

Modello di Gestione

<p>SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE (PSB)– SERVIZIO SANITÀ PUBBLICA, IGIENE DEGLI ALIMENTI E SICUREZZA DEL LAVORO</p>	<p>Ruoli e competenze</p> <p>Attività di coordinamento con il referente del progetto.</p> <p>Adempimenti di carattere amministrativo-contabile.</p> <p>Coinvolgimento Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL.</p> <p>Invio dei dati secondo il <i>flow chart</i>.</p> <p>Aggiornamento e pubblicazione delle informazioni di carattere sanitario sul Portale Regionale della Salute.</p>
<p>Partner</p> <p>Servizi regionali</p>	
<p>• SEZIONE TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL PAESAGGIO – SERVIZIO PARCHI E TUTELA DELLA BIODIVERSITA’</p> <p>• SEZIONE TURISMO – SERVIZIO PROMOZIONE – AGENZIA REGIONALE PUGLIA PROMOZIONE</p>	<p>Monitoraggio e verifica delle attività; interfaccia con le strutture regionali, con gli Enti gestori delle Aree Protette e con l’Esperto in Comunicazione in Sanità Pubblica.</p> <p>Promozione turistica, finalizzata alla valorizzazione del territorio attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ideazione e progettazione dell’immagine coordinata del progetto; ✓ promozione delle attività e delle Aree protette attraverso i canali <i>social</i> di Pugliapromozione; ✓ promozione sul portale turistico regionale www.viaggiareinpuglia.it, mediante una <i>landing</i> dedicata; ✓ supporto al coordinamento delle attività progettuali proposte e attuate dagli Enti gestori delle Aree protette aderenti con il Servizio regionale

<ul style="list-style-type: none">• UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI “ALDO MORO” – DIP. SCIENZE BIOMEDICHE E ONCOLOGIA UMANA – ESPERTO IN COMUNICAZIONE IN SANITÀ PUBBLICA	<p>Parchi;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ supporto alle attività del progetto, attraverso la rete regionale IAT di Puglia;✓ segreteria tecnica per l’ideazione di coordinamento di eventi ed iniziative promozionali regionali/locali, attività di fidelizzazione e conoscenza del territorio da parte dei partecipanti alle attività in accordo con Enti, Università, Operatori. <p>Referente del progetto con attività di:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ interfaccia con le strutture regionali e con l’Agenzia Pugliapromozione per tutta la durata del progetto, nel rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma e del <i>flow chart</i>;✓ comunicazione degli eventi programmati sul territorio regionale, anche attraverso l’utilizzo di <i>social network</i>, dando rilievo ai relativi aspetti sanitari che saranno pubblicati sul portale regionale della salute a cura della Sezione PSB;✓ gestione e analisi dei dati sanitari;✓ verifica degli indicatori di risultato (<i>in itinere e post</i>);✓ pubblicazione dei risultati✓ trasmissione di tutto il materiale (documenti, schede, relazioni) alla Sezione PSB che avrà l’uso esclusivo di archiviazione.
---	---

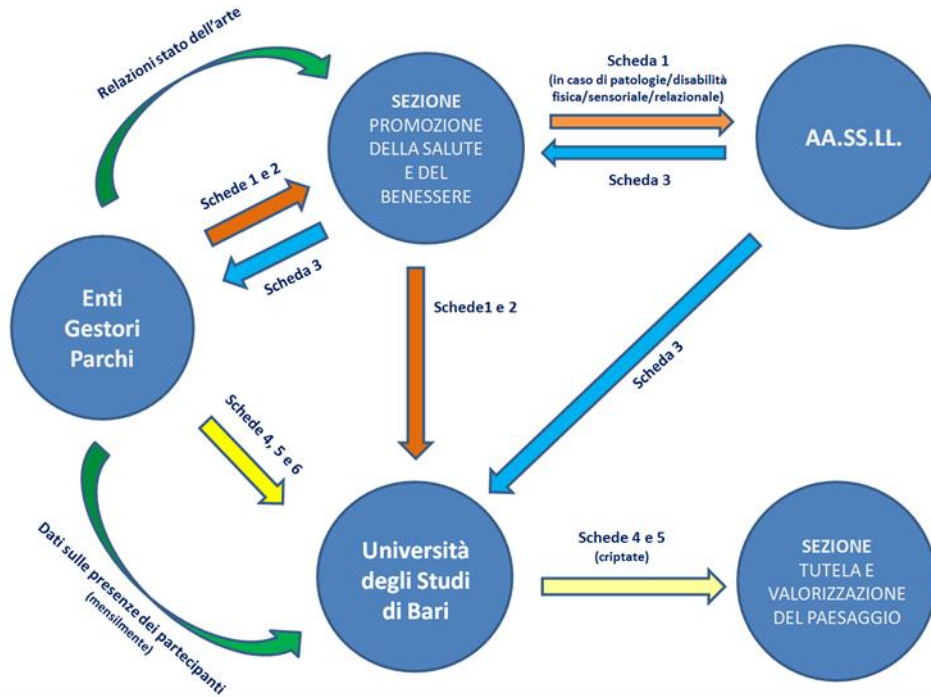
<p>ENTI GESTORI DELLE AREE PROTETTE REGIONALI E NAZIONALI</p>	<p>Soggetto esecutore con attività di:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ reclutamento dei partecipanti e degli esperti nelle diverse tematiche progettuali (anche attraverso le associazioni) e monitoraggio dell'osservanza dell'Attività Fisica Adattata (AFA) prescritta in sede di visita medica;✓ predisposizione del calendario delle attività e degli eventi, pianificazione dei percorsi multidisciplinari, informazione e aggiornamento alle strutture regionali sullo svolgimento degli eventi e dei percorsi intersettoriali individuati ed adattabili ad eventuali disabilità fisiche/sensoriali/relazionali (sindrome di Down);✓ invio delle schede come dettagliato nel <i>flow chart</i>;✓ monitoraggio delle presenze dei partecipanti su apposito registro, ai fini della valutazione degli indicatori di esito e comunicazione mensile dei dati all'Esperto in comunicazione sanitaria;✓ incentivazione alla partecipazione costante dell'utenza e per l'intera durata del progetto, attraverso forme di premialità;✓ invio di dettagliata relazione sullo stato dell'arte delle attività e sulle criticità emerse alla Sezione PSB, in coincidenza con le verifiche degli indicatori di esito, <i>in itinere e post</i>, come indicato nel cronoprogramma del progetto.
--	---

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AA.SS.LL.	Valutazione dei soggetti disabili fisici/ sensoriali/relazionali (sindrome di Down) e/o con patologie a rischio ed invio della scheda 3 come da <i>flow chart</i> ;
--	--

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
 Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

Flow Chart



Modello di comunicazione



Cronoprogramma delle attività
pausa estiva


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Stipula convenzioni con Enti Parchi regionali	█																							
Reclutamento degli esperti	█																							
Attività di comunicazione tra i partner		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Reclutamento dei partecipanti Iscrizione		█	█																					
Conferma/sostituzione partecipanti															█									
Visita medico-sportiva e individuazione dei percorsi			█												█									
Programmazione degli eventi			█												█									
Avvio delle attività				█				█								█				█				
Monitoraggio dei dati sanitari				█	█	█	█	█	█	█						█	█	█	█	█	█	█	█	
Verifica degli indicatori di esito <i>in itinere</i>							█												█					
Termine delle attività e Verifica degli indicatori di esito <i>post</i>											█												█	
Analisi dei dati sanitari e invio rendicontazione delle spese											█												█	
Relazione finale e pubblicazione dei risultati																								█

Progetto regionale "Vivere nei Parchi" - PugliA.M.I.C.A.

Area Protetta _____ **sede di** _____

Modulo di partecipazione

Nome e Cognome _____ Nucleo familiare n. _____

CF _____ Luogo di nascita _____

Residente in Via _____ Città _____ Prov. (___) CAP _____

Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

Titolo di studio _____ Attività lavorativa _____

Peso _____ Altezza _____ Età _____ Sesso M F

E' affetto da disabilità fisica? SI¹ NO

Se SI, indicare quale _____

E' affetto da disabilità sensoriale? SI¹ NO

Se SI, indicare quale _____

E' affetto da Sindrome di Down? SI¹ NO

Soffre di qualche patologia tra quelle di seguito elencate?

1. Allergie/intolleranze in trattamento SI¹ NO

Se SI, indicare quali _____

2. Asma SI¹ NO

3. Insufficienza renale SI¹ NO

4. Diabete SI¹ NO

5. Scopenso cardiaco SI¹ NO

6. Ipertiroidismo SI¹ NO

¹In caso di risposta affermativa, trasmettere la presente scheda alla Sezione PSB, in fase di iscrizione.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

Negli ultimi due anni ha svolto attività fisica? SI NO

Se SI, indicare la frequenza: 4/6 volte a settimana 2/3 volte a settimana 1 volta a settimana

È già in possesso di una certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica rilasciata dal proprio medico/pediatra negli ultimi sei mesi? SI NO

Se SI, da allegare in copia

Nel rispetto dell'art. 7 Dlgs. n. 196 del 2003, i dati dichiarati saranno utilizzati esclusivamente per fini sanitari e di studio, nonché per l'invio di informazioni riguardanti le iniziative relative al progetto. Apporre la propria firma in segno di assenso al trattamento dei dati personali per le finalità dichiarate.

Luogo e data, _____

Si prega di allegare alla presente la scheda n. 2

Firma

Questionario informativo

Vi chiediamo cortesemente di compilare questo rapido questionario per conoscere le vostre idee e il vostro pensiero riguardo l'iniziativa progettuale e raccogliere quindi alcune 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.

Nome e cognome: _____ Nucleo familiare n. _____

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

Amici/parenti Web Altro _____

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

3. Pensa che fare attività motoria, in maniera costante, possa migliorare il suo benessere psico-fisico?

SI NO

Perché? _____

4. E' a conoscenza che una scarsa partecipazione alle attività progettuali può limitare gli effetti benefici sul suo stato di salute? SI NO

5. Quale mezzo utilizza maggiormente per il percorso lavoro/scuola/casa?

Auto Mezzi pubblici Bicicletta Mi muovo a piedi

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

6. E' soddisfatto del suo aspetto fisico? SI NO

Perché? _____

7. Conosce le risorse ambientali del suo territorio?

Bene Abbastanza bene Poco Per niente

8. Conosce le risorse culturali del suo territorio?

Bene Abbastanza bene Poco Per niente

9. Conosce le risorse alimentari tipiche del suo territorio?

Bene Abbastanza bene Poco Per niente

10. Quali tra i seguenti alimenti consuma, settimanalmente, con maggiore frequenza ? (Max 3 risposte)

Carne rossa ed insaccati Carne bianca Pesce Dolci Snack e pizette

Legumi Formaggi Frutta e verdura

Grazie per la cortese collaborazione.

(da inviare alla Sezione PSB e all'Esperto in comunicazione sanitaria)

Dipartimento di Prevenzione ASL _____

Area Protetta _____ sede di _____ Nucleo familiare _____

MODULO DI "PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA"

Per soggetti con disabilità fisica, sensoriale, relazionale (sindrome di Down) e/o con patologie a rischio
(a cura del medico)

Al/alla Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____

Patologia:

1. Allergie/intolleranze in trattamento SI NO

Se SI, indicare quali _____

2. Asma SI NO
3. Insufficienza renale SI NO
4. Diabete SI NO
5. Scopenso cardiaco SI NO
6. Ipertiroidismo SI NO

Farmaci assunti _____

Sulla base delle sue condizioni di salute, è stato consigliato di eseguire la seguente **Attività Fisica Adattata (AFA)**:

Tipo di esercizio prescritto _____



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

Intensità dell'esercizio _____

Il MEDICO DELLO SPORT Dr. _____

Data _____

Firma e timbro

Dichiarazione dell'utente

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver preso visione delle prescrizioni mediche da rispettare durante le attività del progetto "Vivere nei Parchi", esonerando il gestore del Parco in caso di inosservanza.

Nel rispetto dell'art. 7 Dlgs. n. 196 del 2003, i dati dichiarati saranno utilizzati esclusivamente al fine di tutelare la salute del sottoscritto.

Data _____

Firma

Questionario di autopercezione sullo stato di benessere psico-fisico (*In itinere*)

(a cura dell'utente)

Area Protetta _____ sede di _____

Nome e Cognome _____ Nucleo familiare n. _____

1. Come va in generale la Sua salute?

Molto bene Bene Discretamente Male

2. In seguito alla Sua partecipazione al progetto, come si sente?

Molto meglio Meglio Discretamente Non ho notato miglioramenti

Perché _____

3. Ha notato un miglioramento del Suo aspetto fisico? SI NO

Se SI, come? _____

4. Sino ad ora ha partecipato, in maniera costante, alle attività proposte?

SI Abbastanza Poco NO

Perché? _____

5. L'adesione a questo progetto ha consentito di modificare le Sue abitudini sul percorso lavoro/scuola/casa? SI NO

Se SI, come? _____

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

6. Le attività proposte hanno consolidato i rapporti all'interno del nucleo familiare? SI NO

Se SI, come? _____

Se NO, perché? _____

7. Le attività proposte Le hanno consentito di socializzare all'interno del gruppo? SI NO

Se SI, come? _____

Se NO, perché? _____

8. Sarebbe in grado di svolgere le stesse attività motorie autonomamente? SI NO

Se SI, come? _____

Se NO, perché? _____

9. Le attività svolte hanno arricchito le Sue conoscenze ambientali?

Molto Abbastanza Poco Per niente

10. Le attività svolte hanno arricchito le Sue conoscenze culturali?

Molto Abbastanza Poco Per niente

11. Le attività svolte hanno arricchito le Sue conoscenze alimentari?

Molto Abbastanza Poco Per niente

12. Quali tra i seguenti alimenti consuma, settimanalmente, con maggiore frequenza? (*Max 3 risposte*)

Carne rossa ed insaccati Carne bianca Pesce Dolci Snack e pizette

Legumi Formaggi Frutta e verdura

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

- Nessuna 1-2 3-4 5 o più

14. Sintomatologia durante l'attività fisica

a. _____

b. _____

c. _____

15. Sintomatologia dopo l'attività fisica

a. _____

b. _____

c. _____

Ricordi che una scarsa partecipazione alle attività progettuali può limitare gli effetti benefici sul Suo stato di salute!

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 di autopercezione sullo stato di benessere psico-fisico (post)

(a cura dell'utente)

Area Protetta _____ **sede di** _____

Nome e Cognome _____ **Nucleo familiare n.** _____

1. Come va in generale la Sua salute?

Molto bene Bene Discretamente Male

2. In seguito alla Sua partecipazione al progetto, come si sente?

Molto meglio Meglio Discretamente Non ho notato miglioramenti

Perché _____

3. Ha notato un miglioramento del Suo aspetto fisico? SI NO

Se SI, come? _____

4. Sino ad ora ha partecipato, in maniera costante, alle attività proposte?

SI Abbastanza Poco NO

Perché? _____

5. L'adesione a questo progetto ha consentito di modificare le Sue abitudini sul percorso lavoro/scuola/casa? SI NO

Se SI, come? _____

6. Le attività proposte hanno consolidato i rapporti all'interno del nucleo familiare? SI NO

Se SI, come? _____

Se NO, perché? _____

7. Le attività proposte hanno consentito di socializzare all'interno del gruppo? SI NO

Se SI, come? _____

Se NO, perché? _____

8. Sarebbe in grado di svolgere le stesse attività motorie autonomamente? SI NO

Se SI, come? _____

Se NO, perché? _____

9. Le attività svolte hanno arricchito le Sue conoscenze ambientali ?

Molto Abbastanza Poco Per niente

10. Le attività svolte hanno arricchito le Sue conoscenze culturali?

Molto Abbastanza Poco Per niente

11. Le attività svolte hanno arricchito le Sue conoscenze alimentari ?

Molto Abbastanza Poco Per niente

12. Quali tra i seguenti alimenti consuma, settimanalmente, con maggiore frequenza? (*Max 3 risposte*)

Carne rossa ed insaccati Carne bianca Pesce Dolci Snack e pizette

Legumi Formaggi Frutta e verdura

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

- Nessuna 1-2 3-4 5 o più

14. Sintomatologia durante l'attività fisica

- a. _____
b. _____
c. _____

15. Sintomatologia dopo l'attività fisica

- a. _____
b. _____
c. _____

Ricordi che una scarsa partecipazione alle attività progettuali può limitare gli effetti benefici sul Suo stato di salute!

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



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
Servizio Sanità Pubblica, Igiene degli alimenti e Sicurezza del lavoro

Scheda 6

Area Protetta _____ sede di _____

ANNOTAZIONI DI CARATTERE SANITARIO

(a cura dell'Esperto in attività motoria/walking leader)

Nome e Cognome _____ Nucleo familiare n. _____

Nel rispetto dell'art. 7 D.lgs. n. 196 del 2003, i dati dichiarati saranno utilizzati esclusivamente per fini sanitari e di studio, nonché per l'invio di informazioni riguardanti le iniziative relative al progetto.

Luogo e data, _____

Firma
