazione regionale, le AA.SS.LL. BT e BA, con note rispettivamente prot. n. 54558.1.9 del 4.7.2011 e prot. n. 133234/1 del 4.8.2011, hanno presentato due progetti con la medesima finalità, coerenti con i nuovi orientamenti che prevedono, tra gli interventi di prevenzione, la prescrizione dell'attività fisica come farmaco già avviata in modo sperimentale in alcune Regioni.

Al fine di ottimizzare l'uso delle risorse finanziarie disponibili e conferire carattere di omogeneità alle attività da porre in essere sul territorio, è stato elaborato un unico programma a valenza sperimentale in Puglia, pur rispettando le diverse esigenze presenti sui territori. Questo permetterà l'estensione del citato programma PNPAM, precedentemente svolto nelle AA.SS.LL. di Brindisi, Lecce e Taranto, così garantendo non solo una uniformità di azioni di prevenzione dell'obesità e di promozione di corretti stili di vita su un vasto territorio regionale, ma anche il raggiungimento degli obiettivi del PRP, oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute.

Il programma denominato "Movimento in salute" avrà durata biennale 2012-2014 ed ha l'obiettivo generale di far diminuire la prevalenza di patologie croniche come diabete, ipertensione, sindrome metabolica e di altre patologie croniche ad alta incidenza di disabilità e mortalità, direttamente correlate al fattore di rischio sedentarietà. Per allargare e facilitare il più possibile le azioni di promozione dell'attività motoria, il Progetto punta anche ad eliminare le barriere al movimento, compresi gli ostacoli burocratici alla pratica di attività motoria, non esclusi i certificati medici inutili.

Tutto questo verosimilmente indurrà una crescente riduzione della spesa farmaceutica e sanitaria in generale.

In sintesi, si è convenuto di sviluppare il programma su due direttrici sinergiche:

1. L'attivazione di attività motoria con i Gruppi di Cammino. I Gruppi di Cammino possono essere attivati su un numero ampio di cittadini, individuati tra sedentari e/o affetti da patologie senza complicanze.

2. L'attivazione di percorsi di esercizio fisico in Palestra per le persone sedentarie affette da una o più patologie che, per la loro entità e/o per le loro sequele negative sull'organismo, necessitano di maggior monitoraggio e della vigilanza continua di un Educatore Fisico con laurea in Scienze Motorie, in grado anche di misurarne capacità aerobica e progressi.

In ambo i casi, assume rilievo preminente la figura del medico di medicina generale, in possesso dei data-base dei propri assistiti e, soprattutto, della conoscenza diretta delle caratteristiche individuali di ciascuno di essi, comprese le abitudini e gli stili di vita. Assume rilievo l'esperienza maturata in passato sia presso la ASL BT, con l'organizzazione dei gruppi di cammino, sia nel DSS12 della ASL BA, con la "prescrizione" dell'esercizio fisico in palestra a pazienti affetti dalle patologie contemplate e/o correlate alla sedentarietà.

Raccogliendo dati di letteratura scientifica e di network, sono stati elaborati i percorsi per la corretta pratica delle due metodiche ed è stato elaborato un manuale operativo che prevede l'intervento del medico di medicina generale, del medico specialista in Medicina dello Sport, del cardiologo, dell'endocrinologo, del laureato in Scienze Motorie e di operatori denominati "Walking leaders", opportunamente formati.

Sono stati proposti corsi formativi per gli operatori coinvolti (Walking leaders) e corsi ECM per i sanitari e ciò allo scopo di promuovere ed invitare il MMG a voler prescrivere sistematicamente, come per il farmaco o proprio come fosse un farmaco, l'esercizio fisico più adeguato alla patologia ed alle condizioni generali del proprio assistito.

E' stato sviluppato un diagramma di Gantt per le tappe di realizzazione del progetto, da estrinsecare nell'arco di un biennio.

È stata inoltre allegata al progetto una modulistica con

- Cartella clinica
- Questionari
- Schede di presenza.

E' previsto il coinvolgimento di vari stakeholders tra cui le Amministrazioni comunali, le Associazioni della 3^a età, il Dipartimento di Scienze Motorie dell'Università.

I risultati delle attività saranno oggetto di valutazione attraverso precisi indicatori di misurazione, individuati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale della Puglia, partner di progetto, il quale, sulla scorta dei risultati dell'indagine di sorveglianza sulla popolazione "PASSI", ha collaborato e offerto il proprio supporto scientifico nell'elaborazione del programma in questione. Tali indicatori si riferiscono sia alla situazione di benessere avvertita dal soggetto partecipante, che al dato oggettivo relativo alla riduzione dei farmaci assunti dallo stesso soggetto, nonché al miglioramento delle sue condizioni generali di salute.

Le attività progettuali e la verifica dei risultati saranno coordinate, a livello regionale, da un rappresentante del Servizio PATP e da un rappresentante dell'OER Puglia, a livello aziendale, dai rispettivi referenti della Rete regionale per l'attività motoria, già nominati dalle rispettive AA.SS.LL. BA e BT, in collaborazione con un referente scientifico.

Utilizzando il dato del 36% di soggetti sedentari, ricavato dallo studio PASSI 2007-2010, quale parametro da applicare alla popolazione target di 50-70 anni, si ottiene che mediamente circa 112.000 soggetti nella ASL BA e circa 37.000 della ASL BT risultano sedentari. Pertanto, il programma ha l'obiettivo di coinvolgere il 2% dei sedentari stimati in ciascuna ASL, ovvero circa n. 2.240 nella ASL BA e circa n.740 nella ASL BT per un totale complessivo di n. 2.980 soggetti.

I costi previsti per il sostegno delle azioni ammontano a complessivi euro 623.080,00, corrispondenti a circa euro 210 a paziente, per l'intera durata del programma.

Per quanto anzidetto, con la presente proposta di deliberazione si intende approvare il programma regionale sperimentale denominato "Movimento in salute", costituito dall'allegato "A", parte integrante della presente Deliberazione.

Le modalità di ripartizione e liquidazione delle somme spettanti per lo svolgimento delle attività progettuali, nonché quelle di rendicontazione, saranno oggetto di successivi atti dirigenziali.

"COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n° 28/01 e s.m.i."

La spesa complessiva derivante dal presente provvedimento pari ad euro 623.080,00 trova

copertura finanziaria nelle economie vincolate del Cap. 741089, UPB 5.7.1 del Bilancio regionale.

Al prelievo delle relative somme dalle economie vincolate, iscrizione e consequenziale impegno di spesa provvederà il Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione con successivo atto da assumersi entro il corrente esercizio finanziario.

Il presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale in virtù dell'art. 4, comma 4, lettera c) della L.R. 7/97.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Responsabile della P.O. Igiene e sanità pubblica, dalla Dirigente dell'Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro e dal Dirigente del Servizio PATP;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per tutto quanto sopra esposto e che qui si intende integralmente riportato

DI APPROVARE il programma regionale sperimentale di durata biennale denominato "Movimento in salute", come da allegato "A", parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, da attuarsi nei territori delle AA.SS.LL. BA e BT;

DI STABILIRE che il coordinamento del citato programma è posto in capo al competente Servizio PATP della Regione Puglia che si avvarrà della collaborazione tecnico-scientifica dell'OER Puglia;

DI DARE mandato ai Direttori Generali delle suddette ASL di predisporre, per il territorio di

rispettiva competenza, idoneo progetto esecutivo conforme alle linee tracciate dal presente programma, con proprio atto deliberativo da trasmettere al competente Servizio PATP per la definitiva approvazione;

DI PORRE in capo ai Direttori Generali delle ASL l'obbligo di trasmettere, a conclusione delle attività progettuali, la rendicontazione delle somme effettivamente spese unitamente alla dettagliata relazione tecnico-scientifica sugli esiti delle attività progettuali, completa dei documenti conclusivi prodotti, secondo le modalità individuate dal competente Servizio regionale;

DI STABILIRE che per lo svolgimento delle attività descritte nel suddetto programma, la Regione Puglia si avvarrà della collaborazione dei Referenti della Rete Regionale per l'attività motoria, in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. di BA e BT, in quanto "Responsabili di progetto" nella ASL di appartenenza; essi dovranno coordinare le attività nella ASL di competenza, in collaborazione con il referente scientifico di progetto;

DI STABILIRE che i risultati ottenuti dall'attività di monitoraggio e di verifica delle attività, elaborati dagli operatori sanitari della Rete Regionale per l'attività motoria, saranno trasmessi al competente Servizio PATP dell'Assessorato alle Politiche della Salute, ai fini di studio e ricerca, nonché della valutazione circa l'eventuale proroga e/o estensione del presente programma;

DI STABILIRE che le ASL possano utilizzare i dati e la casistica rivenienti dall'attività prevista nel presente programma per lavori scientifici e pubblicazioni a condizione che nel testo sia dato rilievo al ruolo ed al logo "Regione Puglia - Assessorato alle Politiche della Salute";

DI AUTORIZZARE il Dirigente di Servizio PATP all'adozione di tutti gli atti consequenziali al presente provvedimento, ivi incluse le eventuali rimodulazioni del programma "Movimento in salute" che dovessero rendersi necessarie ai fini dell'ottimale raggiungimento degli obiettivi fissati, nonché la definizione delle modalità di riparto,

liquidazione e rendicontazione scientifica e amministrativo-contabile delle somme da erogare ai soggetti attuatori;

DI DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

DI PUBBLICARE il presente provvedimento sul BURP, ai sensi di legge;

DI DISPORRE la diffusione dei contenuti del presente provvedimento attraverso il sito www.regione.puglia.it ed il portale sanitario regionale www.sanita.puglia.it e con gli altri mezzi di comunicazione ritenuti idonei.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



Regione Puglia
Assessorato alle Politiche della Salute

Programma sperimentale biennale di promozione dell'attività motoria 2012-2014

Movimento in Salute

Camminando ogni giorno, raggiungo uno stato di benessere e mi lascio alle spalle ogni malanno; i pensieri migliori li ho avuti mentre camminavo, e non conosco pensiero così gravoso da non poter essere lasciato alle spalle con una camminata. Ma stando fermi si arriva sempre più vicini a sentirsi malati. Perciò basta continuare a camminare, e andrà tutto bene.

Soren Kierkegaard

Programma elaborato a cura di:

Regione Puglia

Elisabetta Viesti, Maria Grazia Lopuzzo

Osservatorio Epidemiologico Regionale

Maria Teresa Balducci

ASL Bari

Rossella Colamaria, Vincenzo Gigantelli, Maria Caterina Iannone, Angelo Ramunni

ASL BAT

Ada De Luca, Lucia Negrofonte

Movimento In Salute

I n d i c e

Premessa

Analisi di contesto della Regione Puglia

Gli interventi educativi già attuati

Destinatari del progetto

Obiettivi ed Efficacia

Piano di comunicazione

Successione delle azioni sanitarie e metodologia

Modello di gestione

Collaborazioni, Strumenti e Piano delle intese

Monitoraggio

Durata del progetto e cronoprogramma

Piano dei costi

Glossario

Allegati

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'attività fisica come "qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduca in un consumo di energia superiore a quello in condizione di riposo". In questa definizione, quindi, rientrano non solo le attività sportive ma anche semplici movimenti quotidiani come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e i lavori domestici. Numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di modelli di stili di vita positivi nell'ambito dei quali, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Un buon livello di attività fisica, infatti, contribuisce ad abbassare i valori della pressione arteriosa e dell'iperlipemia, ad ostacolare il fenomeno dell'insulino-resistenza, a migliorare l'omeostasi calcica, a prevenire e curare malattie cardiovascolari, obesità e sovrappeso, diabete, osteoporosi; contribuisce, inoltre, al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione e senso di solitudine¹. L'Attività fisica, inoltre, sicuramente aumenta l'autostima, la capacità di socializzazione e il senso di benessere anche attraverso un'azione ormai accertata sui neuro-mediatori cerebrali. Ha, in particolare, effetti positivi nel prevenire e nel combattere la depressione: da alcuni studi risulta addirittura una sua efficacia pari ai farmaci (con inizio di azione più lento) ed una minore frequenza di ricadute di malattia nel tempo (tabella 1).

Tabella 1. Effetti positivi attività motoria

Apparato cardiovascolare

- Miglior controllo della pressione arteriosa
- Miglior controllo delle aritmie
- Riduzione del 50% di eventi Cardio e cerebrovascolari maggiori
- Minore viscosità ematica, aumento dell'attività fibrinolitica

Sovrappeso e obesità

- Miglior controllo del peso corporeo
- Calo ponderale

Metabolismo

- Miglior controllo del profilo lipidico (riduzione dei livelli di colesterolo
- LDL e trigliceridi, aumento dei livelli di colesterolo HDL)
- Aumento della sensibilità all'insulina
- Effetto protettivo sull'insorgenza del diabete mellito
- Riduzione della massa grassa

Malattie tumorali

- Riduzione del rischio oncologico complessivo
- Riduzione del rischio specifico di cancro del colon, della mammella, della prostata, dell'endometrio e del polmone

Apparato muscolo-scheletrico

- Mantenimento della funzionalità osteo-articolare
- Rallentamento del declino età -dipendente

¹www.ministerosalute.it

- Prevenzione delle artropatie degenerative
- Prevenzione dell'osteoporosi
- Riduzione delle cadute e delle fratture conseguenti (anca)
- Sistema nervoso

Effetti psichici e comportamentali

- Benessere generale e migliore qualità della vita
- Controllo dei sintomi di depressione e ansia
- Aumento dell'autostima, migliore immagine di se
- Aumento delle relazioni e della socializzazione
- Controllo di altri stili di vita (alimentazione e fumo)

Invecchiamento

- Rallentamento dei processi organici dell'invecchiamento
- Aumento dell'aspettativa di vita
- Rallentamento del declino cognitivo
- Alimentazione più equilibrata.

Considerato che i benefici di un'attività fisica costante e regolare hanno un impatto positivo sulla salute individuale e collettiva, la promozione dell'attività fisica diventa uno dei compiti della Sanità pubblica e rappresenta un obiettivo di salute che può essere raggiunto solo attraverso politiche sanitarie mirate e condivise, con una chiara individuazione dei livelli di intervento e delle responsabilità.

Onde favorire un'educazione all'esercizio fisico come misura preventiva di numerose patologie, diventa necessario diffondere le conoscenze sulle proprietà salutistiche dell'attività fisica, promuovere l'adozione di corretti stili di vita, favorire iniziative di contrasto fenomeno della sedentarietà.

La promozione dell'attività motoria necessita di interventi che riguardano molteplici ambiti di azioni con l'impegno di diversi Enti e/o Istituzioni che, necessariamente, devono collaborare nella stesura delle strategie operative per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. All'interno delle ASL indiscutibilmente riveste un ruolo fondamentale il Dipartimento di Prevenzione, istituzionalmente preposto alle attività di prevenzione e di tutela della salute pubblica; esso interagisce con altre strutture aziendali per la realizzazione di specifiche linee progettuali.

In particolare, assume rilevanza il ruolo che i MMG rivestono per la realizzazione e il monitoraggio dei progetti e quindi il ruolo di facilitatore e di coordinamento svolto dal Distretto Socio Sanitario per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Infatti il MMG, collocato al primo impatto con la domanda di assistenza sanitaria da parte del cittadino ed impegnato giornalmente nella complessa opera di vigilanza sul suo stato di salute, è nella posizione ideale per acquisire conoscenza diretta delle condizioni socio-culturali dello stesso e per convincerlo a rimuovere abitudini dannose per la sua salute.

Dagli Studi già attuati si rileva che l'importanza dell'esercizio fisico come ulteriore potente strumento di prevenzione e cura, pur se conosciuto dal medico, viene ancora oggi sottovalutata, quindi non viene sufficientemente praticato e ciò anche per altri fattori, tra i quali assume grande rilevanza la predominante cultura del farmaco sia per il medico stesso che, di conseguenza, per il cittadino.

Sorge, pertanto, la necessità di implementare, sia tra i medici che nella popolazione, l'informazione sull'esercizio fisico come ulteriore strumento di prevenzione e cura che, comunque, non può prescindere dall'utilizzo del farmaco.

Le evidenze scientifiche divenienti da progettualità di attività motoria già eseguite a livello internazionale, nazionale e regionale, permettono di affermare che sicuramente l'attività motoria riduce l'incidenza e la progressione di alcune malattie cronic-degenerative e, di conseguenza, riduce anche il ricorso a farmaci e ricoveri, riduce, quindi, la spesa sanitaria, migliora lo stato di salute in generale della popolazione.



L'intervento dell'O.M.S.

Dai recenti documenti dell'OMS², si rileva che sono state selezionate quasi 400 pubblicazioni e analizzati 8 ambiti di intervento:

- politiche ambientali;
- interventi di comunicazione basati sui mass media;
- interventi a scuola;
- interventi sul luogo di lavoro;
- interventi di comunità;
- assistenza primaria;
- programmi per gli anziani;
- interventi in comunità religiose.

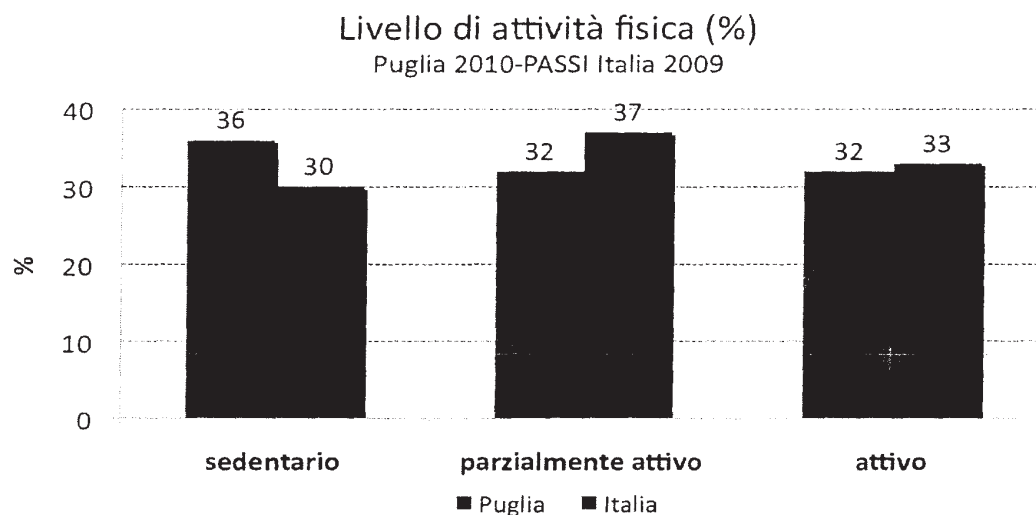
Analisi di contesto nella Regione Puglia

Incidenza delle patologie

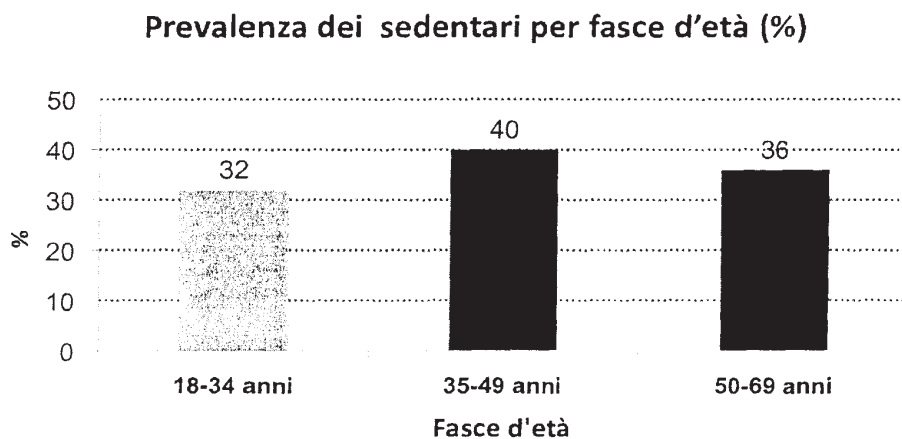
Dai dati pubblicati sull'Osserva-salute risulta che in Puglia le malattie croniche negli anni 2006-2010 per la popolazione di età compresa tra i 50 – 70 anni in Puglia, hanno seguito il seguente andamento: il diabete dal 12,5% al 14,5%; l'ipertensione arteriosa dal 36,5% al 40,5%; l'infarto del miocardio dal 4% al 6,3%; l'artrosi-artrite dal 52,5% al 56,4%; l'osteoporosi dal 17,5% al 18,8. Il gruppo di patologie più frequentemente causa di ospedalizzazione tra i soggetti anziani sono quelle a carico del sistema cardio-circolatorio, seguite dalle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, dalle malattie dell'apparato respiratorio

Studi di sorveglianza sull'attività fisica

Tra i recenti studi epidemiologici, condotti sulla popolazione pugliese, lo studio Passi anni 2007- 2010 ha rilevato che una quota consistente di popolazione presenta comportamenti a rischio per la salute, con una alta percentuale di fumatori ed un indice di sedentarietà elevato. Lo stesso sistema di sorveglianza ha indagato su:



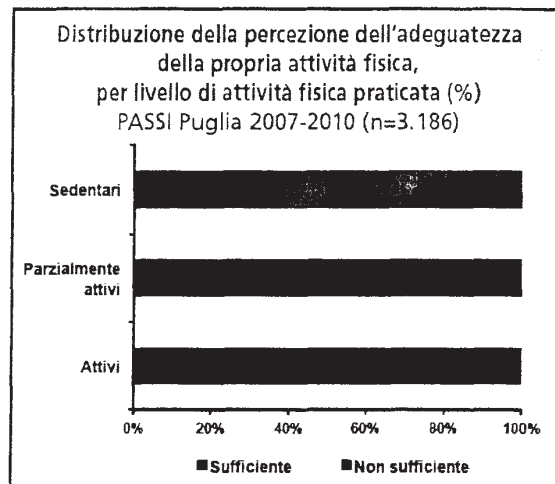
La prevalenza di sedentari in Puglia è superiore rispetto a quella registrata nel pool nazionale di ASL, fatta eccezione per la ASL Taranto.



Lo stesso sistema di sorveglianza ha indagato con una serie di quesiti, le cui risposte sono di seguito elencate:

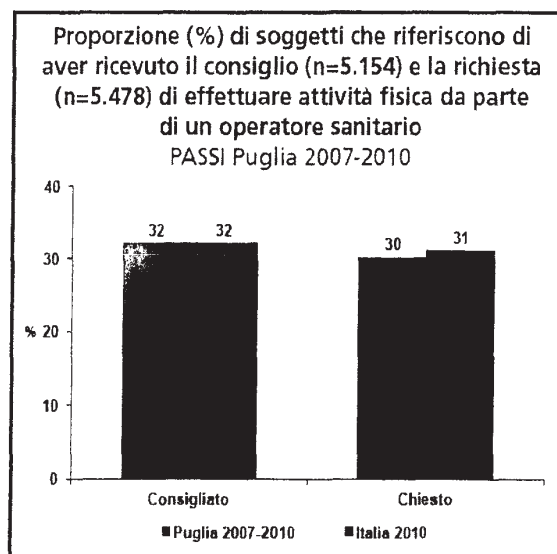
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- In Puglia, circa la metà delle persone parzialmente attive (53%) e un quarto delle persone completamente sedentarie(25%) percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente
- A livello del pool nazionale di ASL partecipanti al Sistema di Sorveglianza, una percentuale pari al 20% dei sedentari ritiene di svolgere una adeguata attività fisica.

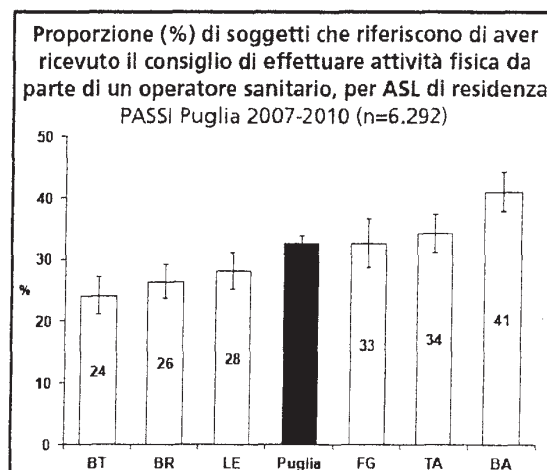


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- La prevalenza dei sedentari risulta consistente in presenza di altre condizioni di rischio
- In Puglia, un terzo degli intervistati (30%) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Circa un terzo (32%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticarla regolarmente



La proporzione più bassa di soggetti che hanno ricevuto il consiglio di effettuare attività fisica da parte di un operatore sanitario risulta nella ASLBT Barletta-Andria-Trani



Gli interventi educativi già attuati

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono evidenti sia a livello sociale che economico.

In quest'ottica, l'attenzione e il consiglio dell'operatore sanitario, devono corrispondere all'attuazione di misure efficaci nel sostenere l'adozione di uno stile di vita più attivo e devono essere esercitati nel nostro territorio con maggiore frequenza, attenzione e fiducia.

La Regione Puglia è tra le sei Regioni che hanno inteso attivare iniziative di intervento per la prevenzione dei rischi sulla salute e la promozione di corretti stili di vita.

L'accordo di collaborazione n. 237 del 28.12.2007, stipulato tra Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche giovanili e le Attività sportive, Ministero della Salute, Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione, ha individuato la USL 20 di Verona come "Ente esecutore" per l'attuazione di un progetto che avesse l'obiettivo di incentivare l'attività fisica.

La USL di Verona ha predisposto il programma denominato: Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività motoria (PNPAM) per attivare iniziative di intervento per la prevenzione dei rischi con la collaborazione di Enti ed Amministrazioni locali.

L'occasione dei PNPAM ha rappresentato per la Puglia il banco di prova per successive e frequenti azioni di promozione dell'attività fisica.

"Uno degli obiettivi da raggiungere, infatti, è anche quello di realizzare un modello di intervento funzionale teso alla prevenzione dei rischi sulla salute e al potenziamento di un'attività terapeutica innovativa che possa contribuire al benessere psico-fisico e a ridurre i costi della Sanità Pubblica" (DGR N. 2992 del 28.12.2010).

Nel Piano Operativo Regionale della Prevenzione 2010-2012 di cui alla DGR n.2080/2011, la Regione Puglia ha indicato le linee di intervento generale per l'estensione del programma di promozione della Salute con metodi di prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze).

Ha individuato, peraltro, come obiettivo generale di salute, l'incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane e adulta.

Nel Piano una specifica linea progettuale riguarda i soggetti tra i 50-70 anni residenti in Puglia anche portatori di patologie croniche, purché ben controllate farmacologicamente.

Le esperienze nelle ASL BT e BA

1. L'ASL BT è da anni impegnata in azioni di educazione alla salute sia a livello primario, lavorando sugli stili di vita, sia secondario con azioni di screening per la prevenzione di patologie. Sulla scorta delle esperienze delle ASL di Ferrara e di Verona, l'ASL BT ha presentato in Regione Puglia nel 2010 un proprio progetto pilota, denominato "**L'attività fisica come farmaco**" che ha come obiettivo l'inserimento dell'esercizio fisico nella pratica e nelle prescrizioni del medico e pediatra di famiglia. Con tale progetto la ASL BT si propone di coinvolgere altre ASL sia a livello regionale che nazionale, ed in particolare attivando iniziative per la pratica della attività fisica come:

- **Passeggiate per la città "piedobus"**: socializzante, economica, facile da praticare quotidianamente e riduce l'utilizzo dei veicoli a motore.
- **Gruppi per andare in bicicletta.**
- **Attività fisica per diabetici.**
- **Attività fisica per portatori di patologie psichiatriche**, organizzati dai Servizi territoriali.
- **Aree verdi, percorsi ciclo-pedonali, impianti sportivi.**

- **Luoghi all'aperto e principali centri sportivi di libero accesso** utilizzabili per il cammino o la corsa.
- **Centri per il controllo del sovrappeso o l'obesità** tramite le numerose attività organizzate nell'ASL BT rivolte alle persone con problemi di obesità o sovrappeso.
- **Consultorio Familiare** con utilizzo delle palestre ubicate presso alcuni Consultori riservate alle donne in attesa e in menopausa.

L'ASL BT ha già avviato il progetto presso le scuole medie della provincia BT dall'ottobre 2010 ad oggi.

Nel corso dei due anni, operatori dell'ASL hanno dedicato parte del loro lavoro alla divulgazione e alla informazione del progetto ai docenti, ai genitori e agli alunni che frequentano la seconda classe delle scuole medie di primo grado della provincia. Sono state anche effettuate visite cardiologiche ed ECG alle classi scelte dalle scuole al fine di incrementare l'attività fisica, organizzando gruppi cammino.

Il progetto ha riscontrato grande successo da parte dei dirigenti scolastici e dei docenti, lo dimostrano le adesioni delle scuole si è passati dall'anno 2010 al 2011 ad un aumento delle stesse pari al 50%.

2. Nell'ambito della **ASL BA**, altrettanto impegnata da diversi anni nella promozione dei corretti stili di vita nella popolazione e con numerose azioni di screening finalizzati alla prevenzione di gravi patologie, è maturata l'esperienza diretta di un cospicuo gruppo di medici di medicina generale dislocati in alcuni Comuni del DSS12.

I Medici del Gruppo, accomunati dalla stessa appartenenza alle Associazioni Mediche denominate INFORMAZIONE E SALUTE, forniti di omonima ed autonoma testata giornalistica di educazione sanitaria, sono stati da sempre animati dalla continua ricerca di iniziative di promozione, attivazione di nuovi percorsi assistenziali nel Territorio.

Tutto ciò allo scopo di ottenere una migliore *compliance* nel rapporto medico- assistito con conseguente migliore aderenza ai suggerimenti del medico, soprattutto riguardanti l'adozione di corretti stili di vita. Tutto questo con il primo intervento di persuasione da parte del medico, seguito da quello farmacologico, onde prevenire e curare malattie ad alto rischio e ad alto costo sociale.

Nel curriculum delle Associazioni Informazione e Salute, vi sono i numerosi periodici incontri a tema con i propri assistiti su diabete e sequele vascolari, pneumologia, alimentazione, malattie metaboliche e cardiologiche, con la presenza di specialisti ospedalieri della ASL e del Policlinico Universitario di Bari. In base ai dati risultanti dagli Studi emergenti, i MMG di Informazione e Salute hanno condiviso da anni la scelta di sperimentare direttamente le evidenze scientifiche sulla utilità di somministrare specifici percorsi di esercizio fisico in palestra a soggetti affetti da diabete, ipertensione, sindrome metabolica, iperlipemia ed osteoporosi.

Grazie alla disponibilità gratuita, nel Comune di Conversano di una Palestra attrezzata, riconosciuta dal C.O.N.I. ed in Convenzione con il Comune di Conversano (che è a tutt'oggi sede di incontri ed assemblee tra MMG – Direzione DSS12 e di Corsi ECM per Medici, di accoglienza gratuita di casi di persone poco abbienti, inviati dai Servizi Sociali del Comune, che necessitano di attività fisica in palestra) e dei suoi Istruttori laureati in Scienze Motorie, è stato possibile raccogliere dati certi ed incoraggianti che hanno spinto gli stessi MMG, sin dal 2006 ed ancor prima dell'attuazione delle analoghe iniziative della Regione Veneto che risalgono, invece, all'anno successivo, ad inoltrare domanda alla ASL per l'avvio di una sperimentazione controllata. L'avvio ufficiale di tali esperienze presso la stessa struttura, tuttora in corso, fu inaugurata nel novembre 2007 con grande partecipazione popolare ed alla presenza e con l'intervento della direzione e del corpo docente della Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Bari, endocrinologi, cardiologi della ASL BA, MMG del DSS12 e di altri Distretti Socio Sanitari della ASL BA.

Lo scopo di tale sperimentazione non è solo quello di provare sul campo le Evidenze Scientifiche sull'applicazione dell'Esercizio Fisico nelle varie patologie, ma anche quella di fungere da volano per innescare altre simili iniziative ovunque.

L'integrazione dei due Progetti

Senza snaturare né l'uno né l'altro Progetto ma volendo, secondo la stessa volontà della Autorità regionale, unificarli in un'unica proposta, bisogna tener conto di opzioni che devono essere articolate ed estrinsecate in funzione della disponibilità certa di strutture e collaborazioni adeguate sul Territorio.

Si predispose, pertanto, un progetto con due linee programmatiche di cui una rivolta ad un maggior numero di soggetti per attività motoria del tipo gruppi di cammino e l'altra rivolta ad un minor numero di soggetti per attività fisica in palestra.

Destinatari del progetto

Utilizzando il dato del 36% di soggetti sedentari, ricavato dallo studio PASSI 2007-2010, quale parametro da applicare alla popolazione target di 50 – 70 anni, si ottiene che mediamente circa 112.000 soggetti nella ASL BA e circa 37.000 della ASL BT risultano sedentari. Pertanto, il programma ha l'obiettivo di coinvolgere il 2% dei sedentari stimati in ciascuna ASL, ovvero circa n.2.240 nella ASL BA e circa n.740 nella ASL BT per un totale complessivo di n.2980 soggetti.

Il reclutamento dei soggetti nella misura di circa 2.980 avverrà da parte dei MMG, tra i soggetti di età compresa tra i 50 – 70 anni, residenti nella ASL BA e BT, con le seguenti caratteristiche:

- in buona salute
- con diabete di Tipo 2
- con cardiopatia compensata
- con ipertensione
- in sovrappeso ed obesità
- con disturbi della menopausa
- con osteoporosi

I soggetti arruolati potranno essere indirizzati verso programmi di attività motoria (gruppi di cammino) o verso programmi di attività fisica da svolgere in palestra, secondo una programmazione in sede aziendale.

Nell'arruolamento dei cittadini è necessario privilegiare le aree dove è maggiore la percentuale di sedentarietà, secondo quanto indicato dal progetto PASSI

L'articolazione delle due linee di intervento sarà commisurata all'interno delle singole ASL, in funzione dei soggetti arruolati, alla disponibilità di personale formato, alla collaborazione con Enti, Istituzioni e/o Associazioni sportive nonché alla disponibilità territoriale di strutture adeguatamente attrezzate per lo svolgimento di attività fisica personalizzata in soggetti con fattori di rischio individuale.

Obiettivi ed Efficacia

L'**obiettivo generale** del progetto è quello di far diminuire la prevalenza di patologie croniche come diabete, ipertensione, sindrome metabolica e di altre patologie croniche ad alta incidenza di disabilità e mortalità, direttamente correlate al fattore di rischio sedentarietà. Per allargare e facilitare il più possibile le azioni di promozione dell'attività motoria, il Progetto punta anche ad eliminare le barriere al movimento, compresi gli ostacoli burocratici alla pratica di attività motoria, non esclusi i certificati medici inutili.

E' stato infatti ampiamente dimostrato che i benefici per la salute derivanti dalla pratica di attività motoria superano di gran lunga i possibili rischi derivanti dalla pratica stessa, e questo è valido anche quando si parla di popolazione anziana.

Sintesi delle azioni da attuare

1. Promuovere e sostenere l'attività motoria come stile di vita salutare.
2. Avviare interventi di attività motoria come strumento di educazione di aggregazione onde migliorare le condizioni fisiche e le attività di gruppo.
3. Diffondere le conoscenze sulle proprietà salutistiche dell'attività motoria.
4. Incidere sull'utilizzo di percorsi sicuri per una regolare attività motoria.
5. Indurre la modifica dello stile di vita sedentario.
6. Avviare interventi di attività fisica in palestra per migliorare alcuni indicatori di salute.
7. Promuovere una cultura e una legislazione che favoriscano una progettazione urbanistica con aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali, strutture sportive al chiuso e all'aperto.

Obiettivi specifici

Il progetto si prefigge di promuovere l'Attività Fisica nella popolazione target, al fine di diminuire l'incidenza delle malattie croniche e conseguentemente degenerative.

Sul piano economico la promozione dell'attività fisica inciderà notevolmente sui costi diretti ed indiretti dell'assistenza sanitaria e ha un impatto significativo sulla produttività e sugli anni di vita in buona salute (Carta di Toronto per l'attività fisica).

Il raggiungimento di questo traguardo è possibile solo con la collaborazione attiva di tutte le strutture e delle figure professionali interessate, ma anche e soprattutto della popolazione. Un ruolo di primo piano hanno i professionisti della salute che, nell'ambito delle cure primarie, dovrebbero fornire indicazioni sull'esercizio fisico e sostenere le persone con interventi di *counselling* per l'individuazione di soluzioni adeguate alla persona, per rafforzare la motivazione che può favorire la modifica di alcuni comportamenti sedentari consolidati. Inoltre, importante è il ruolo dei medici dello sport, in quanto essi orientano i soggetti invogliati all'attività fisica e prescrivono loro l'esercizio fisico più idoneo.

È, inoltre, necessario migliorare la qualità della vita nel Territorio e promuovere una cultura e una legislazione capaci di contrastare l'ambiente che induce alla sedentarietà attraverso la consapevolezza dei cittadini e le capacità operative degli amministratori.

Sintesi delle azioni specifiche

1. Favorire la percezione dell'attività fisica come bisogno di salute nella popolazione pugliese
2. Stimolare la consapevolezza dell'utilità della pratica motoria per il mantenimento del buon stato di salute
3. Innescare meccanismi moltiplicatori dell'intervento educativo
4. Utilizzare l'attività fisica come strumento per perseguire un risparmio della spesa sanitaria in particolare nel settore farmaceutico
5. Creare una rete di operatori sanitari: MMG - specialisti ambulatoriali ed ospedalieri per migliorare le *performances* del sistema sanitario nell'utilizzo dell'attività fisica per migliorare lo stato di salute della popolazione
6. Formare i medici alla prescrizione di attività fisica e/o motoria e restituire loro un ruolo centrale nella gestione delle scelte salutari dei cittadini
7. Ri-orientare i Servizi di Medicina dello Sport, da una attività puramente certificativa ad una attività di supporto specialistico alle Cure Primarie
8. Fare Emergere un nuovo paradigma culturale che equipari la prescrizione dell'A.F. ad una qualunque prescrizione terapeutica
9. Programmare con gli enti e le istituzioni preposte strategie politiche di interventi per rendere facili le scelte salutari dei cittadini
10. Fare acquisire ai partecipanti la capacità di gestire in autonomia la propria attività motoria e mantenerla nel tempo anche a sperimentazione conclusa
11. Creare una rete di palestre individuate in base ai requisiti di idoneità e di sicurezza previste dalle normative vigenti
12. Avviare la sensibilizzazione degli Amministratori e dei decisori dell'organizzazione e dei tempi di vita della città sulla necessità di promuovere un ambiente favorevole all'esercizio fisico ed alla sana alimentazione.
13. Elaborazione di linee guida rivolte a pianificatori per la promozione di un ambiente fisico facilitante i corretti stili di vita come verde pubblico, percorsi pedonali e ciclabili, infrastrutture per l'attività fisica.

Piano di comunicazione

- Divulgazione sul sito della Regione Puglia
- Divulgazione sul sito aziendale
- Stesura e pubblicazione di materiale informativo ai partecipanti dei Corsi ECM ed a tutti gli operatori coinvolti nel progetto (poster, opuscoli, CD ed altro).
- Consegna, da parte del MMG, ai soggetti che non presentino controindicazioni allo svolgimento dell'attività motoria del libretto denominato "**la salute in cammino**", con informazioni su tipo, intensità, durata e frequenza dell'attività fisica da svolgere.
- Disponibilità da parte dei Comuni per l'individuazione e la messa a disposizione di aree pedonali e palestre idoneamente attrezzate. Secondo quanto previsto dalle norme.
- Diffusione gratuita sulle riviste dei MMG, come ad esempio la testa giornalistica denominata INFORMAZIONE E SALUTE.

Successione delle azioni sanitarie e metodologia

PROPEDEUTICITA' ORGANIZZATIVE

1. Sensibilizzazione ed informazione del progetto "Movimento in Salute"
2. Arruolamento e formazione del personale attraverso l'organizzazione di Corsi E.C.M. per i MMG e per gli operatori sanitari sulla divulgazione ed efficacia dell'Attività motoria e/o fisica e percorsi formativi per *Walking Leader*, a cura del Coordinamento regionale
3. Arruolamento da parte dei MMG
4. Individuazione dei percorsi pedonali e delle aree verdi.
5. Individuazione degli palestre secondo i parametri previsti per legge,
6. Individuazione e rapporti di collaborazione con strutture sportive attrezzate

Soggetto sedentario in apparente buona salute

Valutazioni iniziali

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, calcola BMI ed RCV, prescrive gli eventuali esami da lui ritenuti necessari per l'inquadramento del caso, individua i soggetti affetti da valori pressori e glicemici "border-line" e/o a rischio di ipertensione conclamata e di malattia diabetica per l'eventuale fenomeno dell'insulino-resistenza già evidenziatasi, compila la cartella clinica, visiona gli esami prescritti e/o le visite specialistiche recenti eseguite al massimo nei 30 gg. precedenti, lo invia. al laureato in Scienze Motorie.
2. Valutazione del laureato in Scienze Motorie, che, concordemente con il MMG imposta il programma specifico per l'assistito da indirizzare ai gruppi di cammino o in palestra.

Verifiche e valutazioni

1. **3 mesi:** rivalutazione da parte del laureato in Scienze Motorie sulla realizzazione del programma impostato e sulla compliance dell'assistito
2. **12 mesi:** valutazione clinica degli esami effettuati a cura del MMG. Il laureato di scienze motorie e il MMG verificano l'efficacia dell'intervento e il miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo (cartella clinica, schede, questionari ecc.) al Coordinamento Aziendale.

Programma di lavoro aerobico da somministrare:

Tre volte alla settimana da 30' a 60' al giorno a seconda del grado di compliance dell'interessato.

Soggetto con patologia diabetica

Valutazioni iniziali

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, calcola BMI ed RCV, indica il tipo di malattia diabetica: diabete 1 o 2 e tra quelli di tipo 2 segnala l'eventuale trattamento farmacologico in corso: se solo con metformina, e/o con secretagoghi e/o l'eventuale terapia insulinica, prescrive esami emato-chimici ed

elettrocardiogramma riportando i valori glicemici, l'emoglobina glicata, la microalbuminuria e la creatinina, comunica le eventuali sequele vascolari della malattia, compila cartella clinica, visiona gli esami prescritti e/o le visite specialistiche recenti eseguite al massimo nei 30 gg. precedenti), invia il tutto al medico specialista in Medicina dello Sport.

2. Valutazione dello specialista in Medicina dello Sport che, insieme al laureato in Scienze Motorie ed al suggerimento del MMG, imposta il programma specifico per l'assistito da indirizzare o in gruppi di cammino o in palestra.

Verifiche e valutazioni

1. **3 mesi:** valutazione clinica e strumentale dello specialista in Medicina dello Sport per valutare l'adesione al programma ed eventualmente modificare il programma impostato.
2. **6 – 9 mesi:** rivalutazione clinica da parte del medico specialista con gli esami emato-chimici e/o strumentali da parte del MMG.
3. **12 mesi:** valutazione clinica degli esami effettuati, a cura di MMG che con il Medico Specialista in Medicina dello Sport, il laureato in Scienze Motorie con l'eventuale intervento del medico specialista diabetologo se richiesto dal MMG, l'istruttore laureato in Scienze Motorie, verificano l'efficacia dell'intervento e il miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo (cartella clinica, schede, questionari ecc.) al Coordinamento Aziendale.

Programma di lavoro aerobico da somministrare:

Tre volte alla settimana da 30' a 60' al giorno a seconda del grado di *compliance* dell'interessato.

Soggetto con cardiopatia compensata

Valutazioni iniziali

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, calcola BMI ed RCV, prescrive gli esami emato-chimici e strumentali con elettrocardiogramma, ecocardiogramma, rileva il grafico dei valori pressori dalla sua cartella clinica orientata per problemi, compila la cartella clinica, invia al medico specialista in Medicina dello Sport con propria valutazione sullo stadio OMS della malattia ipertensiva
2. Valutazione dello specialista in Medicina dello Sport che, insieme al laureato in Scienze Motorie ed al suggerimento del MMG, imposta il programma specifico per l'assistito da indirizzare o in gruppi di cammino o in palestra.

Verifiche e valutazioni

1. **3 mesi:** valutazione clinica e strumentale dello specialista in Medicina dello Sport per valutare l'adesione al programma ed eventualmente modificare il programma impostato.
2. **6– 9 mesi:** rivalutazione clinica da parte del MMG degli esami emato-chimici e/o strumentali da parte del MM
3. **12 mesi:** valutazione clinica degli esami effettuati a cura di MMG che con il Medico Specialista in Medicina dello Sport e il laureato in Scienze Motorie, verificano l'efficacia dell'intervento e il miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo (cartella clinica, schede, questionari ecc.) al Coordinamento Aziendale.

Soggetto con malattia ipertensiva nei vari stadi OMS

Valutazioni iniziali

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, calcolo del BMI e RCV, prescrive gli esami emato-chimici e strumentali con elettrocardiogramma, ecocardiogramma, rileva il grafico dei valori pressori dalla sua cartella clinica orientata per problemi, compila la cartella clinica, invia al medico specialista in Medicina dello Sport con propria valutazione sullo stadio OMS della malattia ipertensiva
2. Valutazione dello specialista in Medicina dello Sport che, insieme al laureato in Scienze Motorie, imposta il programma specificamente individuato per la patologia dell'assistito inviandolo ai gruppi di cammino o in palestra.

Verifiche e valutazioni

1. **3 mesi:** valutazione clinica e strumentale dello specialista in Medicina dello Sport per valutare l'adesione al programma ed eventualmente modificare il programma impostato. raccordo con il MMG per la registrazione del grafico dei valori pressori e della terapia in atto. (questa parte in giallo è da togliere)
2. **6 – 9 mesi:** valutazione clinica da parte del MMG, con eventuali esami emato-chimici e/o strumentali, raccolta dei dati con grafico dei valori pressori registrati in cartella clinica e della terapia farmacologica in atto.
3. **12 mesi:** valutazione clinica degli esami effettuati, a cura di MMG che con il Medico Specialista in Medicina dello Sport e il laureato in Scienze Motorie verificano l'efficacia dell'intervento e il miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo (cartella clinica, schede, questionari ecc.) al Coordinamento Aziendale.

Programma di lavoro aerobico da somministrare

Tre volte alla settimana da 30' a 60' al giorno a seconda del grado di *compliance* dell'interessato.

Persone in sovrappeso e/o con obesità

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, BMI, RCV, prescrive gli esami ematochimici e strumentali, compila la cartella clinica lo invia al medico specialista in medicina dello sport.
2. Valutazione dello specialista in Medicina dello Sport che, insieme al laureato in scienze motorie, imposta il programma specifico per l'assistito.

Verifiche e valutazioni

1. **3 Mesi:** valutazione clinica e strumentale dello specialista in Medicina dello Sport, del MMG (è da togliere la parte in giallo) e dell'istruttore laureato in Scienze Motorie per verificare l'adesione al programma ed eventualmente modificarlo.
2. **6 – 9 mesi:** valutazione clinica da parte del MMG, con eventuali esami emato-chimici e/o strumentali, raccolta dei dati con grafico dei valori pressori registrati in cartella clinica e della terapia farmacologica in atto.
3. **12 mesi:** valutazione clinica e degli esami effettuati a cura del MMG che con lo specialista in Medicina dello Sport e l'istruttore laureato in Scienze Motorie verificano l'efficacia dell'intervento e del miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo

Donne con disturbi della menopausa

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, prescrive eventuali esami emato-chimici o strumentali (calcola BMI e RCV, registra i valori pressori, compila la cartella clinica), lo invia al medico specialista in Medicina dello Sport.
2. il laureato in Scienze Motorie, imposta il programma specifico per l'assistito.

Verifiche e valutazioni

1. **3 mesi:** valutazione clinica e strumentale dello specialista in Medicina dello Sport per valutare l'adesione al programma ed eventualmente modificare il programma impostato
2. **6-9 mesi:** rivalutazione clinica da parte del MMG con eventuali esami emato-chimici e/o strumentali
3. **12 mesi:** valutazione clinica degli esami effettuati a cura del MMG che con lo specialista in Medicina dello Sport, l'istruttore laureato in Scienze Motorie, verificano l'efficacia dell'intervento e del miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo (cartella clinica, schede, questionari ecc.) al Coordinamento Aziendale.

Programma di lavoro aerobico da somministrare

Tre volte alla settimana da 30' a 60' al giorno a seconda del grado di compliance dell'interessato

Soggetti affetti da osteoporosi

1. Il Medico di famiglia contatta il suo assistito per arruolarlo nel programma, esegue una valutazione clinica, prescrive eventuali esami emato-chimici o strumentali (densitometria ossea DEXA), calcola BMI e RCV, registra i valori pressori, compila la cartella clinica, lo invia al medico specialista in Medicina dello Sport.
2. il laureato in Scienze Motorie, imposta il programma specifico per l'assistito

Verifiche e valutazioni

1. **3 mesi** Valutazione clinica e strumentale M per valutare l'adesione al programma ed eventualmente modificare il programma impostato
2. **6 - 9 mesi** Rivalutazione clinica da parte del MMG con eventuali esami emato-chimici e/o strumentali
3. **12 mesi** Valutazione clinica E degli esami effettuati a cura del MMG che con lo specialista in Medicina dello Sport e l'istruttore laureato in Scienze Motorie, verificano l'efficacia dell'intervento e del miglioramento dei parametri, compilano la cartella clinica e consegnano il materiale cartaceo (cartella clinica, schede, questionari ecc.) al Coordinamento Aziendale.

Programma di lavoro aerobico da somministrare

Tre volte alla settimana da 30' a 60' al giorno a seconda del grado di compliance dell'interessato.

Modello di Gestione

- Regionale

Equipe di coordinamento del progetto	
Servizi e/o operatori coinvolti	Ruolo
<ul style="list-style-type: none"> • Servizio di Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione - Ufficio 1 Sanità pubblica e sicurezza del lavoro • Responsabile e/o delegato dell'O.E.R. 	<p style="text-align: center;">Coordinamento regionale</p> <p style="text-align: center;">Supporto tecnico - scientifico</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Referente della rete per l'attività motoria e/o Referente dell'educazione alla salute nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione 	Responsabilità del progetto aziendale, collegamento con il coordinamento regionale
<ul style="list-style-type: none"> • Referente MMG e/o Referente Direttore DDS 	

- Aziendale

Equipe operativa	
Servizi e/o operatori coinvolti	Ruolo
<ul style="list-style-type: none"> • Direttore distretto SS/P.O. 	Coordina i MMG e i medici specialisti
<ul style="list-style-type: none"> • Medici di Medicina Generale 	Arruolare ed informare la popolazione target
<ul style="list-style-type: none"> • Medici specialisti (medico dello sport- cardiologo- endocrinologo) 	Valutazione iniziale e verifiche in itinere
<ul style="list-style-type: none"> • Laureati in scienze motorie 	Programma attività motoria aerobica
<ul style="list-style-type: none"> • Personale infermieristico aziendale 	Eventuale supporto ai medici specialisti

Collaborazioni, Strumenti e Piano delle intese

Sottoscrizione del Protocollo d'intesa

Per la realizzazione e il buon inizio del progetto si potranno sottoscrivere dei protocolli d'intesa che garantiranno la fase strutturale del progetto.

1. Comuni/ambito territoriale interessati
2. Università - Facoltà di Scienze motorie
3. Rappresentanti dei MMG e medici specialisti a livello aziendale e/o distrettuale
4. Enti di aggregazione e promozione sportiva

Strutture /Servizi/U.O./ coinvolti nel progetto

1. Dipartimento di prevenzione
2. Distretti socio sanitari /Presidi ospedalieri
3. Università Facoltà di Scienze motorie
4. Palestre individuate.
5. Aree verdi e Percorsi pedonali

Dotazione strumentale

1. Contapassi (opzionale)
2. Cardiofrequenzimetro

Monitoraggio

A fine progetto si effettuerà:

1. elaborazione dei dati raccolti confrontando i valori di partenza con i valori successivi all'avvio dell'attività motoria;
2. misurazione della spesa sanitaria e delle sue variazioni nei soggetti avviati all'attività motoria, paragonandola a quella degli anni precedenti negli stessi soggetti.

Indicatori

Per la realizzazione del progetto "**Movimento in salute**" si vuole realizzare uno studio osservazionale trasversale o cross-sectional poiché si vuole osservare l'andamento di fenomeni (le patologie croniche compensate come il diabete di Tipo 2, le cardiopatia, l'ipertensione, il sovrappeso ed l'obesità ed i disturbi della menopausa) in un determinato periodo di tempo (12 mesi). Si è scelto di svolgere tale tipo di studio temporale poiché si vuole calcolare la variazione dello stato di salute della popolazione target al variare dei fattori di rischio modificabili.

L'attuazione dello studio avverrà su un campione volontario di pazienti di età compresa tra 50 e 70 anni, sedentari, residenti nella ASL BA o BT e con patologie croniche compensate.

Negli studi di questo tipo non si fa altro che prendere dei campioni di popolazione e rilevare il grado di una determinata malattia (tramite i livelli di consumo di farmaci) prima e dopo l'attuazione del progetto.

Questi studi offrono risultati immediati e sono economicamente poco rilevanti in quanto non richiedono l'impiego di mezzi, tempo e personale per lunghi periodi.

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), che raccoglierà ed elaborerà i dati di rilevazione e redigerà un report di valutazione a fine studio.

Il protocollo regionale verrà valutato sulla base di indicatori strutturali, processo e di esito ideati ad hoc da medici dell'OER. Le schede pazienti compilate dai MMG verranno raccolte periodicamente dal personale dell'OER che provvederà alla verifica di qualità, all'inserimento su database creato su software File Maker Pro e all'analisi dei dati con software STATA MP11. Verrà calcolata la prevalenza per ogni determinante.

Indicatori di struttura

I requisiti per poter iniziare il progetto sono i seguenti:

- Presenza nella ASL aderente al progetto di MMG che abbiano almeno uno dei seguenti requisiti di idoneità individuati dal progetto:
 1. aver elaborato e partecipato al Progetto regionale sulla Cartella Clinica orientato per problemi con valutazione del BMI e dei valori pressori;
 2. aver già partecipato al progetto sul calcolo RCV sulla base dei criteri stabiliti dal relativo progetto;
 3. essere membro di una forma associativa complessa (super rete, super gruppo e cpt);

4. Di aver maturato un'anzianità nell'utilizzo della cartella clinica informatizzata, documentata dalla data di riconoscimento dell'indennità informatica;

Fonti di verifica: Dichiarazione da parte dei Direttori del DSS

Tempo:0

- Presenza nel comune dove lavora il MMG arruolato di palestre attrezzate e con i requisiti di sicurezza previsti dalla legge

Fonti di verifica: Dichiarazione da parte del Comune

Tempo:0

Indicatori di processo

- N° MMG arruolati in totale: 25%(MMG arruolati/tot MMG)
Fonti di verifica: scheda adesione pervenuta al referente Aziendale
Tempo : 24 mesi dall'inizio
- N° comuni arruolati: 15% (Comuni arruolati/tot Comuni delle province BA e BT)
Fonti di verifica: scheda adesione pervenuta al referente Aziendale
Tempo : 12 mesi dall'inizio
- N° associazioni della 3° età sensibilizzate: 50% (n° associazioni 3° età coinvolti/ tot associazioni)
Fonte di verifica: numero di brochure informative inviate tramite posta ordinaria o elettronica da parte del referente aziendale
Tempo : 12 mesi dall'inizio
- N° palestre arruolate: 10% (N° palestre arruolate/tot palestre comunali o aziendali)
Fonti di verifica: scheda adesione pervenuta al referente Aziendale
Tempo : 12 mesi dall'inizio
- N° di Istruttori con laurea in Scienze motorie o titolo equipollente arruolati per ASL: minimo 1 per ASL
Fonti di verifica: numero di medici che rispondono al bando
Tempo : 12 mesi dall'inizio
- N° di pazienti eleggibili arruolati in totale: 2% (pazienti eleggibili arruolati /tot popolazione target)
Fonti di verifica: scheda adesione pervenuta al MMG
Tempo : 24 mesi dall'inizio

Indicatori di esito

1. Quantitativo

- Offerta di almeno un corso ECM per MMG e per operatori sanitari
Fonte di verifica: accreditamento ECM
Tempo :24 mesi dall'inizio
- N° di incontri con i pazienti effettuati: 80% (N° di camminate effettuate/N° di camminate preventivate)
Fonte di verifica: diario degli incontri da compilarsi a cura del *walking leader*
Tempo :24 mesi dall'inizio
- N° gruppi di cammino creati : > 2 (N° gruppi di cammino creati/n° comuni)
Fonte di verifica: relazione conclusiva da parte del medico dello sport
Tempo :24 mesi dall'inizio
- Riduzione prescrizioni farmaci diabetici :< 5% (N° di prescrizioni farmaci antidiabetici pre-

progetto – N° di prescrizione farmaci antidiabetici post- progetto)/N° pazienti diabetici

Fonti di verifica: compilazione cartella clinica

Tempo :24 mesi dall'inizio

- Riduzione peso : 10% (peso inizio studio-peso fine studio)
Fonti di verifica: compilazione cartella clinica
Tempo :24 mesi dall'inizio
- Nr. di controlli effettuati: >50% (N° pazienti sottoposti a controlli dopo il progetto/tot partecipanti)
Fonti di verifica: compilazione cartella clinica
Tempo : 3-9-12 mesi dall'inizio del programma
- Nr. di persone intervistate/ Totale partecipanti: >80%
Fonte di verifica: questionario qualitativo
Tempo :24 mesi dall'inizio

2. Qualitativo (tramite somministrazione di questionari)

- Consapevolezza: tutti i pazienti saranno in grado di riconoscere i benefici di una sistematica attività motoria (N° di risposte corrette/ Totale delle risposte = 100%)
Fonte di verifica: questionario qualitativo

Tempo :24 mesi dall'inizio

- Grado di soddisfazione: questionario autosomministrato (scala valutativa con punteggio >8).
Fonte di verifica: questionario qualitativo

Tempo :24mesi dall'inizio

Durata del Progetto e cronoprogramma

Il Progetto avrà durata biennale 2012/2014 secondo il crono programma di seguito riportato.

PIANO DEI COSTI		COSTO COMPLESSIVO
STRUMENTAZIONE		
Dotazione strumentale	Contapassi € 10,00 x 2.610	€ 26.100,00
	Cardiofrequenzimetro in palestra € 50,00 x 100	€ 5.000,00
OPERATORI		
Attività di coordinamento aziendale e spese varie di gestione		€ 10.000,00
MMG	€ 30,00 per assistito (comprensivo di prima visita di arruolamento e 2 visite di controllo), calcolato su 2.980 assistiti arruolati	€ 89.400,00
PERSONALE ASL	medico dello sport –cardiologo – endocrinologo: € 20,00 a paziente, calcolato su 2.980 assistiti arruolati	€ 59.600,00
	infermiere: € 10,00 a paziente, calcolato su 2.980 assistiti arruolati	€ 2.980,00
OPERATORI LAUREATI IN SCIENZE MOTORIE, per gruppi di cammino di n.20 persone con frequenza tri-settimanale, per complessivi n.2.610 pazienti.		€ 300.000,00
COSTI PALESTRE, con frequenza tri-settimanale per complessivi n.370 pazienti		€ 100.000,00
FORMAZIONE		€ 10.000,00
Comunicazione (compreso evento finale di presentazione dei risultati)		€ 10.000,00
Depliant informativi, guide per i pazienti		€ 10.000,00
TOTALE (da ripartire tra le ASL BA e BT in misura proporzionale ai soggetti reclutati)		€ 623.080,00

Le ASL potranno coprire talune voci di costo anche mediante il ricorso a sponsorizzazioni, o convenzioni a titolo gratuito ai sensi della normativa vigente. In questo caso le relative economie di spesa potranno essere utilizzate per rafforzare il sostegno economico alle rimanenti voci.

Per ogni paziente avviato all'attività motoria dovrà essere prevista idonea copertura assicurativa.

I compensi relativi al personale in servizio presso le ASL spettano esclusivamente per prestazioni erogate al di fuori dell'orario ordinario di servizio.

Tutte le spese sostenute devono essere opportunamente documentate e oggetto di dettagliata rendicontazione a firma del Direttore generale della ASL, del responsabile economico-finanziario e del responsabile aziendale di progetto.

Glossario

Attività fisica

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms): "qualsiasi forma di lavoro/forza prodotta dalla muscolatura scheletrica che determini un dispendio energetico superiore a quello a riposo". Accezione estesa che include non solo lo sport e l'esercizio fisico praticati per migliorare le condizioni di salute, ma anche ogni momento di attività della vita quotidiana.

Con il termine *active living* (traducibile come vita attiva) si indica infatti uno stile di vita adeguato in cui si dedichi all'attività fisica almeno mezz'ora al giorno. Inoltre, il concetto di *health-enhancing physical activity* (attività fisica per la salute) descrive "qualsiasi forma di attività fisica che favorisca la salute e la capacità funzionale senza danni o rischi" e corrisponde ad "almeno un'attività fisica di moderata intensità".

Counseling

Per l'Oms è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni. Coinvolge un "cliente" e un "counselor": il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida. Il termine *counseling* indica un'attività professionale che tende a orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta e che si occupa di problemi non specifici (prendere decisioni, miglioramento delle relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola). Il *counseling* è finalizzato ad agevolare l'autoconoscenza di se stessi attraverso la consapevolezza e lo sviluppo ottimale delle risorse personali, per migliorare il proprio stile di vita in funzione della salute. Il *counselor* è un professionista in grado di aiutare un interlocutore in problematiche personali e private. In base al bagaglio di abilità possedute, le competenze proprie all'attività di *counseling* possono essere presenti nell'attività di diverse figure professionali quali psicologi, medici, assistenti e operatori sociali, educatori professionali che le possono utilizzare negli specifici ambiti di attività.

Secondo la BACP (British Association for Counselling and Psychotherapy) il *counselor* può "indicare le opzioni di cui il cliente dispone e aiutarlo a seguire quella che sceglierà. Può aiutare il cliente a esaminare dettagliatamente le situazioni o i comportamenti che si sono rivelati problematici e trovare un punto piccolo ma cruciale da cui sia possibile originare qualche cambiamento. Qualunque approccio usi il *counselor*[...] lo scopo fondamentale è l'autonomia del cliente: che possa fare le sue scelte, prendere le sue decisioni e porle in essere".

Esercizio fisico

Forma di attività fisica definita come movimento del corpo pianificato, strutturato e ripetitivo finalizzato a migliorare o mantenere una o più componenti della buona forma fisica.

Fitness fisica: serie di attributi che le persone hanno o raggiungono nel campo delle abilità a compiere attività fisica. Lo sport consiste in attività praticate attraverso esercizi e/o competizioni facilitate da organizzazioni sportive. Rappresenta quindi un settore più specializzato e organizzato del più ampio settore dell'attività fisica. A ciò si oppone la sedentarietà, quale pratica di un'attività fisica per un tempo inferiore a 3,5 ore la settimana.

Indice di massa corporea (IMC o Body Mass Index, BMI)

Parametro delle caratteristiche ponderali di un individuo calcolato come rapporto tra peso (in kg) e quadrato della statura (in metri). Vengono così definite 4 categorie:

- soggetti sottopeso (IMC < 18,5 kg/m²);
- soggetti normopeso (IMC tra 18,5 e 24,9 kg/m²);
- soggetti sovrappeso (IMC tra 25 e 29,9 kg/m²);
- soggetti obesi (IMC ≥ 30 kg/m²).

Negli ultimi decenni in Italia il peso corporeo medio della popolazione è aumentato.

Inattività fisica

Nell'Unione Europea due terzi dei giovani non raggiungono i livelli di attività fisica raccomandati; ancora 1 adulto su 5 svolge poca o nulla attività fisica e solo un terzo dei bambini in età scolare segue le linee guida raccomandate.

Questi dati riflettono il continuo declino dell'attività fisica in tutti i gruppi di età nel corso degli ultimi decenni, in gran parte dovuto alla meccanizzazione del lavoro e dei compiti quotidiani, all'accresciuto utilizzo delle automobili che ha sostituito gli spostamenti a piedi o in bicicletta e all'aumento di passatempi passivi (per esempio guardare la televisione, usare il computer). La scarsa pratica di attività fisica influenza in maniera negativa la salute della popolazione.

L'inattività fisica causa circa 600.000 morti all'anno in Europa e porta a una perdita di 5,3 milioni di anni di aspettativa di vita all'anno per morte prematura e invalidità. L'inattività fisica accresce il rischio di molte patologie

croniche, tra cui patologie cardiovascolari, diabete e alcuni tipi di tumori. Inoltre questo ha una ricaduta economica: un rapporto britannico ha stimato il costo annuale dell'inattività fisica (compreso il costo dell'obesità) in 12 miliardi di sterline (17,5 miliardi di euro).

Nel corso di una ricerca sui livelli di attività fisica degli anziani veronesi del 2006, si è valutato il numero medio annuo di contatti con il medico di famiglia da cui si osserva la drastica flessione che tali contatti subiscono in concomitanza con l'aumentare dell'attività motoria: le quasi 10 visite annue necessarie alle persone assolutamente sedentarie scendono a meno di 8 in presenza anche di un'attività minima, per poi scendere al di sotto di 7 per coloro che si muovono regolarmente.

La sempre più scarsa attività fisica è una delle principali concause per l'aumento dei livelli di obesità in Europa negli ultimi decenni; in alcuni paesi oltre la metà degli adulti è in sovrappeso ed è stato stimato che il numero dei bambini in sovrappeso aumenta di oltre 400.000 all'anno.

MET (metabolicequivalente equivalente metabolico)

Unità di misura che esprime il lavoro muscolare. Un MET corrisponde al metabolismo energetico in condizioni di riposo ed equivale a un consumo di ossigeno di 3,5 ml/kg al minuto ovvero a 1 kcal/kg di peso corporeo all'ora.

Prescrizione

La ricetta medica è la prescrizione di farmaci effettuata e firmata dal medico. È un documento che consente al paziente di acquistare i medicinali in farmacia. Questo termine ha un significato ben conosciuto quando si tratta di applicarlo all'attività clinica tradizionale, ma naturalmente suscita qualche perplessità quando si tratta di applicarlo a trattamenti non farmacologici, quali il contrasto alla sedentarietà.

In questo ambito, per prescrizione dell'esercizio fisico si intende un vero e proprio atto medico volto a far sì che il singolo soggetto o paziente pratici in modo regolare e continuativo un programma strutturato di attività fisica a scopi preventivo-terapeutici nelle persone che hanno una condizione patologica.

La pratica di esercizio fisico, data l'intensità anche vigorosa del programma prescritto, in soggetti di età superiore a 40 anni se di sesso maschile, o superiore a 50 anni se di sesso femminile e in quelli con almeno 2 fattori di rischio cardiovascolare maggiori o con cardiopatia nota, può richiedere una specifica valutazione clinico strumentale preventiva, con esecuzione di un test ergometrico. In questo caso il medico di medicina generale può avvalersi anche di altri specialisti.

Prevenzione

Nel 1967 la prevenzione in un testo specialistico veniva così definita: "In senso stretto significa evitare lo sviluppo della malattia; in senso ampio include tutte le misure, comprese quelle di cura, che ostacolano la progressione della malattia in tutte le sue fasi". Era la classica distinzione tra prevenzione primaria e secondaria. Nel 1978 il concetto di prevenzione si è ampliato arrivando a distinguere:

□ una prevenzione primaria che evita l'instaurarsi della malattia e dei traumi e comprende la promozione della salute;

□ una prevenzione secondaria che comprende la diagnosi precoce di una malattia in fase asintomatica;

□ una prevenzione terziaria che punta ad arrestare, rovesciare o rallentare la progressione della malattia.

L'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia definisce nel 2003 anche una prevenzione quaternaria come difesa dei pazienti dalla medicalizzazione e sistema per suggerire loro interventi eticamente accettabili.

Da un punto di vista operativo è importante differenziare interventi preventivi per i quali è stata adeguatamente documentata l'efficacia e interventi che necessitano di essere ancora valutati. Questo comporta un allargamento di sguardo e di mandato per la prevenzione che coinvolge anche la responsabilità della funzione epidemiologica nell'ambito della Sanità pubblica (analizzare il percorso, valutare l'efficacia delle azioni di correzione, monitorare gli indicatori di risultato e di processo).

Le maggiori sfide nelle politiche di prevenzione possono essere così indicate: stabilire priorità basate sulla frequenza dei risultati sperati nella popolazione; stabilire priorità per ridurre le disuguaglianze di salute nella popolazione oltre a perseguire il miglioramento dell'efficacia nell'individuo; quando è più efficace dare priorità agli interventi di popolazione; dare priorità a miglioramenti generali di salute (per esempio riduzione della mortalità generale e specifica per età, miglioramento nell'aspettativa di vita e riduzione della disabilità e della percezione di poca salute) piuttosto che agire su singole malattie; tener presente la prospettiva del paziente nella prevenzione sanitaria.

I livelli e le tipologie di interventi per migliorare la salute dovrebbero riguardare:

□ l'ambiente fisico: pianificazione ambientale, monitoraggio e regolazione a livello di popolazione; uso responsabile delle risorse ambientali a livello individuale;

□ l'ambiente sociale: pubblica *advocacy* e mobilitazione delle comunità; a livello di popolazione; promozione della solidarietà a livello individuale;

□ l'ambiente dei servizi sanitari: spostamento di risorse, attivazione di sistemi di informazione (raccolta, analisi e identificazione precoce dei problemi); a livello di popolazione; diagnosi precoce dei problemi, indipendentemente dalla loro genesi, a livello individuale;

□ il livello personale: collaborazione per la gestione responsabile della salute individuale.

Promozione della salute

La promozione della salute, pur essendo un concetto teorizzato in varie epoche storiche, è stato definito nel

1986 dalla "Carta di Ottawa per la promozione della salute" come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Questa definizione implica l'impegno a perseguire una serie di condizioni: creazione di ambienti che supportano le persone nel perseguimento della salute nei luoghi di vita e di lavoro, grazie a condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione; rafforzamento dell'azione delle comunità che devono essere adeguatamente sostenute; ri-orientamento dei servizi sanitari nella logica di renderli adeguati a interagire con gli altri settori. La promozione della salute mira soprattutto a raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di salute e a ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile.

Questo comprende un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute.

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è un aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla. La promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario ma anche dei diversi settori che la condizionano, questo rende necessario un approccio definito "intersettoriale" con l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, trasporti, agricoltura, turismo eccetera). Le strategie di promozione della salute non sono limitate a uno specifico problema di salute o a un set di comportamenti.

L'OMS applica i principi e le strategie di promozione della salute a una varietà di sottogruppi di popolazione, per diversi fattori di rischio e malattie e in vari settori. La promozione della salute e gli sforzi associati messi nell'educazione, nello sviluppo della comunità, nella politica, nella legislazione e nella regolamentazione, sono ugualmente validi nella prevenzione di malattie trasmissibili, lesioni e violenza, problemi mentali e nella prevenzione di malattie non trasmissibili.

La promozione della salute si muove, quindi, dal *focus* sul comportamento individuale attraverso un ampio *range* di interventi sociali e ambientali.

Nell'ambito del contrasto alla sedentarietà, la promozione dell'attività fisica si rivolge a tutti i cittadini sani, con handicap o affetti da malattie croniche con l'obiettivo che gli stessi assumano uno stile di vita fisicamente attivo.

Si tratta, pertanto, di interventi mirati ad aumentare la pratica del movimento in modo regolare per perseguire benefici per la salute. La pratica di tale attività, data la fisiologicità del gesto motorio e l'intensità moderata non necessita in genere di una specifica valutazione clinico-strumentale preventiva.

ALLEGATI

Protocollo di intesa tra MMG e ASL

Cartella Clinica

Modulo di "prescrizione" attività fisica

Scheda dei parametri di valutazione

Questionario sull'attività fisica

Questionario gruppi cammino n. 1

Questionario gruppi cammino n. 2

Questionario dell'attività fisica n.1

Questionario dell'attività fisica n 2

Scheda di presenza gruppi cammino

Scheda di presenza in palestra

Manuale operativo

Corso di formazione denominato: Walking leader

Corso di formazione denominato: prescrizione dell'esercizio fisico



MOVIMENTO IN SALUTE

Protocollo d'Intesa tra l'Azienda ASL e i Medici di Medicina Generale (MMG)

Premesso che

- l'attività motoria e l'alimentazione costituiscono elementi fondamentali per il mantenimento della salute risale alla nascita della medicina moderna e cioè all'antica medicina greca. Già Ippocrate ricordava che "... non si può mantenersi in salute basandosi soltanto sul tipo di alimentazione, ma a questa bisogna affiancare anche degli esercizi fisici". Questo tipo di impostazione ha accompagnato la medicina nel corso dei secoli dando vita a una vasta produzione di consigli sugli stili di vita da seguire.
- l'entità dell'effetto protettivo che un regime continuativo di attività motoria ha nei confronti delle maggiori cause di morte nel nostro Paese (e nei Paesi occidentali), che nel 2000 sono state: le malattie dell'apparato circolatorio (34,1%), l'infarto del miocardio (5,31%) e il diabete (2,63).
- Un secondo aspetto importante è dato dall'evidenza che è in realtà possibile (anche se non facile) indurre la popolazione a modificare consolidati stili di vita a favore di stili di vita più idonei a prevenire la comparsa o l'aggravamento di patologie cronico degenerative.
- l'ASL si propone di attuare una politica di promozione della salute dei cittadini attraverso l'individuazione dei bisogni e l'elaborazione, l'attuazione e la verifica di Progetti, che migliorino l'appropriatezza delle cure primarie;
- l'ASL, con Delibera _____ ha approvato ed istituito il "Movimento in salute" per la prevenzione e la terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico" con la funzione precipua di promuovere a livello provinciale una strategia di prevenzione sanitaria integrata delle patologie sensibili all'attività fisica;
- **la FIMMG, Organizzazione Sindacale rappresentativa dei MMG e l'ASL _____ concordano di istituire il Progetto "Movimento in salute e di regolamentare i rapporti fra AUSL e MMG per la sua attuazione, secondo il seguente articolato:**

Art.1

La premessa costituisce parte integrante ed essenziale della presente Intesa, così come il Progetto denominato "Movimento in salute"

Art. 2

Il Progetto è finanziato con _____ prevede un incentivo di € _____) per Caso seguito, per cui potranno essere arruolati dai MMG n. _____ assistiti.

Art. 3

Il Progetto sarà avviato dal _____ e avrà la durata sperimentale di 12 mesi per ogni paziente, a partire dalla data dell'arruolamento; l'ASL si impegna ad iniziare la

distribuzione dei Manuali e dei Contapassi, ai MMG che ne faranno verbale richiesta, presso le competenti Sedi territoriali di Distretto

Art. 4

La partecipazione dei MMG al Progetto è subordinata all'adesione all'Accordo Integrativo Regionale.

Art. 5

Prevedendo un'adesione al Progetto da parte dei MMG che hanno sottoscritto l'AIR e considerando la variabilità del numero di iscritti per ogni MMG, si concorda che gli stessi possano arruolare mediamente:

- 20 assistiti, fino a 500 iscritti
- 40 assistiti, fino a 1000 iscritti
- 60 assistiti, fino a 1500 iscritti

Art. 6

I MMG aderenti al Progetto si impegnano a:

- ritirare Manuali e Contapassi presso le competenti Sedi territoriali
- contattare i propri assistiti per arruolarli nel programma, eseguono una valutazione clinica, prescriveranno eventuali esami emato-chimici o strumentali (calcola BMI e RCV, registra i valori pressori, compila la cartella clinica), li invieranno al medico specialista in Medicina dello Sport.
- Effettuare verifiche e valutazioni a 3 mesi, 6-9 mesi, 12 mesi
- registrare nella Scheda Sanitaria la partecipazione al Progetto dell'assistito arruolato
- consegnare agli arruolati Manuale e Contapassi, spiegandone l'uso
- Consegnare la documentazione al coordinamento aziendale

Art. 7

L'ASL corrisponderà la somma di euro 30,00 per ogni paziente arruolato. Il compenso verrà retribuito dopo la consegna della documentazione

Art. 8

L'ASL si riserva di effettuare controlli e verifiche con riferimento all'attività assistenziale svolta ed alla relativa documentazione

Art. 9

Il mancato riscontro circa l'effettiva presa in carico dell'assistito comporterà la sospensione dei relativi riconoscimenti economici.

_____, li Letto, approvato e sottoscritto .



Cartella clinica

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____

NAZIONALITÀ DI ORIGINE

ITALIANA

ESTERA

STILI DI VITA E ABITUDINI ALIMENTARI

FUMO

SI

NO

ASSUNZIONE ALCOLICI

SI

NO

ASSUNZIONE SUPER-ALCOLICI

SI

NO

ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA _____

ATTIVITÀ MOTORIA SVOLTA ABITUALMENTE:

SEDENTARIA

SCARSA

MEDIA

INTENSA

ATTIVITA' FISICA

TIPO DI SPORT PRATICATO _____

QUANTE VOLTE LA SETTIMANA _____ QUANTO TEMPO _____

DISTURBI DURANTE O DOPO ATTIVITA' FISICA

SI

NO

Se SI specificare.....

ABITUDINI ALIMENTARI

INTEGRATORI ALIMENTARI

SI

NO

VITAMINE

SI

NO

ASSUNZIONE FARMACI

SI

NO

Se SI specificare.....

PA _____ FC _____

ECG _____

_____ PESO _____ ALTEZZA _____

CIRCONFERENZA ADDOMINALE _____

BMI : Kg/m² _____

ANAMNESI FAMILIARE ...

ANAMNESI PATOLOGICA

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Frequenti tonsilliti | <input type="radio"/> Asma atopica |
| <input type="radio"/> Scoliosi | <input type="radio"/> Asma da sforzo |
| <input type="radio"/> Malattia reumatica | <input type="radio"/> Trauma cranico |
| <input type="radio"/> Lesioni traumatiche | <input type="radio"/> Riniti allergiche |
| <input type="radio"/> Frequenti otiti | <input type="radio"/> Altri gravi traumi |
| <input type="radio"/> Frequenti sinusiti | <input type="radio"/> Altre allergie |
| <input type="radio"/> Gravi distorsioni | <input type="radio"/> Ansia |
| <input type="radio"/> Broncopneumopatie | <input type="radio"/> Meningite |
| <input type="radio"/> Gravi strappi muscolari | <input type="radio"/> Depressione |
| <input type="radio"/> Pleurite | <input type="radio"/> Mononucleosi |
| <input type="radio"/> Lesioni meniscali | <input type="radio"/> Malattie intestinali |
| <input type="radio"/> Tubercolosi | <input type="radio"/> Epatite virali |
| <input type="radio"/> Lesioni legamenti | <input type="radio"/> Calcolosi |
| <input type="radio"/> Asma bronchiale | <input type="radio"/> Connettivopatie |
| <input type="radio"/> Pregressa neoplasia | <input type="radio"/> Gravi tendiniti |

ESAMI EMATOCHICI eseguiti negli ultimi 3 mesi

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> COLESTEROLO | <input type="radio"/> SODIO |
| <input type="radio"/> COLESTEROLO LDL | <input type="radio"/> TRANSAMINASI |
| <input type="radio"/> COLESTEROLO HDL | <input type="radio"/> TRIGLICERIDI |
| <input type="radio"/> CPK | <input type="radio"/> UREA |
| <input type="radio"/> CREATININA | <input type="radio"/> ESAME URINE COMPLETO <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> FERRO | <input type="radio"/> EMOCROMO |
| <input type="radio"/> FERRITINA | <input type="radio"/> TSH |
| <input type="radio"/> GAMMA GT | <input type="radio"/> FT3 |
| <input type="radio"/> GLUCOSIO | <input type="radio"/> FT4 |
| <input type="radio"/> POTASSIO | <input type="radio"/> ATTIVITA' PROTROMBINICA |
| <input type="radio"/> CALCIO | <input type="radio"/> INR |
| <input type="radio"/> PROTEINE TOTALI | <input type="radio"/> HB GLICATA |
| <input type="radio"/> ELETTROFORESI PROTEICA | |

PATOLOGIE PRESENTI

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> <i>Cardiopatie</i> | <input type="radio"/> <i>Malattie della tiroide</i> |
| <input type="radio"/> <i>Ipertensione</i> | <input type="radio"/> <i>Cefalea</i> |
| <input type="radio"/> <i>Diabete</i> | <input type="radio"/> <i>Epilessia</i> |
| <input type="radio"/> <i>Allergie</i> | <input type="radio"/> <i>Insonnia</i> |
| <input type="radio"/> <i>Malattie renali</i> | <input type="radio"/> <i>Anemia</i> |
| <input type="radio"/> <i>Connettiviti</i> | <input type="radio"/> <i>Malattie cutanee</i> |
| <input type="radio"/> <i>Malattie del sangue</i> | <input type="radio"/> <i>Malattie intestinali</i> |
| <input type="radio"/> <i>Artropatie degenerative (anca, ginocchia, rachide)</i> | <input type="radio"/> <i>Neoplasia</i> |

EVENTUALI INTERVENTI CHIRURGICI

ESAMI STRUMENTALI

ESAMI EMATICI O STRUMENTALI RICHIESTI IN CORSO DI VISITA MEDICA

RIASSUNTO DEL GRADO DI ATTIVITA' FISICA SVOLTA

ATT. LAVORATIVA	LEGGERA	MODERATA	PESANTE
ATT. FISICA QUOTIDIANA	LEGGERA	MODERATA	PESANTE
ATTIVITA' SPORTIVA	LEGGERA	MODERATA	PESANTE

Scheda dei parametri di valutazione per la prescrizione personalizzata dell' esercizio fisico

Nome : _____ Cognome _____

Patologia : _____

Farmaci assunti _____

Tipo di esercizio prescritto : _____

Intensità dell' esercizio _____

Frequenza settimanale _____

DATA	FC	PA	MC	VOL 2	METS	EE (KC AL/MIN	TEMPO O 150 k cal/ee)

Sintomatologia durante o dopo l'attività fisica

LOGO ASL

MOVIMENTO IN SALUTE

MODULO DI "PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA"

AL /ALLA SIG./SIG.RA

SULLA BASE DELLE SUE CONDIZIONI CLINICHE, E' STATO CONSIGLIATO DI

ESEGUIRE ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA) DA

SVOLGERSI IN GRUPPO PRESSO UNA DELLE STRUTTURE RESE

DISPONIBILI NELLA ZONA DISTRETTO DI RESIDENZA .

Il MEDICO PROPONENTE: Dr. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO SPECIALISTA

Branca _____

Data

Firma

Scheda dei parametri di valutazione per la prescrizione personalizzata dell' esercizio fisico

Nome : _____ Cognome _____

Patologia : _____

Farmaci assunti _____

Tipo di esercizio prescritto : _____

Intensità dell' esercizio _____

Frequenza settimanale _____

DATA	FC	PA	MC	VOL 2	METS	EE (KC AL/MIN)	TEMPO O 150 kcal/ee)

Sintomatologia durante l'attività fisica

Sintomatologia dopo l'attività fisica

Abitudini alimentari

Sintomatologia dopo 3 mesi di attività fisica data

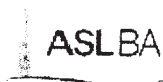
Abitudini alimentari

Sintomatologia dopo 9 mesi di attività fisica data

Abitudini alimentari

Sintomatologia dopo 12 mesi di attività fisica data

Abitudini alimentari



MOVIMENTO IN SALUTE

QUESTIONARIO SULL'ATTIVITA' FISICA

Siamo interessati a conoscere i tipi di attività fisica che le persone fanno come parte della vita quotidiana. Le domande riguarderanno il tempo che lei ha trascorso in attività fisiche negli **ultimi sette giorni**. Cortesemente, risponda ad ogni domanda anche se non si considera essere una persona attiva. Pensi, per favore, alle attività svolte al lavoro, come parte del lavoro svolto in casa ed in giardino, per spostarsi da un luogo all'altro e nel suo tempo libero come divertimento, esercizio fisico o sport.

Pensi a tutte le attività **vigorese**, energiche che ha svolto negli **ultimi sette giorni**. Le attività fisiche **vigorese** sono quelle che richiedono uno sforzo fisico duro e che la fanno respirare con un ritmo molto più frequente rispetto al normale. Pensi *soltanto* a quelle attività fisiche che lei ha svolto per almeno 10 minuti consecutivamente.

1. Durante gli **ultimi sette giorni**, in quanti giorni lei ha svolto attività fisica vigorosa come sollevare oggetti pesanti, zappare, fare aerobica, o pedalare in bicicletta ad una certa velocità?

_____ **giorni per settimana**

Nessuna attività fisica vigorosa ----- **Vada alla domanda 3**

2. Quanto tempo in totale di solito trascorre in attività fisiche **vigorese** in uno di quei giorni?

_____ **ore per giorno**

_____ **minuti per giorno**

Non sa / non è sicuro/a

Pensi a tutte quelle attività **moderate** che lei ha svolto negli **ultimi sette giorni**. Le attività moderate sono quelle che richiedono uno sforzo fisico moderato e che la fanno respirare con un ritmo un po' più frequente rispetto al normale. Pensi *soltanto* a quelle attività fisiche che lei ha svolto per almeno 10 minuti consecutivamente.

3. Durante gli **ultimi sette giorni**, quanti giorni lei ha svolto attività fisica **moderata** come portare pesi leggeri, andare in bicicletta ad un ritmo regolare oppure giocare il doppio a tennis? Non includa il camminare.

_____ **giorni per settimana**

Nessuna attività fisica moderata ----- **Vada alla domanda 5**

4. Quanto tempo lei di solito dedica alle attività fisiche **moderate** in uno di quei giorni?

_____ **ore per giorno**

_____ **minuti per giorno**

Non sa / non è sicuro/a

Pensi al tempo da lei trascorso **camminando** negli **ultimi sette giorni**. Includa il tempo trascorso sia al lavoro sia a casa, nello spostarsi da un luogo ad un altro e qualsiasi altro cammino che lei ha fatto solo per divertimento, sport, esercizio fisico o per passatempo.

5. Durante gli **ultimi sette giorni**, in quanti giorni lei ha **camminato** per almeno 10 minuti di continuo?

_____ **giorni per settimana**

Nessuno -----_ **Vada alla domanda 7**

6. Di solito quanto tempo ha trascorso, in uno di quei giorni, **camminando?**

_____ **ore per giorno**

_____ **minuti per giorno**

Non sa / non è sicuro

L'ultima domanda riguarda il tempo trascorso stando **seduto** dal lunedì al venerdì negli **ultimi sette giorni**. Includa il tempo in cui rimane seduto al lavoro, in casa, nello svolgere un corso di formazione, durante il suo tempo libero. Questo può includere il tempo trascorso seduto alla scrivania, nel far visita ad amici, leggendo, o seduto/a o sdraiato/a per guardare la televisione.

7. Durante gli **ultimi sette giorni**, in un giorno della settimana, quanto tempo ha trascorso stando seduto?

_____ **ore per giorno**

_____ **minuti per giorno**

Non sa / non è sicuro

Qui termina il questionario, grazie per la collaborazione.

DATA: _____

NOME E COGNOME: _____

MOVIMENTO IN SALUTE**Questionario "GRUPPI DI CAMMINO" N.1**

Cortesemente vi chiediamo di compilare questo rapido questionario per conoscere le vostre idee e il vostro pensiero riguardo l' iniziativa di cammino guidato e raccogliere quindi delle riflessioni per migliorarla.

La compilazione prevede circa cinque minuti di tempo; non c'è una risposta giusta o sbagliata, è solo un modo per esprimere il vostro pensiero.

Vi ringraziamo per la vostra cortese collaborazione.

Sesso: M F

Età : _____

Titolo di studio: _____

Attività lavorativa _____

1. Inizialmente, da chi ha saputo dell'iniziativa di cammino guidato?

- amici/parenti
- conoscenti
- giornali locali
- Università della III età
- altro _____

2. Che cosa l'ha spinto/o a partecipare all'iniziativa?

3. Su una scala da 1 a 10 quanto gradisce l'iniziativa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Pensa che camminare abbia dei benefici (es. salute, umore ecc.)?

SI NO

Perché? _____

5. Suggestimenti e/o commenti liberi per migliorare l'intervento:

MOVIMENTO IN SALUTE
Questionario per i "GRUPPI DI CAMMINO" N.2

Nominativo: _____

Età: _____

Sesso: O M O F

Titolo di studio: _____

Attività lavorativa _____

1. Come va in generale la tua salute:

- Molto bene
- Bene
- Discretamente
- Male

2. In seguito alla tua partecipazione ai gruppi di cammino ti sembra di sentirti meglio:

- Sì
- No
- Altro

3. Partecipando ai gruppi di cammino hai avuto modo di conoscere nuovi amici:

- Sì
- No
- Altro

4. Negli ultimi 12 mesi hai parlato con il tuo medico o con uno specialista del tuo nuovo stile di vita e delle conseguenze sulle tue condizioni di salute:

- Sì
- No, non me lo ha chiesto
- No, perché non ho avuto contatto con medico/operatore sanitario
- Non so/non ricordo

5. Negli ultimi dodici mesi quante volte si è rivolto al medico di base?

- Meno di tre
- Da 3 a 5
- Da 6 a 10
- Da 11 a 14
- 15 e più

6. In una giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia?

- Nessuna
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

Si informa che i dati raccolti con il presente questionario saranno utilizzati esclusivamente a scopi statistici e per migliorare la rispondenza dei servizi alle necessità delle persone

Questionario "GRUPPI DI ATTIVITA' FISICA IN PALESTRA" N 1

Cortesemente vi chiediamo di compilare questo rapido questionario per conoscere le vostre idee e il vostro pensiero riguardo l'iniziativa di attività fisica e raccogliere quindi delle riflessioni per migliorarla.

La compilazione prevede circa cinque minuti di tempo; non c'è una risposta giusta o sbagliata, è solo un modo per esprimere il vostro pensiero.

Vi ringraziamo per la vostra cortese collaborazione.

Sesso: M F

Età : _____

Titolo di studio: _____

Attività lavorativa _____

1. Inizialmente, da chi ha saputo dell'iniziativa di attività fisica?

- amici/parenti
- conoscenti
- giornali locali
- Università della III età
- altro _____

2. Che cosa l'ha spinto/o a partecipare all'iniziativa?

3. Su una scala da 1 a 10 quanto gradisce l'iniziativa?

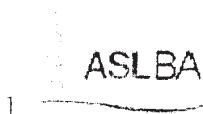
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Pensa che l'attività fisica abbia dei benefici (es. salute, umore ecc.)?

SI NO

Perché? _____

5. Suggerimenti e/o commenti liberi per migliorare l'intervento:



MOVIMENTO IN SALUTE
Questionario "GRUPPI DI ATTIVITA' FISICA IN PALESTRA" N. 2

Nominativo: _____

Età: _____ Sesso: M F

Titolo di studio: _____

Attività lavorativa _____

1. Come va in generale la tua salute:

- Molto bene
- Bene
- Discretamente
- Male

2. In seguito alla tua partecipazione all'attività in palestra ti sembra di sentirti meglio:

- Sì
- No
- Altro

3. Partecipando all'attività in palestra hai avuto modo di conoscere nuovi amici:

- Sì
- No
- Altro

4. Negli ultimi 12 mesi hai parlato con il tuo medico o con uno specialista del tuo nuovo stile di vita e delle conseguenze sulle tue condizioni di salute:

- Sì
- No, non me lo ha chiesto
- No, perché non ho avuto contatto con medico operatore sanitario
- Non so/non ricordo

5. Negli ultimi dodici mesi quante volte si è rivolto al medico di base?

- Meno di tre
- Da 3 a 5
- Da 6 a 10
- Da 11 a 14
- 15 e più

6. In una giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia?

- Nessuna
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

Si informa che i dati raccolti con il presente questionario saranno utilizzati esclusivamente a scopi statistici e per migliorare la rispondenza dei servizi alle necessità delle persone

		MOVIMENTO IN SALUTE																	
		SCHEDA 1 CAMMINO Scheda presenze																	
Data	1 uscita	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Durata uscita																			
Presenze totali (n.)																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			



ASL BA

Asbdt
BARLETTA-ANDRIAT-RANO



Regione Puglia
Assessorato alle Politiche della Salute

MANUALE OPERATIVO

ORGANIZZAZIONE DEI GRUPPI DI CAMMINO

Caratteristiche del percorso

Il percorso deve essere appropriato, le caratteristiche principali:

- Facile accesso al punto di partenza, raggiungibile possibilmente a piedi, in bicicletta o con mezzi pubblici;
- Contesto ambientale piacevole;
- Assenza di situazioni di pericolo (scarpate non protette, tratti particolarmente accidentati, zone inquinate ecc.);
- Percorso che permetta di accorciare o eventualmente allungare l'uscita in base alle esigenze;
- Nel caso di percorso circolare, prevedere una lunghezza minima di circa 800 m.; in caso di percorso lineare, dipende soprattutto dal contesto ambientale in cui si svolgono le attività di cammino;
- Eventuali tratti in salita e discesa dovrebbero essere collocati nella parte centrale del percorso, dopo un adeguato riscaldamento dei partecipanti.

N.B. Tenere conto dei suggerimenti e delle proposte dei partecipanti: la durata delle uscite dovrebbe essere adeguata alle caratteristiche del gruppo, per questo è necessario anche un comportamento elastico nel variare estemporaneamente il percorso (ad esempio in caso di pioggia, di adesione di nuovi partecipanti ecc).

Quanto camminare

- I tempi: analoghi agli altri tipi di attività - 30 minuti di cammino veloce la maggior parte dei giorni della settimana
- Il n. di passi: sono consigliati 10.000 passi che però corrispondono a oltre 60' di cammino (2000 passi di cammino veloce = circa 1.5 km in 15')
- L'attività può essere frazionata in più volte di 10' o più
- A passo veloce: bisogna che lo sforzo produca una modesta accelerazione del battito cardiaco

Trasformare le strade

Modificare gli spazi urbani in senso favorevole al cammino è possibile, è sufficiente leggere il libro "Spazi per camminare", dove si possono trovare numerose indicazioni e altrettanto numerosi esempi.

Le amministrazioni locali hanno un ruolo cruciale nella creazione di ambienti e opportunità favorevoli ad uno stile di vita attivo per la salute.

Questo ruolo è ben descritto nella pubblicazione dell'OMS Europe "Promuovere l'attività fisica ed uno stile di vita attiva negli ambienti urbani"⁽⁶⁾ che è diretto specificamente agli amministratori locali.

Le 10 regole

Promuovere un gruppo di cammino non è difficile se si tengono presenti poche regole fondamentali che possono essere così riassunte:

1. Coinvolgimento delle amministrazioni locali e stipula di intese a supporto dell'iniziativa.
2. Valutazione delle risorse e dei bisogni del territorio (c'è un centro anziani? ci sono corsi di ginnastica? c'è la possibilità di camminare? ecc.).
3. Contatto con le associazioni di volontariato presenti sul territorio per stabilire:
 - orari disponibili per l'iniziativa
 - strutture disponibili (ad esempio una sala disponibile per il ritrovo prima della partenza e all'arrivo)
 - eventuale personale volontario disponibile (utilizzabile anche come walking leader)
 - materiali utili (esempio: zainetto, contapassi e altro per aumentare la visibilità ecc.)
4. Incontro diretto con gli anziani o gli interessati con presentazione dell'iniziativa : benefici dell'attività fisica e del cammino per la prevenzione di diverse patologie, indicazioni per una sana alimentazione, obiettivi, tempi e modalità dell'iniziativa.
5. Supervisione da parte dell'istruttore per valutare i possibili percorsi di cammino: lunghezza, altimetria, fondo stradale. Ovviamente, se possibile, privilegiare tracciati nel verde o comunque fuori dal traffico.
6. Organizzazione delle prime uscite di cammino:
 - Durata limitata (max 35'-40').
 - Insistere sugli esercizi di integrazione e compensazione (mobilità articolare, allungamento muscolare, equilibrio) per trasmettere il messaggio che "non è una semplice passeggiata".
 - Fare attenzione a non escludere i soggetti con funzionalità più compromessa: attenta valutazione dell'intensità dello sforzo! (cercare di tarare l'intensità dello sforzo sul più debole, con possibile uso della "scala di Borg")
 - Familiarizzare con i partecipanti invitandoli a coinvolgere a loro volta amici, familiari, conoscenti ecc.
 - Rimarcare l'uso di scarpe flessibili e senza tacco, preferire marsupi e zainetti alle borse a tracolla, invitare a portare con sé una bottiglia d'acqua da 500 ml.
 - Per sicurezza portare con sé un telefono cellulare; fornire il proprio numero ai partecipanti.
 - Per il primo mese cercare di incrementare la durata delle uscite in maniera molto graduale, per limitare il rischio di incidenti e per non scoraggiare i meno allenati.
7. Aumentare con cautela la durata e l'intensità delle uscite di cammino dando sempre importanza agli esercizi di ginnastica per motivare i partecipanti:
 - 5/10' di riscaldamento (cammino a bassa intensità)
 - 5' di esercizi di mobilità ed equilibrio
 - 30/60' di cammino veloce
 - 10/15' di esercizi di allungamento muscolare
 - Con il tempo, dopo qualche mese, limitare il numero degli esercizi. Se la differenza di capacità tra i partecipanti è elevata ci sono 2 possibili soluzioni:
 - Percorso circolare di max 1,5 km. con possibilità di tagliare lo stesso per coloro che vanno più adagio.
 - Percorso lineare con l'obbligo, per i più veloci, di tornare incontro agli ultimi dopo alcuni minuti di cammino veloce.

8. Limitare fin dall'inizio la presenza dell'insegnante a poche uscite, affiancandolo molto rapidamente al walking leader, per evitare che il gruppo sviluppi un attaccamento eccessivo verso il tecnico (con conseguente sfaldamento del gruppo quando quest'ultimo interrompe le uscite); se non è presente un walking leader fin dall'inizio, cercare di individuare i possibili candidati tra i partecipanti (in genere persone già attive, "abili" dal punto di vista motorio e come tali riconosciuti dagli altri, con abilità relazionali, affidabili); organizzare per loro un breve corso formativo per sviluppare la capacità di conduzione del gruppo e fornire indicazioni sui tempi e le modalità.
9. Avvenuto il passaggio della conduzione del gruppo al walking leader, fornire comunque un supporto continuativo per mantenere la motivazione ed evitare che il gruppo si sfaldi: monitorare nel tempo le uscite, organizzare incontri periodici sia con i leader che con i partecipanti, dare disponibilità in caso di problemi sanitari o di altro tipo.
10. Prevedere la valutazione dell'attività in termini di processo e risultati

Come iniziare – il numero dei passi

- Misurare per alcuni giorni il numero dei passi effettuati mediante un contapassi.
- Partire dal valore più alto registrato e per due settimane darsi l'obiettivo di mantenere lo stesso numero di passi.
- Poi aggiungere 500 passi per altre due settimane e così via fino a raggiungere i 10.000 passi.
- Procedere anche più lentamente se si preferisce.

Il nuovo comportamento generalmente diventa "stabile" dopo circa 6 mesi; se si interrompe per qualche motivo riprendere al più presto; dal terzo giorno la fatica percepita si riduce notevolmente.

Caratteristiche del percorso

Il percorso deve essere appropriato, le caratteristiche principali:

- facile accesso al punto di partenza, raggiungibile possibilmente a piedi, in bicicletta o con mezzi pubblici;
- contesto ambientale piacevole;
- assenza di situazioni di pericolo (scarpate non protette, tratti particolarmente accidentati, zone inquinate ecc.);
- percorso che permetta di accorciare o eventualmente allungare l'uscita in base alle esigenze;
- nel caso di percorso circolare, prevedere una lunghezza minima di circa 800 m.; in caso di percorso lineare, dipende soprattutto dal contesto ambientale in cui si svolgono le attività di cammino;
- eventuali tratti in salita e discesa dovrebbero essere collocati nella parte centrale del percorso, dopo un adeguato riscaldamento dei partecipanti.

N.B. Tenere conto dei suggerimenti e delle proposte dei partecipanti: la durata delle uscite dovrebbe essere adeguata alle caratteristiche del gruppo, per questo è necessario anche un comportamento elastico nel variare estemporaneamente il percorso (ad esempio in caso di pioggia, di adesione di nuovi partecipanti ecc).

ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ IN PALESTRA

LA PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA

Sarà opportuno distinguere 2 tipologie di Pazienti:

***PAZIENTI DI TIPO A:** Soggetti affetti da ipertensione essenziale con o senza malattie cardiovascolari, sindrome metabolica, diabete e iperlipidemia.

***PAZIENTI DI TIPO B:** Soggetti affetti da sindrome metabolica, diabete, iperlipidemia senza ipertensione e/o malattie cardio-vascolari.

L'attività fisica motoria per essere utile da un punto di vista metabolico dovrebbe essere sia di tipo aerobico che isotonica: ideali sono le attività a circuito (circuit training), dove l'attività aerobica è associata ad un allenamento di potenza. Per attività aerobica si intende un'attività fisica pianificata, ripetitiva, che a livello muscolare si svolge in presenza di ossigeno, ad una intensità sub-massimale ed ha come obiettivo il miglioramento della forma fisica (lo sforzo aerobico, pertanto, corrisponde a quello ottenuto con una passeggiata, quello anaerobico può essere considerato un sollevamento pesi e/o la corsa per prendere l'autobus perché effettuati praticamente in apnea).

L'intensità di lavoro è pari al 60%-75% della propria frequenza cardiaca massima (f.c.m.=

220- età. Esempio: 220 – 30 anni = 190. $190 \times 60\% = 114$ - $190 \times 75\% = 142$). Il tempo da dedicare ogni volta all'attività fisica deve essere di 30-60 minuti, per una frequenza

settimanale di 3 volte. Questi parametri possono essere adattati a particolari situazioni:

sindrome metabolica, diabete, obesità non associati a ipertensione e/o malattie cardiovascolari (**PAZIENTI DI TIPO A**), ipertensione e/o malattie cardio-vascolari associate o meno a sindrome metabolica, diabete, obesità (**PAZIENTI DI TIPO B**).

Nel primo caso (**Pazienti di tipo A**), l'attività aerobica viene svolta ad una intensità bassa

(60-70% della f.c.m.), per consentire una lunga durata dell'esercizio (45-60 minuti) al fine di ottenere una prevalenza di substrati lipidici nella produzione dell'energia. La frequenza settimanale è di **3 volte**. Nel secondo caso (pazienti di tipo B), l'attività fisica viene esercitata ad una intensità molto bassa, pari a 50-60% della f.c.m., la durata è di 30-60 minuti per ogni allenamento, per almeno 3 volte la settimana.

Il primo programma motorio (*Pazienti di tipo A*), lo possiamo suddividere in due fasi:

1. Fase: **Ricondizionamento generale**

2. Fase: **Attività fisica ad impegno prevalentemente aerobico**

1. **La fase di ricondizionamento generale** comprende: esercizi di respirazione, esercizi di mobilità articolare (arti superiori, arti inferiori, colonna vertebrale), esercizi di bonificazione muscolare (addome, glutei, schiena, arti superiori, arti inferiori). Considerando che il più delle volte la persona diabetica ed obesa è una persona sedentaria lo scopo del ricondizionamento generale è quello di indurre adattamenti a carico dei vari organi ed apparati, tali da permettere al soggetto di affrontare esercizi fisici più impegnativi. Le relative proposte motorie devono riguardare esercizi da eseguire a corpo libero e/o con attrezzature di cardio-fitness utilizzando un cardio-frequenzimetro per l'adeguamento della frequenza cardiaca massima all'età ed alle condizioni del soggetto.

a) **Esercizi di respirazione diaframmatica:**

b) **Esercizi per mobilizzare la schiena.**

c) **Esercizio per mobilizzare gli arti superiori e inferiori.**

d) **Esercizio per tonificare i muscoli addominali:**

e) **Esercizio per tonificare gli arti inferiori ed i glutei:**

2. **L'attività fisica di tipo aerobico** o gli sport di tipo aerobico come: camminata a passo svelto (4-5km/h), corsa lenta, jogging, bici, cyclette, ballo, danza, ciclismo. (L'attività aerobica deve durare 30'-60', escluso il tempo di riscaldamento e defaticamento di 8' ognuno, per almeno 3 volte alla settimana). Evitare nell'ipertensione, gli esercizi di tipo isometrico (che si eseguono opponendo allo sforzo un punto fermo) in quanto comportano un aumento della pressione arteriosa.

Il secondo programma motorio (*Pazienti di tipo B*) si divide in due fasi:

1. Fase: **Rieducazione motoria**

2. Fase: **attività fisica ad impegno prevalentemente aerobico.**

1. Un ciclo di **rieducazione motoria** comprende esercizi di rilassamento, respirazione, allungamento muscolare, trofismo muscolare, esercizi di chinesioterapia libera. E'

consigliato l'uso di piccoli attrezzi come palline di spugna, bastoni, elastici... Esempio di

alcuni esercizi che verranno fatti svolgere durante un ciclo di rieducazione motoria:

- a) Posizione Supina: Distendersi con le braccia lungo i fianchi, palmi delle mani rivolte verso il basso, mantenere una respirazione naturale ed eseguire delle circonduzioni dei piedi (10 rip. X 5 volte in senso orario e 10 rip. per 5 volte in senso antiorario); flettere ed estendere contemporaneamente i piedi (10 rip. x 5 volte); piegare la gamba destra, facendo scivolare il tallone sul pavimento e ritorno (10 rip. x 5 volte), ripetere con la gamba sinistra; portare il ginocchio destro al petto e mantenere la posizione 2-3 secondi e ritorno, ripetere con l'arto sinistro (10 rip. x 5 volte).
- b) Posizione Seduta, con gambe e braccia distese in avanti, flettere il busto in avanti fino alla propria massima distensione e senza forzare (mantenere la posizione per 1 minuto, ripetere 5 volte). Ripetere l'esercizio divaricando le gambe (1 minuto per 5 volte).
- c) In piedi: gambe distese e leggermente divaricate, braccia in avanti. Impugnare il bastone con entrambe le mani alla stessa larghezza delle spalle, i pollici delle mani rivolti verso l'interno. Con braccia distese, portare il bastone verso l'alto e ritorno (10 rip. x 5 volte).

Gli esercizi proposti sono solo un piccolo esempio di come verrà strutturata una seduta.

2. **L'attività fisica aerobica** favorisce la resistenza cardiovascolare, un parametro fondamentale nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. Verrà consigliato, durante l'attività fisica, l'uso del cardiofrequenzimetro o in alternativa il controllo della frequenza cardiaca con il polso. Le proposte motorie nell'ambito di questa fase sono: camminata a passo svelto (4- 5 Km /h.), corsa lenta, jogging, bici, cyclette, ballo, danza, ciclismo. Da un punto di vista metodologico gli esercizi dovranno rispondere ai principi di consapevolezza, progressività, continuità. Sarà inoltre bene tenere un "diario" dove registrare l'attività, ricordando che l'esercizio produce un effetto immediato (rossore/pallore, dispnea, ecc...), un effetto durante l'attività fisica, un effetto dopo l'esercizio ed un effetto postumo come, ad esempio, la presenza di indolenzimenti il giorno seguente o la sera stessa del giorno degli esercizi in palestra.

Strumenti di valutazione dell'attività motoria

METODI DI MISURA

Per misurare l'intensità dell'attività fisica si possono utilizzare vari approcci. Tra quelli di interesse nella pratica clinica vi sono i quelli di monitoraggio attivo (pedometri o contapassi, accelerometri); la misurazione della frequenza cardiaca; i questionari e i diari giornalieri.

Tra gli strumenti di monitoraggio attivo è dimostrato che il conteggio del numero di passi effettuati mediante un contapassi è efficace per promuovere l'attività fisica e migliorare lo stato di salute e permette di graduare l'allenamento: accanto all'incremento dell'attività fisica si è osservata una diminuzione dell'indice.

SCALA DI BORG

Molto importante riveste l'utilizzo della scala di Borg, utile per verificare il diverso livello di forma dei singoli partecipanti. La scala di Borg, deve il suo nome al suo ideatore, il Dr. Gunnar Borg che intorno agli anni 50' introdusse per primo il concetto della percezione dello sforzo.

La scala di Borg è un semplice metodo per valutare la percezione dello sforzo e può essere utilizzata sia in campo sportivo che in campo medico. La scala è composta da una serie di numeri crescenti, dal 6 al 20, dove 6 corrisponde allo stato di riposo ed il 20 ad uno sforzo massimale.

Inoltre, ciascun numero della scala rappresenta una data percentuale della frequenza cardiaca massima.

Uno stesso lavoro verrà definito da alcuni più leggero, da altri più pesante, a seconda del **personale** stato di forma.

Affinché la scala di Borg sia utile occorre spiegare con la massima chiarezza i vari punti della scala all'individuo prima dell'inizio del test.

Il giudizio dato dal soggetto deve essere il più oggettivo ed onesto possibile senza sopravvalutare o sottovalutare lo sforzo.

SCALA DI BORG		
6	nessuno sforzo	20%
7	estremamente leggero	30%
8		40%
9	molto leggero	50%
10		55%
11	leggero	60%
12		65%
13	un po' pesante	70%
14		75%
15	pesante	80%
16		85%
17	molto pesante	90%
18		95%
19	estremamente pesante	100%
20	massimo sforzo	esaurimento

II TEST "WALK AND TALK"

È un metodo semplice, informale ma molto efficace per valutare in funzione della frequenza del respiro, l'intensità dello sforzo in atto.

Se durante il cammino:

- si è in grado di cantare: lo sforzo è troppo lieve e bisogna aumentare la velocità
- non si è in grado di parlare: lo sforzo è troppo intenso e occorre rallentare
- si è in grado di parlare, ma non di cantare: lo sforzo è di intensità moderata.

Come iniziare: i tempi				
Settimana	Cammino lento	Cammino veloce	Cammino lento	Totale
1	5'	5'	5'	15'
2	5'	8'	5'	18'
3	5'	11'	5'	21'
4	5'	14'	5'	24'
5	5'	17'	5'	27'
6	5'	20'	5'	30'
7	5'	23'	5'	33'
8	5'	26'	5'	36'
9	5'	30'	5'	40'

Come camminare

Abbigliamento adatto

- Abbigliamento "a cipolla"
- Scarpe comode senza tacco
- Evitare borse a tracolla

Equipaggiamento

- Portare un marsupio o zainetto
- Portare sempre delle bevande e assumere liquidi in abbondanza durante e dopo il cammino

Corretta postura

- Mantenere il busto eretto ma rilassato
- Appoggiare il piede a terra rullando la pianta sul terreno, dal tallone fino alla punta.

ASLBA



Asbat
ASSOCIATA ANDRIESTRANI

CORSO DI FORMAZIONE
IL WALKING LEADER

PREMESSA

L' esercizio fisico quotidiano, controllato e commisurato alle proprie capacità, è uno dei migliori farmaci che ci si possa auto-somministrare.

E' ormai noto come le **conseguenze di una vita sedentaria**, priva di una qualsiasi **attività fisica**, possano risultare anche gravi e avere nel tempo pesanti ripercussioni sulle condizioni di salute generale. Forse non tutti sanno che, a prescindere dalla perdita di tono dei tessuti muscolari e dalla comparsa di qualche rotolino di "ciccia" in più, **l'inattività espone a rischi molto più pericolosi e deleteri per l'incolumità dell'organismo**. In alcuni casi, infatti, non svolgere regolarmente un po' di sano moto rappresenta più di un'insana abitudine, divenendo **l'anticamera di gravi patologie**, che possono risultare anche fatali.

La sedentarietà, avvertono gli esperti, favorisce l'insorgenza di malattie come il cancro e aumenta le probabilità di essere colpiti da malattia cardiovascolari. L'inattività fisica può dunque essere più deleteria di quanto si possa pensare. In base ad alcune ricerche l'inattività fisica è corresponsabile del 70% degli **ictus cerebrali**, dell'80% degli attacchi cardiaci, del 70% dei casi di cancro del colon e di quasi il 90% dei casi di diabete in soggetti adulti obesi.

Salute e benessere aumentano con l'aumentare dell'attività fisica: ad una maggiore quantità di movimento corrisponde una riduzione di malattie ed incidenti, con un andamento tipo dose – risposta. Per ottenere questi benefici, l'attività non deve essere necessariamente vigorosa: anche con un'attività moderata è possibile ottenere grandi vantaggi per la salute. In quest'ottica il cammino rappresenta uno strumento di estrema importanza. Camminare è, e rimane, l'attività più antica e naturale dell'uomo; non a caso, rappresenta la forma di esercizio preferita dal maggior numero di persone. Questa preferenza si lega a diversi fattori: possibilità di essere svolta all'aperto; nessun vincolo di luoghi e orari; nessuna necessità di particolari attrezzature; nessuna richiesta di abilità motorie specifiche o di livelli elevati di forma fisica.

La spontaneità del gesto facilita il superamento di alcune barriere all'esercizio come l'età e le condizioni socio economiche. Il cammino può essere inserito tra le normali attività della vita quotidiana: non c'è bisogno di dover ritagliare per esso appositi spazi.

Il cammino ha dimostrato la sua efficacia, riuscendo ad aumentare sensibilmente e rapidamente il livello medio di attività fisica, anche tra gli strati più sedentari della popolazione. Nel nostro paese solo circa il 30% della popolazione dichiara di muoversi a livelli corrispondenti a quelli raccomandati; per il resto circa un altro 30% non si muove a sufficienza e il restante 40% si dichiara totalmente sedentario.

Se è vero che il cammino è un'attività spontanea, gratificante e gradita alla maggior parte della

popolazione, forse dobbiamo chiederci perché sia diventata così desueta da aver bisogno di essere sostenuta e promossa. E' abbastanza evidente allora che, in particolare nell'ambiente urbano, non è poi così facile camminare all'aperto. Facilitare la scelta del cammino nella mobilità quotidiana e a fini ricreativi significa eliminare o ridurre tutti quei fattori che rendono questa attività meno sicura e gradevole. E' necessario ricreare un rapporto virtuoso tra città e cittadini, incidendo su questa identità claudicante delle nostre città e aprendo nuove occasioni di sviluppo sociale, economico e culturale.

ANALISI DEI BISOGNI

La Regione Puglia è da anni impegnata in azioni di educazione alla salute sia a livello primario, lavorando sugli stili di vita, sia secondario con azioni di screening per la prevenzione di patologie.

Ciò si realizza:

- in virtù della consapevolezza che l'attività fisica è un fattore indipendente per la salute dell'uomo, ovvero l'attività fisica, da sola, è in grado di diminuire il rischio di mortalità;
- in linea con il Ministero della Salute il quale sostiene che *“un buon livello di attività fisica riduce i fattori di rischio di numerose malattie perché aiuta ad equilibrare i valori della pressione arteriosa e del colesterolo. Inoltre contribuisce a tenere sotto controllo l'aumento di peso e a prevenire l'obesità. La ragione è semplice: il movimento muscolare quotidiano contribuisce a bruciare zuccheri, grassi e proteine introdotti con l'alimentazione. L'esercizio fisico, infine, favorisce il benessere psicologico riducendo ansia, depressione e senso di solitudine.”*

Operatori del settore sanitario, in particolare della medicina dello sport e delle attività motorie, rivolgono sempre più la loro attenzione alla necessità di redigere programmi di intervento che inducano nella popolazione modificazioni del proprio stile di vita, sia per quanto riguarda comportamenti voluttuari, sia alimentari etc.

Il movimento, o meglio l'attività motoria semplice o complessa che sia, è alla base di qualunque strategia di intervento.

Si impone la necessità, quindi, di formare gli operatori delle Aziende Sanitarie e delle associazioni sportive ad una disciplina semplice, salutare ed economica, con i necessari elementi culturali in grado di convincere ad adeguarsi ai suggerimenti conseguenti, come ad esempio, al recarsi sul posto di lavoro a piedi.

DESTINATARI

L'evento formativo è rivolto a personale sanitario, e non, da impegnare nella promozione dell'attività fisica. L'evento intende sensibilizzare gli operatori alla pratica di un semplice sport quale: Il gruppo cammino. Il numero massimo dei partecipanti previsto è 60.

Ai partecipanti sarà consegnata copia cartacea dei contenuti trattati e la pubblicazione "Camminare è tutta un'altra vita!"

PROGETTAZIONE**Obiettivi**

- Conoscere a grandi linee il contesto di riferimento dal punto di vista epidemiologico e sociale.
- Conoscere le evidenze scientifiche sul rapporto tra attività fisica e salute nella popolazione adulta ed anziana.
- Far acquisire conoscenze teorico/tecniche e aggiornamenti riguardanti l'attività motoria ed in particolare il cammino.
- Acquisire conoscenze per la progettazione, programmazione e conduzione di attività motorie "salute correlate" con particolare riguardo alle iniziative di cammino.
- Condividere elementi teorici e strategici in materia di promozione dell'attività fisica.

L'evento comprenderà laboratori seminariali per permettere di affiancare alla lezione frontale attività di gruppo e interazione con i docenti durante gli incontri.

SCHEDA DI ACCREDITAMENTO PER PROGETTI FORMATIVI AZIENDALI

N. B. Il modulo debitamente compilato deve essere presentato oltre che su file in Word (office 2007) anche su cartaceo all'ufficio formazione, firmato dal responsabile scientifico del PFA.

1. Titolo del progetto formativo aziendale IL WALKING LEADER

2. Numero massimo di partecipanti ammessi 60.

3. Al Corso di formazione verranno ammessi, tramite avviso pubblico, prevalentemente: Laureati in Scienze Motorie; Esercenti le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della salute, tra cui prevalentemente: laureati in medicina e chirurgia con eventuale specializzazione (tra le specializzazioni avrà titolo referenziale quella in medicina dello sport), scienze motorie, psicologia e psicoterapia; ed inoltre: fisioterapia e professioni sanitarie riabilitative, dietisti, scienze infermieristiche, educatori professionali, assistenti socio sanitari ed infine, operatori amministrativi delle ASL.

Professione

Medici				
Laureati in Scienze Motorie				
Psicologi				
Terapisti della riabilitazione				
Infermieri				
Assistenti sanitari				
Assistenti sociali				
Altre professioni sanitarie ed ausiliarie riconosciute dal Ministero della Salute				
Personale Amministrativo delle ASL				

Descrizione generale.

1. Diffondere iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari, che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali;
2. Individuare modi e tecniche di modifica del territorio, di facile applicazione per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'impresa di rendere facili le scelte salutari;
3. Aumentare il livello delle conoscenze sui benefici dell'attività motoria per la promozione di stili di vita attivi;
4. Attuare campagne informative generalizzate, che forniscano ai cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli per la salute e che creino un clima culturale favorevole per l'adozione di corretti stili di vita.

4. 5. Nome, qualifica e competenze professionali del/dei responsabile/i scientifico/culturale del progetto formativo aziendale

a) Cognome _____ nome _____ qualifica _____
competenze professionali _____

(In questa risposta vanno indicate brevemente le competenze professionali del o dei responsabili (massimo tre) del programma formativo, mentre il o i curricula estesi vanno inseriti al punto 21, importante per completare la richiesta di accreditamento).

6. Obiettivo/i specifico/i.

- Conoscere a grandi linee il contesto di riferimento dal punto di vista epidemiologico e sociale
- Conoscere le evidenze scientifiche sul rapporto tra attività fisica e salute nella popolazione adulta ed anziana
- Far acquisire conoscenze teorico/tecniche e aggiornamenti riguardanti l'attività motoria ed in particolare il cammino;
- Acquisire conoscenze per la progettazione, programmazione e conduzione di attività motorie "salute correlate" con particolare riguardo alle iniziative di cammino

7. Sede di svolgimento _____

Regione PUGLIA _____

8. Data di svolgimento _____

9. Il progetto formativo aziendale si svolgerà in più edizioni ?

Sì • (se sì, ripetere le domande 7 e 8 per tutte le edizioni temporalmente successive)

10. Durata effettiva della attività formative in ore (max ore)_10_

11. Orario dalle 8.30 alle 13.30

12. Metodo o metodi d' insegnamento previsti (1)

¹ Il metodo d'insegnamento: lezioni magistrali, serie di relazioni su tema preordinato, tavole rotonde con dibattito tra esperti, confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde"), dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti, presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi), lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto, esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche, Role-Playing.

Serie di relazioni su tema preordinato.

Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche e tecniche.

13. Inserire uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale al quale il PFA è coerente (vedi allegato):

Gruppo 1 - Miglioramento degli stili di vita per la salute

Indicare dettagliatamente le motivazioni in base alle quali si ritiene che l'evento rientri nell'obiettivo nazionale o regionale precedentemente selezionato e sia di interesse specifico della categoria professionale.

Molti e ben noti sono gli effetti dell'attività fisica sulle condizioni di salute. Noti sono gli effetti preventivi nei confronti delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, alcuni tipi di tumori); noto è l'effetto del movimento nell'aumentare il grado di autonomia degli anziani e nel ridurre il rischio di cadute; nota l'influenza positiva su alcune malattie mentali. In generale, l'attività fisica migliora la qualità della vita ed aumenta la sensazione di benessere

14. Finalità del progetto formativo aziendale:**✓ Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di:**

- Formazione dell'abitudine ad una attività fisica regolare;
- Acquisizione da parte dei singoli partecipanti delle abilità motorie e delle conoscenze fondamentali per realizzare correttamente e proficuamente le attività

✓ Fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di:

- Tipologia dell'attività fisica
- Tipologia della prevenzione
- Tipologia del cammino

✓ Fare migliorare le capacità relazionali comunicative:

Acquisizione di un'abitudine al cammino da parte di larghe fasce di popolazione comporta ulteriori vantaggi per la salute a causa della conseguente diminuzione dell'utilizzo dei veicoli a motore della riduzione dei rischi da traffico e dell'inquinamento. Contestualmente alla riduzione del traffico e dell'inquinamento, l'abitudine al cammino come sistema di spostamento favorisce un aumento della vivibilità dei quartieri, della sicurezza degli altri utenti deboli della strada e delle opportunità di aggregazione.

15. Specificare gli argomenti (3 parole chiave) per una puntuale classificazione del progetto formativo aziendale (ad esempio le patologie trattate, gli strumenti, ...)

Argomento 1 **stili di vita**

Argomento 3 **attività fisica**

Argomento 3 **prevenzione**

16. Specificare il tipo di materiale didattico (da consegnare al discente).

- Dispensa

- **L'Attività fisica come farmaco**

17. Metodo di verifica dell'apprendimento (allegare su file separato verifica dell'apprendimento):

a) **questionario**

18. Valutazione del gradimento (con questionario ministeriale, a cura dell' U.O. Formazione)

19. Qualifica e competenze professionali dei docenti/relatori

Sullo stesso file seguono:

20. Programma dettagliato – per ogni giornata elencare i diversi interventi indicando per ognuno:

- titolo della sessione (la sessione inizia con il primo intervento e termina con la prima pausa)

- titolo del dettaglio di sessione

- orario di inizio e di fine

- docente e sostituto/i

-metodo di insegnamento utilizzato (1)

¹ Il **metodo d'insegnamento** può essere uno dei seguenti: lezioni magistrali, serie di relazioni su tema preordinato, tavole rotonde con dibattito tra esperti, confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde"), dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti, presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi), lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto, esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche, Role-Playing.

21. Breve curricula dei docenti e responsabile scientifico

N.B. Su file separato:

prova di verifica dell'apprendimento.

Data, ___ / ___ / ___

Firma del responsabile scientifico

PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL CORSO

Prima giornata _____					
	INIZIO	FINE	TITOLO	TIPO	DOCENTE
	08.30	09.00	Registrazione dei partecipanti		
	09.00	09.30	Somministrazione questionario internazionale sull'attività fisica		RESPONSABILE SCIENTIFICO
	09.30	10.00	Presentazione delle attività della giornata	relazioni su tema preordinato	Elisabetta Viesti <i>Dirigente Ufficio Sanità Pubblica e Sicurezza del Lavoro</i> Maria Grazia Lopuzzo <i>P.O. "Igiene e Sanità Pubblica"</i>
	10.00	10.30	La motivazione al cambiamento degli stili di vita	Relazioni su tema preordinato	MEDICO IGIENISTA
	10.30	11.15	Il quadro di riferimento per la promozione dell'attività fisica e l'efficacia nella prevenzione delle malattie croniche	relazioni su tema preordinato	MEDICO DELLO SPORT
	11.15	11.30	Coffee Break		
	11.30	12.30	Il camminare; un'attività motoria "semplice" per il miglioramento e il mantenimento dello stato di benessere	relazioni su tema preordinato	Medico fisiatra
			La progettazione di un gruppo di cammino – la gestione del gruppo cammino	relazioni su	Laureato in scienze

	12.30	13.30	La misura dell'attività fisica Strutturazione delle uscite di cammino guidate. Le tecniche, la gradualità, l'inserimento di persone con capacità motorie differenti	tema preordinato	motorie
Seconda giornata					
	INIZIO	FINE	TITOLO	TIPO	DOCENTE
			NOZIONI FONDAMENTALI teoria	PLENARIA	
	8.30	09.30	La progettazione di un gruppo di cammino – la gestione del gruppo cammino La misura dell'attività fisica Strutturazione delle uscite di cammino guidate. Le tecniche, la gradualità, l'inserimento di persone con capacità motorie differenti	relazioni su tema preordinato	Laureato in scienze motorie
	09.30	10.30	Il ruolo del walking leader	relazioni su tema preordinato	Psicologa
	10.30	11.30	Costruzione e condivisione dei percorsi		Laureato in scienze motorie e funzionario comunale ufficio urbanistica
	11.00	11.15	COFFEE BREAK		
			ATTIVITA' TEORICA PRATICA	Attività di gruppo	

	11.15	12.15	Uscita di cammino con possibilità di mettere in pratica le indicazioni teoriche Dimostrazione di esercizi di compensazione e integrazione – Test di funzionalità fisica	Dimostrazione pratica all'aria aperta	Laureato in scienze motorie
	12.15	12.45	Esercitazione Pratica sulla motivazione e sulle dinamiche di gruppo	Dimostrazione pratica all'aria aperta	Laureato in Scienze Motorie
			TEORIA	PLENARIA	
	12.45	13.00	Discussione e chiusura dei lavori	relazioni su tema preordinato	MEDICOD ELLO SPORT
	13.00	13.30	Somministrazione questionario dell'Apprendimento e Questionario di gradimento ministeriale	relazioni su tema preordinato	RESPONSABILE SCIENTIFICO

QUESTIONARIO INTERNAZIONALE SULL'ATTIVITA' FISICA

Siamo interessati a conoscere i tipi di attività fisica che le persone fanno come parte della vita quotidiana. Le domande riguarderanno il tempo che lei ha trascorso in attività fisiche negli **ultimi sette giorni**. Cortesemente, risponda ad ogni domanda anche se non si considera essere una persona attiva. Pensi, per favore, alle attività svolte al lavoro, come parte del lavoro svolto in casa ed in giardino, per spostarsi da un luogo all'altro e nel suo tempo libero come divertimento, esercizio fisico o sport.

Pensi a tutte le attività **vigorese**, energiche che ha svolto negli **ultimi sette giorni**. Le attività fisiche **vigorese** sono quelle che richiedono uno sforzo fisico duro e che la fanno respirare con un ritmo molto più frequente rispetto al normale. Pensi *soltanto* a quelle attività fisiche che lei ha svolto per almeno 10 minuti consecutivamente.

1. Durante gli **ultimi sette giorni**, in quanti giorni lei ha svolto attività fisica vigorosa come sollevare oggetti pesanti, zappare, fare aerobica, o pedalare in bicicletta ad una certa velocità?

_____ **giorni per settimana**

Nessuna attività fisica vigorosa ----- **Vada alla domanda 3**

2. Quanto tempo in totale di solito trascorre in attività fisiche **vigorese** in uno di quei giorni?

_____ **ore per giorno** _____ **minuti per giorno**

Non sa / non è sicuro/a

Pensi a tutte quelle attività **moderate** che lei ha svolto negli **ultimi sette giorni**. Le attività moderate sono quelle che richiedono uno sforzo fisico moderato e che la fanno respirare con un ritmo un po' più frequente rispetto al normale. Pensi *soltanto* a quelle attività fisiche che lei ha svolto per almeno 10 minuti consecutivamente.

3. Durante gli **ultimi sette giorni**, quanti giorni lei ha svolto attività fisica **moderata** come portare pesi leggeri, andare in bicicletta ad un ritmo regolare oppure giocare il doppio a tennis? Non includa il camminare.

_____ **giorni per settimana** Nessuna attività fisica moderata ----- **Vada alla domanda 5**

4. Quanto tempo lei di solito dedica alle attività fisiche **moderate** in uno di quei giorni? _____
ore per giorno _____ **minuti per giorno**

Non sa / non è sicuro/a Pensi al tempo da lei trascorso **camminando** negli **ultimi sette giorni**. Includa il tempo trascorso sia al lavoro sia a casa, nello spostarsi da un luogo ad un altro e qualsiasi altro cammino che lei ha fatto solo per divertimento, sport, esercizio fisico o per passatempo.

5. Durante gli **ultimi sette giorni**, in quanti giorni lei ha **camminato** per almeno 10 minuti di continuo?

_____ giorni per settimana Nessuno ----- Vada alla domanda 7

6. Di solito quanto tempo ha trascorso, in uno di quei giorni, **camminando**? _____ ore per giorno _____ minuti per giorno

Non sa / non è sicuro

L'ultima domanda riguarda il tempo trascorso stando **seduto** dal lunedì al venerdì negli **ultimi sette giorni**. Includa il tempo in cui rimane seduto al lavoro, in casa, nello svolgere un corso di formazione, durante il suo tempo libero. Questo può includere il tempo trascorso seduto alla scrivania, nel far visita ad amici, leggendo, o seduto/a o sdraiato/a per guardare la televisione.

7. Durante gli **ultimi sette giorni**, in un giorno della settimana, quanto tempo ha trascorso stando seduto?

_____ ore per giorno _____ minuti per giorno

Non sa / non è sicuro

Qui termina il questionario, grazie per la collaborazione.

DATA: _____

NOME E COGNOME: _____

APPENDICE**Art. 190. dal Codice della strada Comportamento dei pedoni**

1. I pedoni devono circolare sui marciapiedi, sulle banchine, sui viali e sugli spazi per essi predisposti; qualora questi manchino, siano ingombri, interrotti o insufficienti, devono circolare sul margine della carreggiata opposta al senso di marcia dei veicoli in modo da causare il minimo intralcio possibile alla circolazione.
2. I pedoni, per attraversare la carreggiata, devono servirsi degli attraversamenti pedonali, dei sottopassaggi e dei soprapassaggi, quando questi non esistono, o distano più di cento metri dal punto di attraversamento, i pedoni possono attraversare la carreggiata solo in senso perpendicolare, con l'attenzione necessaria ad evitare situazioni di pericolo per sé o per altri.
3. E' vietato ai pedoni attraversare diagonalmente le intersezioni; e' inoltre vietato attraversare le piazze e i larghi al di fuori degli attraversamenti pedonali; qualora esistano, anche se sono a distanza superiore a quella indicata nel comma 2.
4. E' vietato ai pedoni sostare o indugiare sulla carreggiata, salvo i casi di necessità; e' altresì, vietato, stando in gruppo sui marciapiedi, sulla banchine o presso gli attraversamenti pedonali, causare intralcio al transito normale degli altri pedoni.
5. I pedoni che si accingono ad attraversare la carreggiata in zona sprovvista di attraversamenti pedonali devono dare la precedenza ai conducenti.

N. B Corretto equipaggiamento del corsista:

Il corsista deve indossare scarpe comode che permettano di muovere agevolmente le articolazioni del piede e della caviglia (se munite di lacci fare attenzione che questi non costituiscano motivo di inciampo)

CORSO DI FORMAZIONE

La Prescrizione dell'esercizio fisico

PREMESSA

L'attività fisica a scopo preventivo-terapeutico si distingue dall'attività sportiva sia per la finalità del movimento ma anche perché non tutti possono praticare tutti gli sport ("attività motoria finalizzata all'esecuzione di un gesto atletico specifico") mentre tutti quanti possono essere o diventare fisicamente attivi con l'esecuzione del movimento e della prescrizione personalizzata della sport-terapia anche in soggetti sani e malati (cardiopatici, obesi, ipertesi o diabetici): "un movimento corporeo specifico dovuto a contrazione della muscolatura scheletrica ed associato ad un consumo energetico prevalentemente aerobico.

E' ormai noto come le **conseguenze di una vita sedentaria**, priva di una qualsiasi **attività fisica**, possano risultare anche gravi e avere nel tempo pesanti ripercussioni sulle condizioni di salute generale. Forse non tutti sanno che, a prescindere dalla perdita di tono dei tessuti muscolari e dalla comparsa di qualche rotolino di ciccia in più, **l'inattività espone a rischi molto più pericolosi e deleteri per l'incolumità dell'organismo**. In alcuni casi, infatti, non svolgere regolarmente un po' di sano moto rappresenta più di un'insana abitudine, divenendo **l'anticamera di gravi patologie**, che possono risultare anche fatali.

Il peso gioca un ruolo fondamentale. Se da un lato gli anziani sono a rischio obesità, proprio perché tendono a impigrirsi e diventare sedentari, dall'altro – soprattutto i pazienti sottoposti a chemioterapia – possono essere esposti a dimagrimento eccessivo, anemia, calo di forze. Il pericolo, quindi, è duplice: pesare troppo o troppo poco ha gravi controindicazioni, sia prima che dopo un tumore. «E' importante, indipendentemente dal cancro, che anche in età senile si faccia una moderata attività fisica perché aiuta a preservare l'autonomia motoria minacciata dalla vecchiaia» Certo, è ovvio, in base alle possibilità di ciascuno: uscire per la spesa, tenere in ordine la casa, ma anche fare sport a livelli intensi. «Nella vasta ed eterogenea classe degli over 65 ci sono molte differenze, ma una regola vale per tutti i malati oncologici: tenersi in forma è utile sia per affrontare al meglio i trattamenti anticancro, sia per godere di maggiore benessere dopo».

Il Ministero della Salute recependo il piano nazionale sanitario(che prevede come obiettivo primario "promuovere anche negli anziani comportamenti e stili di vita positivi per la salute in grado di prevenire condizioni di morbosità, disabilità e mortalità pre-matura, attraverso azioni concernenti: alimentazione, fumo, alcool e attività fisica."), insieme all'Università, al CONI ed alla Federazione Medico Sportiva Italiana ha l'obbligo di programmare ed attuare una serie di

iniziative formative ed attuative per migliorare lo stato di salute psico-fisica del cittadino

ANALISI DEI BISOGNI

La crescente rilevanza delle patologie croniche unita al progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato la necessità di individuare i fattori di rischio per queste patologie ed i determinanti socioeconomici che li influenzano. Si tratta di patologie influenzate prevalentemente da fattori di rischio comportamentali, tra i quali particolare rilievo ha l'inattività fisica. Secondo l'OMS, queste patologie sono responsabili dell'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita in buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa ed in Italia. Creare le condizioni per la promozione della salute, soprattutto nei gruppi più vulnerabili, deve essere una priorità nell'ambito delle politiche e della programmazione sanitaria e un obiettivo degli operatori sanitari coinvolti in questo processo

L'importante e moderna ricerca medico-sportiva, che pone l'Italia quale nazione di studio all'avanguardia nel mondo, si pone come obiettivo di riuscire a somministrare il movimento come fosse un farmaco insieme ai medicinali tradizionali la cui posologia sarà certamente ridotta se la prescrizione della ginnastica è stata correttamente valutata ed eseguita.

L'ASL BT è ormai impegnata da due anni nella promozione dell'attività fisica sia nelle scuole e sia tra i cittadini

Per cui ritiene opportuno formare il personale sanitario sulla conoscenza di nuovi stili di vita:

- formando i Medici di famiglia, medici sportivi, laureati in Scienze Motorie,
- svolgendo una azione di controllo presso gli impianti sportivi che devono essere pronti e preparati per migliorare gli stili di vita
- avviando al Wellness il cittadino per assicurare un migliore stato di salute.

Operatori del settore sanitario, in particolare i MMG, i Medici della medicina dello sport e delle attività motorie, rivolgono sempre più la loro attenzione alla necessità di redigere programmi di intervento che inducano nella popolazione modificazioni riguardo il comportamento quotidiano del proprio stile di vita, sia per quanto riguarda comportamenti voluttuari, sia alimentari etc.

Il movimento, o meglio l'attività motoria semplice o complessa che sia, è alla base di qualunque strategia di intervento.

La necessità, quindi di formare gli operatori dell'Azienda e delle associazioni sportive ad una disciplina semplice, salutare ed economica.

DESTINATARI

L'evento formativo è rivolto a personale sanitario, e non, che sia impegnato nella promozione dell'attività fisica,.

Il numero massimo dei partecipanti previsto è 120.

Ai partecipanti sarà consegnata copia cartacea dei contenuti trattati e la **Carta di Toronto sull'Attività fisica**

PROGETTAZIONE

Obiettivi

- conoscere il contesto di riferimento teorico-scientifico che rende necessaria la promozione dell'attività fisica;
- acquisire conoscenze di base sugli effetti dell'attività fisica sulla salute degli individui e delle comunità; conoscere l'epidemiologia delle malattie croniche non trasmissibili;
- conoscere i principali sistemi di sorveglianza sui comportamenti individuali ed i dati rilevati; condividere elementi teorici e strategici in materia di promozione dell'attività fisica;
- acquisire gli strumenti per attivare e gestire una rete multi-professionale di riferimento a livello regionale e locale finalizzata all'attuazione di interventi di promozione dell'attività fisica.

ECM -Scheda di accreditamento per progetti formativi aziendali

N. B. Il modulo debitamente compilato deve essere presentato oltre che su file in Word (office 2007) anche su cartaceo all'ufficio formazione, firmato dal responsabile scientifico del PFA.

1. Titolo del progetto formativo aziendale *La Prescrizione dell'esercizio fisico*

Numero massimo di partecipanti ammessi 60 (indicare il numero di partecipanti di una edizione).

2. Inserire la o le professioni, inserendo le eventuali discipline (disciplina prevalente, discipline secondarie) destinatarie del pfa e il numero di partecipanti per professione ,per edizione (vedi tabella allegata):

Professione	N°	Disciplina principale di riferimento	Altre discipline	
Assistente Sociale	10			
Medici	50	MMG, Medicina dello sport e Prevenzione		
Infermieri	20			
Psicologi	5			
Terapisti della riabilitazione	10			
Altre professioni	15			

3. Descrizione generale.

1. diffondere iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari,

che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali;

2. individuare modi e tecniche di modifica del territorio, di facile applicazione per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'impresa di rendere facili le scelte salutari;
3. aumentare il livello delle conoscenze degli operatori sanitari sui benefici dell'attività motoria per migliorare la capacità di promuovere stili di vita attivi;
4. attuare campagne informative generalizzate, che forniscano ai cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli per la salute e che creino un clima culturale favorevole per l'adozione di corretti stili di vita.

4. Nome, qualifica e competenze professionali del/dei responsabile/scientifico/culturale del progetto formativo aziendale

a) Cognome _____ nome _____ qualifica _____
competenze professionali _____

(In questa risposta vanno indicate brevemente le competenze professionali del o dei responsabili (massimo tre) del programma formativo, mentre il o i curricula estesi vanno inseriti al punto 21, importante per completare la richiesta di accreditamento).

5. Obiettivo/i specifico/i

- sensibilizzazione e coinvolgimento delle Istituzioni, preposte alle politiche sanitarie e sociali;
- formazione dei medici di medicina generale dei territori in cui il progetto viene sviluppato sui valori dell'attività fisica negli anziani, i mezzi e i modi per promuoverla, prescriverla, monitorarla;
- interazione con le Associazioni che si occupano di anziani e delle loro principali patologie croniche, soprattutto con attività di sostegno alla loro opera di sensibilizzazione sui benefici dell'attività fisica e sulle più semplici ed efficaci procedure per metterla in pratica;
- distribuzione di materiale divulgativo sulle attività fisiche quotidianamente

6. Sede di svolgimento _____

Regione PUGLIA Provincia _____ Comune _____

7. Data di svolgimento ed. 0 _____

8. Il progetto formativo aziendale si svolge in più edizioni ?

Si • (se sì, ripetere le domande 6 e 7 per tutte le edizioni temporalmente successive)

9. Durata effettiva della attività formative in ore (max ore) _____

10. Orario dalle _____ alle ore ____ -

11. Metodo o metodi d' insegnamento previsti (1)

¹ Il **metodo d'insegnamento** può essere uno dei seguenti: lezioni magistrali, serie di relazioni su tema preordinato, tavole rotonde con dibattito tra esperti, confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde"), dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti, presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi), lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto, esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche, Role-Playing.

serie di relazioni su tema preordinato

esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche e tecniche,

12. Inserire uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale al quale il PFA è coerente (vedi allegato):

Gruppo 1 - Miglioramento degli stili di vita per la salute

Gruppo 2 - Miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche

Indicare dettagliatamente le motivazioni in base alle quali si ritiene che l'evento rientri nell'obiettivo nazionale o regionale precedentemente selezionato e sia di interesse specifico della categoria professionale

L'evidenza scientifica parla chiaro: svolgere una regolare attività fisica di moderata intensità favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici sulla salute generale della persona. Lo sviluppo di strategie che portino a un aumento della diffusione dell'attività fisica, attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia, è un obiettivo di sanità pubblica che può essere raggiunto solo attraverso politiche sanitarie mirate, condivisione di obiettivi e individuazione delle responsabilità. Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono del resto evidenti sia a livello sociale che economico. La collettività ne trae giovamento non solo in termini di riduzione dei costi della sanità pubblica, di aumento della produttività, di miglior efficienza nelle scuole, di una riduzione dell'assenteismo sul lavoro, ma registrerebbe anche un aumento della partecipazione ad attività ricreative e relazionali

(area o disciplina) per la quale è stato proposto EDUCAZIONE ALLA SALUTE

13. Finalità del progetto formativo aziendale:

- fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di:

- formazione dell'abitudine ad una attività fisica e/o motoria regolare;
- prescrizione dell'attività fisica e/o motoria
- acquisizione da parte dei singoli partecipanti delle abilità motorie e delle conoscenze fondamentali per realizzare correttamente e proficuamente le attività

- fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di:

TIPOLOGIA DELL'ATTIVITA' FISICA E /O MOTORIA

TIPOLOGIA DELLA VALUTAZIONE

TIPOLOGIA DELLA PRESCRIZIONE

- fare migliorare le capacità relazionali comunicative in tema di:

- Acquisizione dei metodi di valutazione funzionale di diversi apparati ed in

diverse situazioni patologiche, con promozione/prescrizione di adeguati programmi di attività fisica;

- conoscenza dell'organizzazione internazionale impegnata nella capacità di adottare le strategie più adeguate al mantenimento, miglioramento e recupero dello stato di salute nelle diverse fasce di età e tipologia di individuo, anche grazie a specifici protocolli di sport terapia;
- capacità di consigliare un adeguato stile di vita, affiancando il medico specialista nella prescrizione e/o somministrazione dell'esercizio corretto in termini di intensità e durata

14. Specificare gli argomenti (3 parole chiave) per una puntuale classificazione del progetto formativo aziendale (ad esempio le patologie trattate, gli strumenti, ...)

Argomento 1 **patologie mediche**

Argomento 2 **prescrizione**

Argomento 3 **tipologia dell'attività**

15. Specificare il tipo di materiale didattico (da consegnare al discente).

- **Dispensa**

- **libretto informativo**

16. Metodo di verifica dell'apprendimento (allegare su file separato verifica dell'apprendimento):

a) **questionario**

17. Valutazione del gradimento (con questionario ministeriale, a cura dell' U.O. Formazione)

18. Qualifica e competenze professionali dei docenti/relatori

Sullo stesso file seguono:

19. Programma dettagliato – per ogni giornata elencare i diversi interventi indicando per ognuno:

- **titolo della sessione (la sessione inizia con il primo intervento e termina con la**

prima pausa)

- titolo del dettaglio di sessione
- orario di inizio e di fine
- docente e sostituto/i
- metodo di insegnamento utilizzato (1)

¹ Il metodo d'insegnamento può essere uno dei seguenti: lezioni magistrali, serie di relazioni su tema preordinato, tavole rotonde con dibattito tra esperti, confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde"), dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti, presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi), lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto, esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche, Role-Playing.

20. Breve curricula dei docenti e responsabile scientifico

N.B. Su file separato: prova di verifica dell'apprendimento.

, ____ / ____ / ____

Firma del responsabile scientifico