PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

contributi

78

L'esercizio fisico come strumento di prevenzione e trattamento delle malattie croniche:

l'esperienza dell'Emilia-Romagna nella prescrizione dell'attività fisica

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Redazione e impaginazione a cura di:
Rossana Mignani – Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2014

I volumi della collana regionale Contributi possono essere scaricati dall'indirizzo
http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi

INDICE

Premessa	pag. 5
Deliberazione di Giunta Regionale n.2071 del 27 dicembre 2010: **Approvazione del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2013** Estratto dall'allegato, punto 2: Il Piano operativo PROGETTO 1 La prescrizione dell'attività fisica	pag. 7
Deliberazione di Giunta Regionale n.703 del 3 giugno 2013 **Recepimento accordo Stato-Regioni per la proroga del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012. - Proroga al 31 dicembre 2013 del Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 e conseguente riprogrammazione di obiettivi e azioni** Estratto dalle schede di progetto Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche. *La prescrizione dell'attività fisica*	pag. 15
Deliberazione di Giunta Regionale n.1154 dell' 1 agosto 2011 **Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna - "La prescrizione dell'attivita' fisica": primi indirizzi per l'attuazione del progetto "Palestra sicura: prevenzione e benessere"**	pag. 19
Deliberazione di Giunta Regionale n.2054 del 17 dicembre 2010 **Approvazione accordo di collaborazione (ex art. 15 legge 7/8/1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni) con il Ministero della Salute per la realizzazione del progetto "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia"**	pag. 39
Relazione finale al progetto "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia"	pag. 53
Deliberazione di Giunta Regionale n.316 del 25 marzo 2013 **Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'attività fisica adattata (AFA) e dell'esercizio fisico adattato (EFA) previsti dal Piano regionale della prevenzione 2010-2012 di cui alla Dgr 2071/2010**	pag.115
Nota PG/2013/308221 in data 11/12/2013 del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali **Indicazioni sulla modalità di accesso alle prestazioni dei Servizi di medicina dello sport delle Aziende USL, garantite dal SSR**	pag.133

Piano della Prevenzione 2013
Scheda di progetto e relativa valutazione per l'attività svolta nel 2013: sintesi regionale e valori osservati nelle Aziende USL pag.139

Determina del Direttore Generale Politiche sociali n.3591 del 18 marzo 2014
Modifica del gruppo di lavoro "La prescrizione dell'attività fisica" previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013 pag.145

Schede PASSI:
Patologie croniche e stili di vita in Regione Emilia-Romagna (dati del Sistema di sorveglianza PASSI 2008-2012) pag.153

Sono inconfutabili le evidenze scientifiche che dimostrano che *l'attività fisica è necessaria a tutte le età per mantenere lo stato di buona salute e la completa efficienza fisica e mentale*; recenti studi hanno documentato che l'inattività fisica produce più danni alla salute del fumo di tabacco. Nonostante questo, i sistemi di sorveglianza sviluppati negli ultimi anni ci dicono che in Emilia-Romagna *solo 1/3 circa delle persone adulte svolge una quantità sufficiente di attività fisica, mentre solo il 16% dei bambini e il 7% dei ragazzi pratica attività fisica secondo la quantità raccomandata per le rispettive età*. E i dati della nostra Regione sono tra i migliori a livello italiano.

I costi ingenti che le malattie croniche determinano sul sistema sanitario comportano la necessità di incidere a favore di stili di vita salutari; infatti tale situazione non è più sostenibile dal punto di vista etico - poiché esistono interventi di provata efficacia che potrebbero contrastare l'insorgenza di malattie croniche, disabilità e non autosufficienza- ed economico e della sostenibilità dei sistemi di welfare – poiché misure di prevenzione attuate correttamente potrebbero ridurre il carico assistenziale e i relativi costi per numeri molto elevati di persone.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato da tempo interventi di promozione della salute rivolti all'intera popolazione, e soprattutto a bambini, al fine di diffondere la cultura della vita attiva come strumento fondamentale per il benessere fisico e psichico e diffondere l'abitudine a stili di vita più attivi, facilitando scelte salutari.

L'attività fisica è però anche un importante strumento di prevenzione secondaria e trattamento di molte malattie croniche: pertanto sono stati sviluppati interventi di prescrizione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico, destinati alle persone che presentano fattori di rischio per la salute, o malattie sensibili all'esercizio fisico. Essi consistono in programmi personalizzati di prescrizione dell'attività fisica sotto controllo sanitario e in totale sicurezza.

La Regione Emilia-Romagna si è impegnata su questo innovativo filone di intervento e ha promosso, assieme al Ministero della Salute, una sperimentazione che ha coinvolto anche le Regioni Veneto, Lombardia e Sicilia, per delineare modalità organizzative idonee e valutare la sostenibilità organizzativa ed economica di tali programmi. Non si trattava infatti di valutare l'efficacia di interventi di prescrizione dell'attività fisica, già abbondantemente comprovata da molti studi, ma di testarne la possibilità di attivare reti di collaborazioni che possano sostenere i programmi su larga scala, considerando qualità dell'atto medico della prescrizione e nel contempo modalità di somministrazione tali da mantenere nel tempo l'adesione e la motivazione dei partecipanti.

La scommessa è stata quindi quella di proporre una modalità di "prescrizione" e di "somministrazione" dell'attività fisica che permetta di ottenere una grande adesione e assicuri una vera presa in carico delle persone che soffrono di patologie "sensibili" all'esercizio fisico.

Del resto già nel 2004 nel riorientare l'attività dei Servizi di Medicina dello Sport appena confluiti nel Dipartimento di Sanità pubblica, con una direttiva ormai di riferimento per tutte le altre Regioni (DGR n. 775/2004), è stato previsto lo sviluppo di una vera attività di prescrizione dell'attività fisica, controllata e monitorata da esperti della sanità. Inoltre il Piano della Prevenzione 2010-2012 ha previsto uno specifico progetto, all'interno dei programmi per la prevenzione delle malattie croniche, riguardante la prescrizione dell'attività fisica.

Il contesto regionale poi, con la creazione di palestre etiche e sicure (DGR 1154/2011), ha sostenuto la possibilità di integrare i professionisti della sanità con altri esperti, in particolare quelli del movimento quali sono i laureati in scienze motorie.

Il programma regionale di prescrizione dell'attività fisica consiste in due progetti che per le loro caratteristiche rispondono a due obiettivi diversi:

- EFA (Esercizio Fisico Adattato), destinato a persone con esiti stabilizzati post-sindrome coronarica acuta (con o senza infarto miocardico, con o senza rivascolarizzazione meccanica o chirurgica), diagnosi di diabete mellito di tipo 2, obesità/sindrome metabolica;
- AFA (Attività Fisica Adattata) rivolta a persone con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscolo scheletrico e osteoarticolare (lombalgia cronica, Morbo di Parkinson, esiti di impianto di artroprotesi d'anca, fibromialgia primaria.

Nel primo caso si tratta di esercizi svolti su prescrizione medica (MMG, Medici dello sport, Cardiologi, Diabetologi, …) in modo individualizzato per intensità, frequenza e durata della sedute, sulla base di una specifica valutazione delle condizioni di salute della persona interessata; il medico prescrittore effettua anche periodiche valutazioni dopo l'avvio della somministrazione degli esercizi, prescritti in ambito extra-sanitario presso palestre selezionate e collegate al Servizio sanitario regionale (programma "Palestra sicura"), in modo controllato e tutorato da personale laureato in scienze motorie opportunamente formato .
Nel caso dell'AFA, invece, si tratta di esercizi svolti in gruppo in ambienti tutorati o comunque controllati, per evitare che le strutture del servizio sanitario regionale si facciano carico di prestazioni non sanitarie, rispondendo comunque alle giuste esigenze di persone affette da malattie osteo-articolari o neuro-muscolari di praticare il movimento al fine di assicurare benessere e diminuire la probabilità di ricadute o esiti negativi per la salute.

La sperimentazione è terminata a metà del 2013, ma sulla base delle indicazioni fornite con deliberazione della Giunta regionale n. 316/2013, l'attività è proseguita e si è sviluppata: nel 2013, 5 Aziende Usl su 13 hanno già realizzato interventi riguardanti l'AFA prendendo in carico oltre 700 persone.
Per quanto riguarda l'EFA nel 2013 8 Aziende Usl, i cui Servizi di Medicina dello sport avevano già acquisito expertise nel prescrivere l'esercizio fisico adattato, hanno seguito e accompagnato oltre 600 persone.

Non tutto è già perfettamente definito: in particolare ci preoccupano la scarsa sensibilità nazionale nei confronti della figura del laureato in scienze motorie, e la non ancora diffusa consapevolezza da parte del mondo sanitario della importanza di dedicare attenzione al contrasto alla sedentarietà e alla promozione di una attività fisica che coinvolga sempre più cittadini.

La strada è ormai tracciata. Occorre implementare i programmi avviati sull'attività fisica sia di promozione, sia di prevenzione e terapia: **l'esercizio fisico come, e spesso al posto di, un farmaco.**

Un ringraziamento a tutti gli operatori che hanno creduto nel progetto e permesso i lusinghieri risultati ottenuti e un grazie particolare al dott. Pierluigi Macini che ha coordinato per diversi anni i lavori, ed è stato di riferimento nazionale per tutti quelli che hanno creduto di poter affrontare nuove sfide e nuovi traguardi nella prevenzione.

L'Assessore alle Politiche per la salute
Carlo Lusenti

Deliberazione di Giunta Regionale n.2071 del 27 dicembre 2010

Approvazione del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2013

Estratto dall'allegato, punto 2: Il Piano operativo

2.4 La prevenzione su gruppi selezionati di popolazione

2.4.b I programmi per la prevenzione delle malattie croniche

PROGETTO 1 La prescrizione dell'attività fisica

2.4.b I programmi per la prevenzione delle malattie croniche

Il problema di salute oggi

Come già ampiamente ricordato, i determinanti delle malattie croniche sono rappresentati prevalentemente da fattori connessi all'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono, e, pertanto, è necessario attivare programmi di prevenzione rivolti all'intera popolazione, come descritto in altra parte di questo Piano.

Tuttavia occorre intervenire anche con programmi di prevenzione "secondaria", rivolti a persone che presentano consolidati fattori di rischio o manifestano una patologia conclamata.

È proprio a questi gruppi di popolazione che sono rivolti i programmi descritti nel presente capitolo: essi devono comunque essere considerati in modo strettamente integrato con i programmi di promozione della salute, in quanto entrambi agiscono sul contrasto agli stessi fattori di rischio e utilizzano strumenti in parte comuni.

Il programma si articola su 4 progetti:

- la prescrizione dell'attività fisica
- la prevenzione dell'obesità
- la prevenzione delle malattie cardiovascolari
- la prevenzione delle complicanze del diabete

PROGETTO 1 La prescrizione dell'attività fisica

Esistono molte evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche, ed esistono esperienze riguardanti l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica clinica.

La sua introduzione nella pratica clinica richiede tuttavia di approntare concrete modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la sua somministrazione, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta.

La Regione Emilia-Romagna è da tempo impegnata sul tema della lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica: già nel Piano sanitario regionale 1999-2001 si affermava l'importanza dell'attività fisica ai fini del miglioramento della salute dei cittadini. Nel 2004, la Delibera n. 775 indicava, tra i compiti dei Servizi di Medicina dello sport presenti in ogni Azienda Usl, la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell'esercizio fisico attraverso l'utilizzo della sport-terapia.

Inoltre, in Emilia-Romagna si sono sviluppate alcune importanti esperienze che riguardano la prescrizione dell'attività fisica a persone con fattori di rischio o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, e a soggetti anziani fragili: fra queste la più importante e strutturata è certamente quella di Ferrara, che coinvolge sia i Medici di Medicina Generale sia il Centro di Medicina dello sport di secondo livello e di fatto anticipa il modello più avanti descritto.

Infine, è in fase di avvio il progetto "Trapianto … e adesso sport", attivato in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti e la Regione Veneto, che riguarda la prescrizione personalizzata di attività fisica a persone trapiantate di cuore, rene e fegato.

La Regione Emilia-Romagna intende ora intervenire con programmi di prescrizione dell'attività fisica, rivolti a persone che presentano problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili), costruendo a tal fine percorsi assistenziali integrati, secondo il modello sotto descritto, al cui interno i Nuclei delle Cure Primarie e i Centri di Medicina dello sport delle Aziende Usl svolgono un ruolo centrale.

Il progetto è finalizzato a sperimentare modalità innovative di presa in carico di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione. Esso mette insieme e rende compatibili due esigenze

apparentemente contrapposte: da un lato l'obiettivo di portare dentro il Ssr l'esercizio fisico, prescritto e somministrato come un farmaco, per persone con malattie sensibili a questo trattamento (prevalentemente malattie cardiovascolari e dismetaboliche), d'altro lato l'esigenza di evitare una inutile medicalizzazione di problemi non suscettibili di trattamenti sanitari appropriati (principalmente disabilità stabilizzata da eventi patologici). In questo modo si intende offrire risposte a bisogni delle persone che oggi non trovano adeguata copertura, con interventi appropriati e sostenibili.

La sinergia tra le due esigenze sopra richiamate si ottiene con un modello delineato come segue:

- la presa in carico della persona e la "prescrizione" o l'avvio all'attività fisica è sempre considerato un intervento sanitario a carico del Ssr, e avviene nell'ambito di una integrazione professionale e organizzativa fra MMG/PLS e medico specialista (Medico dello sport, Cardiologo, Diabetologo, Fisiatra,..).
- La somministrazione, cioè il concreto svolgimento, dell'attività fisica avviene in ambito Ssr solo per le persone che presentano un quadro più complesso, e per il tempo necessario all'autonomia e alla sicurezza del paziente; al di fuori di queste situazioni, quindi nella maggior parte dei casi, la fase della "somministrazione" dell'esercizio fisico avverrà al di fuori dell'ambito di intervento del Ssr, ma con modalità e in strutture riconosciute e legate da patnership con il Servizio stesso.

<u>Obiettivi specifici</u>

- Costruzione di un modello organizzativo per la prescrizione dell'attività fisica, coinvolgendo i MMG/PLS, i medici dello sport operanti presso i servizi di Medicina dello sport delle AUsl e gli specialisti di riferimento per le diverse patologie sensibili all'esercizio fisico (Cardiologi, Diabetologi, Fisiatri, Geriatri, ..);
- Sviluppo sul territorio di occasioni e strutture per la "somministrazione" dell'attività fisica. La somministrazione dell'attività fisica deve avvenire in situazioni organizzate o in strutture specificamente attrezzate, contraddistinte da una buona gestione complessiva, facilmente accessibili e con modalità tali da assicurare una elevata compliance al percorso proposto;
- Aumento delle competenze dei medici prescrittori e dei laureati in scienze motorie che operano in fase di somministrazione, attraverso specifiche attività di formazione e aggiornamento.

- *Il modello organizzativo per la prescrizione personalizzata dell'attività fisica.*

Il *Medico di medicina generale* (MMG) e il *Pediatra di libera scelta* (PLS) rappresentano il primo filtro di valutazione delle persone interessate, e possono farsi carico direttamente della prescrizione dell'attività fisica a persone con basso livello di rischio. Le persone con livelli di rischio più consistenti, devono essere indirizzate alla rete di strutture specialistiche ambulatoriali di riferimento (Medicina dello sport, Cardiologia, Diabetologia). Nell'ambito delle strutture specialistiche per la prescrizione dell'attività fisica, un ruolo centrale sarà svolto dal *Medico specialista in medicina dello sport*, che dovrà possedere specifiche conoscenze per delineare protocolli di esercizio fisico personalizzati, per monitorare in modo efficace l'evoluzione del processo di "riadattamento funzionale" e procedere alla verifica dei risultati progressivamente acquisiti

I Servizi di Medicina dello sport e promozione dell'attività fisica presenti in tutte le AUsl della Regione vengono organizzate in *Centri territoriali di Medicina dello sport di primo e secondo livello.* Nei centri territoriali di primo livello, attualmente destinati prevalentemente al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, si procede alla valutazione funzionale semplice di soggetti portatori di patologie sport sensibili a bassa criticità. Si delineano programma di esercizio fisico e si predispongono tabelle di allenamento individuali, in relazione all'età e al rischio clinico potenziale; inoltre, in collegamento funzionale con il Centro di secondo livello, possono essere predisposte analisi nutrizionali e diete personalizzate (in particolare per i soggetti

diabetici e/o in sovrappeso) con attenzione anche agli aspetti psicologici (*counselling* appropriato) onde evitare abbandoni prematuri.

I centri territoriali di secondo livello (uno per ogni Azienda Usl) seguono i pazienti a criticità medio-alta in ambito cardiovascolare e dismetabolico. Qui viene effettuata la valutazione funzionale approfondita, con l'utilizzo di test specifici, e, in collegamento con altri specialisti, vengono fornite indicazioni individualizzate sulla tipologia di attività fisica da svolgere, adattando e personalizzando gli schemi di allenamento in funzione della condizione fisica del soggetto/paziente, dei fattori di rischio presenti, e della eventuale patologia in atto. In questa sede, inoltre, viene svolta una fase di somministrazione controllata e tutorata dell'attività fisica in ambito di Servizio sanitario regionale, fino al momento in cui il paziente può essere inviato ad una struttura esterna al Ssr dove la somministrazione di attività fisica è supervisionata da laureati in Scienze motorie, e sottoposta a periodiche valutazioni mediche (vedi schema sotto riportato).

Lo stesso ruolo descritto per i Servizi di Medicina dello sport potrà essere svolto da altre strutture specialistiche delle diverse discipline mediche interessate, secondo le disponibilità presenti sul territorio. In ogni caso occorre rinforzare le sinergie fra strutture di Medicina dello sport e le U.O. specialistiche di Cardiologia e Diabetologia. Le costituende Case della salute, strumento di integrazione professionale o organizzativa tra discipline e professioni diverse, possono favorire la costruzione e l'implementazione dei percorsi descritti.

Infine si sottolinea che il percorso così delineato potrà riguardare, oltre alle persone adulte obese, anche bambini o adolescenti affetti da obesità; il sovrappeso e l'obesità nei bambini rappresentano infatti un problema di salute di grande rilievo, e in continua crescita, che deve essere affrontato, in alcuni casi, anche con una presa in carico da parte del PLS o del medico specialista con le modalità sopra descritte.

Un modello analogo si applicherà ai programmi di Attività fisica non sanitaria – *Attività Fisica Adattata (AFA)*, che sono rivolti a un target diverso, cioè a persone con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscolo scheletrico e osteoarticolare che hanno terminato la fase di riabilitazione sanitaria (che ha come obiettivo la modificabilità attiva della disabilità). Nel caso dell'AFA le strutture specialistiche di riferimento sono le U.O. di Medicina riabilitativa, così come già ora organizzate, gli esercizi sono svolti in gruppo in strutture esterne al Ssr e sono guidati da laureati in scienze motorie.

La presa in carico avverrà da parte del MMG o dello specialista fisiatra, in relazione alla intensità del problema e sulla base di protocolli che verranno stilati, con eventuale supervisione del fisioterapista per verificare i risultati ottenuti con l'applicazione degli esercizi individuati.

Il percorso di Attività fisica adattata è dunque finalizzato alla promozione di un'attività fisica regolare - come strategia di intervento per la salute e non di cura della malattia – rivolta al mantenimento dell'abilità motoria in caso di disabilità stabilizzata da eventi patologici. Essa riguarda una serie di condizioni in cui l'approccio sanitario risulta inappropriato, ma al contempo appaiono necessari altri tipi di intervento.

Questo percorso si applica anche a tutte quelle patologie neurologiche o neuromuscolari di tipo cronico o cronico-progressivo, che condizionano pesantemente autonomia, partecipazione e qualità di vita, in cui la cascata del danno secondario e terziario legato all'ipomobilità massimizza il danno primario e contribuisce in larga misura al progressivo abbassamento del profilo funzionale della persona.

In questo ambito potrà avvenire anche la presa in carico di persone di età > 65 aa con frattura di femore che, superata la fase di riabilitazione, vengono inseriti in un programma di esercizi finalizzati al recupero e incremento della forza, dell'equilibrio e delle abilità motorie complessive, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza della rifrattura.

- *Le modalità e le sedi per la somministrazione dell'attività fisica*

Nel caso di soggetti a basso rischio presi in carico direttamente dal MMG o dal PLS, l'esercizio può essere svolto direttamente in ambiente libero o utilizzando le risorse disponibili sul territorio (aree

verdi, gruppi di cammino, palestre, strutture sportive, ecc.): in questo caso la persona interessata assume direttamente la responsabilità di seguire le indicazioni di esercizio ricevute, mantenendo comunque un rapporto con il MMG o il PLS, che periodicamente verifica l'adesione al programma di esercizio proposto e gli effetti sulla salute.

Perché questa modalità di somministrazione possa essere praticata con continuità e in modo diffuso, è necessario sviluppare l'organizzazione territoriale delle diverse tipologia di attività fisica. A questo proposito occorre sottolineare che i progetti per la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale, svolti in altra parte del Piano regionale della Prevenzione (vedi cap. 2.3.a progetto 1), non sono esclusivi per la popolazione "sana" ma rappresentano una opportunità anche per le persone cui è destinato il presente progetto. Infatti, i programmi rivolti a sviluppare le caratteristiche delle città che facilitano o addirittura "costringono" tutta la popolazione a eseguire attività fisica per svolgere le normali attività della vita quotidiana (es. percorsi casa-scuola, lavoro-spesa) non costituiranno un ostacolo per gli individui, con fattori di rischio o malattie, che possono fare attività fisica fuori dai percorsi sanitari, anzi li aiuteranno a mantenere una vita attiva. Gli interventi sulle dotazioni di servizi della città sono orientati a rendere più accessibili (in tutti i sensi) e funzionali i luoghi ove potere svolgere attività fisica, quindi rappresentano una risorsa indispensabile anche per il presente progetto. Gli interventi volti a mutare lo stile di vita sedentario di gran parte della popolazione con offerta di attività organizzate (es. gruppi di cammino, orti per anziani, ecc) saranno diversificati anche per performance fisica richiesta, e il MMG potrà consigliare quella più adatta.

Le persone con problemi di salute più complessi, o che sono state prese in carico da una struttura specialistica che ha prescritto un programma individualizzato, devono invece essere indirizzati presso specifiche strutture, quali palestre o centri sportivi, "riconosciute" dal Servizio sanitario regionale con un processo di selezione tale da garantire la qualità degli interventi ed una ragionevole sicurezza per le persone: in queste strutture operano laureati magistrali in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate.

La selezione sul territorio di strutture riconosciute e certificate dal Servizio sanitario regionale avverrà sulla base del progetto già in corso ***"Palestra sicura".***
Si tratta di un percorso attraverso il quale si punta a costituire una rete di Palestre attraverso azioni formative, la condivisione di valori etici e un sistema di valutazione della qualità degli interventi. Tali palestre, fidelizzate ai valori del Ssr e con esso cooperanti, saranno strutturalmente idonee a accogliere e trattare, con personale specializzato ed opportunamente formato, soggetti che possono ridurre i fattori di rischio o trarre beneficio per la propria condizione patologica attraverso un'attività fisica e sportiva opportunamente prescritta e somministrata.

Infine, come già accennato, per alcuni pazienti sarà necessario un periodo definito di attività fisica controllata e monitorata presso centri del Servizio sanitario regionale, collegati al Centro territoriale di Medicina dello sport di secondo livello. Una volta che il paziente abbia raggiunto l'autonomia nell'esecuzione degli esercizi e un livello di efficienza tale da garantire la sicurezza nell'esecuzione degli stessi, sarà indirizzato alle strutture sopra descritte, per essere preso in carico dal laureato in scienze motorie ivi operante e periodicamente controllato dal medico.

Il modello descritto costituisce una forma innovativa di presa in carico, da parte del Ssr, di problemi di salute importanti e diffusi nella popolazione; l'obiettivo della Regione Emilia-Romagna è di attivare tale intervento in forma sperimentale, nei prossimi due anni, in alcuni ambiti territoriali della Regione, per poter effettuare le necessarie valutazioni di sostenibilità organizzativa, economica e di efficacia, per poi estendere l'attività a regime su tutto l'ambito regionale in caso di valutazione positiva, con gli eventuali adeguamenti che si rendessero necessari.

Per questo sarà necessario disegnare nel 2011 e eseguire nel 2012 uno studio per la valutazione rigorosa dei risultati della fase sperimentale.

<u>Risultati attesi</u>

- Attivazione del percorso di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica in almeno 4 AUsl, e disegno dello studio per la valutazione della fase sperimentale entro il 31 dicembre 2011.

- Gestione dell'attività nelle sedi individuate per la fase sperimentale per tutto l'anno 2012 e raccolta dei dati per la valutazione dei risultati.
- Assunzione della decisione circa l'estensione o meno del programma a tutto l'ambito regionale entro il 30 giugno 2013, sulla base della valutazione di sostenibilità e efficacia dell'intervento.

Destinatari

Persone con patologie cardiovascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore, e persone con fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie.

Criticità

Si tratta di un intervento innovativo, che comporta i seguenti problemi:

- mancanza di competenze professionali specifiche e praticate sul campo, nonchè di esperienze consolidate a cui fare riferimento, con conseguente gradualità nella messa a regime del programma e prevedibile necessità di fare aggiustamenti in fase di esecuzione del progetto;
- nonostante le esperienze pilota già realizzate in Regione, il livello di adesione al programma terapeutico nel tempo non è stimabile con un buon livello di precisione, e questo fattore può avere un effetto rilevante sull'efficacia del programma.

Sistema di valutazione

Per quanto riguarda l'attivazione del percorso in almeno 4 AUsl, la valutazione sarà fatta attraverso la verifica del numero di AUsl in cui è stato avviato un programma avente caratteristiche minime definite (attivazione del Centro di secondo livello dotato di attrezzature e professionalità sufficienti, presa in carico di un numero minimo di persone con condizioni di rischio o patologie afferenti all'ambito cardiovascolare o dismetabolico o muscolo-scheletrico, ..).

Per quanto attiene all'assunzione della decisione circa la messa a regime del programma a tutto l'ambito regionale, la valutazione avverrà con la verifica dell'effettiva adozione della decisione, sulla base di un progetto predefinito di valutazione dei risultati.

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

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

In ambito di Servizio sanitario regionale

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

- *La formazione del personale*

Formazione dei medici

L'impiego della sport-terapia non è ancora patrimonio culturale condiviso degli operatori del Ssr. Per questo motivo si prevede la realizzazione di percorsi formativi a favore del personale sanitario nel suo complesso, con particolare riferimento ai MMG/PLS, ai Medici dello Sport e Cardiologi. In particolare, i Centri di Medicina dello Sport di 2° livello, in ciascuna Provincia, avranno un ruolo centrale nel verificare le necessità e realizzare, secondo linee regionali e in accordo con le Aziende Sanitarie, momenti di formazione e condivisione dei percorsi di salute sia sanitari che extrasanitari incentrati sull'esercizio fisico e la pratica sportiva.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei MMG e PLS, gli eventi formativi seguiranno i consueti percorsi di pianificazione e attuazione della formazione obbligatoria, già ampiamente collaudati.

Per il miglioramento delle conoscenze e competenze del personale afferente ai servizi di medicina dello sport, impegnati in una profonda revisione operativa delle proprie attività, è prevista la realizzazione di un corso di formazione, in parte residenziale, presso il Centro di ricerche applicate allo sport dell'Università di Ferrara.

Formazione dei laureati in scienze motorie

Attivazione, in collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università degli studi di Bologna, di un Corso di formazione speciale per laureati in Scienze motorie e per laureati magistrali in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata.

Risultati attesi

- Attivazione, entro il 2011, dei programmi di formazione per gli MMG, gli operatori dei servizi di Medicina dello sport e degli altri servizi interessati alla prescrizione, appartenenti alle AUsl in cui saranno attivati i percorsi di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica.
- Realizzazione, entro il 31 dicembre 2011, il primo corso di formazione specifico per laureati in Scienze motorie. Eventuale replica nel 2012, previo valutazione dei risultati conseguiti e delle necessità espresse dal territorio.

Destinatari

MMG, operatori dei servizi di Medicina dello sport e degli altri servizi interessati alla prescrizione dell'esercizio fisico.

Criticità

Si tratta di interventi formativi che devono essere progettati ex novo, in quanto non esistono esperienze già attivate in Regione.

Sistema di valutazione

La valutazione sarà fatta verificando il numero di eventi formativi attivati e il numero di operatori formati.

Deliberazione di Giunta Regionale n.703 del 3 giugno 2013

Recepimento accordo Stato-Regioni per la proroga del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012.
Proroga al 31 dicembre 2013 del Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 e conseguente riprogrammazione di obiettivi e azioni

Estratto dalle schede di progetto

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.1

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche. *La prescrizione dell'attività fisica*

Scheda di progetto e relativa valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche: *La prescrizione dell'attività fisica*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.2 (Malattie cardiovascolari), 3.3 (Diabete), 3.5 (malattie osteoarticolari), 3.8 (malattie neurologiche)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:
Nel corso dell'anno 2013 terminerà il progetto finanziato dal Ministero della Salute "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia": entro il mese di luglio dovrà essere prodotta la relazione finale, contenente la valutazione sulla sostenibilità organizzativa ed economica del percorso testato.
L'anno 2013 sarà dunque dedicato alla conclusione della sperimentazione in atto e alla prosecuzione dell'attività con modalità proprie di una fase ancora transitoria, in attesa di avere tutti gli elementi di valutazione per decidere il passaggio, a partire dall'anno 2014, a una fase di messa a regime di questi percorsi su tutto l'ambito territoriale della Regione.
Gli obiettivi per il 2013 possono pertanto essere formulati come segue:

- Per quanto riguarda l'AFA: l'obiettivo è quello di garantire la prosecuzione dell'attività nelle AUsl dove si è svolta la fase sperimentale e di estendere ad altre AUsl della Regione, che siano in grado di farlo, l'attivazione del percorso AFA, secondo le modalità organizzative contenute nel progetto ministeriale, approvato con Deliberazione di Giunta regionale 2054/2010, e meglio dettagliate nei protocolli operativi elaborati per la realizzazione del progetto stesso;
- Per quanto riguarda l'EFA: l'obiettivo è quello di mantenere attivo il percorso nelle AUsl dove è in corso la fase sperimentale anche al termine del progetto finanziato dal Ministero della Salute.

Beneficiari:
Persone con patologie cardiovascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore, e persone con fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie.

Obiettivi di salute (e/o di processo) perseguiti:
Attuazione di percorsi di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica adattata e dell'esercizio fisico adattato, rivolti a persone affette da malattie sensibili all'esercizio fisico, o portatrici di fattori di rischio per le stesse patologie, secondo i protocolli e le procedure già adottati per la sperimentazione sostenuta dal Ministero della Salute.

Sistema di valutazione:

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.12		VALORE AL 31.12.13	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elaborazione della relazione finale sul progetto ministeriale, contenente la valutazione sulla sostenibilità organizzativa ed economica del percorso testato	Evidenza documentale			Sì	
Numero di AUsl in cui si attiva il percorso di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico	Evidenza documentale	6	6	8	

Deliberazione di Giunta Regionale n.1154 dell' 1 agosto 2011

Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna - "La prescrizione dell'attivita' fisica": primi indirizzi per l'attuazione del progetto "Palestra sicura: prevenzione e benessere"

Progr.Num. 1154/2011

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 01 **del mese di** Agosto

dell' anno 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Bortolazzi Donatella	Assessore
5) Freda Sabrina	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
8) Peri Alfredo	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: PIANO DELLA PREVENZIONE 2010-2012 DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA- "LA PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA": PRIMI INDIRIZZI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO "PALESTRA SICURA. PREVENZIONE E BENESSERE.

Cod.documento GPG/2011/874

Num. Reg. Proposta: GPG/2011/874

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la propria deliberazione di Giunta regionale n. 2071 del 27 dicembre 2010 "Approvazione del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012" e, in particolare , il punto 2.4b "I programmi per la prevenzione delle malattie croniche" che prevede di attuare un progetto denominato "La prescrizione dell'attività fisica";

Rilevato che con il progetto sopra richiamato si intende intervenire con programmi di prescrizione del'attività fisica rivolti a persone che presentano problemi di salute, per i quali l'attività fisica è di dimostrata efficacia, sperimentando, da un lato, l'attività fisica prescritta come farmaco all'interno del Servizio Sanitario regionale, dall'altro, cercando di evitare inutili medicalizzazioni di problemi per i quali i trattamenti sanitari non sono necessari;

Ritenuto quindi opportuno dare attuazione a quest'ultimo obiettivo, relativo alla sperimentazione di attività fisica per persone portatrici di fattori di rischio o con patologie a basso rischio, al di fuori dell'ambito sanitario, con un progetto attuativo denominato "Palestra Sicura" che si propone, tra l'altro:

- di attivare una rete di palestre e centri sportivi riconosciuti dalle istituzioni pubbliche, in grado di svolgere programmi di attività fisica a favore di soggetti portatori di fattori di rischio e/o di patologie per le quali è dimostrata l'utilità di un esercizio fisico appropriato nel mantenimento e nel miglioramento dello stato di salute;
- di selezionare tali palestre e centri sportivi sulla base del progetto "Palestra Sicura", coordinato dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri ed approvato con le proprie deliberazioni nn. 792/2009 e 1631/2010;
- di realizzare,in collaborazione con l'Università di Bologna, percorsi formativi per i laureati in Scienze Motorie che potranno svolgere le attività sopra descritte nelle palestre e centri sportivi certificati;

Ritenuto pertanto di approvare i primi indirizzi per l'attuazione del progetto "Palestra Sicura: prevenzione e benessere", contenuti negli allegati 1 e 2, parti integranti del presente provvedimento;

Dato atto del positivo confronto svoltosi in sede di "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali", istituita con deliberazione di Giunta Regionale n. 2187 del 19/12/2005, che ha approvato la proposta di deliberazione GPG/2011/874 in data 29/07/2011;

Vista la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 e successive modificazioni;

Richiamate le deliberazioni della Giunta regionale n. 1057 del 24/07/2006, n.1663 del 27/11/2006 e n. 1173 del 27/07/2009 e n.1377/2010;

Richiamata inoltre la deliberazione della Giunta regionale n. 2416/2008: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla Delibera 999/08. Adeguamento e aggiornamento della Delibera 450/07" e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, i primi indirizzi per l'attuazione del progetto "Palestra Sicura: prevenzione e benessere", quale parte del progetto "La prescrizione dell'attività fisica" rientrante nel Piano regionale della Prevenzione 2010-2012, di cui agli allegati 1 e 2 al presente provvedimento, quali parti integranti e sostanziali del provvedimento stesso;

2. di dare mandato, per la realizzazione del suddetto progetto, al Servizio Sanità Pubblica e al Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle carceri della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, tenuto conto che quest'ultimo Servizio già coordina l'attuazione del progetto "Palestra Sicura" di cui alle proprie deliberazioni nn. 792/2009 e 1631/2010, con il quale il presente progetto si pone in continuità, estendendolo a tutto il territorio regionale;

3. di demandare, per ogni altro aspetto inerente le procedure di attuazione, a quanto previsto dal Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 più sopra citato;

4. di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico (BURERT).

PIANO DELLA PREVENZIONE 2010-2012 DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA- "LA PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA": PRIMI INDIRIZZI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO "PALESTRA SICURA. PREVENZIONE E BENESSERE"

La ricerca medica negli ultimi decenni ha accumulato una grande quantità di dati in base ai quali si può affermare in modo definitivo che l'attività fisica regolare e di intensità adeguata è un fattore di cruciale importanza per il mantenimento di un buono stato di salute e per la prevenzione di numerose malattie croniche non trasmissibili, con particolare riguardo alla patologia cardiovascolare.
Si può quindi oggi sostenere che l'attività fisica così svolta riduce la morbilità e la mortalità per diverse malattie di grande rilevanza socio-sanitaria, tra cui la cardiopatia ischemica, l'ipertensione, il diabete, l'obesità, l'osteoporosi, la depressione ed alcuna forme tumorali.
In quasi tutto il mondo la mancanza di attività fisica è una delle maggiori cause di morte, malattie e disabilità.
Lo svolgere un'attività fisica con regolarità ed intensità correlata alle proprie possibilità e condizioni di salute è quindi consigliabile a tutti, ma in particolare il consiglio e l'incoraggiamento devono essere rivolti soprattutto alle persone sedentarie, tenendo conto che la tendenza alla sedentarietà comincia a manifestarsi fin dall'adolescenza per raggiungere il suo massimo nella terza età.
I benefici di una regolare attività fisica interessano sia direttamente le singole persone che indirettamente la collettività; la sedentarietà ha infatti una notevole importanza nella diminuzione dell'autonomia delle persone e nell'insorgenza e/o aggravamento di numerose patologie croniche con conseguente ricaduta sui costi per l'assistenza sia sociale che sanitaria.
Tra gli effetti positivi ricordiamo tra gli altri sostanziali e duraturi miglioramenti della funzione cardiaca, della pressione arteriosa, del metabolismo lipidico e glucidico, del rapporto tra massa muscolare e massa adiposa, del tono muscolare e della capacità di equilibrio, senza dimenticare gli importanti effetti benefici a livello psicologico, con miglioramento in particolare dell'umore e dell'auto-stima. A questo proposito, uno stile di vita sedentario, a qualunque età, porta a poco a poco all'isolamento dal contesto della vita sociale; questo allontanamento comporta, in particolare nella terza età, un grave rischio per il mantenimento della propria autonomia ed autosufficienza. L'attività fisica, soprattutto quando viene esercitata all'aperto e ancor più quando si svolge a gruppi, contribuisce in modo rilevante all'integrazione sociale e alla creazione di nuovi legami di amicizia e solidarietà.

Vi sono poi molte evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico anche nelle diverse condizioni patologiche, ed esistono esperienze riguardanti l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica

clinica.

La sua introduzione nella pratica clinica richiede tuttavia di approntare concrete modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la sua somministrazione tutorata, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta.

La Regione Emilia-Romagna è da tempo impegnata sul tema della lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica: già nel Piano sanitario regionale 1999-2001 si affermava l'importanza dell'attività fisica ai fini del miglioramento della salute dei cittadini. Nel 2004, la Delibera n. 775 indicava, tra i compiti dei Servizi di Medicina dello sport presenti in ogni Azienda Usl, la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie croniche non trasmissibili che possono beneficiare dell'esercizio fisico.

La Regione Emilia-Romagna, con il Piano della Prevenzione 2010-2012, intende attuare programmi di prescrizione dell'esercizio fisico, rivolti a persone che presentano problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili), costruendo a tal fine percorsi assistenziali integrati, finalizzati a sperimentare modalità innovative di presa in carico di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione.

La sua realizzazione si ottiene con un modello così delineato :

- la presa in carico della persona e la "prescrizione" o l'avvio all'attività fisica è sempre considerato un intervento sanitario a carico del Servizio sanitario regionale e avviene nell'ambito di una integrazione professionale e organizzativa fra MMG/PLS e medico specialista (Medico dello sport, Cardiologo, Diabetologo, Fisiatra,..).
- la somministrazione, cioè il concreto svolgimento, dell'attività fisica avviene in ambito Servizio Sanitario regionale solo per le persone che presentano un quadro più complesso, e per il tempo necessario all'autonomia e alla sicurezza del paziente; al di fuori di queste situazioni, quindi nella maggior parte dei casi, la fase della "somministrazione" dell'esercizio fisico avverrà al di fuori dell'ambito di intervento del Servizio Sanitario regionale, ma con modalità e in strutture riconosciute e legate da patnership con lo stesso.

Condizioni preliminari per la concreta attuazione del Piano della Prevenzione 2010-2012 sono:

- lo sviluppo sul territorio di una rete di strutture per la "somministrazione" dell'attività fisica, che deve avvenire in realtà specificamente attrezzate (palestre e centri sportivi pubblici e privati), contraddistinte da una buona gestione complessiva e con modalità tali da assicurare una elevata compliance al percorso proposto;

- l' accrescimento delle competenze anche dei laureati in scienze motorie che operano in fase di somministrazione, attraverso specifiche attività di formazione e aggiornamento.

Tutti, dal soggetto sano alle persone con uno o più fattori di rischio fino agli individui con problemi di salute più complessi, o che sono state eventualmente prese in carico da una struttura specialistica che ha prescritto un programma individualizzato, devono poter essere indirizzati presso specifiche strutture, quali palestre o centri sportivi, "riconosciute" dal Servizio sanitario regionale attraverso un processo di selezione tale da garantire la qualità e la sicurezza degli interventi per le persone: in queste strutture opera personale qualificato, laureato in Scienze Motorie e opportunamente formato sulla somministrazione di esercizio fisico in soggetti affetti da fattori di rischio e/o da patologie sensibili all'esercizio fisico.

La selezione sul territorio di strutture riconosciute e certificate dal Servizio sanitario regionale avverrà sulla base degli esiti e delle proposte del progetto *"Palestra sicura: prevenzione e benessere"* inserito nel Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna.

Il Progetto "Palestra Sicura", coordinato dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle carceri e svolto in collaborazione con il Servizio Sanità Pubblica, è nato inizialmente dall'esigenza di prevenire e contrastare, tra gli sportivi amatoriali e gli atleti frequentatori delle palestre, l'utilizzazione e la diffusione delle sostanze dopanti, promuovendo un modello di buona gestione complessiva mirato al miglioramento dello stato di salute e di benessere degli utenti. Più in generale, il progetto (tra i pochi che si è proposto direttamente ai gestori e responsabili tecnici delle palestre, per responsabilizzarli nelle attività di promozione della salute) voleva valorizzare il ruolo delle palestre nella promozione di uno stile di vita sano in sinergia con il Servizio Sanitario Regionale e creare una rete di collaborazioni tra Regione e Palestre pubbliche e private, finalizzata, tramite azioni di informazione dei clienti e di formazione dei gestori e dei tecnici delle palestre, alla tutela della salute, in particolare attraverso azioni di contrasto dell'uso improprio ed inutile di farmaci, integratori alimentari e sostanze psicoattive in ambito sportivo e di promozione di alimentazione e comportamenti salutari.

Nei due anni di sperimentazione (2009-2011), accompagnati da un gruppo di monitoraggio composto da Regione, 5 Comuni, AUSL e da un valutatore esterno, sono stati organizzati tre seminari di formazione per le palestre aderenti al progetto, cui hanno partecipato 94 gestori e tecnici di 58 palestre dell'Emilia-Romagna. I partecipanti alla sperimentazione hanno condiviso l'opportunità di creare un circuito di palestre che promuovano il benessere, inteso come garanzia di sicurezza sotto il profilo professionale (presenza di personale qualificato) e impegno allo svolgimento di iniziative di prevenzione dei rischi legati al consumo di sostanze psicoattive (alcol e droghe) e di sostanze dopanti oltreché di promozione di una corretta alimentazione e di

limitazione dell'uso di integratori alimentari. Nei Comuni sede delle palestre, sono state organizzate, insieme alle AUSL, iniziative di sensibilizzazione e di informazione sui temi sopra elencati. Le palestre già sensibilizzate attraverso il percorso formativo svolto, possono diventare il primo nucleo del circuito di palestre che somministra attività fisica.

Il modello sperimentato, dati gli esiti positivi, viene quindi esteso a tutto il territorio regionale.

Si propone infatti di attivare un circuito regionale di palestre e strutture sportive, certificato ed istituzionalmente riconosciuto, con azioni formative, condivisione di valori etici e un sistema di valutazione della qualità degli interventi. Tali palestre e strutture sportive, fidelizzate ai valori del Servizio Sanitario regionale e con esso cooperanti, saranno strutturalmente idonee ad accogliere e trattare, con personale specializzato ed opportunamente formato, soggetti che possono ridurre i fattori di rischio o trarre beneficio per la propria condizione patologica attraverso un'attività fisica opportunamente prescritta e somministrata.

IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE DELLE PALESTRE E DELLE STRUTTURE SPORTIVE

1. CODICE ETICO

Il primo strumento di riconoscimento pubblico delle palestre che promuovono il benessere è rappresentato dall'adesione volontaria ad un "Codice Etico" (Allegato 2) che contiene alcuni principi generali ed alcuni impegni specifici che caratterizzano la missione dei soggetti che realizzano attività sportive e motorie, in collaborazione con gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie. L'adesione al Codice Etico è libera e può essere sottoscritta dai Responsabili e gestori delle palestre pubbliche e private dell'Emilia-Romagna, che siano in possesso dei requisiti strutturali, di personale ed igienico-sanitari previsti dalle normative nazionali, regionali e dai regolamenti locali vigenti. L'accertamento dei requisiti è di competenza dei Comuni e delle AUSL in cui è ubicata la struttura. L'adesione comporta l'accettazione di ispezioni e controlli senza preavviso da parte di Enti Locali e Aziende Sanitarie per verificare il rispetto dei requisiti e degli impegni sottoscritti; l'obbligo di partecipazione alle attività di formazione ed aggiornamento organizzate a livello regionale e locale nell'ambito del progetto "Palestra Sicura"; l'obbligo di esporre al pubblico il "Codice Etico" ed il materiale informativo condiviso. L'adesione al "Codice Etico" dà diritto alla collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie nell'attuazione di interventi di informazione e prevenzione e nel supporto ai professionisti che operano nella palestra (responsabili, allenatori ecc).

La Regione Emilia-Romagna si impegna ad organizzare ed attuare attività di aggiornamento per le palestre che hanno partecipato alla fase sperimentale del progetto "Palestra Sicura" e di formazione per altre palestre che intendono partecipare allo

sviluppo del progetto, a proseguire le attività di valutazione già in corso da estendere ai nuovi partecipanti, a svolgere azioni di informazione e diffusione delle conoscenze e degli esiti del progetto, anche con la manutenzione e l'aggiornamento del sito web dedicato.

Il progetto rappresenta quindi l'impegno concreto delle Pubbliche Istituzioni e del Servizio Sanitario regionale nella tutela del diritto dei cittadini a svolgere una pratica sportiva e motoria priva di rischi ed utile per promuovere un corretto stile di vita e costituisce un esempio di alleanza di reciproco vantaggio tra Pubbliche Istituzioni, Sistema Sanitario, Università e mondo imprenditoriale/associativo sportivo. Il vantaggio per la Comunità Locale e le sue istituzioni sta nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute (corrette abitudini alimentari, corretto uso dei farmaci, riduzione dei rischi legati al consumo di alcol ed altre sostanze psicoattive) e nella qualità e sicurezza dell'attività fisica proposta agli utenti, in particolare se portatori di patologie croniche non trasmissibili e/o di fattori di rischio. Il vantaggio per i gestori delle palestre sarà dato dalla visibilità tra i cittadini, possibili utenti dei centri sportivi, e dal sostegno degli Enti locali e delle AUSL.
Le palestre che aderiscono al "Codice Etico" acquisiscono il riconoscimento di "Palestra Etica".

2. FORMAZIONE DEI LAUREATI IN SCIENZE MOTORIE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' FISICA PRESCRITTA

Lo svolgimento dell'attività fisica prescritta dal Servizio Sanitario Regionale potrà avvenire soltanto nelle palestre e nelle strutture sportive già in possesso del riconoscimento di "Palestra Etica" ed in cui operi personale specializzato ed appositamente formato.
A tal fine, a partire dall'autunno 2011, verrà attivato, in collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Bologna, un primo corso di formazione speciale per laureati in Scienze motorie e diplomati ISEF con l'obiettivo di aggiornare personale qualificato che somministri un'attività fisica personalizzata e tutorata come un vero e proprio farmaco, sia nella popolazione generale che in soggetti con patologia e/o fattori di rischio, indirizzata sia alla prevenzione primaria che a quella secondaria. Esso intende pertanto preparare personale qualificato che possa operare in rete con il Servizio Sanitario Regionale.

Negli anni successivi, previa valutazione dei risultati conseguiti e delle necessità espresse dal territorio, potranno essere organizzati ulteriori edizioni del corso.

Il Corso sarà articolato su due livelli strutturati in due parti distinte, un Corso base ed un Corso avanzato.
Al <u>Corso base</u> possono partecipare i laureati delle Facoltà e dei Corsi di Scienze Motorie di I° e II° livello, i diplomati ISEF e i laureati in Scienze Motorie (con laurea quadriennale). Il percorso formativo è dedicato alla gestione dei soggetti a basso rischio

cardiovascolare, dismetabolici, con disordini minori dell'apparato locomotore, agli anziani ed ai disabili.
Al Corso avanzato possono partecipare i laureati quinquennali in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata (STAMPA)che abbiano già frequentato il Corso base e conseguito il relativo titolo.
Il Corso avanzato integrerà il corso base con una parte dedicata alla gestione dei pazienti trapiantati di fegato, cuore e rene, dei soggetti a rischio cardiovascolare alto e/o medio-alto [pz. con cardiopatia ischemica e/o valvolare (IMA, angioplastica, BPAC/sostituzione valvolare), portatori di device, aritmici, scompensati, ecc.], ai diabetici insulino-dipendenti ed ai grandi obesi.
Il titolo conseguito con il Corso base è : *"Referente per la salute nella prevenzione e nel benessere"* .
Il titolo conseguito con il Corso avanzato è : *"Referente per la salute nell'esercizio fisico adattato"*; quest'ultimo sarà titolo necessario per operare anche nelle strutture sanitarie pubbliche o private nelle quali si somministri attività fisica in forma tutorata, secondo quanto previsto nel Piano della Prevenzione 2010-2012.

Il mantenimento delle qualifiche di cui sopra è subordinato ad un aggiornamento biennale.
Le palestre e i centri sportivi pubblici o privati che, oltre ad avere i requisiti di legge ed aver sottoscritto l'adesione al "Codice etico", impiegano un Laureato in Scienze Motorie con la qualifica di *"Referente per la salute"* conseguito sia con il Corso base che con il Corso avanzato, hanno diritto all' attestato di *"Palestra Sicura: prevenzione e benessere"* , che consentirà loro di operare in rete con il Servizio Sanitario regionale.
Infatti la sicurezza dell'utente deve essere totale, legata cioè non solo all'assenza di doping ma anche alla sicurezza dei programmi svolti.
Il rapporto di lavoro tra la struttura sportiva ed il suddetto Laureato deve essere regolato nel rispetto della legislazione vigente in materia.
Il Laureato deve essere sempre presente durante lo svolgimento delle attività previste dal presente progetto. Il controllo del rispetto di tale prescrizione verrà esercitato tramite i Servizi di Medicina dello Sport delle AUSL.
In caso di cessazione del rapporto di lavoro o comunque di assenza del Laureato in Scienze Motorie con la qualifica di *"Referente per la salute"*, le attività di cui al paragrafo precedente non potranno svolgersi.
La Palestra/Struttura sportiva perde il riconoscimento se non sostituisce entro 60 giorni il soggetto con altro avente medesima qualifica.
La Palestra/Struttura sportiva deve comunicare entro 15 giorni al Comune/AUSL di appartenenza sia la cessazione del rapporto di lavoro che la successiva nuova assunzione, specificandone in entrambi i casi le generalità.

3. ISTITUZIONE DEGLI ELENCHI DELLE PALESTRE E DEI PROFESSIONISTI

Affinché i cittadini nonché tutti gli operatori che a vario titolo sono impegnati nella promozione di stili di vita sani e di contrasto alla sedentarietà, possano sapere dove rivolgersi in sicurezza, saranno predisposti tre elenchi:

- **Elenco delle Palestre e strutture sportive riconosciute come *"Palestra Etica"*.** Tale elenco sarà regionale e composto dalle palestre che aderiscono al Codice Etico ed in possesso dei requisiti previsti dalle normative nazionali, regionale e locali. La richiesta di adesione al Codice Etico dovrà essere inviata al Comune territorialmente competente, che, compiuti i necessari accertamenti, comunicherà alla Regione il nulla osta all'iscrizione nell'elenco. La Regione Emilia-Romagna provvederà alla tenuta ed all'aggiornamento dell'elenco con cadenza almeno annuale. La prima edizione dell'elenco riguarderà le palestre/strutture sportive per le quali sia pervenuto alla Regione Emilia-Romagna il nulla osta da parte del Comune entro il 31 ottobre 2011.
- **Elenco delle Palestre e strutture sportive riconosciute come *" Palestra Sicura: prevenzione e benessere"*** , le quali, oltre ad aver aderito al Codice Etico, dovranno dotarsi di defibrillatore cardiaco ed avere tra i loro operatori almeno un Laureato in Scienze Motorie con la qualifica di "*Referente per la salute*" specificando se si tratta di qualifica rilasciata dal Corso base o dal Corso avanzato. Ciò consentirà agli operatori del Servizio Sanitario regionale di indirizzare i propri pazienti verso la struttura più idonea sulla base delle condizioni di salute.
  L'AUSL di riferimento, tramite il Servizio di Medicina dello Sport, provvederà alla tenuta ed all'aggiornamento dell'elenco sulla base delle verifiche e dei controlli eseguiti. La Regione Emilia-Romagna provvederà a raccogliere gli elenchi delle AUSL ed a rendere disponibile e diffondere un elenco regionale.
- **Elenco unico dei Laureati in Scienze motorie che abbiano conseguito la qualifica di "Referente per la salute"**
  La Regione Emilia-Romagna provvederà alla tenuta ed all'aggiornamento dell'elenco unico dei Laureati in Scienze Motorie che abbiano frequentato il corso di formazione speciale ed abbiano conseguito la qualifica prevista, suddivisa nelle due tipologie, e cioè : *"Referente per la salute nella prevenzione e nel benessere"* e *"Referente per la salute nell'esercizio fisico adattato"*.

QUALIFICHE ED OBBLIGHI DELLE PALESTRE CERTIFICATE

Le palestre/strutture sportive potranno pertanto ottenere due livelli di riconoscimento:

- un primo livello di “PALESTRA ETICA” riservato a quelle che aderiscono al solo Codice Etico;

- un secondo livello di “PALESTRA SICURA: PREVENZIONE E BENESSERE”, riservato a quelle che, oltre ad aver aderito al Codice Etico, avranno tra i loro operatori anche un Laureato in Scienze Motorie con la qualifica di “Referente per la salute”.

L’iscrizione ai registri costituisce autorizzazione ad utilizzare i riconoscimenti nella promozione della propria attività e, per il secondo livello, a promuovere e svolgere attività tutorata e attività fisica prescritta dal Servizio Sanitario regionale.
La cancellazione dal Registro, per rinuncia, per il venir meno dei requisiti previsti dal presente progetto o per accertate violazioni degli impegni sottoscritti, comporta il divieto di utilizzo, in qualsiasi forma, dei riconoscimenti.

I costi per lo svolgimento, nelle palestre e strutture sportive, dell’attività fisica tutorata o prescritta sono a carico dei singoli cittadini e non comportano oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario regionale.
La Regione Emilia-Romagna, riconoscendo il valore dell’attività fisica ai fini del mantenimento e del miglioramento della salute pubblica, adotterà le opportune iniziative finalizzate a facilitare l’accesso all’attività fisica da parte delle persone interessate, anche attraverso accordi/progetti che permettano costi contenuti.

CODICE ETICO FINALIZZATO ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE NELL'ATTIVITA' MOTORIA

La Regione Emilia-Romagna riconosce allo sport e alla pratica dell' attività fisica, in particolare nei confronti dei giovani, funzioni formative ed educative, di mantenimento e miglioramento della salute, di sviluppo delle relazioni sociali e di integrazione interculturale.
Il Codice Etico contiene alcuni principi generali ed alcuni impegni specifici che caratterizzano la missione dei soggetti che realizzano attività sportive e motorie, in collaborazione con gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie, nell'ambito del Sottoprogetto "Palestra Sicura. Prevenzione e Benessere" del Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna.
Il progetto "Palestra Sicura" è finalizzato alla creazione di un circuito di palestre che promuovano il benessere, inteso come garanzia di sicurezza sotto il profilo professionale (personale qualificato) e come iniziative di prevenzione dei rischi legati al consumo di sostanze psicoattive (alcol e droghe) e di sostanze dopanti oltreché di promozione di una corretta alimentazione e di limitazione dell'uso di integratori alimentari.

Il Codice Etico

E' il primo strumento di riconoscimento pubblico delle palestre che promuovono il benessere.

L'adesione al Codice Etico è libera.

Il Codice Etico può essere sottoscritto dai Responsabili e gestori delle palestre e delle strutture sportive pubbliche e private dell'Emilia-Romagna, che siano in possesso dei requisiti strutturali, di personale ed igienico-sanitari previsti dalle normative nazionali, regionali e dai regolamenti locali vigenti.

La richiesta di adesione al Codice deve essere inviata al Comune di appartenenza. Il Comune, in collaborazione con i servizi competenti dell'Azienda Sanitaria, verifica il possesso dei requisiti della struttura ed, in caso di esito positivo, ne dà comunicazione alla Regione Emilia-Romagna, che iscrive la palestra nel Registro delle Palestre che aderiscono al Codice Etico.

L'iscrizione nel registro costituisce autorizzazione alle palestre ad utilizzare il riconoscimento di **"PALESTRA ETICA"** nella promozione della propria attività.

I soggetti che aderiscono volontariamente al Codice Etico:

1. Svolgono la loro attività in base ai seguenti principi etici generali di comportamento:
   - professionalità;
   - non discriminazione degli utenti;

- rispetto e tutela delle persone e del loro stato di salute;
- tutela dell'ambiente.

2. Impiegano personale in possesso dei requisiti professionali previsti dalla Legge Regionale n. 13/2000 "Norme in materia di sport".

3. Non commercializzano nei distributori automatici posti all'interno della struttura sportiva o in altri locali, adiacenti o separati o comunque riconducibili alla stessa proprietà o gestione, alcolici e bevande a basso contenuto alcolico, integratori proteici e bevande ad alto contenuto di sostanze stimolanti (energy drink). Qualora all'interno della struttura esistano già attività commerciali di bar e ristorazione, i gestori/proprietari di tali spazi si impegnano a:
   - NON somministrare o vendere alcolici ai minori di anni 16;
   - NON esporre materiale pubblicitario (manifesti, locandine, depliant) che richiamino alcolici e bevande a basso contenuto alcolico, integratori proteici o bevande ad alto contenuto di sostanze stimolanti (energy drink);
   - raccomandare l'assunzione di alimenti in caso di consumo di bevande alcoliche (disincentivando il consumo di alcolici a digiuno).

4. Si astengono dal promuovere o incoraggiare tra gli utenti l'utilizzo in ambito sportivo di farmaci o sostanze con possibile valenza dopante, di psicostimolanti e anoressizzanti, di antinfiammatori e analgesici.

5. Espongono in modo ben visibile agli utenti materiale informativo elaborato dalla Regione Emilia-Romagna, dai Comuni e dalle AUSL sui benefici dell'attività motoria nelle diverse età con riferimenti ad evidenze scientifiche.

6. Svolgono, in proprio o tramite i servizi socio-sanitari territoriali, attività di educazione alimentare e di informazione sui rischi legati al consumo/abuso di alcune sostanze legali ed illegali (alcol, tabacco, droghe, farmaci) evidenziando i rischi connessi a dette assunzioni.

Obblighi e vantaggi

Chi aderisce al "Codice Etico":

- accetta di ricevere ispezioni e controlli senza preavviso da parte di Enti Locali e Aziende Sanitarie per verificare il rispetto dei requisiti e degli impegni sottoscritti;

- deve partecipare alle attività di formazione ed aggiornamento organizzate a livello regionale e locale nell'ambito del progetto "Palestra Sicura";

- deve esporre e diffondere materiale informativo prodotto a livello regionale o locale nell'ambito del progeto

- deve esporre al pubblico, in modo ben visibile, il "CODICE ETICO"

- ha diritto alla collaborazione di Regione Emilia-Romagna, Enti Locali e Aziende Sanitarie nell'organizzazione di interventi di informazione e prevenzione e di supporto e consulenza ai professionisti che operano nella palestra (responsabili, allenatori ecc) riguardo a problemi relazionali, episodi di violenza e aggressività, utilizzo di sostanze legali ed illegali, problemi nutrizionali ed abuso di farmaci.

- Ha diritto all'utilizzo del riconoscimento di "Palestra Etica" ed al sostegno degli Enti locali e delle AUSL per promuovere le proprie attività tra i cittadini possibili utenti.

Violazioni e sanzioni
Le eventuali violazioni al Codice Etico sono accertate direttamente dal Comune e dall'Azienda Sanitaria territorialmente competente.

L'accertamento di violazioni al Codice Etico va comunicato alla Regione Emilia-Romagna che provvederà alla cancellazione della palestra dal Registro regionale delle Palestre che aderiscono al Codice Etico.

La cancellazione dal Registro comporta il divieto di utilizzo, in qualsiasi forma, del riconoscimento di "Palestra Etica"

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/874

data 01/06/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio

Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'

Deliberazione di Giunta Regionale n.2054 del 20 dicembre 2010

Approvazione accordo di collaborazione (ex art. 15 legge 7/8/1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni) con il Ministero della Salute per la realizzazione del progetto "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia"

Progr.Num. 2054/2010

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 20 **del mese di** Dicembre
dell' anno 2010 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Bortolazzi Donatella	Assessore
5) Freda Sabrina	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Lusenti Carlo	Assessore
8) Marzocchi Teresa	Assessore
9) Melucci Maurizio	Assessore
10) Mezzetti Massimo	Assessore
11) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
12) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: APPROVAZIONE ACCORDO DI COLLABORAZIONE (EX ART. 15 LEGGE 7/8/1990, N. 241 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI) CON IL MINISTERO DELLA SALUTE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE E TERAPIA"

Cod.documento GPG/2010/2431

Num. Reg. Proposta: GPG/2010/2431

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- la promozione dell'attività fisica rientra tra le priorità nelle politiche di sanità pubblica dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);
- il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Nazionale della Prevenzione individuano la promozione dell'attività fisica come uno degli obiettivi da perseguire nell'ambito della promozione della salute;
- il programma "Guadagnare salute", di cui al DPCM del 04 maggio 2007, prevede, tra gli interventi prioritari, la promozione di azioni volte a favorire l'attività fisica e richiama il ruolo dei professionisti della salute in relazione allo svolgimento dell'attività fisica;

Rilevato che:

- sono riscontrabili molte evidenze scientifiche sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle persone affette da diverse condizioni patologiche (quali cardiopatia ischemica, sindrome metabolica, ecc.), o che presentano condizioni di rischio (quali ipercolesterolemia, obesità, ecc) ed esistono esperienze riguardanti l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica clinica;
- l'introduzione dell'esercizio fisico nella pratica clinica richiede tuttavia di approntare concrete modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la sua somministrazione, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta;

Evidenziato che:

- la Regione Emilia-Romagna è da tempo impegnata sul tema della lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica: già nel Piano sanitario regionale 1999-2001 si affermava l'importanza dell'attività fisica ai fini del miglioramento della salute dei cittadini. Nel 2004, con propria deliberazione n. 775 venivano individuati, tra i compiti dei Servizi di Medicina dello sport presenti in ogni Azienda Usl, la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell'esercizio fisico attraverso l'utilizzo della sport-terapia;
- in questa Regione si sono sviluppate alcune importanti esperienze che riguardano la prescrizione dell'attività fisica in persone con fattori di rischio o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, e a soggetti anziani fragili che coinvolgono sia i Medici di Medicina Generale sia i Servizi di Medicina dello sport delle Aziende Usl regionali;
- che tra i nuovi temi del Piano regionale della Prevenzione 2010-2012, attualmente in corso di approvazione, è ricompreso quello relativo alla prescrizione dell'attività fisica a persone con fattori di rischio o affette da malattie cardiovascolari e dismetaboliche e a soggetti anziani fragili;

Dato atto che la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. nel definire le nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, prevede, all'articolo 15, la possibilità per le amministrazioni pubbliche di concludere accordi tra loro per disciplinare lo svolgimento, in collaborazione, di attività di interesse comune;

Considerato che il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ha trasmesso, per la necessaria sottoscrizione, apposito accordo di collaborazione tra il Ministero stesso e la Regione Emilia-Romagna, per la realizzazione di un progetto dal titolo "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia", di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Preso atto che:

- l'accordo di collaborazione in argomento avrà durata 12 mesi a decorrere dalla data della lettera del Ministero

di comunicazione di avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione dell'accordo di cui trattasi da parte degli Organi di Controllo, salvo quanto disposto dagli artt. 2 e 8 dell'accordo stesso;

- l'importo complessivo stabilito dal Ministero della Salute per la realizzazione del Progetto in oggetto è di € 500.000,00 (cinquecentomila/00), esente dall'aliquota IVA, e comprensivo di qualsiasi spesa ed oneri sostenuti per lo svolgimento delle attività progettuali e che il Ministero della Salute si impegna ad erogare alla Regione Emilia-Romagna un finanziamento di pari importo, suddiviso in rate, nella misura e ripartizione temporale indicate agli artt. 6 e 7 dell'accordo di cui trattasi;

Attesa la necessità di approvare lo schema di accordo di collaborazione con il Ministero della Salute per lo svolgimento del Progetto in argomento e ritenuto di autorizzare il Responsabile del Servizio Sanità Pubblica a sottoscrivere l'accordo suddetto;

Ritenuto di fare riserva di apportare al Bilancio di previsione regionale per l'anno 2011 la conseguente variazione di bilancio ad avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione da parte degli Organi di Controllo di convalida dell'accordo stesso;

Richiamate:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 recante "Testo Unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;
- la propria la deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1) di approvare, per le motivazione espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate, l'Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.,

per la realizzazione di un progetto dal titolo "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia", secondo lo schema di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2) di dare atto che alla sottoscrizione dell'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute provvederà, in attuazione della normativa vigente, il Responsabile del Servizio Sanità Pubblica;

3) di autorizzare altresì il Responsabile del Servizio Sanità Pubblica ad ogni altro adempimento contrattuale in qualità di legale rappresentante della Regione;

4) di prendere atto che la quota spettante alla Regione Emilia-Romagna e che verrà erogata a questa Regione dal Ministero della Salute, ammonta complessivamente a € 500.000,00;

5) di riservarsi di apportare al Bilancio di previsione regionale per l'anno 2011 la conseguente variazione di bilancio ad avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione da parte degli Organi di Controllo dell'accordo stesso;

6) di rinviare, per tutto quanto non espressamente previsto nel presente provvedimento, alle disposizioni contenute nell'accordo di collaborazione tra il Ministero e la Regione Emilia-Romagna.

- - -

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

PREMESSO

- che con i decreti ministeriali di variazione compensativa fra capitoli n. 20268, registrato alla Corte dei Conti in data 23 luglio 2010- registro n 12 foglio n. 253- e n. 39457, registrato alla Corte dei Conti in data 3 dicembre 2010 - registro n 18 foglio n.166, sono stati assegnati i fondi derivanti dall'art.2, commi 615-617 della legge n.244 del 2007 (legge finanziaria 2008)
- che tra le iniziative da finanziare con i succitati fondi, vi è un progetto dal titolo "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia";
- che la promozione dell'attività fisica rientra tra le priorità nelle politiche di sanità pubblica dell'Unione Europea e dell'OMS;
- che il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Nazionale della Prevenzione individuano la promozione dell'attività fisica come uno degli obiettivi da perseguire nell'ambito della promozione della salute;
- che il programma "Guadagnare salute", di cui al DPCM del 04 maggio 2007, prevede, tra gli interventi prioritari, la promozione di azioni volte a favorire l'attività fisica e richiama il ruolo dei professionisti della salute in relazione allo svolgimento dell'attività fisica;
- che si rende opportuno sperimentare in diversi contesti territoriali, programmi di prevenzione e cura, basati sull'esercizio fisico, approntando le modalità organizzative con le quali avviare la prescrizione e la somministrazione dell'attività fisica;
- che in relazione a detto progetto il Ministro ha richiesto alle Regioni di confermare l'interesse ad una sua sperimentazione e che, in risposta a tale richiesta, la "Commissione salute" delle Regioni, nella seduta del 15 dicembre 2010, si è espressa favorevolmente indicando, tra le Regioni partecipanti, l'Emilia-Romagna;
- che, dunque, la sopra citata Regione Emilia Romagna rappresenta il soggetto istituzionalmente competente per la realizzazione di tale progetto e che appare, quindi, opportuno avviare con essa una fattiva collaborazione;
- che pertanto è possibile procedere, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, alla stipula di un accordo di collaborazione con la Regione Emilia Romagna al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

CONSIDERATO

che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;

L'anno 2010, il giorno del mese di dicembre,

TRA

Il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del Capo del Dipartimento, dr. Fabrizio Oleari, nato a Suzzara (Mantova) il 20 gennaio 1950, di seguito "Ministero"

E

La Regione Emilia-Romagna, codice fiscale 80062590379 con sede in Bologna, viale Aldo Moro 21, rappresentata legalmente dal Responsabile del Servizio Sanità Pubblica, dott. Pierluigi Macini, nato a Budrio (Bo) il 17/6/1950, di seguito "Regione"

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 – Oggetto dell'accordo

1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, per disciplinare lo svolgimento, in collaborazione con la Regione, delle attività di interesse comune finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo generale di "*implementare in sede regionale e valutare la funzionalità di una struttura organizzativa attraverso la quale la pratica terapeutica e preventiva dell'esercizio fisico è correttamente prescritta e somministrata alla popolazione eligibile*".
2. La Regione si impegna a predisporre entro tre mesi dalla data di efficacia dell'accordo, un progetto attuativo redatto sulla base delle indicazioni di cui all'Allegato 1 che fa parte integrante (unitamente alla sua appendice) del presente accordo e conforme allo standard di cui all'Allegato 2.
3. Il progetto attuativo di cui al comma 2 sarà sottoposto – entro quindici giorni dalla sua ricezione - alla valutazione ed approvazione di un apposito Comitato ministeriale, che sarà all'uopo istituito.
4. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate, previo accordo scritto tra le parti a firma dei legali rappresentanti, modifiche al progetto, a condizione che le stesse ne migliorino l'impianto complessivo. Resta fermo che le variazioni non possono costituire motivo di modifica del finanziamento.
5. Qualora la Regione, al fine di realizzare il progetto intenda avvalersi della collaborazione di Enti e/o Associazioni pubbliche e/o private non previste nel progetto, è tenuta a presentare al Ministero una richiesta di autorizzazione, nonché di variazione del piano finanziario, nella quale dovranno essere indicate le somme messe a disposizione dell'Ente e/o Associazione e le attività che da questo saranno svolte.

Art. 2 – Efficacia. Durata. Proroga

1. Il presente accordo è efficace dalla data di comunicazione del Ministero dell'avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo da parte degli Organi di Controllo.
2. Le attività progettuali decorrono dalla data di comunicazione di cui al comma 1.
3. L'accordo ha durata di 12 mesi a decorrere dalla data di inizio attività di cui al comma 2. Tale durata potrà essere prorogata per un massimo di 6 mesi, previa formale e motivata richiesta della Regione da presentarsi almeno trenta giorni prima della data di scadenza

dell'accordo. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 3 - Rapporti tecnici e rendiconti finanziari

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all'art. 1, la Regione, entro trenta giorni dalla scadenza di ogni semestre di attività, trasmette al Ministero un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto ed un rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando l'apposito modello allegato al presente accordo (Allegato 3).
2. Entro sessanta giorni dalla scadenza dell'accordo, la Regione trasmette al Ministero un rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel periodo di durata dell'accordo stesso ed un rendiconto finanziario finale delle spese sostenute per la realizzazione del progetto, utilizzando il predetto modello riportato in Allegato 3 al presente accordo. Il Ministero può comunque richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento del progetto.
3. Le rendicontazioni finanziarie di cui ai precedenti commi dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario originario previsto nel progetto attuativo. E' ammesso uno scostamento massimo del 10% rispetto a quanto preventivato nelle singole voci del prospetto finanziario del progetto attuativo, purché tale scostamento non comporti un superamento del finanziamento complessivo di cui al successivo articolo 6, comma 1.
4. Il piano finanziario relativo al progetto attuativo, di cui all'allegato 2, potrà essere modificato una sola volta previo riconoscimento della sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità. La richiesta di variazione dovrà pervenire almeno 60 giorni prima della data di fine validità del presente accordo.
5. I rapporti tecnici ed i rendiconti finanziari vanno inviati a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma.

Art. 4 – Proprietà dei risultati del progetto

1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero. Il diritto di proprietà e/o di utilizzazione e sfruttamento economico dei *file* sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dalla Regione nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporne senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.
2. La Regione ha la facoltà di utilizzare autonomamente i documenti ed i risultati di cui al comma 1 per le proprie attività istituzionali dietro espressa autorizzazione del Ministero, riportando l'indicazione: "Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute".

Art. 5 - Referenti scientifici

1. Il referente scientifico della Regione – dott. Pierluigi Macini - assicura il collegamento operativo con il Ministero.

2. Il Comitato di cui all'articolo 1, comma 3, assicura il collegamento operativo con la Regione nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 3.
3. La Regione si riserva il diritto di identificare altri referenti in sostituzione di quello indicato al comma 1.

Art. 6 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso alla Regione un finanziamento complessivo di € 500.000,00 (cinquecentomila/00).
2. La Regione dichiara che le attività di cui al presente accordo non sono soggette ad I.V.A. ai sensi del D.P.R. n. 633 del 1972 in quanto si tratta di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.
3. Il finanziamento è concesso alla Regione al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo, come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'art. 3.
4. La Regione prende atto ed accetta che il Ministero non assumerà altri oneri oltre l'importo stabilito nel presente articolo.
5. La Regione prende atto che il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo, pari a € 500.000,00, si riferisce all'esercizio finanziario 2010 ed andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2012 ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440.
6. La Regione è a conoscenza ed accetta che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2013 saranno oggetto della procedura di reiscrizione in bilancio delle relative somme, procedura che sarà avviata dal Ministero su richiesta della Regione a decorrere dal 1° luglio 2013.
7. Il finanziamento di cui al comma 1 comprende anche le eventuali spese di missione dei referenti scientifici di cui all'articolo 5.

Art. 7 – Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:
   a) una prima quota, pari al 10% del finanziamento, pari a € 50.000,00 (cinquantamila/00), dietro formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta, inoltrata dopo la formale comunicazione di cui all'articolo 2, comma 1;
   b) una seconda quota, pari al 70% del finanziamento, pari a € 350.000,00 (trecentocinquantamila/00), dietro presentazione da parte della Regione – dopo l'approvazione del progetto attuativo - di formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta ;
   c) una terza quota, pari al 20% del finanziamento, pari a € 100.000,00 (centomila/00), dietro presentazione da parte della Regione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta;
2. Le richieste di pagamento di cui al comma 1 vanno intestate ed inviate a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione Sanitaria – Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n.5, 00144, Roma.
3. Il pagamento di cui al comma 1, lettera c) sarà disposto a seguito della positiva valutazione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3. La Regione si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero.
4. I pagamenti saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste di cui al comma 1 mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria dello Stato competente per territorio ed ivi reso esigibile mediante accreditamento della somma sul c/c di tesoreria n° IT04V0100003245240300030864, intestato alla Regione. Il

Ministero non risponde di eventuali ritardi nell'erogazione del finanziamento cagionati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 8 - Sospensione dei pagamenti. Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. L'accordo si intende risolto nel caso in cui il progetto attuativo non sia presentato nei termini previsti dall'articolo 1, comma 2, ovvero nel caso in cui la valutazione del progetto attuativo, di cui all'articolo 1, comma 3, abbia esito negativo.
2. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'articolo 3, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.
3. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 3, di grave violazione degli obblighi di cui al presente accordo, per cause imputabili alla Regione, che possano pregiudicare la realizzazione del progetto, il Ministero intima per iscritto alla Regione, a mezzo di raccomandata a/r, di porre fine alla violazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nell'atto di diffida.
4. L'accordo si intende risolto anche nel caso in cui la Regione non provveda ad inviare le relazioni di cui all'articolo 3 entro i termini previsti.
5. E' espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, la Regione ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

Il presente accordo si compone di 8 articoli, e di due allegati, e viene redatto in due originali.
Letto, approvato e sottoscritto

MINISTERO DELLA SALUTE Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione Direzione Generale Prevenzione Sanitaria	REGIONE EMILIA ROMAGNA Servizio Sanità Pubblica
Il Capo Dipartimento Dr. Fabrizio Oleari	Il Responsabile Dr. Pierluigi Macini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2010/2431

data 20/12/2010

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio

Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'

La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia.

Relazione finale

La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia.

Relazione finale

Premessa *pag. 56*

I risultati *pag. 60*

Sezione Attività Fisica Adattata *pag. 61*

Sezione Esercizio Fisico Adattato *pag. 86*

Conclusioni *pag. 106*

I componenti del gruppo di lavoro *pag. 113*

Il Progetto "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia" è stato attivato con un accordo di collaborazione fra il Ministero della Salute e la Regione Emilia-Romagna, approvato con Deliberazione di Giunta regionale dell'Emilia-Romagna n. 2054 del 20 dicembre 2010; la relativa convenzione è stata sottoscritta in data 23 dicembre 2010.

Le attività hanno avuto inizio il 16 febbraio 2011.

La durata del progetto era inizialmente prevista in 12 mesi, e pertanto il termine previsto era fissato al 15 febbraio 2012: sono state successivamente attivate una prima proroga di sei mesi, che ha portato la scadenza del progetto al 15 agosto 2012, e un'ulteriore proroga di nove mesi fino al 15 maggio 2013.

I contenuti principali del progetto

L'obiettivo principale della sperimentazione riguardava la ***valutazione della sostenibilità organizzativa ed economica dei percorsi assistenziali di prescrizione e somministrazione controllata dell'attività fisica***, in previsione di una loro applicazione su larga scala e di un loro eventuale inserimento nei LEA.

Il modello organizzativo sperimentato in Emilia-Romagna richiede l'attivazione di percorsi assistenziali integrati, al cui interno i Nuclei delle Cure primarie e i Centri di Medicina dello sport delle Aziende Usl svolgono un ruolo fondamentale.

Esso prevede:

a. *Il reclutamento* delle persone che possono trarre beneficio da tali prestazioni e la valutazione funzionale delle stesse. L'indicazione viene posta dal MMG o dallo specialista interessato, mentre la valutazione viene effettuata, salvo le situazioni più semplici e codificate, dal Medico dello sport o dal Fisiatra rispettivamente per EFA e AFA (vedi in seguito);

b. *La prescrizione personalizzata* dell'attività fisica avviene nell'ambito di una integrazione professionale e organizzativa fra Centri di Medicina dello sport, MMG/PLS e Medici specialisti (Cardiologi, Diabetologi, Fisiatri, ecc.);

c. *la somministrazione* , può essere classificata, in relazione ai problemi di salute e allo stato generale della persona, in diverse tipologie a livello di impegno e complessità crescente:

- lavoro svolto autonomamente in ambiente libero (cammino con carichi di lavoro programmati) o utilizzando le risorse disponibili sul territorio (gruppi di cammino, percorsi nei parchi, ecc.); in questo caso la persona interessata assume direttamente la responsabilità di seguire le indicazioni di esercizio ricevute, ma mantiene comunque un rapporto con il medico di riferimento, che periodicamente verifica l'adesione al trattamento proposto e l'evoluzione delle condizioni di salute;
- attività motoria svolta presso palestre o centri sportivi idonei e selezionati (Programma "Palestra sicura", Delibera di Giunta regionale n. 1154/2011), tutorata da personale esperto (Laureati in scienze motorie specificamente formati) e svolta in modo individuale o in gruppo;
- attività motoria svolta, per il periodo strettamente necessario a valutare la risposta del paziente al carico di lavoro, in ambiente sanitario (palestra annessa al Centro di Medicina dello sport) e in modo controllato – dal personale sanitario del Centro – e tutorato dal laureato in scienze motorie, opportunamente formato, presente presso il Centro stesso.

La messa in atto di questo modello organizzativo complesso ha comportato, fra l'altro, la necessità di allestire, prima dell'avvio della sperimentazione, i Centri di Medicina dello sport di secondo livello presso le Aziende Usl di Bologna, Ferrara, Modena, Ravenna e Parma; il reperimento dei locali e

l'acquisizione delle attrezzature necessarie sono state effettuate a carico delle Aziende Usl coinvolte nella sperimentazione, con risorse messe a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna.

In previsione della possibile introduzione di questi percorsi nella pratica clinica su larga scala è stata adottata la schematizzazione illustrata nello schema che segue:

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

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

In ambito di Servizio sanitario regionale

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

Secondo questo modello la presa in carico della persona, la sua valutazione e la "prescrizione" sono attività sanitarie a carico del Ssr secondo le modalità normali.

La "somministrazione" dell'esercizio avviene invece in ambito extrasanitario, con oneri a carico dell'interessato.

Nella sperimentazione è stata fissata una tariffa a carico dell'utente pari a 15 €/mese per l'AFA e 40 €/mese per l'EFA, uguale per tutte le persone arruolate nella sperimentazione allo scopo di prefigurare la possibile situazione a regime: poiché tale cifra spesso è risultata insufficiente a coprire i costi effettivi, la differenza è stata finanziata con le risorse del progetto.

Esiste una unica eccezione a questo principio, che riguarda le persone con un quadro clinico più complesso, che necessitano di un breve periodo di attività controllata e tutorata presso la palestra del Centro di Medicina dello sport; in questo caso, anche la prima fase di somministrazione è avvenuta in ambito di Servizio sanitario regionale.

Attività Fisica Adattata (AFA) ed Esercizio Fisico Adattato (EFA)

La caratteristica peculiare della sperimentazione attuata in Emilia-Romagna è stata quella di mettere insieme due percorsi che, pur inseriti in un unico progetto con finalità comuni e modello organizzativo comune, presentano caratteristiche specifiche e peculiari: i due percorsi riguardano rispettivamente **l'Attività Fisica Adattata (AFA)** e **l'Esercizio Fisico Adattato (EFA)**.

Il progetto mira infatti a rendere compatibili due esigenze apparentemente contrapposte: da un lato l'esigenza di evitare una inutile medicalizzazione di problemi non suscettibili di trattamenti sanitari appropriati (principalmente disabilità stabilizzata da eventi patologici), d'altro lato l'obiettivo di

portare dentro il Ssr l'esercizio fisico, prescritto e somministrato come un farmaco, per persone affette da malattie sensibili a questo trattamento (prevalentemente malattie cardiovascolari e dismetaboliche).

Le due esigenze stanno insieme grazie al modello, sopra descritto, che prevede due fasi distinte, quella della valutazione/prescrizione e quella della somministrazione, che hanno impostazione e caratteristiche comuni in entrambi i percorsi.

Attività Fisica Adattata (AFA)

Per attività fisica adattata (AFA) si intendono programmi di esercizio **non sanitari** svolti in gruppo appositamente predisposti per **cittadini con malattie croniche, indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue e finalizzati alla modificazione dello stile di vita**. Si tratta pertanto di una strategia di intervento finalizzata alla promozione di un'attività fisica regolare e non di cura della malattia.

L'Attività Fisica Adattata viene prescritta dal Medico (MMG, Medici specialisti) e richiede periodiche valutazioni sanitarie; la sua somministrazione avviene prevalentemente in ambiente chiuso non sanitario, in gruppi selezionati per patologia. I programmi di esercizio sono seguiti da laureati in scienze motorie e con la supervisione di un fisioterapista del Ssr per verificare l'adesione ai programmi precedentemente concordati e monitorare l'attività.

Nel protocollo operativo della sperimentazione attuata in Emilia-Romagna, concordato in un gruppo di coordinamento regionale, si prevede che la "somministrazione" dell'esercizio fisico avvenga in strutture riconosciute dal Ssr ("*Palestre sicure*" Palestre Etiche *e stabilimenti termali*) e legate da partnership con il Servizio stesso.

Il protocollo della sperimentazione prevedeva di coinvolgere almeno 100 persone con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscolo scheletrico e osteoarticolare (lombalgia cronica, Morbo di Parkinson, esiti di impianto di artroprotesi d'anca, fibromialgia primaria), e somministrazione dell'AFA per almeno 6 mesi ad opera di laureati in Scienze motorie specificamente formati, con la supervisione/monitoraggio di un fisioterapista coordinatore. Si sono definiti i limiti di inclusione ed esclusione in base a valutazioni su scale validate, si è definita la modalità d'accesso e la modalità di verifica e controllo del protocollo.

Esercizio fisico Adattato (EFA)

Per Esercizio Fisico Adattato (EFA) si intendono esercizi svolti su prescrizione medica (MMG, Medici dello sport, Cardiologi, Diabetologi, …) per modo, intensità, frequenza e durata della sedute, effettuata in modo individualizzato sulla base di una specifica valutazione delle condizioni di salute della persona interessata; il medico proscrittore effettua anche periodiche valutazioni dopo l'avvio della somministrazione degli esercizi prescritti, che si svolge, in forma individuale o in piccoli gruppi, in ambito extra-sanitario presso palestre selezionate e collegate al Servizio sanitario regionale attraverso il percorso previsto dal programma "Palestra sicura", in modo controllato e tutorato da personale laureato in scienze motorie opportunamente formato. La somministrazione dell'attività può anche avvenire, per un periodo di tempo limitato e necessario a valutare la reazione dell'organismo ai carichi di lavoro prescritti, in ambiente sanitario, presso la palestra annessa ai Centri di Medicina dello sport di secondo livello, per le persone che presentano condizioni cliniche più complesse; anche in questo caso, dopo 3-4 settimane di attività eseguita in modo controllato presso la palestra del Centro sanitario, la persona viene affidata, con idonee procedure di accompagnamento, alle palestre di cui al punto precedente, ovvero viene escluso dal

percorso EFA qualora si valutasse che la sua prosecuzione comporterebbe un rischio per la sicurezza o la salute della persona.

L'EFA si rivolge a persone con patologie cardiovascolari e dismetaboliche; nei protocolli operativi del progetto sono stati definiti in modo preciso i criteri di inclusione nel percorso per tutti i quadri clinici previsti.

Nell'ambito della sperimentazione attuata in Emilia-Romagna è stato previsto l'arruolamento nel percorso prescrizione medica dell'EFA di almeno 240 persone con almeno una delle seguenti condizioni:

- esiti stabilizzati post-sindrome coronarica acuta (con o senza infarto miocardico, con o senza rivascolarizzazione meccanica o chirurgica)
- diagnosi di diabete mellito di tipo 2
- obesità/sindrome metabolica

Ulteriori informazioni

La fase di arruolamento è iniziata nel mese di aprile 2012 e si è conclusa al 30 giugno 2012.

Entrambi i gruppi (AFA ed EFA) sono stati arruolati, valutati e avviati alla somministrazione di attività o esercizio fisico secondo le modalità operative contenute nei rispettivi protocolli, elaborati durante la prima fase del progetto e allegati alla relazione scientifica al 15 febbraio 2012.

Infine si segnala che, come già detto nei precedenti rapporti, la Regione Emilia-Romagna ha integrato il progetto sperimentale sostenuto dal Ministero della Salute con una attività già in corso, riguardante la costruzione di una rete territoriale di strutture (definite "Palestre etiche" e "Palestre sicure"), secondo quanto stabilito dalla Delibera di Giunta regionale n.1154 dell'1 agosto 2011 "Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna – La prescrizione dell'attività fisica: indirizzi per l'attuazione del progetto Palestra Sicura. Prevenzione e benessere".
In essa sono contenute le modalità operative per il "riconoscimento" formale delle strutture che operano in partnership con la Regione, sulla base di specifici requisiti, nonché le qualifiche e gli obblighi delle palestre certificate. Inoltre viene prevista la realizzazione di specifici corsi per la formazione dei laureati in scienze motorie operanti presso le palestre appartenenti al circuito, individuando un corso di formazione di base e un corso avanzato collegati alla possibilità di accogliere persone con situazioni cliniche differenti.

I risultati

Come detto sopra, i percorsi AFA ed EFA, pur facendo parte di un unico contesto organizzativo, hanno processi differenziati e coinvolgono operatori sanitari diversi.

In relazione a ciò, per comodità di esposizione e facilità di lettura, le considerazioni relative a questo punto verranno esposte in modo separato per AFA ed EFA.

Per ognuna delle due sezioni l'esposizione dei risultati raggiunti è stata impostata secondo il seguente schema, in relazione ai protocolli di valutazione definiti nella fase iniziale di sviluppo del progetto:

1. Contesto organizzativo
2. Valutazione di processo
3. Valutazione di gradimento e di risultato
4. Valutazione di esito
5. Valutazione economica
6. Valutazione degli operatori

Sezione Attività Fisica Adattata

1 – Il contesto organizzativo

Aziende Usl Coinvolte:

- Azienda Usl Bologna (Comune di Porretta)
- Azienda Usl Cesena
- Azienda Usl Modena
- Azienda Usl Ravenna

Coordinamento del progetto

Il Coordinamento del Progetto è stato affidato a Servizi diversi nelle 4 Aziende Usl coinvolte:

Coordinamento del progetto	
Bologna	- Servizio di Fisioterapia
Cesena	- Servizio di Fisioterapia - Dipartimento di Sanità Pubblica
Modena	- Servizio di Medicina dello Sport
Ravenna	- Servizio di Medicina dello Sport

Medici di Medicina Generale (MMG) e Specialisti

I MMG sono stati informati del progetto AFA principalmente mediante un incontro collettivo, associato all'invio di e-mail informativa o al contatto diretto.
Hanno inizialmente aderito al progetto 100 MMG: di questi un terzo (33%) ha inviato i propri pazienti. La percentuale di MMG invianti non è omogenea tra le Ausl (86% a Bologna, 33% a Cesena, 25% a Ravenna e 17% a Modena).
Trattandosi di un progetto sperimentale che si poneva come obiettivo il coinvolgimento di alcuni Nuclei di Cure Primarie, i MMG invianti rappresentano una percentuale limitata rispetto al numero totale di MMG operanti nel Ssr (<1%).
La formazione non è stata accreditata ECM; nella formazione sono stati coinvolti principalmente fisiatri o altri specialisti (da 1 a 8 figure specializzate).

Ausl	N° MMG aderenti	N° MMG invianti	% MMG invianti su MMG aderenti
Bologna (Porretta T.)	14	12	86%
Cesena	30	10	33%
Modena	36	6	17%
Ravenna	20	5	25%
Totale	100	33	33%

Coinvolgimento delle palestre private

Il reclutamento delle Palestre private è stato ritenuto dai Referenti aziendale "*abbastanza facile*"; nel caso di Bologna-Porretta il coinvolgimento ha riguardato una Piscina termale.

Ausl	N° Palestre Etiche	N° Palestre Sicure	N° Palestre Totale
Bologna	-	-	1 piscina termale
Cesena	6	-	6
Modena	-	1	1
Ravenna	-	2	2
Totale	6	3	9

Il Personale delle palestre/piscine ha seguito un Corso di formazione della durata di 3-4 ore (1 incontro a Bologna e Modena, 2 incontri Cesena), Ravenna ha condotto un incontro di 6 ore. Le tematiche approfondite nel Corso di formazione sono state principalmente:

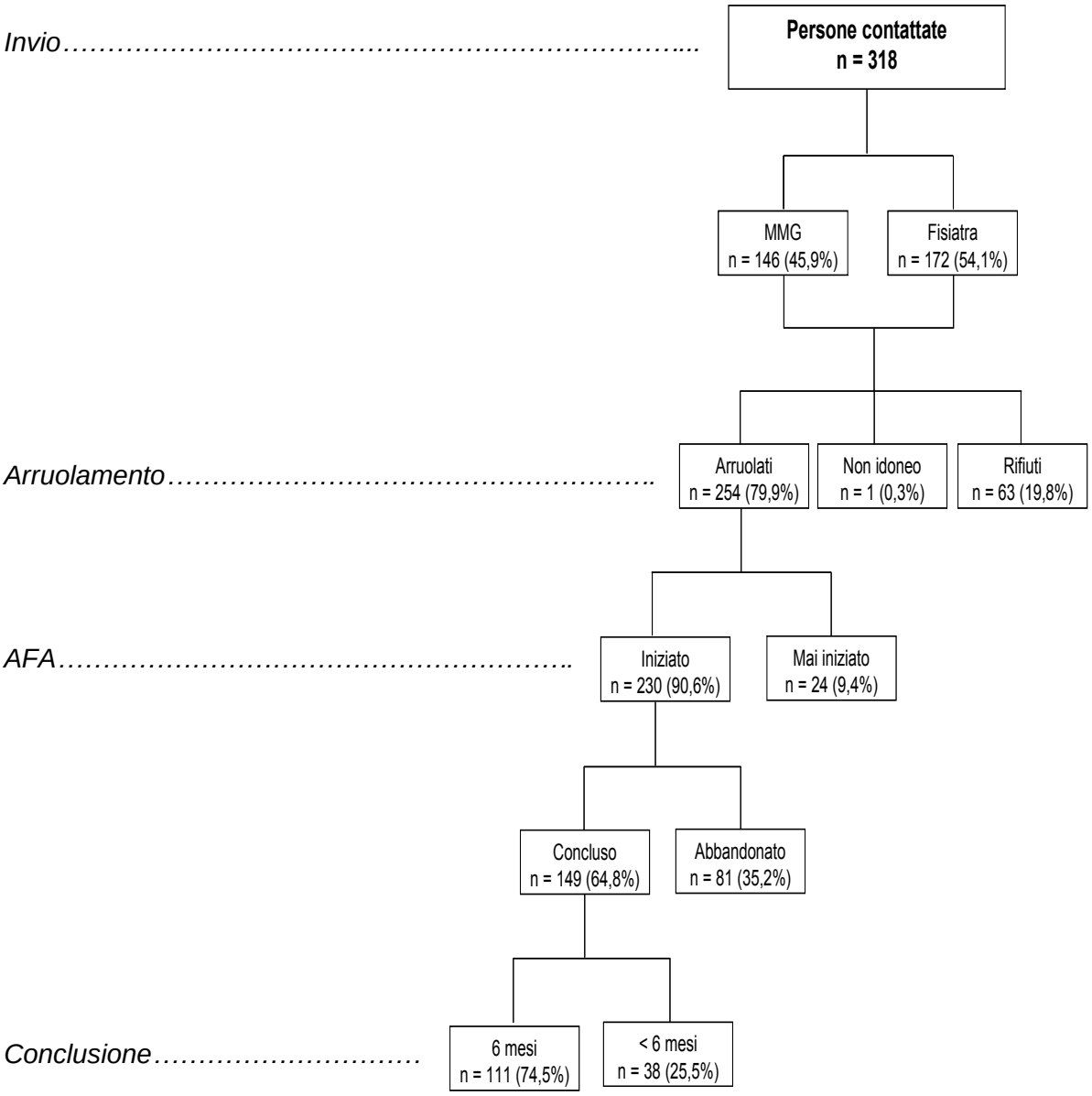
- Descrizione generale del progetto
- Descrizione analitica dei protocolli da utilizzare
- Modalità operative in base alle diverse patologie:
    - Parkinson
    - Lombalgia
    - Protesi all'anca
    - Fibromialgia: definizione del programma di esercizi specifici in acqua termale

Nelle Palestre Sicure sono presenti LSM che hanno partecipato a uno specifico corso di formazione regionale.

Stima impegno orario del personale sanitario

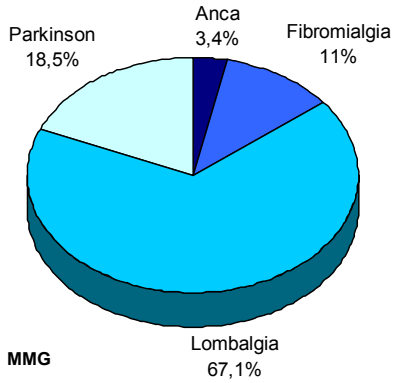
- Coordinatore del progetto: 4 ore al mese
- Fisioterapista coordinatore: il **tempo medio complessivo per paziente** è risultato mediamente di poco inferiore ad un'ora (54 min) nei 6 mesi di attività. In questo tempo medio viene compreso il tempo impiegato per la Valutazione iniziale e finale del paziente e per la altre attività intermedie.
- A questo si aggiunge una stima di circa 3-4 ore di attività mensile dedicata dal Fisioterapista al monitoraggio del progetto

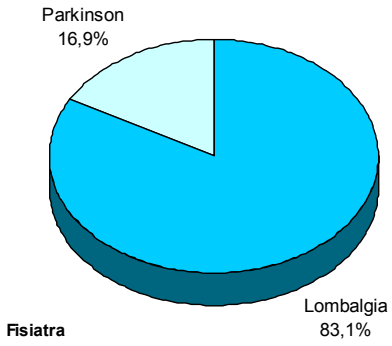
2 – Valutazione di processo



a – <u>Invio</u>

Nell'ambito del progetto AFA sono state contattate 318 persone, il 54% di loro dallo specialista Fisiatra ed il 46% dal Medico di Medicina Generale. Mentre quest'ultimo ha intercettato persone portatrici affette da tutte le patologie oggetto di sperimentazione, il fisiatra ha contattato prevalentemente lombalgici (83%) e parkinsoniani (17%).





B – Arruolamento

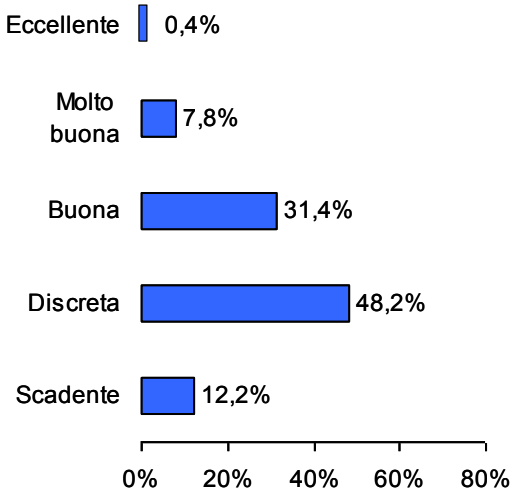
Caratteristiche delle persone arruolate

Sono state arruolate 254 persone. Il tasso di adesione (arruolati/contattati) è risultato pari all'80% *(range: 72%-100%)*

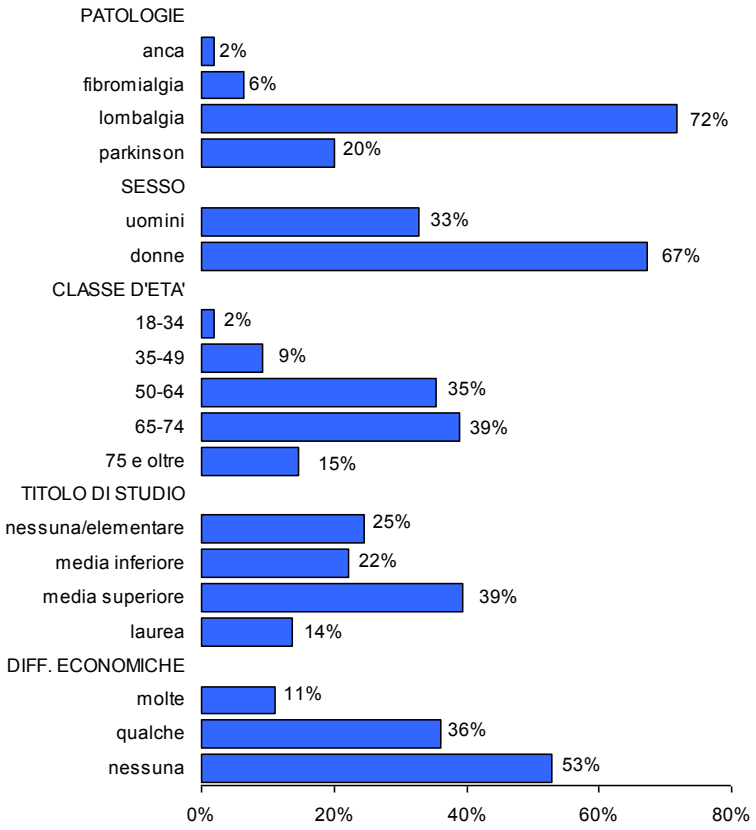
Le persone arruolate sono prevalentemente donne (67%), sono comprese nella fascia 50-74 anni (74% delle persone), circa la metà (53%) ha un titolo di studio medio-alto, e il 53% non riferisce particolari difficoltà economiche.

Riguardo lo stato complessivo della salute riferita, il 48% l'ha dichiarato discreto e il 31% buona.

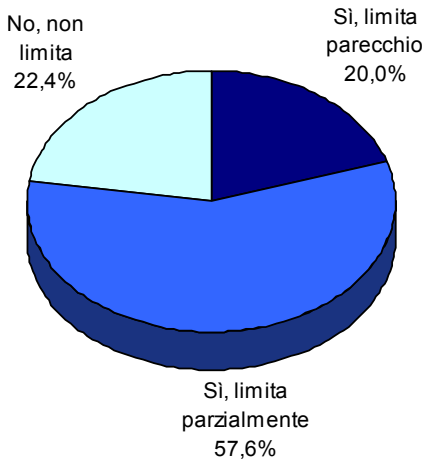
Stato di salute in generale



Caratteristiche delle persone arruolate per AFA (%)



Il 58% riferisce di avere limitazioni parziali all'attività fisica moderata e il 20% limitazioni elevate.

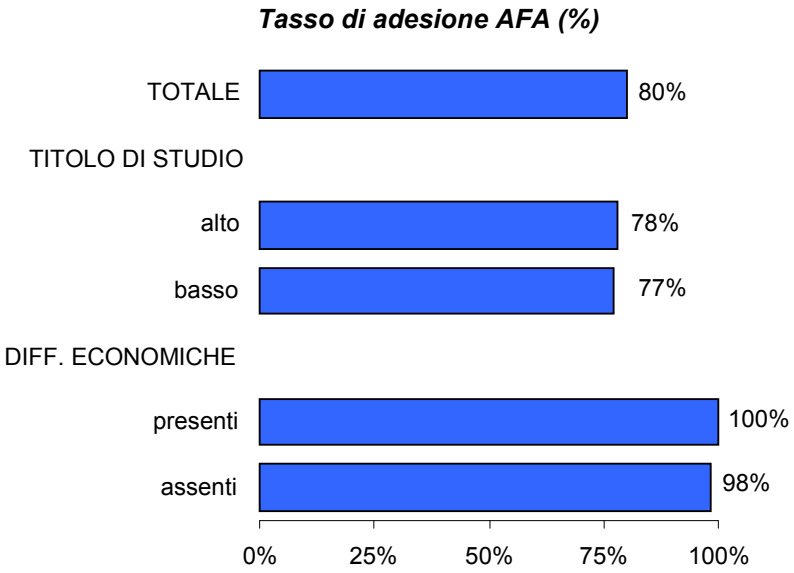


Limitazioni nello svolgimento di attività fisica

Tasso di adesione

Il tasso di adesione (arruolati/contattati) è risultato pari all'80% *(range:72%-100%)*

Stratificando per caratteristiche socio-economiche non appaiono differenze significative sul piano statistico per titolo di studio e difficoltà economiche riferite.



Caratteristiche delle persone che hanno rifiutato l'offerta AFA

Hanno rifiutato la proposta di aderire al progetto AFA del medico inviante o in occasione della visita di secondo livello 63 persone, pari al 20% dei contattati (tasso di rifiuto).

Queste persone sono per lo più donne (62%), appartenenti alla fascia di età 50-64 anni (32%), appaiono senza differenza per titolo di studio e sono prevalentemente affette da lombalgia (94%).

Il principale motivo di rifiuto dichiarato dalle persone è, nel complesso, la mancanza di tempo: più in particolare, relativamente ai giorni ed orari proposti nel 48% dei casi e per mancanza assoluta di tempo nel 33%.

Motivi di non adesione al progetto AFA	%
Mancanza relativa di tempo nei giorni e orari proposti	47,6%
Mancanza assoluta di tempo	33,3%
Pigrizia / mancanza di voglia / scarso interesse	9,5%
Problemi di salute insorti	7,9%
Organizzazione familiare	4,8%
Problemi relativi alla palestra (scomoda, non di gradimento)	4,8%
Problemi economici	3,2%
Altro (è all'estero/rattristava)	3,2%

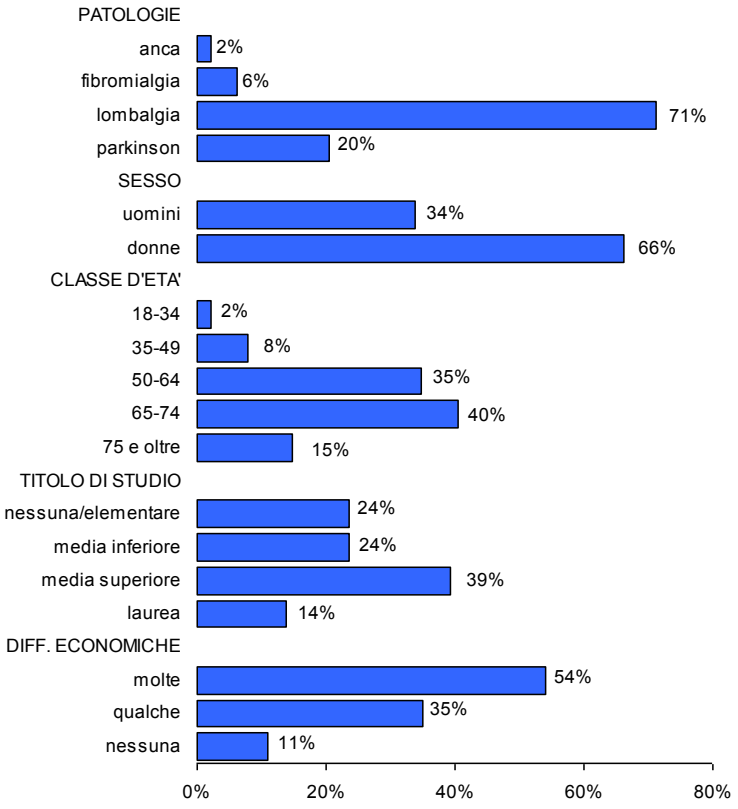
c – <u>Inserimento nel programma di Attività Fisica Adattata</u>

Caratteristiche delle persone che hanno iniziato l'attività

Dei 254 arruolati, 230 (91%) hanno effettivamente iniziato l'attività in palestra.

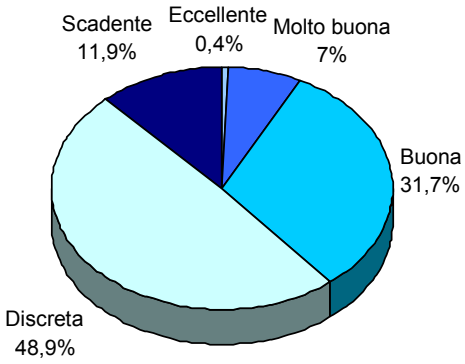
Per lo più si tratta di donne (66%), di persone appartenenti alla fascia d'età 65-74 anni (40%), con livello di istruzione alto (53%) e prevalentemente affetti da lombalgia (71%). Il 54% riferisce di non avere difficoltà economiche.

Caratteristiche delle persone che hanno iniziato AFA (%)

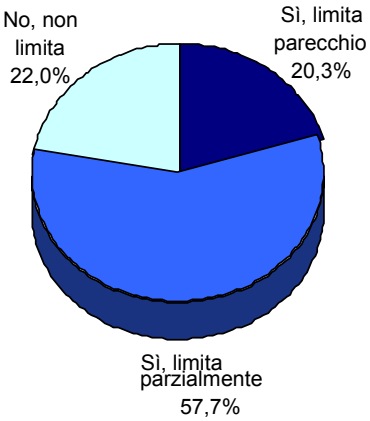


Quasi la metà (49%) delle persone che hanno iniziato il progetto AFA dichiara uno stato di salute generale discreto, il 58% riferisce parziali limitazioni nell'attività fisica e il 20% parecchie limitazioni.

Tasso di adesione AFA (%)



Stato di salute generale

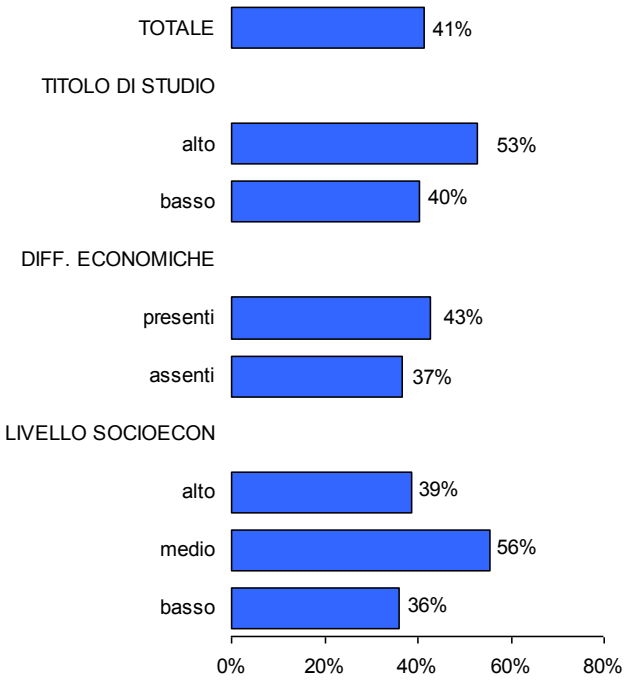


Limitazione attività fisica

Abbandono del programma

Complessivamente, 105 persone che avevano aderito all'AFA non hanno iniziato l'attività o l'hanno interrotta prima del termine del programma prestabilito. Il tasso di abbandono complessivo è del 41,3%. Stratificando per caratteristiche socio-economiche non appaiono differenze significative sul piano statistico per le difficoltà economiche riferite, la differenza è al limite per il titolo di studio ed è netta per il livello socioeconomico complessivo medio rispetto agli altri due.

Tasso di abbandono totale (%)



Caratteristiche delle persone che non hanno iniziato l'attività (abbandono "iniziale")

Pur avendo inizialmente aderito all'offerta, 24 persone non hanno mai iniziato l'attività, con una percentuale del 9,4% sugli aderenti, indicatore che potremmo definire come tasso di abbandono "iniziale". (*range : 4%-12,5%)*

Sono prevalentemente donne (79%), con titolo di studio elevato (55%), con qualche difficoltà economica ad arrivare a fine mese (53%) e prevalentemente affette da lombalgia (75%).

I principali motivi di abbandono "iniziale" dichiarati dalla persone sono l'aver cambiato opinione (38%), difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti (25%), impedimenti familiari (17%) e lavorativi (17%).

Motivi di interruzione del progetto AFA (Abbandoni iniziali)	%
Cambiato idea rispetto all'inizio	37,5%
Difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti	25,0%
Impedimenti lavorativi	16,7%
Impegni familiari	16,7%
Malattia / problemi di salute	12,5%
Pigrizia / mancanza di voglia	4,2%
Intervento chirurgico	4,2%
Troppe scale per accedere alla palestra	4,2%

d – <u>Conclusione dell'attività AFA</u>

Caratteristiche delle persone che hanno abbandonato (abbandono "in palestra")

Delle 230 persone che hanno iniziato l'attività in palestra, il 35% ha abbandonato prima del periodo previsto di sperimentazione del progetto (tasso di abbandono "in palestra*"). (range: 14%-43%)*

Il 73% delle persone che ha abbandonato è donna, il 66,6% appartiene alla fascia 50-74 anni, prevalentemente riferiscono un alto livello di istruzione (62%), nessuna difficoltà economica (52%) e sono affetti da lombalgia (84%).

I principali motivi per cui le persone hanno interrotto l'attività iniziata sono: impegni familiari (35%), aver cambiato opinione (29%), problemi di salute (18%) e difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti (18%).

Motivi di interruzione del progetto AFA (Abbandoni veri e propri)	%
Impegni familiari	34,7%
Cambiato idea rispetto all'inizio	28,6%
Malattia / problemi di salute	18,4%
Difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti	18,4%
Impedimenti lavorativi	16,3%
Pigrizia / mancanza di voglia	10,2%
Non fiducia sulla efficacia dell'AFA	4,1%
Altro (trasferimento in casa di vacanza)	2,0%

Alla data di scadenza del periodo di monitoraggio del progetto (30 aprile 2013), il 75% aveva completato un semestre di attività e il 25% stava ancora effettuando l'attività in palestra in quanto non aveva ancora terminato il semestre previsto dal protocollo.

La partecipazione all'attività programmata

Nel periodo relativo al progetto AFA, coloro che hanno terminato tutto il periodo programmato hanno registrato 4.888 accessi in palestra sicura rispetto ai 5.344 accessi previsti, con un tasso di partecipazione media del 92%.

Considerato che la distribuzione dei valori non è simmetrica è preferibile far riferimento al valore mediano dell'indicatore (presenze effettive/presenze programmate), che risulta pari al 97% con un range interquartile di 85,4%-100%. Ciò significa che il 50% delle persone ha avuto un tasso di adesione uguale o superiore al 97%.

3 – Valutazione di gradimento e di risultato

a – Analisi di gradimento delle persone che hanno concluso il percorso

La valutazione del gradimento e soddisfazione delle persone che hanno partecipato al programma AFA è stata effettuata mediante il questionario CSQ-8, utilizzato a livello internazionale per questo tipo di indagini[1]. E' stato somministrato alle 111 persone che hanno terminato il semestre di AFA programmato.

Lo strumento è formato da una batteria di 8 domande di cui si riporta la distribuzione delle risposte alle singole domande.

1. *Come giudicherebbe la qualità del servizio che ha ricevuto?*

Qualità del servizio	%
Eccellente	65,5%
Buona	33,6%
Discreta	0,9%
Totale	100,0%

2. *Ha ottenuto il tipo di servizio che desiderava?*

Servizio desiderato	%
Decisamente sì	61,8%
Generalmente sì	37,3%
Non proprio	0,9%
Totale	100,0%

3. *Fino a che punto il nostro programma ha soddisfatto i suoi bisogni?*

Bisogni soddisfatti	%
Quasi tutti i miei bisogni sono stati soddisfatti	36,4%
La maggior parte dei miei bisogni sono stati soddisfatti	57,3%
Solo pochi dei miei bisogni sono stati soddisfatti	6,4%
Totale	100,0%

[1] Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. Eval Program Plann. 1979;2(3):197-207.

Se un suo amico avesse bisogno di un aiuto simile gli raccomanderebbe il nostro programma?

Raccomando programma AFA	%
Decisamente sì	77,3%
Penso di sì	21,8%
Decisamente no	0,9%
Totale	100,0%

4. *Quanto è rimasto soddisfatto della quantità di aiuto che ha ricevuto?*

Quantità di aiuto soddisfacente	%
Molto soddisfatto	60,0%
Per lo più soddisfatto	30,9%
Indifferente o leggermente insoddisfatto	0,9%
Molto insoddisfatto	8,2%
Totale	100,0%

5. *I servizi che ha ricevuto l'hanno aiutata ad affrontare meglio i suoi problemi?*

Aiuto ad affrontare meglio problemi	%
Sì, mi hanno aiutato molto	64,5%
Sì, mi hanno aiutato abbastanza	32,7%
No, non mi hanno realmente aiutato	2,7%
Totale	100,0%

6. *Complessivamente, in senso generale, quanto è soddisfatto dei servizi ricevuti?*

Soddisfazione complessiva	%
Molto soddisfatto	67,6%
Per lo più soddisfatto	29,6%
Indifferente o leggermente insoddisfatto	1,9%
Molto insoddisfatto	0,9%
Totale	100,0%

7. *Se dovesse di nuovo aver bisogno di aiuto, tornerebbe al nostro programma?*

Prosecuzione AFA	%
Decisamente sì	53,2%
Penso di sì	41,3%
Penso di no	5,5%
Totale	100,0%

Analizzando la propensione a proseguire il programma AFA per le caratteristiche socioeconomiche, non appaiono differenze significative sul piano statistico e sostanziale per titolo di studio, difficoltà economiche riferite e livello socioeconomico complessivo.

Caratteristiche socioeconomiche	Prosecuzione AFA	
	Sì	No
Titolo di studio		
alta	97,1	2,9
bassa	96,6	3,4
Difficoltà economiche		
assenti	93,3	6,7
presenti	95,7	4,3
Livello socioeconomico complessivo		
alto	96,2	3,8
medio	95,5	4,5
basso	100	0

Alle persone che hanno dichiarato di non voler proseguire, è stato chiesto per quale motivo:

Se no, per quale motivo?

Motivi di non prosecuzione AFA	%
Mancanza di tempo	33,3%
Problemi economici	50,0%
Altro (distanza)	16,7%

Inoltre, alle persone che si sono dichiarate intenzionate a partecipare è stato chiesto se sarebbero disposte a pagare la quota per intero, cioè senza una partecipazione al costo dell'AFA da parte della Regione

Per continuare sarebbe disposto a pagare la quota mensile intera?

Quota mensile intera	%
Si, senza difficoltà	37,2%
Si, con qualche difficoltà	58,1%
No	4,7%
Totale	100,0%

La propensione a continuare pagando (con o senza difficoltà) è significativamente superiore anche sul piano statistico all'indisponibilità a farlo.

La disponibilità a pagare la quota intera è condizionata dalle difficoltà economiche riferite: solo il 20% di chi ne riferisce è disponibile a pagare la quota per intero senza problemi e il 71% sia pur con difficoltà a fronte rispettivamente del 52% e 46% di chi non riporta problemi economici. Queste differenze sono significative sul piano statistico.

Difficoltà economiche	**Disponibilità a pagare quota intera**		
	Sì, senza difficoltà	Sì, con qualche difficoltà	No
Assenti	52,1%	45,8%	2,1%
Presenti	20,0%	71,4%	8,6%

4 – Valutazione di esito

A tutti i partecipanti all'atto dell'arruolamento e a fine attività è stato somministrato una serie di questionari per valutare, seppur in maniera indicativa, l'efficacia del programma. In particolare sono stati effettuati lo strumento SF12[2] a tutti i partecipanti più una serie di questionari patologie-specifici.

Le numerosità in gioco non permettono, in questa fase del progetto AFA, di effettuare valutazioni patologie-specifiche. Per coloro che hanno terminato il percorso AFA si riporta pertanto la valutazione iniziale e finale degli score SF12 per tutte le persone nel complesso e un'analisi più dettagliata per le sole persone con lombalgia.

Questionario sullo stato di salute SF-12

L'analisi del questionario sullo stato di salute (SF-12), sulle persone che hanno terminato il programma AFA e a cui è stato somministrato il questionario alla valutazione iniziale e finale, indica un lieve miglioramento dei valori degli indici Physical Component Summary (PCS) per lo stato fisico e Mental Component Summary per lo stato mentale (MCS); le differenze però non sono significativa sul piano statistico.

Indice fisico PCS-12

	Iniziale	Finale
Range	13,0-59,2	17,6-55,1
Media	35,2	37,2
Deviazione standard	10,8	10,2
25° percentile	26,3	29,9
Mediana	33,2	35,8
75° percentile	41,7	47,5

Indice mentale MCS-12

	Iniziale	Finale
Range	20,1-66,5	19,8-65,1
Media	42,1	43,8
Deviazione standard	10,8	10,4
25° percentile	34,5	35,6
Mediana	41,4	43,6
75° percentile	51,3	51,5

[2] Giovanni Apolone, Paola Mosconi, Luciana Quattrociocchi, Emilio A.L. Gianicolo, Nicola Groth, John E. Ware Jr. Questionario sullo stato di salute SF-12 Versione italiana. Versione IRFMN Aggiornata al 2005. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Le persone partecipanti all'AFA con lombalgia

Analisi di gradimento delle persone che hanno concluso il percorso

Il questionario CSQ-8 è stato somministrato alle 64 persone affette da lombalgia che hanno terminato il semestre di AFA programmato. L'analisi delle 8 domande del questionario evidenzia:

1. *Come giudicherebbe la qualità del servizio che ha ricevuto?*

Qualità del servizio	%
Eccellente	81,0%
Buona	17,5%
Discreta	1,6%
Totale	100,0%

2. *Ha ottenuto il tipo di servizio che desiderava?*

Servizio desiderato	%
Decisamente sì	60,3%
Generalmente sì	39,7%
Totale	100,0%

3. *Fino a che punto il nostro programma ha soddisfatto i suoi bisogni?*

Bisogni soddisfatti	%
Quasi tutti i miei bisogni sono stati soddisfatti	33,3%
La maggior parte dei miei bisogni sono stati soddisfatti	61,9%
Solo pochi dei miei bisogni sono stati soddisfatti	4,8%
Totale	100,0%

4. *Se un suo amico avesse bisogno di un aiuto simile gli raccomanderebbe il nostro programma?*

Raccomando programma AFA	%
Decisamente sì	77,8%
Penso di sì	22,2%
Totale	100,0%

5. *Quanto è rimasto soddisfatto della quantità di aiuto che ha ricevuto?*

Quantità di aiuto soddisfacente	**%**
Molto soddisfatto	58,7%
Per lo più soddisfatto	31,7%
Molto insoddisfatto	9,5%
Totale	100,0%

6. *I servizi che ha ricevuto l'hanno aiutata ad affrontare meglio i suoi problemi?*

Aiuto ad affrontare meglio problemi	**%**
Sì, mi hanno aiutato molto	69,8%
Sì, mi hanno aiutato abbastanza	30,2%
Totale	100,0%

7. *Complessivamente, in senso generale, quanto è soddisfatto dei servizi ricevuti?*

Soddisfazione complessiva	**%**
Molto soddisfatto	73,8%
Per lo più soddisfatto	26,2%
Totale	100,0%

8. *Se dovesse di nuovo aver bisogno di aiuto, tornerebbe al nostro programma?*

Prosecuzione AFA	**%**
Decisamente sì	42,9%
Penso di sì	49,2%
Penso di no	7,9%
Totale	100,0%

Analizzando la propensione a proseguire il programma AFA per le caratteristiche socioeconomiche, non appaiono differenze per titolo di studio, difficoltà economiche riferite e livello socioeconomico complessivo.

Caratteristiche socioeconomiche	Prosecuzione AFA	
	Sì	No
Titolo di studio		
alta	94,4	5,6
bassa	95,2	4,8
Difficoltà economiche		
assenti	90,9	9,1
presenti	92,6	7,4
Livello socioeconomico complessivo		
alto	92,9	7,1
medio	93,3	6,7
basso	100	0

Alle persone che hanno dichiarato di non voler proseguire, è stato chiesto per quale motivo:

Se no, per quale motivo?

Motivi di non prosecuzione AFA	%
Mancanza di tempo	20,0%
Problemi economici	60,0%
Altro (distanza)	20,0%

Inoltre, alle persone che si sono dichiarata intenzionate a partecipare è stato chiesto se sarebbero disposte a pagare la quota per intero, cioè senza una partecipazione al costo dell'AFA da parte della Regione

Per continuare sarebbe disposto a pagare la quota mensile intera?

Quota mensile intera	%
Si, senza difficoltà	17,1%
Si, con qualche difficoltà	78,0%
No	4,9%
Totale	100,0%

La propensione a continuare pagando è superiore all'indisponibilità a farlo; si raggiunge però la significatività statistica solo per la propensione a proseguire sia pur con difficoltà.

La disponibilità a pagare la quota intera è condizionata dalle difficoltà economiche riferite: solo il 6% di chi ne riferisce è disponibile a pagare la quota per intero senza problemi e l'88% sia pur con difficoltà a fronte rispettivamente del 27% e 68% di chi non riporta problemi economici. Queste differenze non sono significative sul piano statistico.

Difficoltà economiche	**Disponibilità a pagare quota intera**		
	Sì, senza difficoltà	Sì, con qualche difficoltà	No
Assenti	27,3%	68,2%	4,5%
Presenti	6,3%	87,5%	6,3%

Valutazione di esito

Anche analizzando le persone affette da sola lombalgia emerge un miglioramento dei valori degli indici fisico e mentale: si raggiunge però la significatività statistica solo per il primo. Contemporaneamente si registra una diminuzione del valore della scala Visual Analogue Scale (VAS) per il monitoraggio del livello di dolore, riduzione anche in questo caso statisticamente significativa.

Indice fisico PCS-12

	Iniziale	**Finale**
Range	13,0-51,8	18,9-54,7
Media	33,7	37,7
Deviazione standard	9,0	9,3
25° percentile	26,2	30,4
Mediana	33,6	36,6
75° percentile	40,0	46,6

Indice mentale MCS-12

	Iniziale	**Finale**
Range	20,1-66,5	19,8-65,1
Media	42,5	44,5
Deviazione standard	10,3	10,1
25° percentile	35,0	36,4
Mediana	40,2	43,3
75° percentile	51,3	51,9

Scala VAS – Livello del dolore

	Iniziale	Finale
Range	0-9	0-9
Media	4,7	3,8
Deviazione standard	1,9	2,3
25° percentile	3	2
Mediana	5	4
75° percentile	6	5

5 – Valutazione economica

Per quanto riguarda il finanziamento del progetto, la quota maggiore del budget messo a disposizione delle Aziende Usl per la parte della sperimentazione riguardante l'AFA è stato utilizzato nell'acquisizione del personale, con l'eccezione di Ravenna che ha investito la maggior parte del budget in palestre, per integrare la quota versata dal paziente.

La quota mensile versata da ogni singolo partecipante è stata di 15€ in ciascuna Ausl. Le Ausl di Cesena e Ravenna hanno sostenuto anche costi aggiuntivi per ogni partecipante (rispettivamente 13€ e 35€); Cesena, inoltre, ha pagato la quota assicurativa per ogni partecipante (10€).

In proiezione futura e in previsione di una messa a regime dell'AFA, si può affermare:

- ***per quanto riguarda i costi di personale sostenuti dalle Aziende Usl*** per la parte riguardante la prescrizione e il monitoraggio, l'avvio dell'attività comporta in pratica solo la disponibilità di fisioterapisti; tuttavia l'impegno richiesto non è particolarmente gravoso perché un fisioterapista è in grado di seguire un numero molto elevato di persone avviate al programma (sulla base dei dati riportati a pag. 8 si può stimare fino a 500 persone),

- ***per quanto riguarda i costi a carico dell'utente***, riguardanti tutta la parte di somministrazione, si deve osservare che la previsione iniziale di costo attorno a 15 € per partecipante si è rivelata sottostimata ed è stata rispettata solo a Modena e, con un accordo molto favorevole, presso la piscina dello stabilimento termale di Porretta; questa opportunità difficilmente potrà essere mantenuta a regime, così come in futuro si dovrebbe poter ottenere una riduzione rispetto alla tariffa di Ravenna, che rappresenta l'estremo opposto (50 €/mese per partecipante, tenendo conto che si sono utilizzate le stesse "Palestre sicure" dell'EFA).
  Pertanto, in proiezione futura di attività a regime sembra ragionevole ipotizzare una tariffa a carico dell'utente di circa 30 €/mese, che corrisponde sostanzialmente alla situazione dell'Azienda Usl di Cesena (28 €/mese di tariffa più 10 € una tantum per assicurazione).

Al proposito si può osservare quanto deciso dalla Regione Emilia-Romagna per la prosecuzione del programma AFA al termine della sperimentazione, riportato nelle conclusioni.

6 – Valutazione degli operatori

Al fine di valutare la sostenibilità del progetto e il suo inserimento nelle attività del SSR si sono somministrati n. 20 questionari ai Referenti del Progetto (n.4), ai Coordinatori Fisioterapisti – FC (n. 4) e ai Laureati in Scienze Motorie - LS (n. 12).

A – Il punto di vista dei referenti aziendali

Nella tabella successiva vengono sintetizzati i punti deboli/criticità e i punti di forza/opportunità indicati dai Referenti aziendali.

Punti deboli/criticità	Punti di forza
- Arruolamento limitato come numerosità dei Medici di Medicina Generale - Scarsa sensibilità dei MMG - Gestione degli aspetti "burocratici" del progetto che dovrebbe essere semplificata - I costi per il paziente; sotto questa voce si riporta anche la criticità rappresentata dalla mancanza di costanza nella frequenza dei corsi che può creare problemi per definire i costi dei corsi. - Difficoltà in alcuni territori di integrare il progetto con altre iniziative in ambito di promozione dell'attività fisica svolte dalle Associazioni.	- L'organizzazione della sperimentazione ha permesso di superare le criticità e di centrare uno degli obiettivi di salute importante - Forte gradimento da parte dei partecipanti sia per il benessere percepito sia per il costo basso - Ottima la relazione tra Laureati in Scienze Motorie e partecipanti - Possibilità di "sgravare" gli ambulatori di Medicina riabilitativa di un'attività non strettamente sanitaria.

In un'**ottica di prosecuzione** del progetto, la maggior parte dei Referenti aziendali dichiara di aver bisogno di risorse di personale rispetto a quelle di cui si dispone o di un finanziamento ad hoc per l'istituzionalizzazione del percorso all'interno delle attività dei Servizi.

B – Il punto di vista dei Fisioterapisti Coordinatori

Nella tabella successiva vengono sintetizzati i punti deboli/criticità e i punti di forza/opportunità indicati dai Fisioterapisti Coordinatori

Punti deboli/criticità	Punti di forza
- La non effettuazione da parte della maggior parte dei MMG delle scale di valutazione per includere le persone nel progetto AFA, che ha reso necessario il successivo coinvolgimento del Fisiatra - Carenza di fasce orarie disponibili da parte delle Palestre	- Il Raccordo creato tra il Servizio sanitario e Palestre, che ha permesso di offrire al cittadino un'attività di prevenzione a basso costo, ma sicura e di buona qualità ("*Desanitarizzazione*", - Il fatto di non condurre l'AFA in ospedale, ma in Palestre aperte a tutti. - La collaborazione tra tutti gli "attori" : coordinatore – associazioni –palestre – sanità pubblica – fisiatri. - Il fisioterapista come figura di riferimento per l'utente - I LSM hanno saputo motivare le persone, specialmente quelle che hanno seguito il progetto per i 6 mesi complessivi.

Protocollo operativo

- Il percorso istituito (MMG → Fisioterapista → Palestre) è ritenuto valido da tutti i Fisioterapisti coordinatori.
- I Medici invianti (MMG e Fisiatri) hanno seguito "*abbastanza*" le indicazioni previste nel protocollo per l'arruolamento
- Il protocollo operativo è giudicato fattibile nei percorsi proposti e non vengono proposte sostanziali modifiche tranne *"… un'ulteriore semplificazione rispetto ai criteri di inclusione/esclusione ai quali devono attenersi i MMG*".
- Il monitoraggio del FC sulle palestre territoriali è ritenuto in genere necessario in un'eventuale messa a regime dell'AFA ai fini di garantire la qualità e la sicurezza del percorso.

Rapporti con i Medici di Medina Generale e gli Specialisti

- I Fisioterapisti Coordinatori hanno ritenuto complessivamente "*facili"* i rapporti con MMG e Specialisti, anche vengono individuati alcuni punti da migliorare:
    1. Comunicazione tra MMG/specialisti e FC
    2. Ritorno informativo al MMG sull'attività praticata dai loro assistiti.

Rapporti con Palestre/Piscine

- I Fisioterapisti Coordinatori hanno ritenuto complessivamente "*facili"* i rapporti con le Palestre private; si ritiene importante "*estendere l'attività nelle fasce orarie serali per i lavoratori e creare una rete per le fibromialgie*"

Rapporti con le Persone arruolate

- I Fisioterapisti Coordinatori hanno ritenuto complessivamente "*facili"* i rapporti con le persone arruolate; alcuni suggerimenti per migliorare il rapporto con le persone partecipanti sono stati:
    1. incentivare l'attività negli orari serali

2. informare i pazienti sul prendersi cura del proprio stato di salute.

- Complessivamente si ritiene che i partecipanti siano stati soddisfatti e contenti di partecipare al programma e abbiano manifestato la volontà di voler continuare l'attività del progetto.

In un'**ottica di prosecuzione** del progetto, i FC ritengono "*abbastanza facile"* inserire le attività del progetto all'interno delle attività abituali, anche se in alcune realtà ritengono opportune nuove risorse/finanziamenti ad hoc

c – Il punto di vista dei Laureati in Scienze Motorie

Nella tabella successiva vengono sintetizzati i punti deboli/criticità e i punti di forza/opportunità indicati dai Laureati in Scienze Motorie.

Punti deboli/criticità	Punti di forza
- La scarsa divulgazione del progetto - La presenza di gruppi non omogenei che ha richiesto una mediazione sull'intensità dell'attività da svolgere - Gli abbandoni dei pazienti durante il percorso - L'elevato numero dei pazienti da seguire - La semplicità e monotonia ("*per 6 mesi sempre gli stessi esercizi"*) degli esercizi dettati dai protocolli. - La scarsa specificità degli esercizi scelti rispetto alla patologia dei soggetti - La difficoltà nell'arruolamento dei partecipanti. - Il costo mensile troppo basso: porta a perdere le sedute e non incoraggia adesione e costanza. - Il costo mensile troppo alto: non facilita l'adesione al progetto - L'incertezza sul proseguo del progetto ha generato a fine corso la preoccupazione nei partecipanti di "*rimanere soli con la loro patologia*" - Scarso coinvolgimento dei MMG	- Gruppi di persone con la stessa problematica ha favorito il confronto all'interno del gruppo - Il numero di sedute: due a settimana - Costo mensile sostenuto non eccessivo - Incontro formativo prima di iniziare il progetto; la possibilità per i pazienti e per l'istruttore di avere un contatto diretto con la referente del progetto; valutazioni funzionali dei pazienti all'inizio e alla fine del progetto) - Permettere agli utenti un approccio curativo alternativo, attivo ed educativo - Coinvolgere soggetti che mai si sarebbero presentati propria di propria iniziativa

<u>Rapporti con le Persone arruolate:</u>

- I LSM hanno ritenuto complessivamente "*facili*" i rapporti con le persone arruolate e "*utile*" il percorso AFA per i soggetti seguiti con patologie.
- I feed-back ricevuti dai partecipanti sono stati buoni e riguardano principalmente sia una buona soddisfazione dovuta al miglioramento fisico (anche da parte di chi all'inizio del percorso era piuttosto titubante), sia lo svolgere attività fisica insieme a pazienti con la stessa patologia.

- L'accesso delle persone si è svolto con diverse modalità: accesso libero con giorni fasce orarie stabilite oppure a gruppi.

Rapporti con l'Azienda Sanitaria

- I LSM hanno ritenuto complessivamente "*facili"* i rapporti con le Aziende Sanitarie e si sono dichiarati disponibili a continuare il progetto.
- La formazione proposta è ritenuta "*abbastanza adeguata*".

Coinvolgimento delle Palestre private

- I LSM consiglierebbero anche ad altre palestre di partecipare al percorso. Le principali ragioni per coinvolgere altre palestre sono:
  - promuovere l'attività fisica all'interno del proprio stile di vita, per abituarsi all'attività fisica come sostitutiva di farmaci
  - ampliare i propri orizzonti e pensare all'attività fisica anche da un altro punto di vista.

In un'**ottica di prosecuzione** del progetto, i suggerimenti proposti riguardano:

- Maggior divulgazione del progetto
- Variare il protocollo degli esercizi inserendo anche la musica
- "*Una formazione iniziale più specifica per i LSM. La creazione del protocollo di esercizi e attività da parte di fisioterapisti e laureati in scienze motorie INSIEME. La creazione di un protocollo di lavoro con maggiori variazioni temporali (ogni mese o ogni 2 mesi…) di modalità e/o intensità di esercizi ed attività. L'inserimento di una valutazione motoria iniziale e finale da parte del laureato in scienze motorie. La possibilità del laureato in scienze motorie di assistere alle valutazioni del fisioterapista coordinatore. La semplificazione del "registro presenze" in palestra dei partecipant*i."
- Maggior coinvolgimento dei MMG.

Sezione Esercizio Fisico Adattato (EFA)

1 – Il contesto organizzativo

Aziende Usl Coinvolte:

- Azienda Usl Bologna
- Azienda Usl Ferrara
- Azienda Usl Modena
- Azienda Usl Parma
- Azienda Usl Ravenna

Organizzazione della Medicina dello Sport e accesso al servizio

Coordinamento del progetto: Medicina dello Sport

In tutte le Aziende Usl coinvolte, il Servizio di Medicina dello Sport afferisce al Dipartimento di Sanità Pubblica: vengono erogate prestazioni di II livello (le Aziende Usl di Modena e Parma erogano anche il I livello); i Servizi utilizzano una Palestra interna.

Medici di Medicina Generale (MMG) e Specialisti

Complessivamente hanno aderito al progetto 155 Medici di Medicina generale; circa un terzo dei MMG aderenti (30%) ha inviato pazienti con le patologie selezionate.

I Medici di Medicina Generale sono stati informati del progetto EFA principalmente mediante un incontro collettivo, associato all'invio di e-mail informativa oppure al contatto vis a vis/telefonico.

La formazione rivolta ai MMG è stata effettuata in 3 Ausl e non è stata accreditata ECM. Trattandosi di un progetto sperimentale che si poneva come obiettivo solo coinvolgimento di alcuni nuclei di cure primarie, i MMG invianti rappresentano una percentuale limitata rispetto al numero totale di MMG operanti in Ausl (<5%).

Gli Specialisti coinvolti nel progetto sono stati 43, di cui 25 (58%) effettivamente invianti.Il loro contatto è avvenuto con modalità congiunte (principalmente con contatto vis a vis e telefonico). La formazione rivolta agli Specialisti è stata effettuata in una Ausl.

	aderenti	invianti	% invianti su aderenti
MMG	155	46	30%
Specialisti	43	25	58%

Coinvolgimento delle palestre private

Complessivamente hanno aderito al progetto 15 Palestre Sicure, che si sono aggiunte alle 5 Palestre interne ai Servizi di Medicina dello Sport. I Referenti aziendali hanno ritenuto il reclutamento delle Palestre private *abbastanza semplice*.

Ausl	N° Palestre Sicure	N° Palestre interna Ausl	N° Palestre Totale
Bologna	3	1	4
Ferrara	2	1	3
Modena	4	1	5
Parma	4	1	5
Ravenna	2	1	3
Totale	15	5	20

In 3 Aziende Usl il Personale delle palestre ha seguito il Corso di formazione previsto dal programma "Palestra sicura" (vedi sopra). Le tematiche approfondite nel Corso di formazione sono state principalmente:

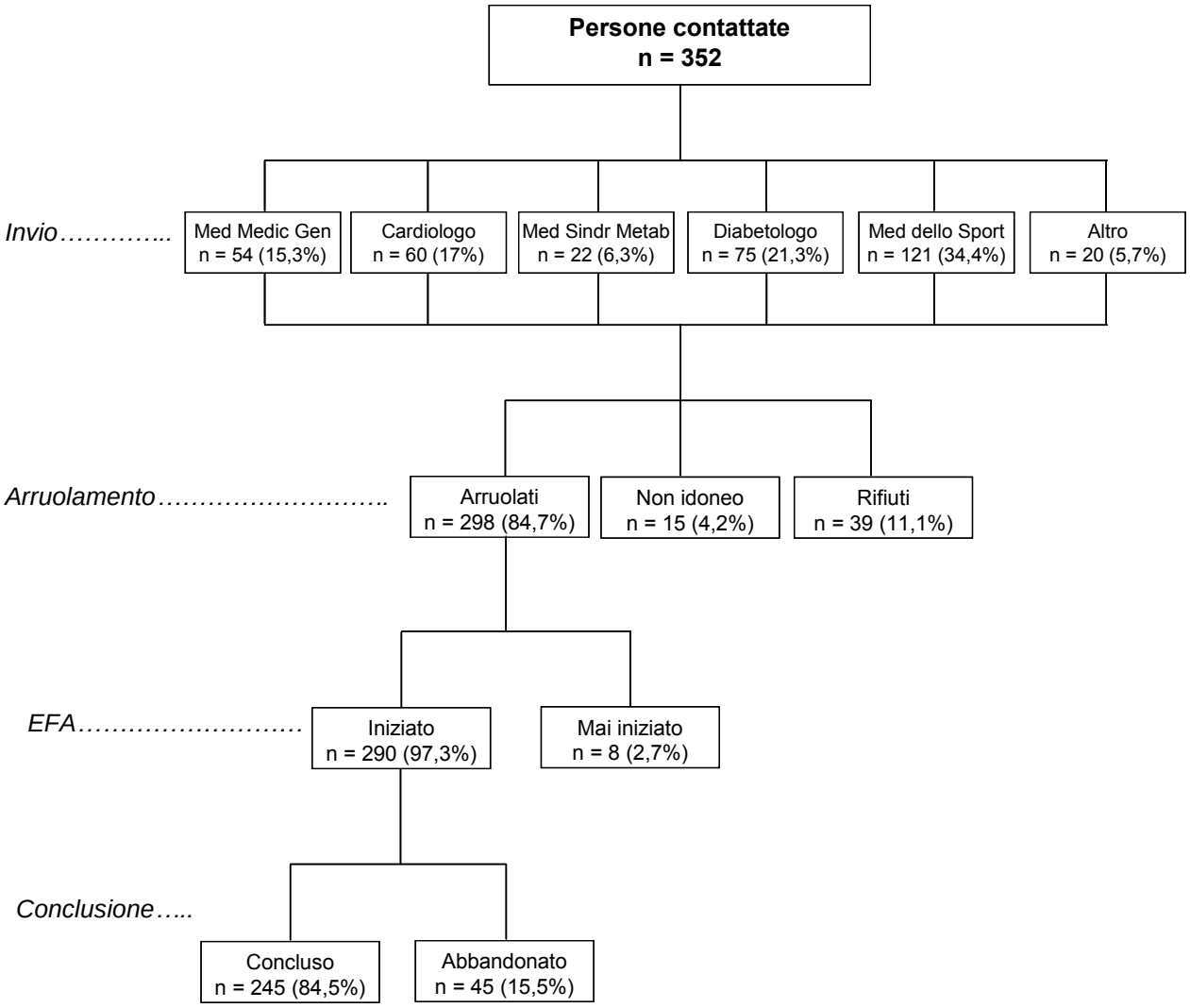
- Valutazione funzionale dei pazienti arruolati e programma dell'attività fisica
- Principi etici e caratteristiche tecniche minimali
- Sviluppi del progetto
- Coinvolgimento dei LSM

I Referenti aziendali hanno ritenuto il reclutamento delle palestre private *abbastanza semplice*.

Stima impegno orario del personale sanitario

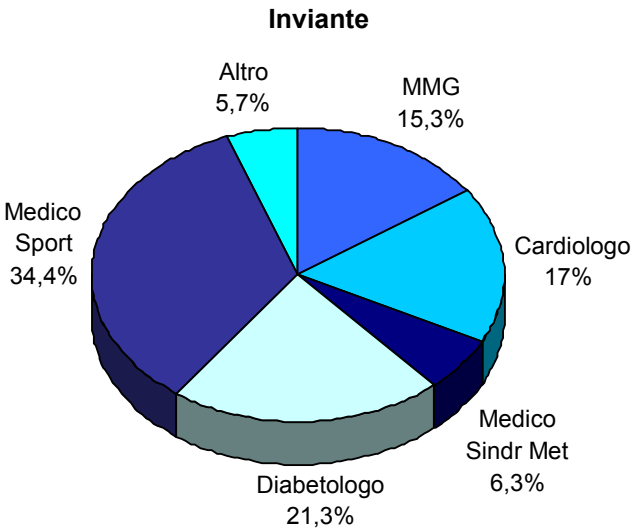
- Coordinatore del progetto: 4 ore al mese
- Il **tempo medio complessivo per paziente** è risultato mediamente di circa 3 ore e mezzo nei 6 mesi di attività (206 min. in media, range: Bologna 300 min. – Parma 90 min). In questo tempo medio viene compreso il tempo impiegato per la Valutazione iniziale e finale del paziente e per la altre attività intermedie.
- Il **tempo medio di attesa per paziente** (dal momento dell'invio alla valutazione del Medico dello Sport) è di circa 14 giorni, variabile nelle Ausl (range: Ferrara 7 giorni – Parma 30 giorni).

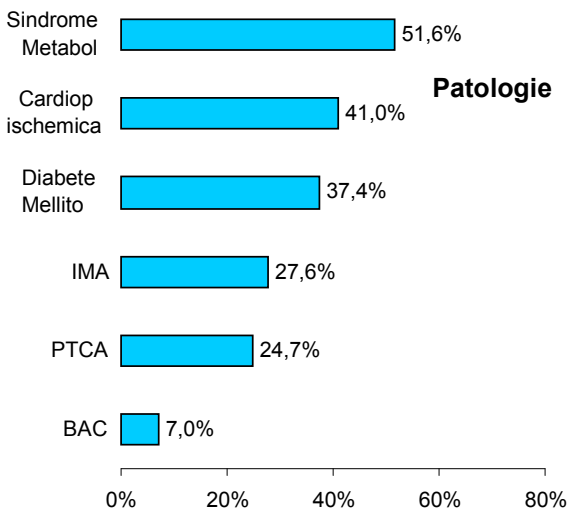
2 – Valutazione di processo



A – Invio

Nell'ambito del progetto EFA sono stati contattati 352 pazienti, in misura maggiore dal medico specialista dello sport (34%) e dal diabetologo (21%). La metà di questi pazienti è affetta da sindrome metabolica (51%), il 41% da cardiopatia ischemica o altro evento cardiologico e il 37% da diabete mellito.





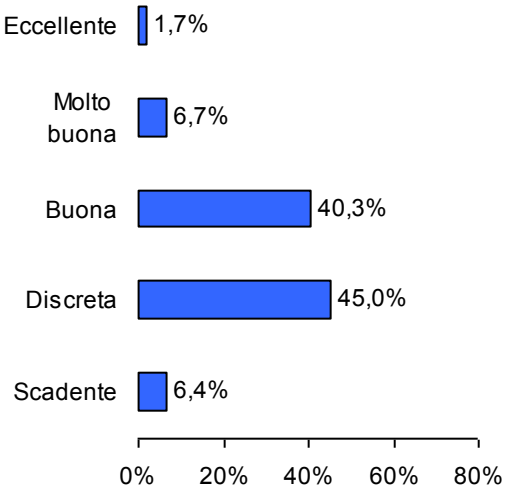
B – Arruolamento

Caratteristiche delle persone arruolate

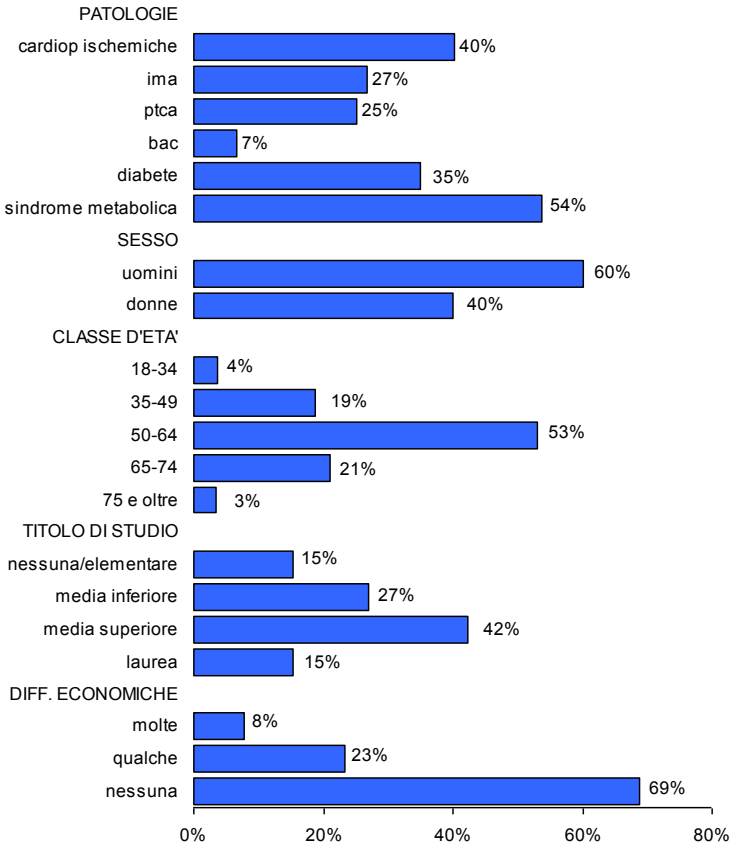
Sono stati arruolati 298 pazienti. Sono prevalentemente uomini (60%), persone di età compresa nella fascia 50-64 anni (53% dei pazienti), aventi un titolo di studio medio-alto (58%) e senza particolari difficoltà economiche riferite (69%).

Riguardo lo stato complessivo della salute riferita, il 45% l'ha dichiarato discreto e il 40% buona.

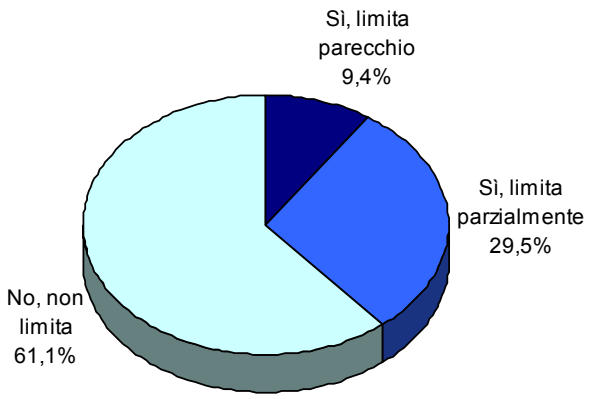
Stato di salute in generale



Caratteristiche delle persone arruolate per EFA (%)



Il 30% dei pazienti arruolati riferisce di avere limitazioni parziali all'attività fisica moderata e il 9% limitazioni elevate.



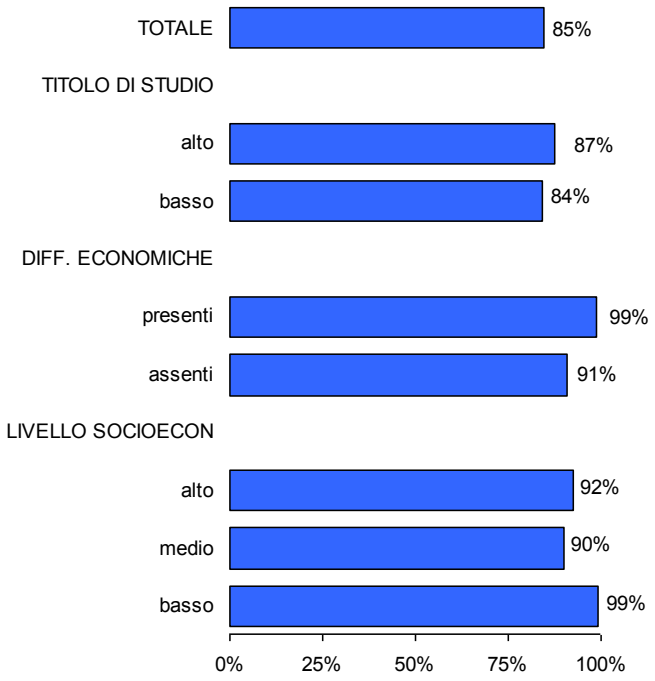
Limitazioni nello svolgimento di attività fisica

Quindici pazienti (4%) sono risultati **non idonei** alla visita medico-sportiva di secondo livello, il 67% dei quali per riscontro di problemi cardiologici. Si tratta prevalentemente di uomini (87%) e di persone appartenenti alla fascia d'età 50-64 anni (46,7%).

Tasso di adesione

Il tasso di adesione (arruolati/contattati) è risultato pari all'85% *(range: 72%-100%)*. Stratificando per caratteristiche socio-economiche non appaiono differenze significative sul piano statistico per titolo di studio, difficoltà economiche riferite e livello socioeconomico complessivo[3].

Tasso di adesione EFA (%)



[3] Livello basso = bassa istruzione e difficoltà economiche
Livello medio = bassa istruzione e non difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
Livello alto = alta istruzione e non difficoltà economiche

Caratteristiche delle persone che hanno rifiutato l'offerta EFA

Hanno rifiutato la proposta di aderire al progetto EFA del medico inviante o in occasione della visita di secondo livello 39 pazienti, pari all'11% dei contattati (tasso di rifiuto).
Queste persone sono per lo più uomini (67%), appartenenti alla fascia di età 50-64 anni (46%), con basso titolo di studio (60%) e sono prevalentemente affetti da diabete (56,3%), cardiopatia ischemica (42,1%) e infarto miocardico acuto (37,1%).
Il principale motivo di rifiuto dichiarato dalla persone è, nel complesso, la mancanza di tempo nei giorni e orari proposti (44%), e la difficoltà a vincere pigrizia e indolenza (44%).

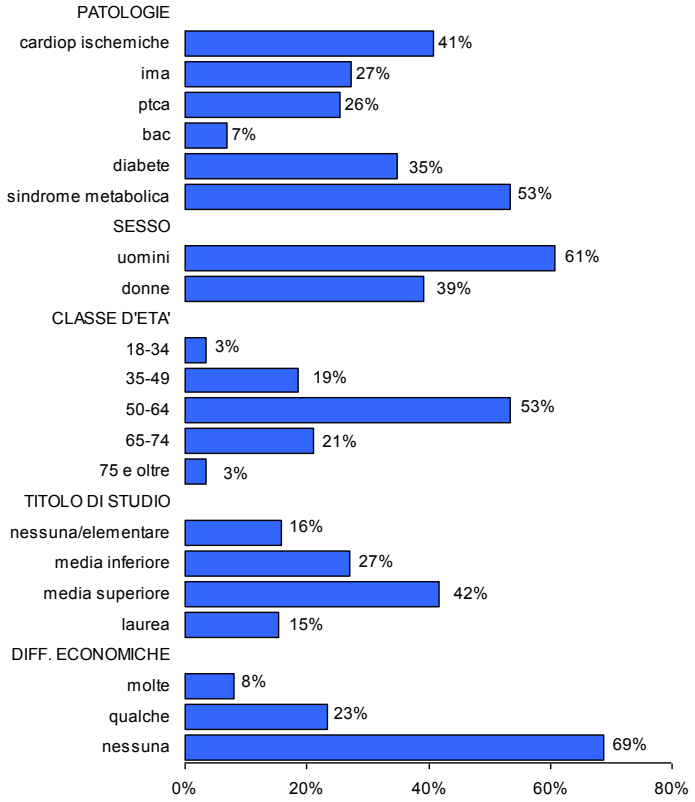
Motivi di non adesione al progetto EFA	%
Mancanza relativa di tempo nei giorni e orari proposti	43,6%
Pigrizia / mancanza di voglia / scarso interesse	43,6%
Mancanza assoluta di tempo	28,2%
Problemi relativi alla palestra (scomoda, non di gradimento)	12,8%
Problemi economici	2,6%
Organizzazione familiare	2,6%
Problemi di salute insorti	2,6%
Altro (trasferimento)	2,6%

C – <u>Inserimento nel programma di Esercizio Fisico Adattato</u>

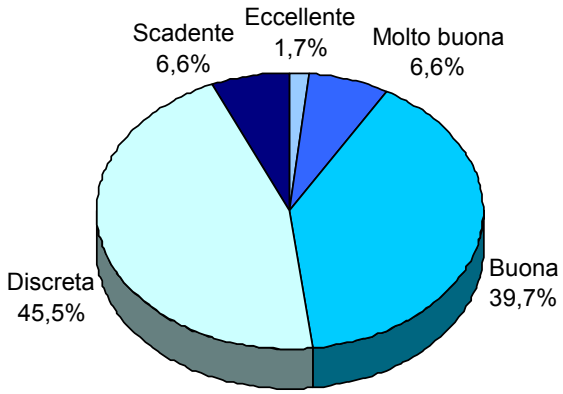
Caratteristiche delle persone che hanno iniziato l'attività

Dei 298 arruolati, 290 (97%) hanno effettivamente iniziato l'esercizio fisico in palestra.Per lo più si tratta di uomini (61%), di persone appartenenti alla fascia d'età 50-64 anni (53%), con livello di istruzione alto (57%) e prevalentemente affetti da sindrome metabolica (53%) e cardiopatie ischemiche (41%). Il 69% riferisce di non avere difficoltà economiche.

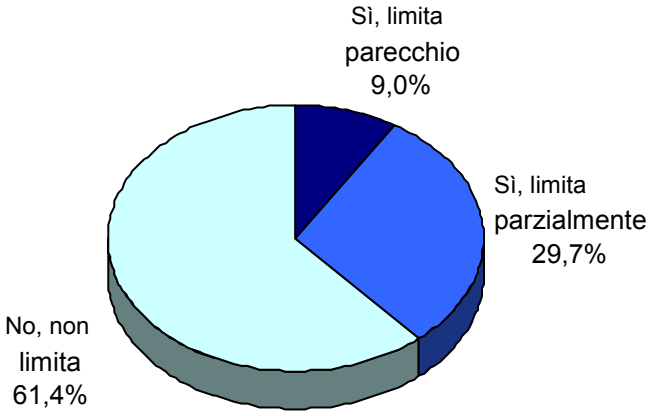
Caratteristiche delle persone che hanno iniziato EFA (%)



Il 46% delle persone che hanno iniziato il progetto EFA dichiara uno stato di salute generale discreto, il 30% riferisce parziali limitazioni nell'attività fisica e il 9% parecchie limitazioni.



Stato di salute generale

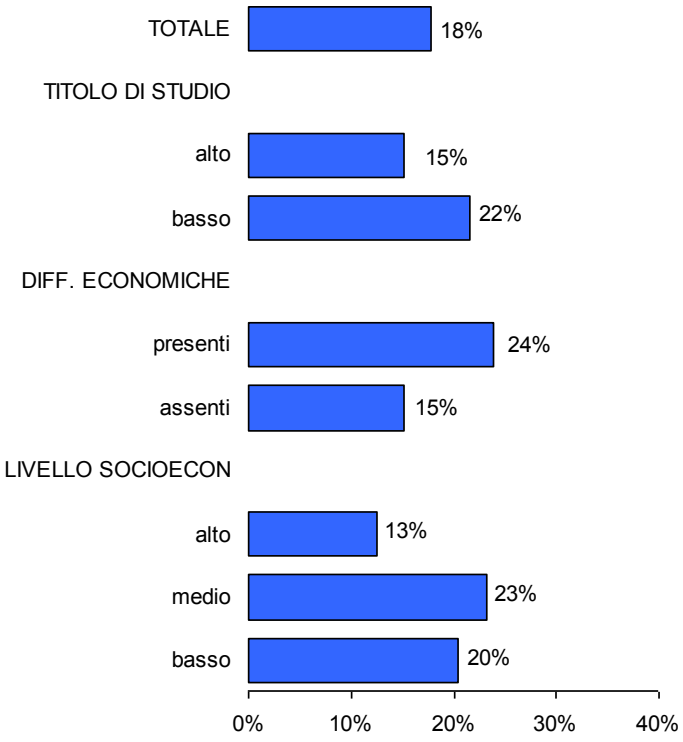


Limitazione attività fisica

Abbandono del programma

Complessivamente, 53 pazienti che avevano aderito all'EFA non hanno iniziato l'attività o l'hanno interrotta prima del termine del programma prestabilito. Il tasso di abbandono complessivo è del 17,8%.
Stratificando per caratteristiche socio-economiche non appaiono differenze significative sul piano statistico per titolo di studio, difficoltà economiche riferite e livello socio economico complessivo.

Tasso di abbandono totale (%)



Caratteristiche delle persone che non hanno iniziato l'attività (abbandono "iniziale")

Pur avendo inizialmente aderito all'offerta, 8 pazienti non hanno mai avviato l'attività in palestra, con una percentuale quasi del 3% sugli aderenti, indicatore che potremmo definire come tasso di abbandono "iniziale.
Sono composti prevalentemente da donne (63%), da persone con titolo di studio elevato (75%), senza difficoltà economica ad arrivare a fine mese (75%) e prevalentemente affette da sindrome metabolica (63%) e diabete (38%).
I principali motivi di abbandono "iniziale" dichiarati dai pazienti sono l'insorgenza di problemi di salute (38%), impedimenti lavorativi (38%) e difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti (38%).

Motivi di interruzione del progetto EFA (Abbandoni iniziali)	**%**
Malattia / problemi di salute	37,5%
Impedimenti lavorativi	37,5%
Difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti	37,5%
Pigrizia / mancanza di voglia	25,0%
Impegni familiari	12,5%

D – <u>Conclusione dell'attività EFA</u>

Caratteristiche delle persone che hanno abbandonato (abbandono "in palestra")

Dei 290 pazienti che hanno iniziato l'attività in palestra, 45 hanno abbandonato prima del periodo previsto di sperimentazione: tasso di abbandono "in palestra" pari al 15,5%
Poco oltre la metà dei pazienti che ha abbandonato è donna (53%), il 73% appartiene alla fascia 35-64 anni, il 56% riferisce un basso livello di istruzione e analoga percentuale nessuna difficoltà economica; risultano affetti da sindrome metabolica (56%) e cardiopatia ischemica (47%).
I principali motivi per cui le persone hanno interrotto l'esercizio iniziato sono: problemi di salute (49%), impegni familiari (31%) e pigrizia (29%).
Il 73% ha abbandonato quando ancora praticava l'attività nella palestra della Medicina Sportiva, il 20% mentre praticava attività in autonomia esclusiva, il 7% ha abbandonato nelle Palestre Sicure.

Motivi di interruzione del progetto EFA (Abbandoni veri e propri)	**%**
Malattia / problemi di salute	48,9%
Impegni familiari	31,1%
Pigrizia / mancanza di voglia	28,9%
Impedimenti lavorativi	24,4%
Difficoltà di accesso nei giorni e orari proposti	13,3%
Cambiato idea rispetto all'inizio	6,7%
Problemi economici	4,4%
Altro (palestra esterna non di gradimento)	2,2%

La partecipazione all'attività programmata

Nel periodo oggetto di esame, di tutti i pazienti che hanno iniziato, 245 (84,5%) hanno concluso il percorso EFA programmato.
Il protocollo prevede un percorso che vede i pazienti iniziare l'esercizio fisico nella palestra della medicina sportiva e proseguire in una palestra sicura.
Per quanto riguarda le attività svolte presso le **palestre della Medicina dello Sport**, le persone che hanno concluso il percorso EFA hanno effettuato complessivamente nel periodo considerato 4.149 accessi rispetto ai 4.679 programmati, con un tasso di partecipazione medio all'attività programmata del 93%.
Considerando però la distribuzione non simmetrica dei valori, è preferibile far riferimento al valore mediano dell'indicatore (presenze effettive/presenze programmate), che risulta pari al 100% con un range interquartile di 87,5%-100%. Ciò significa che il 50% delle persone ha avuto un tasso di adesione uguale o superiore al 100% *(range: 87,5%-100%)*.
Analizzando l'attività dei pazienti che hanno terminato l'attività programmata presso le **palestre sicure**, sono stati effettuati 1.112 accessi nelle palestre sicure rispetto ai 1.177 previsti, con un tasso di partecipazione medio del 93%.
Anche in questo caso è preferibile far riferimento al valore mediano dell'indicatore, che risulta pari al 95% con un range interquartile di 79,5%-105%, cioè metà delle persone ha avuto un tasso di adesione uguale o superiore al 95% *(range: 81,7%-105%).*

Se analizziamo gli accessi considerando tutte le persone che hanno iniziato (compresi anche gli abbandoni), alla palestra della medicina dello sport sono stati effettuati complessivamente 4.406 accessi rispetto ai 5.095 programmati, con un tasso di partecipazione medio del 90%, mediano del 100% e range interquartile di 81,3%-100%.
Per quanto riguarda le palestre sicure, sono stati effettuati complessivamente 1.131 accessi rispetto ai 1.209 programmati, con un tasso di partecipazione medio del 91%. Il valore mediano dell'indicatore risulta pari al 94% con un range interquartile di 77,1%-105%.

Il numero medio di controlli mensili effettuati dal personale sanitario che segue il percorso EFA è di 4,4 per ogni paziente che ha concluso tutto il periodo programmato. L'indicatore mediano risulta invece pari a 5 controlli.

3 – Valutazione di gradimento e di risultato

Analisi di gradimento delle persone che hanno concluso il percorso

La valutazione del gradimento e soddisfazione delle persone che hanno partecipato al programma EFA è stata effettuata mediante il questionario CSQ-8, utilizzato a livello internazionale per questo tipo di indagini[4]. È stato somministrato ai 245 pazienti che hanno terminato il semestre di EFA programmato.

Lo strumento è formato da una batteria di 8 domande di cui si riporta la distribuzione delle risposte alle singole domande.

1. *Come giudicherebbe la qualità del servizio che ha ricevuto?*

Qualità del servizio	%
Eccellente	61,7%
Buona	36,6%
Discreta	1,7%
Totale	100,0%

2. *Ha ottenuto il tipo di servizio che desiderava?*

Servizio desiderato	%
Decisamente sì	62,1%
Generalmente sì	37,4%
Non proprio	0,4%
Totale	100,0%

3. *Fino a che punto il nostro programma ha soddisfatto i suoi bisogni?*

Bisogni soddisfatti	%
Quasi tutti i miei bisogni sono stati soddisfatti	60,0%
La maggior parte dei miei bisogni sono stati soddisfatti	39,6%
Solo pochi dei miei bisogni sono stati soddisfatti	0,4%
Totale	100,0%

4. *Se un suo amico avesse bisogno di un aiuto simile gli raccomanderebbe il nostro programma?*

Raccomanda programma EFA	%
Decisamente sì	79,1%
Penso di sì	20,9%
Totale	100,0%

[4] Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. Eval Program Plann. 1979;2(3):197-207.

5. *Quanto è rimasto soddisfatto della quantità di aiuto che ha ricevuto?*

Quantità di aiuto soddisfacente	**%**
Molto soddisfatto	73,9%
Per lo più soddisfatto	21,4%
Indifferente o leggermente insoddisfatto	1,3%
Molto insoddisfatto	3,4%
Totale	100,0%

6. *I servizi che ha ricevuto l'hanno aiutata ad affrontare meglio i suoi problemi?*

Aiuto ad affrontare meglio problemi	**%**
Sì, mi hanno aiutato molto	59,1%
Sì, mi hanno aiutato abbastanza	40,9%
Totale	100,0%

7. *Complessivamente, in senso generale, quanto è soddisfatto dei servizi ricevuti?*

Soddisfazione complessiva	**%**
Molto soddisfatto	72,8%
Per lo più soddisfatto	25,1%
Indifferente o leggermente insoddisfatto	0,9%
Molto insoddisfatto	1,3%
Totale	100,0%

8. *Se dovesse di nuovo aver bisogno di aiuto, tornerebbe al nostro programma?*

Prosecuzione EFA	**%**
Decisamente sì	43,4%
Penso di sì	42,6%
Penso di no	13,6%
Decisamente no	0,4%
Totale	100,0%

Analizzando la propensione a proseguire il programma EFA per le caratteristiche socioeconomiche, non appaiono differenze per titolo di studio, difficoltà economiche riferite e livello socioeconomico complessivo.

Caratteristiche socioeconomiche	Prosecuzione EFA	
	Sì	No
Titolo di studio		
alta	87,4%	12,6%
bassa	84,3%	15,7%
Difficoltà economiche		
assenti	86,5%	13,5%
presenti	84,1%	15,9%
Livello socioeconomico complessivo		
alto	90,3%	9,7%
medio	79,2%	20,8%
basso	88,2%	11,8%

Alle persone che hanno dichiarato di non voler proseguire, è stato chiesto per quale motivo:

Se no, per quale motivo?

Motivi di non prosecuzione EFA	%
Mancanza di tempo	63,3%
Problemi relativi alla palestra (scomoda, non di gradimento)	13,3%
Non ritenuta più utile per la propria salute	10,0%
Preferenza attività in autonomia	10,0%
Problemi economici	6,7%
Noia/insicurezza	6,7%
Problemi di lavoro	3,3%

Inoltre, alle persone che si sono dichiarata intenzionate a partecipare è stato chiesto se sarebbero disposte a pagare la quota per intero, cioè senza una partecipazione al costo dell'EFA da parte della Regione

Per continuare sarebbe disposto a pagare la quota mensile intera?

Quota mensile intera	%
Si, senza difficoltà	49,7%
Si, con qualche difficoltà	39,2%
No	11,1%
Totale	100,0%

La disponibilità a pagare la quota intera è condizionata dalle difficoltà economiche riferite: solo il 22% di chi ne riferisce è disponibile a pagare la quota per intero senza problemi e il 64% sia pur con difficoltà a fronte rispettivamente del 59% e 31% di chi non riporta problemi economici. Queste differenze sono significative sul piano statistico.

Diff. economiche	**Disponibilità a pagare quota intera**		
	Sì, senza difficoltà	Sì, con qualche difficoltà	No
Assenti	58,9%	31,0%	10,1%
Presenti	22,0%	63,4%	14,6%

4 – Valutazione di esito

A tutti i partecipanti all'atto dell'arruolamento e a fine attività è stata somministrata una serie di questionari per valutare, seppur in maniera indicativa, l'efficacia del programma. In particolare sono stati utilizzati lo strumento SF12[5] per tutti i partecipanti, più una serie di questionari patologie-specifici.
Le numerosità in gioco non permettono, in questa fase del progetto EFA, di effettuare valutazioni patologie-specifiche per cui si riporta la valutazione iniziale e finale degli score SF12 per tutti i pazienti che hanno concluso il percorso programmato e un'analisi più dettagliata sull'emoglobina glicosilata.

A – L'analisi del questionario sullo stato di salute (SF-12), sui pazienti che hanno terminato il programma EFA e a cui è stato somministrato il questionario alla valutazione iniziale e finale, indica un miglioramento dei valori degli indici Physical Component Summary (PCS) per lo stato fisico e Mental Component Summary per lo stato mentale (MCS); la differenza è significativa sul piano statistico.

Indice fisico PCS-12

	Iniziale	Finale
Range	19,2-59,4	21,1-59,3
Media	43,7	47,6
Deviazione standard	9,7	8,6
25° percentile	37,1	42,6
Mediana	45,2	50,3
75° percentile	51,6	54,2

Indice mentale MCS-12

	Iniziale	Finale
Range	15,1-61,9	19,1-62,2
Media	44,0	46,5
Deviazione standard	9,9	9,2
25° percentile	37,0	41,2
Mediana	45,1	47,6
75° percentile	51,4	53,8

[5] Giovanni Apolone, Paola Mosconi, Luciana Quattrociocchi, Emilio A.L. Gianicolo, Nicola Groth, John E. Ware Jr. Questionario sullo stato di salute SF-12 Versione italiana. Versione IRFMN Aggiornata al 2005. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

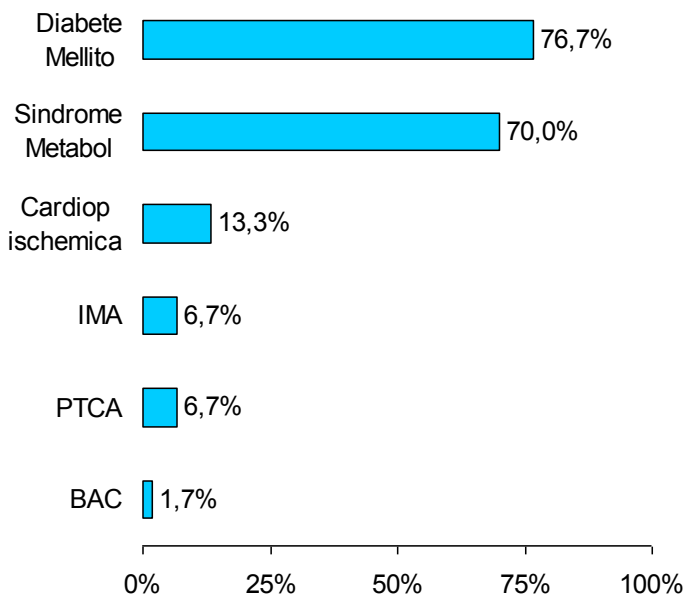
B – Per quanto riguarda l'emoglobina glicosilata, l'analisi su tutti i pazienti che hanno terminato il programma EFA e di cui sono disponibili le misurazioni iniziale e finale dell'emoglobina glicosilata indica una riduzione significativa sul piano statistico del valore mediano, che passa da 7,0% a 6,5%.

	Iniziale	Finale
Range	4,9-12,0	4,7-9,9
Media	7,3	6,7
Deviazione standard	1,6	1,1
25° percentile	6,3	6,0
Mediana	7,0	6,5
75° percentile	8,1	7,4

Restringendo l'analisi ai soli pazienti con diabete mellito o sindrome metabolica emerge un quadro simile: il valore mediano dell'emoglobina glicosilata passa da 7,0% a 6,5%, anche questa differenza significativa sul piano statistico.

Tra i pazienti che hanno concluso tutto il percorso EFA, l'emoglobina glicosilata viene misurata all'inizio e al termine del periodo programmato a chi è affetto prevalentemente da diabete mellito (77%) e sindrome metabolica (70%).

HbA1c per patologia



5 – Valutazione economica

Anche nel caso dell'EFA, la maggior parte del budget a messo a disposizione delle Aziende Usl è stato utilizzato nell'acquisizione del personale.
La quota mensile fissata per ciascun singolo partecipante è stata di 40€ in tutte le Aziende Usl; le Aziende di Bologna e Ravenna hanno sostenuto anche ulteriori costi di supporto per ogni partecipante con risorse del progetto (rispettivamente 25€ e 10€).
In proiezione futura e in previsione di una messa a regime dell'AFA, si può affermare:

- ***i costi sostenuti dalle Aziende Usl*** riguardano la parte di valutazione del paziente, prescrizione e monitoraggio dell'esercizio e anche l'eventuale fase di somministrazione controllata in ambiente sanitario. Per questo, l'avvio dell'attività comporta i seguenti costi:
    - *costi strutturali,* riguardanti la disponibilità del Centro di Medicina dello sport di secondo livello: occorrono circa 100 mq di locali (di cui almeno 50 di palestra e il resto di ambulatori e servizi) e attrezzature per la valutazione funzionale del paziente e la somministrazione dell'esercizio in palestra, il cui acquisto comporta un costo quantificabile in 70.000 €,
    - *costi per il personale;* sulla base dei dati riportati a pag. 29 e dell'esperienza degli operatori, si può affermare che un'équipe composta da un Medico dello sport, un Infermiere e un Laureato in Scienze motorie, tutti opportunamente formati, può seguire fino a circa 200 pazienti inseriti nel programma di EFA,
- ***per quanto riguarda i costi a carico dell'utente***, riguardanti la parte di somministrazione svolta presso le "Palestre sicure", si deve osservare che la previsione iniziale di costo attorno a 40 € per partecipante si è rivelata sostanzialmente in linea con i costi reali sostenuti dalle palestre, anche se leggermente sottostimata.
  Pertanto, in proiezione futura di attività a regime sembra ragionevole ipotizzare una tariffa a carico dell'utente fra 40 e 50 €/mese. Al proposito si può osservare quanto deciso dalla Regione Emilia-Romagna per la prosecuzione del programma EFA al termine della sperimentazione, riportato nelle conclusioni.

6 – Valutazione degli operatori

Al fine di valutare la sostenibilità del progetto e il suo inserimento nelle attività del SSR si sono somministrati n. 14 questionari valutativi ai Referenti del Progetto (n.4) e ai Laureati in Scienze Motorie (n 10) partecipanti al progetto.

Il punto di vista dei Referenti aziendali

Nella tabella successiva vengono sintetizzati i punti deboli/criticità e i punti di forza/opportunità indicati dai Referenti aziendali.

Punti deboli/criticità	Punti di forza
- La difficoltà nel coinvolgimento e la mancanza di sostegno dei MMG - La debolezza della rete fra MMG e specialisti: sarebbe stato necessario un maggiore appoggio da parte delle Direzione Aziendale e un maggiore "accompagnamento" - La scarsa motivazione di alcuni pazienti - La compartecipazione economica da parte del paziente ha talvolta scoraggiato la prosecuzione del percorso - La mancanza di un sostegno psicologico di gruppo per garantire l'adesione nel tempo - La Mancanza di occasioni di attività fisica al di fuori della palestra per chi non la gradisce o non se la può permettere - La collaborazione con palestre esterne	- Progetto Innovativo, basso costo e miglioramento qualità della vita - Il Gradimento da parte dei pazienti con risultati clinici e psicofisici evidenti - L'accompagnamento nella fase "sanitaria", all'interno della Palestra della Medicina dello Sport, con alta compliance e aderenza dei soggetti alle indicazioni date - L'entusiasmo in particolare dei pazienti cardiopatici e diabetici - Il benessere percepito da parte dei pazienti, indipendente dal miglioramento del quadro metabolico - L'essere riusciti ad avvicinare all'attività fisica persone che difficilmente avrebbero partecipato in maniera autonoma - L'opportunità di effettuare nel futuro uno studio sulla spesa sanitaria dei pazienti prima e dopo il percorso

Rapporti con i Medici di Medicina Generale

I rapporti con i MMG sono stati complessivamente valutati "*facili*" in 3 Ausl, più complessi in 2. Si individuano punti da migliorare quali:

- "*Occorre trovare gli strumenti per coinvolgere maggiormente i MMG e cominciare a istituzionalizzare le prestazioni che i Servizi di Medicina dello Sport offrono in questo campo"*
- *è "necessario un maggiore coinvolgimento anche nella condivisione della progettazione degli interventi e dei protocolli. Questo prevede anche un'opera di sensibilizzazione del MMG sui possibili benefici di salute dell'esercizio fisico. Importante informare il MMG di ogni tappa significativa del percorso del suo paziente*"
- migliorare la modulistica.

Rapporto con i Medici Specialisti

- I Referenti Aziendali hanno valutato come complessivamente "*facili*" i rapporti con gli Specialisti. Si ritiene che gli "*Specialisti abbiano mostrato un notevole interesse per il percorso proposto, in particolare i Diabetologi e gli Specialisti delle Malattie Metaboliche"* e abbiano *"accolto volentieri la necessità di una presa in carico comune dei pazienti"*
- I Referenti aziendali hanno evidenziato la necessità di aumentare il grado di informazione tra i diversi specialisti e di stimolare un'informazione reciproca costante, con una condivisione iniziale sui protocolli.

Rapporto con le Palestre private

- I Referenti aziendali hanno valutato complessivamente "facili" i rapporti con le Palestre private, anche se si sottolinea l'esigenza di migliorare la comunicazione tra le palestre sia con i LSM sia con il Servizio di Medicina dello Sport.
- Le palestre partecipanti hanno manifestato interesse per il percorso proposto sottolineando però l'esigenza di continuare la propria formazione al fine di trattare i pazienti.

Rapporto con i pazienti arruolati

- I Referenti aziendali hanno valutato complessivamente "*facili*" i rapporti con i pazienti arruolati , anche se si potrebbe rafforzare il rapporto personale per motivare costantemente nel proseguire il percorso con il supporto anche di uno psicologo di gruppo)
- Si segnala inoltre l'opportunità di semplificare gli aspetti burocratici.

In un' **ottica di prosecuzione del progetto**, tutti i Referenti aziendali dichiarano di aver bisogno di risorse di personale rispetto a quelle di cui si dispone o di un finanziamento ad hoc per l'istituzionalizzazione del percorso all'interno delle attività dei Servizi, al fine di poter "…*acquisire quelle risorse umane, strumentali e logistiche necessarie*" :

- *un'équipe multi-professionale consolidata (Medico dello Sport, Cardiologo, Dietista, Tecnico Cardiologo, Laureati in Scienze Motorie Preventive ed Adattate e che possa usufruire di consulenza Fisiatrica e Psicologica)".*
- *una Palestra dedicata per la MdS con possibilità di utilizzo ore 8-20, dotata di strumentazione adeguata*
- *la possibilità di utilizzo di anche spazi esterni per i pazienti (piscine, parchi) per la somministrazione sempre tutorata.*

Da valutare la necessità che l'attività possa essere svolta per equità in sedi periferiche su tutta la provincia, anche solo temporaneamente, come propedeutica all'inserimento nella rete delle Rete di Palestre Etiche/Sicure da rinforzare".

Il punto di vista dei Laureati in Scienze Motorie

Nella tabella successiva vengono sintetizzati i punti deboli/criticità e i punti di forza/opportunità indicati dai Laureati in Scienze Motorie..

Punti deboli/criticità	Punti di forza
– la complessità del reclutamento dei pazienti e l'adesione al protocollo del progetto – la procedura di convenzionamento delle Palestre Sicure – l'individuazione delle palestre adeguate in termini di spazio e tempo – la debolezza del Rapporto con le Palestre sicure esterne , dopo il primo mese di tutoraggio nella Palestra interna – la mancanza di coordinamento delle attività proposte dai vari Enti sul territorio – la mancanza di figure di supporto quali nutrizionista e psicologo (in particolare con le persone depresse) – la scarsa conoscenza e collaborazione da parte dei MMG – la difficoltà nel cambiamento radicale dello stile di vita del paziente, specialmente nell'alimentazione. – il costo imposto – i problemi di gestione: gestione appuntamenti post-attività (controlli mensili) e gestione My Wellness Key (strumenti troppo avanzati tecnologicamente per essere utilizzati consapevolmente dal target di pazienti coinvolti prevalentemente anziani e livello di istruzione medio-bassa) – la raccolta dati degli esami ematochimici previsti a inizio e fine progetto. – la quasi totale assenza di Palestre sicure sul territorio. – Il Carente lavoro in equipe – La Modulistica da rivedere – *"I numeri sono ancora troppo piccoli per far pagare il corso 2000 € e sperare che le palestre investano"* – *"Si chiede tanto alle imprese/ ai professionisti e si dà poco"*	– la collaborazione tra servizio sanitario e palestre private, pur se con i suoi limiti – il team specialistico – l'utilizzo della palestra in ambiente medico (rassicurante per il paziente che si sente seguito nei suoi bisogni e utile per gli operatori) – l'avvicinare con un percorso personalizzato persone sedentarie con patologie, che normalmente non andrebbero in palestra – la collaborazione costante con il medico sportivo – l'entusiasmo, la forte motivazione e l'assidua partecipazione dei pazienti coinvolti – l'efficacia dell'intervento con risultati misurabili e soddisfacenti sia per i pazienti che per gli operatori. – il Monitoraggio costante e il avori di equipe con controllo alimentare, medico dello sport e LSM

Rapporti con le Persone arruolate:

- I LSM hanno ritenuto complessivamente "*facili*" i rapporti con le persone arruolate e "*utile*" il percorso EFA per i soggetti seguiti con patologie; non vengono evidenziate difficoltà nel seguire i partecipanti nel percorso.
- I LSM dichiarano di aver ricevuto dai partecipanti feed-back positivi dovuti al miglioramento fisico a cui seguono anche miglioramenti emotivi e sociali.
- L'accesso delle persone si è svolto con diverse modalità: accesso libero con giorni fasce orarie stabilite, a gruppi oppure su appuntamento.
-

Rapporti con l'Azienda Sanitaria

- I LSM hanno ritenuto complessivamente "*abbastanza facili"* i rapporti con le Aziende Sanitarie e si sono dichiarati complessivamente disponibili a continuare il progetto.
- La formazione proposta è ritenuta "*abbastanza adeguata*"e non si sono rilevate criticità.

Coinvolgimento delle Palestre private

- I LSM consiglierebbero anche ad altre palestre di partecipare al percorso, con un'unica eccezione che considera scarsi i risultati rispetto all'impegno.

In un'**ottica di prosecuzione** del progetto, i suggerimenti proposti riguardano:

- Maggior divulgazione del progetto per aumentare il bacino di utenti
- Semplificare la parte burocratica
- possibilità di proporre agli utenti sia un pacchetto base all'interno di un centro specializzato ad un prezzo basso sia servizi extra dove alla base c'è un servizio professionale di livello superiore, ai costi del mercato
- maggiore condivisione e progettazione dei moduli proposti ai pazienti
- Maggior coinvolgimento dei MMG.

Conclusioni

È noto che l*'inattività fisica e la sedentarietà* sono responsabili di importanti problemi di salute: recenti studi dimostrano che il rischio globale per la salute prodotto dalla sedentarietà e dall'inattività fisica ha ormai superato il rischio derivante dal fumo di tabacco.
Si calcola che l'inattività fisica sia *responsabile del 30% delle malattie ischemiche cardiache, del 27% di diabete, del 21–25% di tumori del colon e del seno*; inoltre è ormai ampiamente dimostrato che praticare attività fisica migliora l'umore e contrasta gli stati depressivi.
Per questi motivi, il Servizio sanitario nazionale, insieme alle Amministrazioni locali, alle Istituzioni scolastiche, alle Istituzioni ed Enti sportivi e alla società nel suo complesso, dovrebbe mettere in atto *una serie di interventi strutturati e coordinati* per promuovere stili di vita più attivi e favorevoli alla salute e al benessere e per utilizzare l'attività motoria come strumento per la prevenzione e la cura di molte malattie croniche.
Questi interventi possono essere distinti in:

a. Programmi di promozione dell'attività fisica, rivolti alla popolazione generale, con il fine di diffondere la cultura della vita attiva come strumento fondamentale per il benessere fisico e psichico, rivolti soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone fragili e svantaggiate.

b*. programmi di prescrizione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico*, destinati alle persone che presentano fattori di rischio per la salute, o malattie sensibili all'esercizio fisico, che vengono avviate a programmi personalizzati di prescrizione dell'attività fisica sotto controllo sanitario e in totale sicurezza.

Esistono molte evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche, ed esistono esperienze riportate in letteratura sull'uso di questo nuovo strumento nella pratica clinica.
In questo settore la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato importanti esperienze, e ha riorganizzato i Servizi di Medicina dello sport delle Aziende Usl regionali affidando loro anche compiti di prevenzione delle malattie croniche.
Con il Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 (approvato con Delibera di Giunta regionale n. 2071/2010) la Regione Emilia-Romagna ha attivato programmi di promozione e prescrizione dell'attività fisica, rivolti rispettivamente alla popolazione generale e a persone che presentano problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili).

Il progetto *"La prescrizione dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia"* si è inserito in questo contesto e ha utilizzato tutta l'esperienza e le reti organizzative e di relazioni messe in atto negli ultimi anni.I risultati di questa sperimentazione riportati nel capitolo precedente, insieme all'esperienza acquisita in anni di lavoro su questi temi, permettono di sviluppare alcune considerazione che possono utilmente essere riportate in questa sede.

1 – OSSERVAZIONE PRELIMINARE

È opportuno che i programmi di prescrizione dell'attività fisica vengano attivati insieme ai programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione generale.Esistono infatti molte esperienze ed evidenze di letteratura sull'efficacia e sostenibilità di questi interventi, e tutte sottolineano la necessità di un *approccio multicomponente, intersettoriale e multidisciplinare*: queste condizioni possono più facilmente essere realizzate se si creano condizioni di coinvolgimento generale delle comunità e di sinergia fra le risorse del servizio sanitario e quelle del territorio in una logica di *Welfare di comunità*.

2 - AFA

Sostenibilità economica e organizzativa: i programmi di AFA si sono dimostrati sostenibili sul piano organizzativo ed economico e il percorso operativo sperimentato è risultato essere appropriato: le Aziende sanitarie che attivano il percorso dovranno prevedere risorse aggiuntive di personale, come precisato a pag. 24.
La rete delle "Palestre e Piscine etiche" e delle "Palestre sicure", utilizzate per l'effettuazione dell'attività, devono essere diffuse sul territorio e ben distribuite in modo da essere facilmente accessibili da tutta la popolazione.
Fattori importanti di successo sono sicuramente rappresentati dal coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, che hanno mostrato un progressivo interesse a segnalare altri pazienti in considerazione dei benefici riferiti da altri assistiti, e dalla collaborazione con le Associazioni dei pazienti (in particolare quelle per il Morbo di Parkinson e per le Malattie Reumatiche), che hanno collaborato al coinvolgimento delle persone e hanno mostrato un notevole gradimento dell'iniziativa.

Equità di accesso:

Le persone arruolate sono prevalentemente donne (67%), sono comprese nella fascia 50-74 anni (74% delle persone), con sintomatologia che provoca limitazioni parziali (58%) o elevate (20%) all'attività fisica moderata. Poco più della metà ha un titolo di studio medio-alto, quasi la metà riferisce difficoltà economiche.
Le persone che hanno concluso il programma hanno espresso un giudizio molto buono e si sono dichiarate più che soddisfatte della qualità del programma e il 94% di questi è sicuramente o probabilmente intenzionato a proseguire.
Si ricorda che la tariffa a carico dei cittadini è stata di 15 €/mese (grazie a una integrazione a carico della sperimentazione): a queste condizioni il problema economico è risultato molto modesto ma presente, se è vero che la metà di quelli che non intendono proseguire (il 3% del totale) lo fa per motivi economici. Inoltre la disponibilità a pagare eventualmente una cifra più alta è condizionata dalle difficoltà economiche riferite: solo il 20% di chi ne riferisce è senz'altro disponibile a pagare di più a fronte del 52% di chi non riporta problemi economici (differenze significative sul piano statistico).

Vantaggi legati all'attivazione del programma:

a. Vantaggi per il cittadino

- favorire il mantenimento delle abilità motorie residue e svolgere attività socializzanti, modificare lo stile di vita e promuovere attività di prevenzione
- consentire l'agevole rientro in percorsi sanitari in caso di eventuale necessità

b. Vantaggi per le Aziende Sanitarie

- promuovere un accesso equo, sul piano logistico ed economico, a tutti i cittadini che presentano patologie croniche stabilizzate e che necessitano di trattamenti non sanitari di mantenimento delle abilità residue
- monitorare gli esiti/l'andamento delle patologie croniche-invalidanti,
- ottenere una maggior appropriatezza d'accesso alle visite ambulatoriali e promuovere una riduzione di afflusso diretto ed inappropriato alle visite specialistiche di primo livello con contenimento delle liste di attesa.
- garantire la sostenibilità del sistema, mantenendo un'attenzione continua alla

3 - EFA

Sostenibilità economica e organizzativa: i programmi di EFA si sono dimostrati sostenibili sul piano organizzativo ed economico.
Il fattore decisivo per il successo di questi programmi è legato al *ruolo organizzativo e culturale svolto dai Servizi di Medicina dello Sport* (in Emilia-Romagna *Servizi di Medicina dello Sport e promozione dell'attività fisica)* e in particolare dei Centri di secondo livello, strutturati presso ogni Azienda Usl.
Come abbiamo visto nella parte precedente, i costi per attrezzare e gestire questi Centri sono alla portata di tutte le Aziende sanitarie; più difficile il percorso per costruire le relazioni professionali e i collegamenti organizzativi con le Unità Operative cliniche coinvolte e con la rete territoriale delle strutture sportive, e acquisire nei loro confronti autorevolezza e riconoscimento di competenze.

D'altra parte occorre qui sottolineare che il documento "Il nuovo ruolo della Medicina dello Sport", recentemente approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome e inviato in Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome per l'approvazione anche in quella sede, enfatizza proprio il nuovo ruolo che questi Servizi devono avere nell'ambito dei programmi di popolazione per la promozione dell'attività fisica e il contrasto della sedentarietà, e nell'ambito dei programmi che utilizzano gli effetti preventivi e terapeutici dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva nella prevenzione e il trattamento di molte malattie croniche ("Sport-terapia – Prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico quale prevenzione e terapia di patologie croniche").

Il secondo fattore importante riguarda la *rete territoriale delle strutture per la somministrazione dell'esercizio fisico*: occorre contemperare l'esigenza di selezione dei partner, per garantire la qualità del servizio, con il numero dei centri presenti sul territorio, indispensabile per garantire un accesso congruo alle richieste ed esigenze delle persone inserite nel programma.
Lo sviluppo contemporaneo e coerente dei due versanti sopra richiamati, indispensabile per evitare discrasie e sfasamenti fra *"domanda"* e *"offerta"*, è stato uno dei punti di maggiore difficoltà nella realizzazione del progetto affidatoci dal Ministero.
Nel caso dell'EFA, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale è risultato più difficile, ed è sicuramente un aspetto a cui occorre dedicare attenzione e tempo.

Equità di accesso:

Le persone arruolate sono prevalentemente uomini (60%), persone di età compresa nella fascia 50-64 anni (53% dei pazienti), aventi un titolo di studio medio-alto (58%) e senza particolari difficoltà economiche riferite (69%). Riguardo allo stato complessivo della salute riferito, il 45% l'ha dichiarato discreto, il 40% buono e il 7% molto buono.
Come si vede è una popolazione diversa da quella che ha partecipato al programma AFA.
Le persone che hanno concluso il programma hanno espresso un giudizio molto buono e si sono dichiarate più che soddisfatte della qualità del programma e l'85% di questi è sicuramente o probabilmente intenzionato a proseguire.
Fra le persone che non intendono proseguire, prevalgono i motivi legati alla mancanza di tempo e alla scomodità della palestra.

Si ricorda che la tariffa a carico dei cittadini è stata di 40 €/mese (grazie a una integrazione a carico della sperimentazione). Anche in questo caso, come per l'AFA, la disponibilità a pagare eventualmente una cifra più alta è condizionata dalle difficoltà economiche riferite: solo il 22% di chi ne riferisce è senz'altro disponibile a pagare di più, a fronte del 59% di chi non riporta problemi economici (differenze significative sul piano statistico).

Il problema dell'equità di accesso è stato dunque presente nella sperimentazione, ed è stato sicuramente accentuato dalla scarsa partecipazione dei MMG e dalla limitatezza del numero dei partecipanti.

Tuttavia il problema va tenuto presente nell'ipotesi di estensione a regime del progetto per evitare di costruire un servizio *"di élite"* riservato a una piccola parte dei potenziali beneficiari, e occorre lavorare sui fattori decisivi per evitare una selezione su base socio-economica e culturale dei partecipanti, e in particolare su:

- i percorsi di accesso, con l'utilizzo sistematico dei protocolli di selezione (che si sono rivelati congrui e gestibili) e un maggior coinvolgimento dei MMG, sia per l'arruolamento sia per il sostegno alle persone che accedono a questi programmi. Inoltre è necessario costruire, a livello regionale, i percorsi formali di accesso a questo nuovo servizio in ambito Ssn,
- la tariffa a carico del cittadino, che non dovrebbe superare la cifra fissata nella sperimentazione o, in alternativa, dovrebbe prevedere facilitazioni in relazione alle condizioni economiche,
- la distribuzione territoriale delle palestre e la loro capacità di accogliere e far sentire a proprio agio persone con caratteristiche diverse da quelle dei frequentatori abituali (orari dedicati, corsi specifici, personale dedicato, ecc.).

Vantaggi legati all'attivazione del programma:

a. Vantaggi per il cittadino

- Consentire il trattamento efficace di patologie diffuse nella popolazione, attivando percorsi assistenziali integrati e associati a modifiche dello stile di vita; questi percorsi possono intervenire anche in situazioni per le quali non sempre esistono possibilità di presa in carico efficace, come nel caso di esiti di patologie coronariche acute,
- consentire l'agevole rientro in percorsi sanitari in caso di eventuale necessità

b. Vantaggi per le Aziende Sanitarie

- attivare percorsi equi e sostenibili, sul piano logistico ed economico, a tutti i cittadini che presentano patologie "sport-sensibili" riducendo, sul lungo periodo costi assistenziali e farmacologici,
- monitorare gli esiti/l'andamento di patologie diffuse e ad alto carico assistenziale,
- garantire la sostenibilità del sistema, mantenendo un'attenzione continua alla salute del cittadino.

4 – LA PROSECUZIONE DEL PROGRAMMA IN EMILIA-ROMAGNA

Al termine della sperimentazione finanziata dal Ministero della Salute, avvenuto il 15 maggio u.s., la Regione Emilia-Romagna ha deciso di proseguire i programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata e dell'Esercizio Fisico Adattato fino alla fine dell'anno 2013, in attesa di prendere ulteriori e definitive decisioni in merito alla messa a regime di questi programmi, anche alla luce degli orientamenti del Ministero della Salute a seguito delle relazioni finali delle Regioni partecipanti al progetto sperimentale.
Con Delibera di Giunta n. 316 del 25 marzo 2013, la Regione Emilia-Romagna ha preso le seguenti decisioni, coerenti con i risultati sopra descritti:

Attività Fisica Adattata

L'obiettivo è quello di ***garantire la prosecuzione dell'attività nelle Aziende Usl dove si è svolta la fase sperimentale e di estendere ad altre Aziende Usl della Regione, che siano in grado di farlo, l'attivazione del percorso AFA***.

Allo scopo di rendere più agevole e omogenea l'attivazione dei percorsi AFA in tutti gli ambiti territoriali, si forniscono le seguenti indicazioni operative:

1. Il percorso AFA riguarderà le patologie interessate dalla sperimentazione in atto, secondo i protocolli utilizzati per la sperimentazione stessa. Potranno eventualmente essere attivati percorsi riguardanti altre patologie sensibili all'attività fisica, comprese le disabilità: in questo caso dovranno essere predisposti nuovi protocolli con i criteri di arruolamento, prescrizione e somministrazione dell'attività fisica, che dovranno essere preventivamente valutati e approvati dal gruppo di coordinamento del progetto, operante a livello regionale

2. In attesa di valutazioni più approfondite prima della messa a regime definitiva dell'AFA, le Aziende Usl potranno attivare accordi anche con strutture non ancora classificate come "Palestra sicura", alle seguenti condizioni:

a) le strutture con cui si formalizzano rapporti di collaborazione siano classificate come "Palestra etica", secondo la normativa regionale in materia;

b) il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda Usl abbia verificato l'idoneità dell'organizzazione, delle strutture e del personale alla gestione dei percorsi AFA, e assicuri l'attività di controllo sul mantenimento di tali requisiti;

c) il personale Laureato in Scienze motorie che opera presso queste strutture abbia seguito un corso di formazione organizzato a livello locale a cura dell'UO di Riabilitazione, secondo il modello già sperimentato presso le Aziende Usl di Cesena e Modena;

d) in fase di valutazione e arruolamento delle persone avviate al percorso AFA si tenga conto di tale situazione.

3. Per garantire l'omogeneità dell'intervento a livello regionale e modalità di accesso eque, le Aziende Usl dovranno attivare convenzioni con strutture che praticano una tariffa a carico dei cittadini che non può in ogni caso superare la cifra massima di 30 €/mese: è tuttavia auspicabile che essa possa essere ulteriormente contenuta in virtù di specifici accordi attuati fra le Aziende sanitarie e i centri erogatori, o grazie a progetti che utilizzano risorse provenienti da organizzazioni, enti o aziende presenti sul territorio.

Esercizio Fisico Adattato

Per quanto riguarda il percorso di prescrizione dell'Esercizio Fisico Adattato, l'obiettivo è quello di ***mantenere attivo il percorso nelle Aziende Usl dove è in corso la fase sperimentale*** anche al termine del progetto finanziato dal Ministero della Salute.

A tal fine si forniscono le seguenti indicazioni:

1. verranno avviate al percorso EFA le persone affette dalle patologie oggetto della sperimentazione in atto, secondo i protocolli utilizzati per la sperimentazione stessa. Potranno inoltre essere coinvolte persone affette da altre patologie sensibili all'esercizio fisico, comprese le disabilità: in questo caso dovranno essere predisposti nuovi protocolli con i criteri di arruolamento, prescrizione e somministrazione, che saranno preventivamente valutati e approvati dal gruppo regionale di coordinamento;

2. per la somministrazione dell'esercizio fisico in palestra potranno essere utilizzati solo centri riconosciuti come "Palestra sicura" ai sensi della normativa regionale;

3. per garantire l'omogeneità dell'intervento a livello regionale e modalità di accesso eque, le Aziende Usl dovranno attivare convenzioni con strutture che praticano una tariffa a carico dei cittadini che non può in ogni caso superare la cifra massima di 50 €/mese: è tuttavia auspicabile che essa possa essere ulteriormente contenuta in virtù di specifici accordi attuati fra le Aziende sanitarie e i centri erogatori;

4. nell'attuale fase transitoria, l'eventuale somministrazione controllata e tutorata dell'esercizio fisico in ambiente sanitario può essere svolta esclusivamente presso la palestra del Centro di Medicina dello sport dell'Azienda Usl, con la presenza di Laureati in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata, preferibilmente di quelli che hanno frequentato il corso avanzato previsto dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 1154/2011 e sotto la responsabilità del direttore medico del Centro; la frequenza della palestra del Centro di Medicina dello sport dell'Azienda Usl non comporta oneri a carico del paziente e la sua durata sarà commisurata alle condizioni del paziente stesso, ma non potrà superare le 8 settimane. Si prefigura tuttavia fin d'ora che, al termine della fase sperimentale e a fronte di una valutazione positiva che suggerisca di allargare l'attività in modo sistematico a tutto l'ambito regionale, verranno definiti i requisiti strutturali e organizzativi necessari per lo svolgimento di questa fase del percorso nelle strutture sanitarie pubbliche e private.

5. le difficoltà riscontrate finora nella gestione della fase di passaggio dall'attività svolta nella palestra del Centro di Medicina dello sport a quella praticata presso la struttura esterna appartenente al circuito "Palestra sicura" suggeriscono di dare particolare attenzione, in questa fase di prosecuzione del lavoro, alla messa a punto delle modalità più corrette per gestire questo passaggio; a questo fine i Servizi di Medicina dello sport attueranno un "accompagnamento" del paziente alla struttura esterna e programmeranno periodiche valutazioni delle sue condizioni, in modo da mantenere alta l'adesione al percorso e a dare la certezza della continuità di presa in carico;

6. inoltre occorre rafforzare gli interventi che riguardano il coinvolgimento della rete dei professionisti sanitari, in particolare dei MMG, attraverso percorsi specifici di formazione e integrazione nei percorsi operativi;

7. le Aziende Usl che non hanno partecipato al progetto finanziato dal Ministero potranno eventualmente attivare i percorsi riservati alle persone che presentano problemi di salute più lievi, in cui la prescrizione è prevalentemente affidata ai MMG, con l'eventuale supporto/consulenza dei Servizi di Medicina dello sport delle Aziende Usl, e la somministrazione dell'esercizio fisico avviene in autonomia e in ambiente libero. I Servizi di Medicina dello Sport che non sono ancora dotati di strumenti e personale per la valutazione e la somministrazione iniziale dell'esercizio fisico possono far riferimento ad uno dei 5 centri che già operano in questo senso, realizzando un'integrazione funzionale, modello di riferimento per la realizzazione del PRP.

5 – UN PROBLEMA SPECIFICO: LA FIGURA DEL LAUREATO IN SCIENZE MOTORIE

L'attivazione di programmi di prescrizione dell'attività fisica apre il problema del ruolo e degli spazi professionali del Laureato in Scienze motorie; ciò può essere risolto sul piano giuridico solo a livello nazionale.
Il Laureato in Scienze motorie opera all'interno di questi programmi principalmente in strutture non sanitarie, cioè in palestre collegate al Ssr; in questo caso il personale opera nel contesto più idoneo, cioè in strutture sportive scelte in modo da garantire la sicurezza della persona e la continuità del percorso.

Tuttavia esiste, per i pazienti affetti da patologie più complesse sul piano clinico, la necessità di una fase di somministrazione dell'esercizio fisico in ambiente sanitario per garantire un controllo medico e valutare la reazione del paziente all'intensità e alla durata dello sforzo. In questa fase transitoria il Laureato in Scienze motorie opera all'interno di una struttura sanitaria sotto la diretta responsabilità dei medici ivi presenti, e per questo i Centri di Medicina dello Sport hanno fra il proprio personale i Laureati in Scienze motorie.

Questa situazione contrasta con un principio generale dell'ordinamento sanitario, che prevede che nelle strutture sanitarie possa operare sul paziente solo personale sanitario; questa norma è evidentemente motivata anche dalla legittima esigenza di evitare promiscuità tra l'esercizio di attività sanitarie e quelle aventi finalità diverse a fini di tutela della buona fede e della sicurezza degli utenti.
Il problema è già stato affrontato in un tavolo di lavoro tra laureati in Fisioterapia e Scienze motorie, attivato presso il Ministero della Salute, che ha previsto la possibilità di utilizzo dei laureati in Scienze motorie anche all'interno di strutture sanitarie ma solo nell'ambito di percorsi assistenziali strutturati, come quelli di cui stiamo parlando.
Occorre che il Ministero formalizzi, in modo efficace sul piano giuridico, una soluzione alla problematica sollevata, in modo da evitare contenziosi o provvedimenti sanzionatori da parte delle autorità competenti nel controllo delle strutture sanitarie che potrebbero rendere impraticabili i percorsi assistenziali in esame.

Il gruppo di lavoro che ha eseguito la sperimentazione

Azienda Usl di Bologna

Carla Roberta Ciani, Antonella Dallari, Paola Emanuela D'Intino, Fausto Francia, Sofia Kanellopulo, Nazzarena Malavolta, Raffaella Marzovillo, Juri Mazza, Salvatore Notarianni, Michela Ronchi, Sergio Sgarzi, Andrea Soldati, Michele Stancari, Monica Tiberi, Elisabetta Vecchi, Silvia Zagnoni, Barbara Zucchini

Azienda Usl di Cesena

Elisa Gatti, Giuseppe Mari, Andrea Naldi, Mauro Palazzi, Marina Conti

Azienda Usl di Ferrara

Eva Bernardi, Gianni Mazzoni, Giovanni Grazzi, Elena Lavezzi, Simona Mandini, Cinzia Nanini, Marco Pasquali

Azienda Usl di Modena

Lucia Andreoli, Mauro Andreoli, Nunzio Barbera, Eleonora Benuzzi, Laura Bernaroli, Rita Cavani, Mara Chiossi, Pierina Clerici, Valter Gherardi, Isabella Paini, Ylenja Persi, Valeria Serraglio, Gustavo Savino, Sabina Sternieri, Giovanni Zecca, Dante Zini

Azienda Usl di Parma

Alberto Anedda, Tommaso Antonetti, Lorenzo Costa, Tiziana Pelagatti, Elisa Piazza, Maria Piseri, Claudia Prandi, Antonio Rizzo

Azienda Usl di Ravenna

Roberta Amici, Angela Barducci, Guarino Bernardi, Angela Carluccio, Antonia Cavicchioli, Maria Edoarda Fava, Giordano Gatta, Donatella Laghi, Giulia Ricci Lucchi, Emma Mazzolini, Gabriella Paganelli, Francesca Pellicano, Patrizia Re, Anna Carla Rotondi, Gianluigi Sella, Andrea Spadoni

Regione Emilia-Romagna, Servizio Sanità Pubblica

Nicoletta Bertozzi, Lara Bolognesi, Giuliano Carrozzi, Alba Carola Finarelli, Marinella Rimondi, Laura Sardonini, Ferdinando Tripi.

A tutti un sincero ringraziamento per l'impegno e la professionalità con cui hanno contribuito al programma

Il coordinatore scientifico del progetto

Pierluigi Macini

Deliberazione di Giunta Regionale n.316 del 25 marzo 2013

Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'attivita' fisica adattata (AFA) e dell'esercizio fisico adattato (EFA) previsti dal Piano regionale della prevenzione 2010-2012 di cui alla Dgr 2071/2010

Progr.Num. 316/2013

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 25 **del mese di** marzo

dell' anno 2013 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Freda Sabrina	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Lusenti Carlo	Assessore
7) Marzocchi Teresa	Assessore
8) Melucci Maurizio	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Peri Alfredo	Assessore
11) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: INDIRIZZI PER LA PROSECUZIONE E LO SVILUPPO DEI PROGRAMMI DI PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA) E DELL'ESERCIZIO FISICO ADATTATO (EFA) PREVISTI DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012 DI CUI ALLA DGR 2071/2010

Cod.documento GPG/2013/283

Num. Reg. Proposta: GPG/2013/283

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che con propria deliberazione n. 2071 del 27 dicembre 2010 è stato approvato il Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 che prevede, nell'ambito dei programmi di prevenzione delle malattie croniche di cui al punto 2.4.b., l'attivazione di percorsi di prescrizione sanitaria e somministrazione tutorata dell'attività fisica, rivolta a gruppi di persone che presentano fattori di rischio o problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili), costruendo, a tal fine, percorsi assistenziali integrati in cui i Centri di Medicina dello Sport e i Nuclei delle cure Primarie delle Aziende USL svolgono un ruolo centrale;

Dato atto che, nelle more della proroga della vigenza del sopracitato Piano regionale della prevenzione, si continua a far riferimento ai progetti in esso contenuti;

Vista la propria deliberazione n. 2054 del 20 dicembre 2010 avente ad oggetto: «Approvazione Accordo di collaborazione (ex art. 15 L. 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni) con il Ministero della Salute per la realizzazione del progetto "Prescrizione dell'Esercizio Fisico come strumento di prevenzione e terapia"»;

Vista altresì la propria deliberazione n. 1154 dell'1 agosto 2011, recante: «Piano della prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna - "La prescrizione dell'attività fisica": primi indirizzi per l'attuazione del progetto "Palestra sicura. prevenzione e benessere»;

Considerato che:

- il progetto ministeriale sopra richiamato, approvato con la citata propria deliberazione n. 2054/2010, ha scadenza 15 maggio 2013 e che entro i sessanta giorni successivi dovrà essere presentato al Ministero della Salute il rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel corso della sperimentazione del progetto stesso, ai fini di una valutazione da parte del Ministero della Salute sulla sostenibilità economica ed organizzativa di detti percorsi, in vista di una loro introduzione nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale;
- altre Regioni hanno partecipato al progetto ministeriale con programmi analoghi a quello della Regione Emilia-Romagna, i quali termineranno nell'agosto 2013;

- al termine della sperimentazione condotta da tutte le Regioni partner il Ministero della Salute disporrà di tutti gli elementi per effettuare una compiuta valutazione circa la possibilità di introdurre la prescrizione sanitaria dell'attività fisica e dell'esercizio fisico adattati nei LEA, come sopra indicato;

Considerato inoltre che appare necessario, anche alla luce delle prime valutazioni positive emerse dalla sperimentazione in corso in Emilia-Romagna, evitare che al termine del progetto sperimentale di cui trattasi si produca un'interruzione delle attività già avviate, con conseguenze negative sia dal punto di vista degli utenti, attuali o potenziali, e delle loro associazioni, sia dal punto di vista delle prospettive generali di questi percorsi e del sistema positivo di relazioni organizzative e professionali che si sono create e che, se lasciate cadere, potrebbero risultare più difficili da ricostruire dopo un periodo di vuoto;

Preso atto del documento tecnico "Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) e dell'Esercizio Fisico Adattato (EFA)", elaborato dal Servizio Sanità pubblica della Direzione generale Sanità e politiche sociali, allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale della medesima;

Dato atto che gli obiettivi da perseguire, così come esplicitati negli indirizzi di cui sopra, sono i seguenti:

- per l'Attività Fisica Adattata (AFA): garantire la prosecuzione dell'attività nelle Aziende Usl dove si è svolta la fase sperimentale ed estendere ad altre Aziende USL della regione, che siano in grado di farlo, l'attivazione del percorso AFA;
- per l'Esercizio Fisico Adattato (EFA): mantenere attivo il percorso nelle Aziende USL dove è in corso la fase sperimentale anche al termine del progetto finanziato dal Ministero della Salute;

Ritenuto di dover procedere all'approvazione di detti indirizzi, al fine di consentire la continuità dei percorsi assistenziali sopra descritti, attuando in questo modo le indicazioni previste dal Piano regionale della prevenzione 2010-2012 e dalla propria deliberazione n. 1154/2011;

Valutato opportuno, di riservarsi, al termine della fase sperimentale e a fronte di una valutazione positiva che suggerisca di allargare il percorso dell'EFA in modo sistematico a tutto l'ambito regionale, di definire, con successivo proprio provvedimento, i requisiti strutturali necessari per la somministrazione controllata e tutorata dell'esercizio fisico in ambiente sanitario e regolamentare le modalità organizzative e i limiti entro i quali sviluppare l'attività stessa nelle strutture sanitarie pubbliche e private;

Vista la citata L.R. 26 novembre 2001, n. 43 e successive modifiche;

Richiamate le proprie deliberazioni n. 1057 del 24/07/2006, n. 1663 del 27/11/2006, n. 1377 del 20/09/2010, n. 1222 del 04/08/2011, n. 1511 del 24/10/2011 e n. 725 del 4 giugno 2012;

Richiamata inoltre la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1) di approvare, per quanto in premessa esposto, il documento tecnico "Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) e dell'Esercizio Fisico Adattato (EFA)", elaborato dal Servizio Sanità pubblica della Direzione generale Sanità e politiche sociali, allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale della medesima;

2) di riservarsi di fornire ulteriori e più puntuali indicazioni alle Aziende USL a seguito delle determinazioni che il Ministero della Salute vorrà assumere conseguentemente alla valutazione delle sperimentazioni attualmente in corso nelle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Sicilia, Regioni partner del progetto ministeriale "Prescrizione dell'Esercizio Fisico come strumento di prevenzione e terapia", in ordine alla possibilità di introdurre la prescrizione sanitaria dell'attività fisica e dell'esercizio fisico adattati nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale;

3) di riservarsi inoltre, al termine della fase sperimentale e a fronte di una valutazione positiva che suggerisca di allargare il percorso dell'EFA in modo sistematico a tutto l'ambito regionale, di definire, con successivo proprio provvedimento, i requisiti strutturali necessari per la somministrazione controllata e tutorata dell'esercizio fisico in ambiente sanitario e regolamentare le modalità organizzative e i limiti entro i quali sviluppare l'attività stessa nelle strutture sanitarie pubbliche e private;

4) di dare atto che alla copertura degli oneri conseguenti a quanto disposto al precedente punto 1) si provvederà con proprio provvedimento nell'ambito dei finanziamenti per i programmi di attuazione del Piano regionale della prevenzione 2010-2012, nei limiti delle risorse disponibili sul pertinente capitolo del bi-

lancio regionale di previsione per il corrente esercizio finanziario.

Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) e dell'Esercizio Fisico Adattato (EFA)

1 –Attività fisica e salute

I programmi di sanità pubblica per la promozione dell'attività fisica nella popolazione e per la "prescrizione"dell'attività fisica e dell'esercizio fisico possono rappresentare oggi una preziosa arma per prevenire e curare in modo efficace molte malattie croniche.
L'inattività fisica e la sedentarietà sono responsabili di importanti problemi di salute a livello globale, presenti anche nella nostra popolazione: recenti studi dimostrano che il rischio globale per la salute prodotto dalla sedentarietà e dall'inattività fisica ha ormai superato il rischio derivante dal fumo di tabacco.
Si calcola che l'inattività fisica sia ***responsabile del 30% delle malattie ischemiche cardiache, del 27% di diabete, del 21–25% di tumori del colon e del seno***; inoltre è ormai ampiamente dimostrato che praticare attività fisica migliora l'umore e contrasta gli stati depressivi.
D'altra parte sappiamo che i meccanismi fisiologici e la biochimica dell'organismo umano, dal metabolismo dei grassi e degli zuccheri ai neurotrasmettitori endocrini, sono finalizzati a sostenere un'attività fisica intensa e funzionano a regime in un organismo che si muove molto e consuma molte calorie. Ciò si può ben comprendere anche considerando che l'evoluzione dell'uomo ha sempre fatto i conti con la necessità di muoversi, anzi di muoversi molto: l'uomo primitivo, cacciatore e raccoglitore, correva e camminava per 30-40 Km al giorno, quasi una maratona.
Queste considerazioni spiegano bene l'efficacia degli interventi di "prescrizione" dell'esercizio fisico a persone con diverse patologie croniche o fattori di rischio conclamati: questi innovativi trattamenti sanitari, sperimentati con successo in diversi Paesi e per i quali esistono ormai consolidate evidenze di efficacia, sono conosciuti anche come "Sport-terapia" o "Il movimento come farmaco".
Per questi motivi, il Servizio sanitario regionale, insieme alle Amministrazioni locali, alle Istituzioni scolastiche, alle Istituzioni ed Enti sportivi e alla società nel suo complesso, ha messo in atto ***una serie di interventi strutturati e coordinati*** per promuovere stili di vita più attivi e favorevoli alla salute e al benessere e per utilizzare l'attività motoria come strumento per la prevenzione e la cura di molte malattie croniche.
Questi interventi, previsti dal regionale Piano della Prevenzione 2010-2012, sono distinti in:

a. ***Programmi di promozione dell'attività fisica, rivolti alla popolazione generale***, con il fine di diffondere la cultura della vita attiva come strumento fondamentale per il benessere fisico e psichico, rivolti soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone fragili e svantaggiate: esistono molte esperienze ed evidenze di letteratura sull'efficacia e sostenibilità di questi interventi, e tutte sottolineano la necessità di un ***approccio multicomponente, intersettoriale e multidisciplinare***.
b. ***programmi di prescrizione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico***, destinati, questa volta, alle persone che presentano fattori di rischio per la salute, o malattie sensibili all'esercizio fisico, che vengono avviate a programmi personalizzati di prescrizione dell'attività fisica sotto controllo sanitario e in totale sicurezza.

2 – I programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata e dell'Esercizio Fisico Adattato

Esistono molte evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche, ed esistono esperienze riportate in letteratura sull'uso di questo nuovo strumento nella pratica clinica. In questo settore la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato importanti esperienze, soprattutto nell'Azienda Usl di Ferrara, e ha riorganizzato i Servizi di Medicina dello sport delle Aziende Usl regionali affidando loro anche compiti di prevenzione delle malattie croniche. Con il Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 (approvato con Delibera di Giunta n. 2071/2010) la Regione Emilia-Romagna ha inteso attivare programmi di prescrizione dell'attività fisica, rivolti a persone che presentano problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili).
In questo ambito è in corso di realizzazione un importante progetto, sostenuto dal Ministero della Salute con appositi finanziamenti, denominato *"La prescrizione dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia"*.
Esso coinvolge quattro Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Sicilia); in Emilia-Romagna è stato attivato attraverso un accordo di collaborazione con il Ministero, approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 2054 del 20 dicembre 2010, e la relativa convenzione è stata sottoscritta in data 23 dicembre 2010.
Il programma si concluderà nel maggio 2013.
La sperimentazione comprende:

- ***l'Attività Fisica Adattata (AFA)***, che si rivolge a persone con disabilità stabilizzata da eventi patologici (malattie muscolo-scheletriche e neurologiche), e coinvolge le Aziende Usl di Cesena, Ravenna, Bologna e Modena;
- l'***Esercizio Fisico Adattato (EFA)***, che si rivolge a persone con malattie cardiovascolari e dismetaboliche, e si svolge presso le Aziende Usl di Parma, Modena, Bologna, Ferrara e Ravenna.

a) I contenuti principali della sperimentazione in corso

i) ***Obiettivo della sperimentazione***
L'obiettivo della sperimentazione è di ***valutare la sostenibilità organizzativa ed economica di questi percorsi assistenziali***, in previsione di una loro applicazione su larga scala e di un loro eventuale inserimento nei LEA.

ii) ***Il modello organizzativo***
Il modello organizzativo per la "prescrizione dell'attività fisica" richiede l'attivazione di percorsi assistenziali integrati, al cui interno i Nuclei delle Cure primarie e i Centri di Medicina dello sport delle Aziende Usl svolgono un ruolo fondamentale.
Esso prevede:

a. *Il reclutamento* delle persone che possono trarre beneficio da tale prestazione e la valutazione funzionale delle stesse. L'indicazione viene posta dal MMG o dallo specialista interessato, mentre la valutazione viene effettuata, salvo le situazioni più semplici e codificate, dal Medico dello sport;
b. *La prescrizione personalizzata* dell'attività fisica avviene nell'ambito di una integrazione professionale e organizzativa fra Centri di Medicina dello sport, MMG/PLS e Medici specialisti (Cardiologi, Diabetologi, Fisiatri, ecc.);
c. *la somministrazione*, può essere classificata, in relazione ai problemi di salute e allo stato generale della persona, in diverse tipologie a livello di impegno e complessità crescente:

- lavoro svolto autonomamente in ambiente libero (cammino con carichi di lavoro programmati) o utilizzando le risorse disponibili sul territorio (gruppi di cammino, percorsi nei parchi, ecc.); in questo caso la persona interessata assume direttamente la responsabilità di seguire le indicazioni di esercizio ricevute, ma mantiene comunque un rapporto con il medico prescrittore, che periodicamente verifica l'adesione al trattamento proposto e l'evoluzione delle condizioni di salute;
- attività motoria svolta presso palestre o centri sportivi idonei e selezionati (Programma "Palestra sicura", Delibera di Giunta regionale n. 1154/2011), tutorata da personale esperto (Laureati in scienze motorie specificamente formati) e svolta in modo individuale o in gruppo;
- attività motoria svolta, per il periodo strettamente necessario a valutare la risposta del paziente al carico di lavoro, in ambiente sanitario (palestra annessa al Centro di Medicina dello sport) e in modo controllato – dal personale sanitario del Centro – e tutorato dal laureato in scienze motorie, opportunamente formato, presente presso il Centro stesso.

iii) ***L'inquadramento formale***

In previsione della possibile introduzione di questi percorsi nella pratica clinica su larga scala è stata adottata la schematizzazione illustrata nello schema che segue:

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

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

In ambito di Servizio sanitario regionale

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

Secondo questo modello la presa in carico della persona, la sua valutazione, e la "prescrizione" sono attività sanitarie a carico del Ssr secondo le modalità normali.
La "somministrazione" dell'esercizio avviene invece in ambito extrasanitario, con oneri a carico dell'interessato.
Nella sperimentazione è stata fissata una tariffa a carico dell'utente pari a 15 euro/mese per l'AFA e 40 euro/mese per l'EFA, uguale per tutte le persone arruolate nella sperimentazione allo scopo di prefigurare la possibile situazione a regime: poiché tale cifra spesso è risultata insufficiente a coprire i costi effettivi, la differenza è stata finanziata con le risorse del progetto.
Esiste una unica eccezione a questo principio, che riguarda le persone con un quadro clinico più complesso, che necessitano di un breve periodo di attività

controllata e tutorata presso la palestra del Centro di Medicina dello sport; in questo caso, anche la prima fase di somministrazione avviene in ambito Ssr,

iv) ***I risultati ad oggi: prime valutazioni sui punti di forza e di debolezza***
Per comodità di esposizione e facilità di lettura, le considerazioni relative a questo punto verranno esposte in modo separato per AFA ed EFA: si tratta infatti di due percorsi che, pur inseriti in un unico progetto con finalità comuni e modello organizzativo comune, presentano caratteristiche specifiche e peculiari.

Attività Fisica Adattata (AFA)
Per attività fisica adattata (AFA) si intendono programmi di esercizio **non sanitari** svolti in gruppo appositamente predisposti per **cittadini con malattie croniche, indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue e finalizzati alla modificazione dello stile di vita**. Si tratta pertanto di una strategia di intervento finalizzata alla promozione di un'attività fisica regolare e non di cura della malattia.
Il Piano di indirizzo sulla Riabilitazione (Intesa 10 febbraio 2011, GU n. 50 del 2 marzo 2011 – Suppl. Ordinario n. 60) sottolinea la necessità di avviare questi percorsi di AFA al termine del percorso riabilitativo.
Infatti l'AFA non è attività riabilitativa: essa interviene nella fase cronica stabilizzata della malattia, in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta o con riduzione delle capacità funzionali da condizioni cliniche pregresse con esiti funzionali stabilizzati, quando il trattamento riabilitativo ha esaurito il suo intervento.
L'Attività Fisica Adattata viene prescritta dal Medico (MMG, Medici specialisti) e richiede periodiche valutazioni sanitarie; la sua somministrazione avviene prevalentemente in ambiente chiuso non sanitario, in gruppi selezionati per patologia. I programmi di esercizio sono seguiti da laureati in scienze motorie e con la supervisione di un fisioterapista del Ssr per verificare l'adesione ai programmi precedentemente concordati e monitorare l'attività.
Nel protocollo operativo della sperimentazione attuata in Emilia-Romagna, concordato in un gruppo di coordinamento regionale, si prevede che la "somministrazione" dell'esercizio fisico avvenga in strutture riconosciute dal Ssr ("*Palestre sicure*" Palestre Etiche *e stabilimenti termali*) e legate da partnership con il Servizio stesso.
Il protocollo prevedeva di coinvolgere nella sperimentazione almeno 100 persone con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscolo scheletrico e osteoarticolare (lombalgia cronica, Morbo di Parkinson, esiti di impianto di artroprotesi d'anca, fibromialgia primaria), e somministrazione dell'AFA per almeno 6 mesi ad opera di laureati in Scienze motorie specificamente formati, con la supervisione/monitoraggio di un fisioterapista coordinatore. Si sono definiti i limiti di inclusione ed esclusione in base a valutazioni su scale validate, si è definita la modalità d'accesso e la modalità di verifica e controllo del protocollo.
Gli obiettivi sfidanti erano diversi:

a. **Vantaggi per il cittadino**
   Modificare lo stile di vita, promuovere attività di prevenzione, favorire il mantenimento delle abilità motorie residue e svolgere attività socializzanti. Favorire l'eventuale rientro in percorsi sanitari in caso di necessità

b. **Vantaggi per le Aziende Sanitarie**
Promuovere un equo accesso a tutti per aspetto logistico ed economico, monitorare gli esiti/l'andamento delle patologie croniche-invalidanti, ottenere una maggior appropriatezza d'accesso alle visite ambulatoriali e promuovere una riduzione di afflusso diretto ed inappropriato alle visite specialistiche di primo livello con contenimento delle liste di attesa. Infine, garantire la sostenibilità del sistema, mantenendo un'attenzione continua alla salute del cittadino.

A questo punto della sperimentazione emergono chiaramente alcuni dati:

.

- in totale sono state identificate 214 persone come eligibili, di cui 149 (70%) sono state arruolate e 65 (30%) invece hanno rifiutato: le persone arruolate erano affette da lombalgia (62%), morbo di Parkinson (25%), fibromialgia (9,4%) e artroprotesi d'anca (4%);
- ad oggi, il 19% degli arruolati (28 persone) ha completato il percorso effettuando per almeno 6 mesi il programma di attività fisica in palestra, il 65% è ancora in fase di svolgimento (97 persone) e il 16% (24 persone) lo ha interrotto;
- le persone che hanno interrotto il programma, lo hanno fatto prevalentemente per scarsa motivazione (9 persone), perché hanno cambiato idea rispetto all'adesione iniziale (7 persone) e per motivi di salute (5 persone);
- tutte le persone che hanno concluso il programma di attività fisica prescritto hanno espresso un giudizio molto buono e si sono dichiarate più che soddisfatte della qualità del programma. Il 93% è intenzionato a continuare e, di questi, il 96% è disponibile a pagare;
- il percorso operativo sperimentato è risultato essere appropriato e sostenibile per le organizzazioni sanitarie;
- i medici di medicina generale hanno mostrato un progressivo interesse a segnalare altri pazienti in considerazione dei benefici riferiti da altri assistiti;
- le Associazioni dei pazienti per il M. di Parkinson e per le Malattie Reumatiche hanno collaborato al coinvolgimento delle persone e hanno mostrato un notevole gradimento dell'iniziativa.

Esercizio fisico Adattato (EFA)
Per Esercizio Fisico Adattato (EFA) si intendono esercizi svolti su prescrizione medica (MMG, Medici dello sport, Cardiologi, Diabetologi, ...) effettuata in modo individualizzato sulla base di una specifica valutazione delle condizioni di salute della persona interessata; il medico proscrittore effettua anche periodiche valutazioni dopo l'avvio della somministrazione degli esercizi prescritti, che si svolge, in forma individuale o in piccoli gruppi, in ambito extra-sanitario presso palestre selezionate e collegate al Servizio sanitario regionale attraverso il percorso previsto dal programma "Palestra sicura", in modo controllato e tutorato da personale laureato in scienze motorie opportunamente formato. La somministrazione dell'attività può anche avvenire, per un periodo di tempo limitato e necessario a valutare la reazione dell'organismo ai carichi di lavoro prescritti, in ambiente sanitario, presso la palestra annessa ai Centri di Medicina dello sport di secondo livello, per le persone che presentano condizioni cliniche più complesse; anche in questo caso, dopo 3-4 settimane di attività eseguita in

modo controllato presso la palestra del Centro sanitario, la persona viene affidata, con idonee procedure di accompagnamento, alle palestre di cui al punto precedente, ovvero viene escluso dal percorso EFA qualora si valutasse che la sua prosecuzione comporterebbe un rischio per la sicurezza o la salute della persona.
L'EFA si rivolge a persone con patologie cardiovascolari e dismetaboliche; nei protocolli operativi del progetto sono stati definiti in modo preciso i criteri di inclusione nel percorso per tutti i quadri clinici previsti.
In altre esperienze analoghe, la prescrizione dell'esercizio fisico viene definito anche "Sport terapia", a significare l'utilizzo di questa pratica come se si trattasse della somministrazione di un farmaco.
Nell'ambito della sperimentazione in atto in Emilia-Romagna è stato proposto l'arruolamento nel percorso a circa 400 persone: di queste, 328 (80%) hanno accettato di partecipare e, al momento, 274 persone (83,5% di quelli che hanno iniziato il percorso) stanno eseguendo l'attività in palestra come previsto dal protocollo.
Ad oggi si possono anticipare le seguenti considerazioni provvisorie:

a – punti di forza

- le persone coinvolte hanno mostrato un notevole gradimento; esiste fra i partecipanti una diffusa percezione di miglioramento del proprio stato di salute e di benessere, che insorge molto rapidamente dopo l'inizio dell'attività;
- si è consolidato il ruolo dei Servizi di Medicina dello sport delle Aziende Usl partecipanti al progetto (Ravenna, Ferrara, Bologna, Modena e Parma), che hanno acquisito attrezzature e competenze fondamentali e hanno potuto instaurare proficue relazioni professionali con le UO specialistiche coinvolte, così come previsto dal Piano regionale della Prevenzione.

b – criticità

- Va migliorato e rafforzato il coinvolgimento dei MMG nel percorso; in relazione a ciò è risultata poco utilizzata la possibilità di esercizio attuato in forma autonoma da parte del paziente, previsto soprattutto per i problemi di salute più lievi, che dovrebbe essere gestito prevalentemente dai MMG;
- Il costo a carico del cittadino è risultato in alcuni casi difficile da sostenere;
- Il passaggio dalla palestra del Centro sanitario alla palestra "sicura" ha in alcuni casi ingenerato un senso di minore sicurezza ed è risultato un punto di gestione complessa.

3 – Modalità per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata e dell'Esercizio Fisico Adattato

Come sopra detto, la sperimentazione che attualmente si sta svolgendo in Emilia-Romagna terminerà nel mese di maggio 2013 ed entro il mese di luglio dovrà essere presentata al Ministero della salute la relazione finale del progetto, contenente la valutazione definitiva dei risultati ottenuti.
Pertanto le decisioni definitive circa la possibile messa a regime dei percorsi sottoposti a sperimentazione non potrà essere presa che dopo tale ultima scadenza, anche alla luce degli orientamenti del Ministero conseguenti ai risultati dei programmi sperimentali in corso anche nelle Regioni Veneto, Lombardia e Sicilia, che termineranno anch'esse nel corso del 2013.
Appare però necessario, alla luce delle prime valutazioni positive emerse, evitare che al termine del progetto sperimentale si produca un'interruzione delle attività, con conseguenze negative sia dal punto di vista degli utenti, attuali o potenziali, e delle loro

associazioni sia dal punto di vista delle prospettive generali di questi percorsi e del sistema positivo di relazioni organizzative e professionali che si sono create e che, se lasciate cadere, potrebbero risultare più difficili da ricostruire dopo un periodo di vuoto.
In questa fase, quindi, l'obiettivo è quello di ***consentire una continuità dei percorsi oggetto della sperimentazione***, in attesa che la conclusione dei lavori possa consentire di prendere decisioni più solide e strutturate, sia a livello nazionale che regionale, in ordine all'eventuale introduzione su larga scala e in modo sistematico della prescrizione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico, e delle relative modalità operative.
Anche alla luce di quanto espresso nelle pagine precedenti, occorre ***declinare gli obiettivi separatamente per AFA ed EFA***. Fra i due percorsi esistono infatti delle differenze, in quanto il primo è più semplice sul piano organizzativo e quindi più facilmente attuabile anche in sedi ulteriori rispetto alle Aziende Usl che hanno gestito la fase sperimentale; inoltre, il percorso AFA si trova in una fase di valutazione più avanzata e appare sufficientemente consolidato un giudizio positivo circa la sostenibilità del percorso stesso.

Attività Fisica Adattata

L'obiettivo è quello di ***garantire la prosecuzione dell'attività nelle Aziende Usl dove si è svolta la fase sperimentale e di estendere ad altre Aziende Usl della Regione, che siano in grado di farlo, l'attivazione del percorso AFA***, secondo le modalità organizzative contenute nel progetto ministeriale, approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 2054/2010, e meglio dettagliate nei protocolli operativi elaborati per la realizzazione del progetto stesso.
Se l'AFA venisse attuata diffusamente da parte delle Aziende Sanitarie, secondo le indicazioni regionali, si potrebbe ottenere una riduzione delle richieste improprie di interventi riabilitativi, a favore di uno sviluppo di attività di prevenzione che in queste situazioni risultano più efficaci. In prospettiva si potrebbe anche allargare lo spettro degli esiti di malattia che possono essere affrontati con questa modalità (es. osteoporosi, malattie reumatiche, artrosi).
Inoltre si stanno verificando diverse iniziative da parte di molti centri privati, che hanno iniziato a proporre interventi simili..
La prosecuzione dell'attività favoriebbe un governo dello sviluppo degli interventi in un'ottica di garanzia e tutela per i cittadini.

Allo scopo di rendere più agevole e omogenea l'attivazione dei percorsi AFA in tutti gli ambiti territoriali, si forniscono le seguenti indicazioni operative:

1. Il percorso AFA riguarderà le patologie interessate dalla sperimentazione in atto, secondo i protocolli utilizzati per la sperimentazione stessa: in particolare l'attività si svolgerà in gruppo, con una frequenza di almeno due sedute settimanali e sotto la guida del laureato in scienze motorie. Potranno eventualmente essere attivati percorsi riguardanti altre patologie sensibili all'attività fisica, comprese le disabilità: in questo caso dovranno essere predisposti nuovi protocolli con i criteri di arruolamento, prescrizione e somministrazione dell'attività fisica, che dovranno essere preventivamente valutati e approvati dal gruppo di coordinamento del progetto, operante a livello regionale
2. Un problema emerso dalla sperimentazione riguarda la presenza ancora insufficiente sul territorio di palestre riconosciute come "Palestra sicura" secondo quanto previsto dalla normativa regionale; alla luce di ciò, e considerato che nell'Azienda Usl di Cesena si è già fatto ricorso a strutture non ancora certificate come "Palestra sicura", si ritiene che, in questa fase, sia possibile anche rivolgersi

ad altre strutture per l'organizzazione dell'AFA; Il livello di rischio per i partecipanti a questi percorsi risulta infatti modesto, in relazione ai problemi di salute che vengono trattati e ai carichi di lavoro, che sono piuttosto bassi. Inoltre, l'esito molto positivo della sperimentazione effettuata per le persone con fibromialgia presso la piscina dello stabilimento termale di Porretta Terme, suggerisce la possibilità di estendere la pratica AFA anche alle piscine, comprese quelle degli stabilimenti termali. Pertanto, in attesa di valutazioni più approfondite prima della messa a regime definitiva dell'AFA, le Aziende Usl potranno attivare accordi anche con strutture non ancora classificate come "Palestra sicura", alle seguenti condizioni:

a. le strutture con cui si formalizzano rapporti di collaborazione siano classificate come "Palestra etica", secondo la normativa regionale in materia;
b. il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda Usl abbia verificato l'idoneità dell'organizzazione, delle strutture e del personale alla gestione dei percorsi AFA, e assicuri l'attività di controllo sul mantenimento di tali requisiti;
c. il personale Laureato in Scienze motorie che opera presso queste strutture abbia seguito un corso di formazione organizzato a livello locale a cura dell'UO di Riabilitazione, secondo il modello già sperimentato presso le Aziende Usl di Cesena e Modena;
d. in fase di valutazione e arruolamento delle persone avviate al percorso AFA si tenga conto di tale situazione.

3. Per garantire l'omogeneità dell'intervento a livello regionale e modalità di accesso eque, le Aziende Usl dovranno attivare convenzioni con strutture che praticano una tariffa a carico dei cittadini che non può in ogni caso superare la cifra massima di 30 euro/mese: è tuttavia auspicabile che essa possa essere ulteriormente contenuta in virtù di specifici accordi attuati fra le Aziende sanitarie e i centri erogatori, o grazie a progetti che utilizzano risorse provenienti da organizzazioni, enti o aziende presenti sul territorio.

Al fine di facilitare lo sviluppo del percorso, e di garantire l'omogeneità dei criteri di accesso e dei percorsi operativi, verrà costituito un gruppo di lavoro che coordinerà il percorso di sviluppo dell'AFA, gestito dal Servizio Sanità Pubblica, coadiuvato dai professionisti dell'Azienda Usl di Cesena che hanno coordinato la fase sperimentale, e dal Servizio Assistenza Distrettuale Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari; il gruppo di lavoro regionale opererà in raccordo con i referenti aziendali del progetto, che saranno nominati da ogni Azienda Usl, individuandoli nell'ambito dei Dipartimenti di Sanità pubblica e delle Cure primarie, e delle U.O. di Riabilitazione.

Esercizio Fisico Adattato

Per quanto riguarda il percorso di prescrizione dell'Esercizio Fisico Adattato, l'obiettivo è quello di ***mantenere attivo il percorso nelle Aziende Usl dove è in corso la fase sperimentale*** anche al termine del progetto finanziato dal Ministero della Salute.

A tal fine si forniscono le seguenti indicazioni:

1. verranno avviate al percorso EFA le persone affette dalle patologie oggetto della sperimentazione in atto, secondo i protocolli utilizzati per la sperimentazione stessa. Potranno inoltre essere coinvolte persone affette da altre patologie sensibili all'esercizio fisico, comprese le disabilità: in questo caso dovranno essere predisposti nuovi protocolli con i criteri di arruolamento, prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico, che dovranno essere preventivamente valutati e approvati dal gruppo di coordinamento del progetto, operante a livello regionale;

2. per la somministrazione dell'esercizio fisico in palestra potranno essere utilizzati solo centri riconosciuti come "Palestra sicura" ai sensi della normativa regionale vigente in materia;
3. per garantire l'omogeneità dell'intervento a livello regionale e modalità di accesso eque, le Aziende Usl dovranno attivare convenzioni con strutture che praticano una tariffa a carico dei cittadini che non può in ogni caso superare la cifra massima di 50 euro/mese: è tuttavia auspicabile che essa possa essere ulteriormente contenuta in virtù di specifici accordi attuati fra le Aziende sanitarie e i centri erogatori;
4. nell'attuale fase transitoria, l'eventuale somministrazione controllata e tutorata dell'esercizio fisico in ambiente sanitario può essere svolta esclusivamente presso la palestra del Centro di Medicina dello sport dell'Azienda Usl, con la presenza di Laureati in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata, preferibilmente di quelli che hanno frequentato il corso avanzato previsto dalla Deliberazione 1154/2011 e sotto la responsabilità del direttore medico del Centro; la frequenza della palestra del Centro di Medicina dello sport dell'Azienda Usl non comporta oneri a carico del paziente e la sua durata sarà commisurata alle condizioni del paziente stesso, ma non potrà superare le 8 settimane. Si prefigura tuttavia fin d'ora che, al termine della fase sperimentale e a fronte di una valutazione positiva che suggerisca di allargare l'attività in modo sistematico a tutto l'ambito regionale, verranno definiti i requisiti strutturali e organizzativi necessari per lo svolgimento di questa fase del percorso nelle strutture sanitarie pubbliche e private.
5. le difficoltà riscontrate finora nella gestione della fase di passaggio dall'attività svolta nella palestra del Centro di Medicina dello sport a quella praticata presso la struttura esterna appartenente al circuito "Palestra sicura" suggeriscono di dare particolare attenzione, in questa fase di prosecuzione del lavoro, alla messa a punto delle modalità più corrette per gestire questo passaggio; a questo fine i Servizi di Medicina dello sport attueranno un "accompagnamento" del paziente alla struttura esterna e programmeranno periodiche valutazioni delle sue condizioni, in modo da mantenere alta l'adesione al percorso e a dare la certezza della continuità di presa in carico;
6. inoltre occorre rafforzare gli interventi che riguardano il coinvolgimento della rete dei professionisti sanitari, in particolare dei MMG, attraverso percorsi specifici di formazione e integrazione nei percorsi operativi;
7. le Aziende Usl che non hanno partecipato al progetto finanziato dal Ministero potranno eventualmente attivare i percorsi riservati alle persone che presentano problemi di salute più lievi, in cui la prescrizione è prevalentemente affidata ai MMG, con l'eventuale supporto/consulenza dei Servizi di Medicina dello sport delle Aziende Usl, e la somministrazione dell'esercizio fisico avviene in autonomia e in ambiente libero. I Servizi di MdS che non sono ancora dotati di strumenti e personale per la valutazione e la somministrazione iniziale dell'esercizio fisico possono far riferimento ad uno dei 5 centri che già operano in questo senso, realizzando un'integrazione funzionale, modello di riferimento per la realizzazione del PRP.

Il coordinamento dell'attività è affidato al Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, che curerà in particolare gli aspetti connessi alla omogeneità dei criteri di accesso e di trattamento, alle garanzie di sicurezza e qualità dei percorsi e alla valutazione dei risultati.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Tiziano Carradori, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2013/283

data 05/03/2013

IN FEDE

Tiziano Carradori

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio

Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'

Nota PG/2013/308221 in data 11/12/2013 del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali

Indicazioni sulla modalità di accesso alle prestazioni dei Servizi di medicina dello sport delle Aziende USL, garantite dal SSR

RegioneEmilia-Romagna

IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	PG	2013	308221
DEL	11	12	2013

Ai Direttori generali

Ai Direttori amministrativi

Ai Direttori sanitari

Ai Direttori dei Dipartimenti cure primarie

Ai Direttori dei Dipartimenti di sanità pubblica

Ai Responsabili dei Servizi di medicina dello sport

Ai Referenti della specialistica ambulatoriale

Ai Referenti del sistema informativo della specialistica ambulatoriale

delle Aziende Usl
della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

Oggetto: Indicazioni sulla modalità di accesso alle prestazioni dei Servizi di medicina dello sport delle Aziende Usl, garantite dal SSR.

Come noto, i Servizi di medicina dello sport delle Aziende Usl svolgono numerose e diversificate attività, alcune delle quali nell'ambito delle prestazioni garantite dal Servizio sanitario regionale, altre non inserite nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) ma previste da obblighi di legge e pertanto a carico dei richiedenti secondo uno specifico tariffario regionale. Esse sono sinteticamente riconducibili alle seguenti tipologie:

1. ***Rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica per maggiorenni; valutazione funzionale di atleti maggiorenni delle società sportive dilettantistiche***. Tali attività non sono comprese nei LEA e vengono esercitate con oneri a carico degli interessati, secondo le modalità e le

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Uso interno DP/ Classif. INDICE 3516 | LIV 1 600 | LIV 2 80 | LIV 3 60 | LIV 4 20 | LIV 5 | Fasc. ANNO 2013 NUM 1 SUB

tariffe previste dalla Deliberazione regionale n. 775/2004.

2. ***Rilascio dei certificati alla idoneità alla pratica sportiva agonistica per minori e disabili di ogni età***, con accesso dell'interessato ai Servizi di Medicina dello sport, su richiesta della società dilettantistica di appartenenza, senza necessità di prescrizione da parte del medico curante su ricettario del SSN.
3. ***Certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per minori e disabili di ogni età***.
   Queste certificazioni, come è noto, sono comprese nei Livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario regionale.
   Di norma tali certificazioni vengono rilasciate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta che può chiedere, se lo ritiene necessario, la consulenza specialistica del medico del Servizio di medicina dello sport: la richiesta deve essere redatta su ricettario del SSN.
   Tuttavia, come previsto dalla già citata Deliberazione regionale n. 775/2004, anche in questo caso si può avere accesso diretto al Servizio di Medicina dello sport come già descritto al punto 1, anche se si auspica che tale modalità rappresenti una eccezione rispetto al ricorso al proprio medico curante.
4. ***Valutazione funzionale delle persone avviate ai percorsi di Attività Fisica Adattata (AFA) ed Esercizio Fisico Adattato (EFA)***, come attualmente disciplinato dal delibera di Giunta regionale n.316/2013.

Nell'ambito di queste molteplici attività, vengono fornite ai cittadini prestazioni di tipo clinico–specialistico che fanno parte di percorsi assistenziali ordinari rientranti in ambito del SSR – ma che finora non sono state compiutamente ricomprese tra le attività specialistiche ambulatoriali erogate in Emilia-Romagna e che si è verificato essere gestite in modo disomogeneo nelle diverse realtà territoriali - per le quali occorre ridefinire in modo sistematico le modalità di accesso secondo le regole generali esistenti, valide per tutte le prestazioni fornite dal SSR.

La casistica prevista al **punto 1)**, ***rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica per maggiorenni***, riguarda, come noto, attività non inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza. Interessa, ai fini sopra richiamati, ricordare le procedure da adottare nel caso dovessero rendersi necessari accertamenti aggiuntivi, finalizzati a dirimere il dubbio sulla presenza di patologie controindicanti l'attività sportiva per la quale è stata richiesta la visita di idoneità e/o in grado di compromettere la salute del soggetto.
Tali prestazioni di approfondimento rientrano all'interno delle attività garantite dal SSN e vanno richieste attraverso una prescrizione da parte del MMG sul ricettario SSN o, se previsti da accordi interaziendali, da parte del Medico dello Sport del Servizio pubblico sul ricettario SSN. Le prestazioni, in questi casi, verranno erogate, per i cittadini non esenti, in regime di compartecipazione della spesa.

Per quanto riguarda la casistica prevista al **punto 2)**, ***rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica per minori e disabili di ogni età***, si precisa

che il cittadino non deve farsi carico di alcun onere, anche per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici previsti nei protocolli per i diversi sport e per gli eventuali approfondimenti che si rendessero necessari a giudizio del Medico dello sport.

Fra gli esami richiesti dai protocolli rientra sempre l'esame dell'urine, che deve essere prenotato prima della visita e registrato con il codice di esenzione.
Le richieste di accertamenti ulteriori, rispetto ai protocolli, da parte del Medico dello sport vanno formulate su ricettario del SSN, riportando il codice di esenzione I01, così come di seguito indicato:

codice esenzione	tipologia	totale-parziale-(x specialistica)	descrizione
I01	idoneità	parziale	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di **idoneità alla pratica sportiva,** all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)

Esclusivamente tali prestazioni di approfondimento, aggiuntive rispetto ai protocolli, dovranno essere rilevate all'interno del flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA).

Per quanto riguarda la casistica prevista al **punto 3), *certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per minori e disabili di ogni età***, si precisa che la richiesta di eventuale consulenza (valutazione funzionale semplice) da parte del MMG/PLS o altro specialista, si realizza con una prescrizione da parte di questi ultimi redatta su ricettario del SSN, di una visita specialistica di Medicina dello sport. rivolta ai medici operanti nei Servizi dedicati delle Aziende Usl.

La prescrizione, in questi casi, dovrà riportare il codice di esenzione:

codice esenzione	tipologia	totale-parziale-(x specialistica)	descrizione
I01	idoneità	parziale	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di **idoneità alla pratica sportiva,** all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)

Questa prestazione dovrà essere rilevata all'interno del flusso dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) ricorrendo al codice della prestazione del Nomenclatore Tariffario: 89.7 (Visita Generale) e attribuita alla disciplina 015 Medicina Sportiva.
Eventuali accertamenti diagnostici ulteriori, ritenuti necessari dal medico dello sport dovranno essere richiesti dallo stesso secondo le modalità già descritte al punto precedente e, anch'esse, saranno senza oneri a carico dell'interessato.

Infine, relativamente alla casistica prevista al **punto 4), *valutazione funzionale delle persone avviate ai percorsi di Attività Fisica Adattata (AFA) ed Esercizio Fisico Adattato (EFA)***, si precisa che:

La consulenza del medico pubblico di medicina dello sport può essere necessaria anche preliminarmente all'avvio di un programma personalizzato di attività fisica adattata (AFA) o di esercizio fisico adattato (EFA), così come previsto dalla DGR 316/2013. In questo caso la prescrizione non dovrà riportare il codice di esenzione, in quanto la valutazione funzionale (89.7 -Visita Generale - disciplina 015 Medicina Sportiva) è assoggettata alla compartecipazione alla spesa, da parte del cittadino non esente, secondo le modalità e procedure dell'assistenza specialistica ambulatoriale.
Le prestazioni dovranno essere rilevate attraverso il flusso informativo relativo all'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA).
Qualora, a seguito della richiesta di consulenza, gli specialisti pubblici di medicina dello sport ravvedano la necessità di procedere ad ulteriori indagini di approfondimento, esse potranno essere prescritte sul ricettario SSN esclusivamente nell'ambito dei percorsi precedentemente illustrati.

Le strutture di erogazione della visita specialistica di medicina dello sport individuate in ambito pubblico per fornire consulenze a supporto del MMG e degli specialisti, nell'ambito dei percorsi di AFA ed EFA sono rappresentate, in questa fase, dalle sedi di medicina dello sport delle Aziende Usl, secondo quanto previsto dalla deliberazione n. 316/2013 in modo differenziato per AFA ed EFA; nella fase attuale per quanto riguarda i requisiti strutturali si fa riferimento a quelli individuati per l'ambulatorio medico, riservato all'espletamento di attività clinica di cui alla DGR 327/2004 (Applicazione della legge 34/98 in materia di autorizzazione-accreditamento).

Si ricorda che per quanto riguarda l'EFA, per la quale può rendersi necessaria una valutazione preventiva più complessa, è in atto il percorso di definizione dei criteri di accreditamento dei Centri di medicina dello sport di secondo livello, pubblici e privati, al termine del quale saranno accreditate le strutture in possesso dei requisiti previsti.

Distinti saluti

Tiziano Carradori

Piano della Prevenzione 2013

Scheda di progetto e relativa valutazione per l'attività svolta nel 2013: sintesi regionale e valori osservati nelle Aziende USL

Scheda di progetto e relativa valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche: *La prescrizione dell'attività fisica*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.2 (Malattie cardiovascolari), 3.3 (Diabete), 3.5 (malattie osteoarticolari), 3.8 (malattie neurologiche)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:
Nel corso dell'anno 2013 terminerà il progetto finanziato dal Ministero della Salute "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia": entro il mese di luglio dovrà essere prodotta la relazione finale, contenente la valutazione sulla sostenibilità organizzativa ed economica del percorso testato.
L'anno 2013 sarà dunque dedicato alla conclusione della sperimentazione in atto e alla prosecuzione dell'attività con modalità proprie di una fase ancora transitoria, in attesa di avere tutti gli elementi di valutazione per decidere il passaggio, a partire dall'anno 2014, a una fase di messa a regime di questi percorsi su tutto l'ambito territoriale della Regione.
Gli obiettivi per il 2013 possono pertanto essere formulati come segue:

- Per quanto riguarda l'AFA: l'obiettivo è quello di garantire la prosecuzione dell'attività nelle AUsl dove si è svolta la fase sperimentale e di estendere ad altre AUsl della Regione, che siano in grado di farlo, l'attivazione del percorso AFA, secondo le modalità organizzative contenute nel progetto ministeriale, approvato con Deliberazione di Giunta regionale 2054/2010, e meglio dettagliate nei protocolli operativi elaborati per la realizzazione del progetto stesso;
- Per quanto riguarda l'EFA: l'obiettivo è quello di mantenere attivo il percorso nelle AUsl dove è in corso la fase sperimentale anche al termine del progetto finanziato dal Ministero della Salute.

Beneficiari:
Persone con patologie cardiovascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore, e persone con fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie.

Obiettivi di salute (e/o di processo) perseguiti:
Attuazione di percorsi di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica adattata e dell'esercizio fisico adattato, rivolti a persone affette da malattie sensibili all'esercizio fisico, o portatrici di fattori di rischio per le stesse patologie, secondo i protocolli e le procedure già adottati per la sperimentazione sostenuta dal Ministero della Salute.

Sistema di valutazione:

	INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE REGIONALE AL 31.12.13		Valore osservato nelle AUsl al 31.12.2013										
			Atteso	Osservato	Pc	Pr	Re	Mo	Bo	Imo	Fe	Ra	Fo	Ces	Rn
1	Elaborazione della relazione finale sul progetto ministeriale, contenente la valutazione sulla sostenibilità organizzativa ed economica del percorso testato	Evidenza documentale	Sì	**Sì**											
2	Numero di AUsl in cui si attiva il percorso di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico	Evidenza documentale	8	**8**	**no**	**sì**	**sì**	**sì**	**sì**	**no**	**sì**	**sì**	**no**	**sì**	**sì**

Sintesi dell'attività svolta e osservazioni sui valori raggiunti dagli indicatori:

In Emilia-Romagna, i Piani regionali della Prevenzione hanno avviato concretamente una serie di interventi in molti settori della società, con programmi a valenza regionale che via via sono stati integrati nella programmazione routinaria delle Aziende Usl, e che perseguono due obiettivi principali:

a) *programmi di promozione dell'attività fisica, rivolti alla popolazione generale,* con iniziative sviluppate in molti settori della società, per diffondere la cultura della vita attiva come strumento fondamentale per il benessere fisico e psichico della cittadinanza, rivolti soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità. Esistono molte esperienze ed evidenze di letteratura sull'efficacia e sostenibilità di questi interventi, e tutte sottolineano la necessità di un *approccio multicomponente, intersettoriale e multidisciplinare*.

b) *programmi di prescrizione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico*, destinati alle persone che presentano fattori di rischio per la salute, o malattie sensibili all'esercizio fisico, che vengono avviate a programmi personalizzati di prescrizione dell'attività fisica sotto controllo sanitario e in totale sicurezza. Riguardano l'*AFA (Attività Fisica Adattata)*, rivolta a persone affette da esiti stabilizzati di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico o di malattie neurologiche, e l'*EFA (Esercizio Fisico Adattato)*, rivolto a persone affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, nonché a persone disabili o che hanno subito un trapianto di organo solido.

Per quanto riguarda la prescrizione dell'esercizio fisico, la Regione Emilia-Romagna ha partecipato al programma promosso dal Ministero della Salute e sostenuto con appositi finanziamenti *"La prescrizione dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia"*.
Nel 2013 il Progetto, il cui termine di realizzazione era stato fissato al 15 maggio 2013, è stato completato e valutato. La relazione finale è stata trasmessa al Ministero della salute

I dati di seguito forniti sono pertanto articolati in due periodi:

- il primo riguardante 6 Aziende Usl (Parma, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna e Cesena) che hanno partecipato al progetto pilota, di cui si forniscono i dati sulle persone avviate all'attività;
- il secondo riguardante il periodo successivo alla conclusione della sperimentazione, che riguarda le persone avviate all'attività dalle stesse 6 Aziende del periodo precedente e da altre due (Reggio Emilia e Rimini) che hanno avviato questi percorsi secondo le deliberazioni di Giunta regionale n. 316/2013 e 780/2013

In altre Aziende Usl sono stati attivati percorsi di prescrizione dell'attività fisica secondo protocolli locali, da ricondursi in futuro agli standard regionali previsti dagli atti prima citati.

Persone contattate e avviate ad AFA ed EFA, distinte per patologie e Aziende USL (fino al 16 maggio 2013)

AUsl	EFA					AFA					
	N. persone contattate				N. persone che hanno iniziato EFA	N. persone contattate					N. persone che hanno iniziato AFA
	con esiti stabilizzati sindrome coronarica acuta	con sindrome metabolica	con diabete tipo II	TOTALE		con protesi anca	con fibromialgia	con lombalgia cronica	con Parkinson	TOTALE	
PARMA	23	21	19	**63**	**46**					**0**	**0**
MODENA	19	37	26	**82**	**53**	7			17	**24**	**21**
BOLOGNA	24	33	18	**75**	**62**		16			**16**	**14**
FERRARA	60	20	22	**102**	**99**					**0**	**0**
RAVENNA	5	6	19	**30**	**30**			94	10	**104**	**72**
CESENA				**0**	**0**			150	24	**174**	**123**
Totale	**131**	**117**	**104**	**352**	**290**	**7**	**16**	**244**	**51**	**318**	**230**

Persone contattate e avviate ad AFA ed EFA, distinte per patologie e Aziende USL
(dal 17 maggio 2013 fino al 31 dicembre 2013, in base alla DGR 316/2013)

AUsl	EFA							AFA					
	N. persone contattate						**N. persone che hanno iniziato EFA**	N. persone contattate					**N. persone che hanno iniziato AFA**
	con esiti stabilizzati sindrome coronarica acuta	con sindrome metabolica	con diabete tipo II	Bambini obesi	Disabili e/o trapiantati	**TOTALE**		con protesi anca	con fibromialgia	con lombalgia cronica	con Parkinson	**TOTALE**	
REGGIO EM.						**0**	**0**	88		129		**217**	**217**
PARMA	5	54	10			**69**	**46**					**0**	**0**
MODENA	30	5	3		10	**48**	**48**	5			10	**15**	**15**
BOLOGNA	20	11	14		5	**50**	**47**					**0**	**0**
FERRARA	24	12	14			**50**	**50**		14		10	**24**	**24**
RAVENNA	24	38	40	44	5	**151**	**128**			214	16	**230**	**133**
CESENA						**0**	**0**			172	5	**177**	**102**
RIMINI				60		**60**						**0**	**0**
Totale	**103**	**120**	**81**	**104**	**20**	**428**	**319**	**93**	**14**	**515**	**41**	**663**	**491**

Determina del Direttore Generale Politiche sociali n.3591 del 18 marzo 2014

Modifica del gruppo di lavoro "La prescrizione dell'attivita' fisica" previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Atto del Dirigente:	DETERMINAZIONE n° 3591 del 18/03/2014
Proposta:	DPG/2014/2877 del 27/02/2014
Struttura proponente:	SERVIZIO SANITA' PUBBLICA DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Oggetto:	MODIFICA DEL GRUPPO DI LAVORO "LA PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA" PREVISTO DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2013
Autorità emanante:	IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Firmatario:	TIZIANO CARRADORI in qualità di Direttore generale
Luogo di adozione:	BOLOGNA data: 18/03/2014

DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
IL DIRETTORE

Premesso che:

- con deliberazione della Giunta regionale n. 2326/2010 è stato approvato il Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012, successivamente prorogato con deliberazione della Giunta regionale n. 703/2013;

- con determinazioni del Direttore Generale Sanità e politiche sociali n. 7601/2011 e n. 8424/2011 si è provveduto a:

  1. costituire il Gruppo di Lavoro di coordinamento e monitoraggio del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012;

  2. individuare gli specifici Gruppi di lavoro da attivare, nonché i loro coordinatori;

  3. demandare ad un successivo atto la individuazione dei componenti dei Gruppi specifici;

- con determinazione del Direttore Generale Sanità e politiche sociali n 15582/2011 è stata definita la composizione dei gruppi di lavoro di cui al punto precedente punto 2;
- con deliberazione della Giunta regionale n. 316/2013 "Indirizzi per la prosecuzione e lo sviluppo dei programmi di prescrizione dell'attività fisica adattata (AFA) e dell'esercizio fisico adattato (EFA) previsti dal Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 di cui alla Deliberazione n.2071/2010", sono state fornite indicazioni per la prosecuzione e l'estensione dei programmi sperimentali già in corso;

Tenuto conto che occorre dare continuità ai progetti già avviati in attuazione di quanto soprarichiamato evitando l'interruzione delle attività in corso con conseguenze negative anche dal punto di vista del sistema positivo di relazioni organizzative e professionali createsi;

Ritenuto pertanto di dover procedere alla sostituzione di alcuni componenti, in ragione delle variazioni intervenute inerenti la cessazione della propria attività, ridefinendo la composizione del Gruppo di lavoro "La prescrizione dell'attività fisica";

Ritenuto altresì opportuno arricchire la composizione del gruppo soprarichiamato con la presenza dei Pediatri di Libera Scelta e di rappresentanti di professioni indispensabili per realizzare i programmi di prescrizione dell'Esercizio Fisico Adattato (EFA) e dell'Attività Fisica Adattata (AFA), come i Laureati in Scienze motorie e i Tecnici della Riabilitazione, nonchè di collaboratori impegnati nel programma di prevenzione dell'obesità del bambino;

Acquisito il consenso manifestato dalle Aziende USL coinvolte in ordine alla partecipazione a detto Gruppo dei propri professionisti, al fine di procedere alla ridefinizione della composizione in oggetto;

Richiamati i principi e le procedure operative illustrate nella già citata determinazione del Direttore Generale Sanità e politiche sociali n.15582/2011;

Preso atto dell'istruttoria svolta dal Servizio Sanità Pubblica in merito all'oggetto in argomento;

Dato atto del parere allegato

D E T E R M I N A

1) di modificare la composizione del gruppo di lavoro "La prescrizione dell'attività fisica" nel modo seguente:

- Emanuela Bedeschi, coordinatore Gruppo, Servizio Sanità pubblica Regione Emilia-Romagna;
- Alberto Anedda, Medico dello sport Azienda Usl di Parma;
- Luigi Bagnoli, MMG Azienda Usl Bologna;
- Rossana De Palma, Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna;
- Antonio Brambilla, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari Regione Emilia-Romagna;
- Claudio Casaroli, MMG Azienda Usl Ferrara;
- Giorgio Chiaranda, Medico dello Sport Azienda Usl di Piacenza, collaboratore della Regione Emilia-Romagna;
- Giuseppe Di Pasquale, Direttore UO cardiologia Azienda Usl Bologna;
- Alba Carola Finarelli, Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna;
- Gabriele Forlani, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna;
- Marina Fridel, Medico di Sanità pubblica Azienda Usl di Cesena, collaboratore della Regione Emilia-Romagna

- Giovanni Grazzi, Medico dello sport Azienda Usl di Ferrara;
- Gianni Mazzoni, Medico dello sport Azienda Usl di Ferrara;
- Andrea Naldi, Servizio Riabilitazione Azienda Usl della Romagna ambito di Cesena;
- Andrea Pizzoli, Medico dello sport Azienda Usl di Imola;
- Paolo Ronchini, MMG Azienda Usl della Romagna, ambito di Cesena;
- Gianni Sella, Medico dello sport Azienda Usl della Romagna, ambito di Ravenna;
- Ferdinando Tripi, Medico dello sport Azienda Usl di Modena, collaboratore Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna;
- Sandro Vasina, MMG Azienda Usl della Romagna, ambito di Ravenna;
- Dante Zini, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena;
- Elena Ferrari, Pediatra di Libera Scelta Azienda Usl di Reggio Emilia;
- Lucia Andreoli, Laureata in Scienze Motorie, rappresentante regionale Corso Mercuriale;
- Michele Felisatti Laureato in Scienze Motorie, rappresentante regionale Corso Mercuriale;
- Eleonora Benuzzi coordinatore U.O. Riabilitativa Sassuolo Azienda Usl di Modena;

2) di stabilire che detta composizione sostituisce integralmente la composizione definita al punto D. Gruppo di lavoro "la prescrizione dell'attività fisica" di cui al dispositivo della propria precedente determinazione n. 15582/2011;

3) di affidare il coordinamento del Gruppo in oggetto alla dr. Emanuela Bedeschi, Responsabile del Servizio Sanità pubblica della Direzione Generale Sanità e politiche Sociali;

4) di dare atto che ai componenti del Gruppo non spetta alcun compenso

Tiziano Carradori

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Emanuela Bedeschi, Responsabile del SERVIZIO SANITA' PUBBLICA esprime, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta DPG/2014/2877

data 28/02/2014

IN FEDE

Emanuela Bedeschi

Schede PASSI:

- **Patologie croniche e stili di vita in Regione Emilia-Romagna (dati del Sistema di sorveglianza PASSI 2008-2012)**

Patologie croniche e stili di vita
dati del sistema di sorveglianza PASSI
Emilia-Romagna 2008-12

La presenza di patologie croniche interessa circa un quinto delle persone nella fascia 18-69 anni

Sulla base dei dati raccolti nella sorveglianza PASSI, in Emilia-Romagna il 18,7% delle persone 18-69enni ha riferito una diagnosi di malattia cronica; questa stima corrisponde in Regione a circa 560 mila persone coinvolte nella cronicità.

Le patologie croniche indagate comprendono le malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), le malattie cardiovascolari (pregresso infarto del miocardio, ischemia cardiaca, malattie delle coronarie, altre malattie del cuore, ictus e ischemia cerebrale), il diabete, i tumori, le malattie epatiche e l'insufficienza renale.

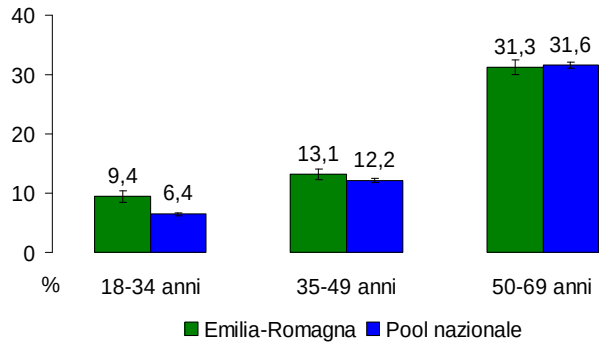
Il dato regionale è in linea con quello nazionale (18%, corrispondente a circa 7 milioni di persone con patologia cronica).

L'adozione di stili di vita sani e in particolare di uno stile di vita fisicamente attivo è importante per migliorare la qualità della vita anche in presenza di cronicità.

Presenza di patologia cronica
Emilia-Romagna PASSI 2008-12

	Genere		Classe d'età			Totale
	Uomini	Donne	18-34 anni	35-49 anni	50-69 anni	
Prevalenze	18,6%	18,8%	9,4%	13,1%	31,3%	18,7%
Stima nella popolazione	276.000	282.010	71.000	142.010	345.000	558.010

Presenza di patologia cronica°
per classi d'età (%)
PASSI 2008-12



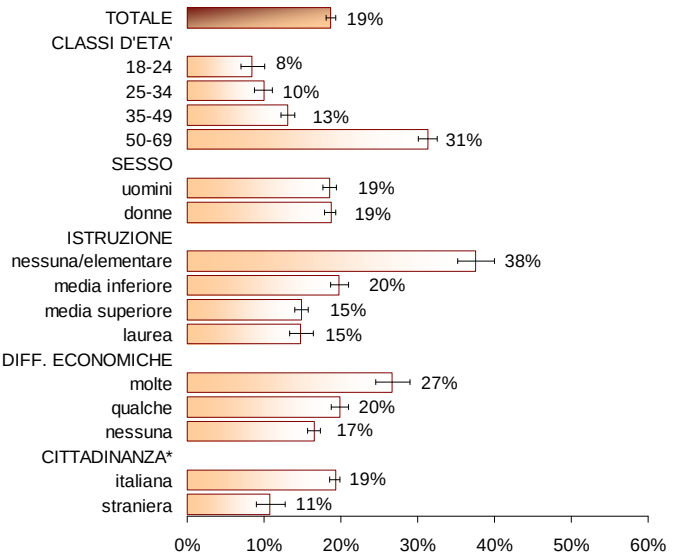
°Malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisem a, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), malattie cardiovascolari (pregresso infarto del miocardio, ischemia cardiaca, malattie delle coronarie, altre malattie del cuore, ictus e ischemia cerebrale, diabete, tumori, malattie epatiche e insufficienza renale

La presenza di patologie croniche colpisce di più le persone svantaggiate sotto il profilo socio-economico

La prevalenza di patologie croniche è maggiore nelle persone con 50-69 anni, livello d'istruzione basso e difficoltà economiche e cittadinanza italiana.

Nel modello di regressione logistica condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, si confermano le associazioni rilevate; in particolare l'associazione con gli indicatori socio-economici sfavorevoli rimane anche nei modelli di regressione stratificati per classe d'età.

Presenza di patologia cronica
per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



** Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);*
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

a cura del Gruppo Tecnico PASSI Emilia-Romagna: Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo, Laura Sardonini, Lara Bolognesi, Federica Balestra, Anna Rita Sacchi, Alma Nieddu, Anna Maria Ferrari, Natalina Collina, Sara De Lisio, Paolo Pandolfi, Ivana Stefanelli, Aldo De Togni, Giuliano Silvi, Cristina Raineri, Oscar Mingozzi, Patrizia Vitali, Michela Morri, Rossana Mignani, Paola Angelini, Alba Carola Finarelli

Nella prevalenza di patologie croniche sono presenti lievi differenze non significative dal punto di vista statistico tra Aree Vaste regionali (20,5% Emilia Centro, 18,7% Romagna e 17,8% Emilia Nord) e tra zone geografiche omogenee (19,3% nei Comuni capoluogo di provincia, 18,8% nei Comuni di montagna e 18,2% in quelli di collina/pianura).

In Emilia-Romagna, la maggior parte delle persone con patologia cronica riferisce una diagnosi di una sola malattia (82%).

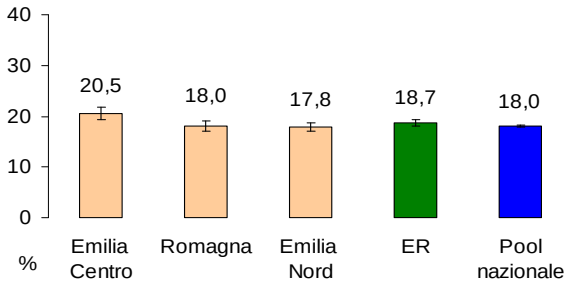
Circa un quinto (18%) soffre di più patologie croniche: in particolare il 15% presenta 2 patologie (corrispondente a una stima di circa 80 mila persone) e il 3% ne riferisce 3 o più (pari a circa 20 mila persone).

La compresenza di 2 o più patologie risulta maggiore tra le persone 50-69enni, livello d'istruzione basso e presenza di molte difficoltà economiche.

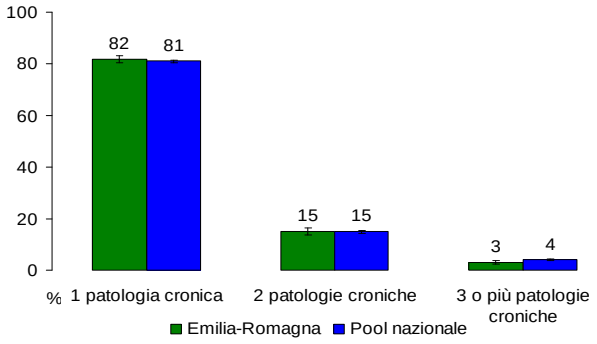
Le patologie croniche più diffuse sono le malattie respiratorie (7,9%), seguite da quelle cardiovascolari (4,8%) e dai tumori (4,4%).

Le prevalenze regionali sono sovrapponibili a quelle nazionali.

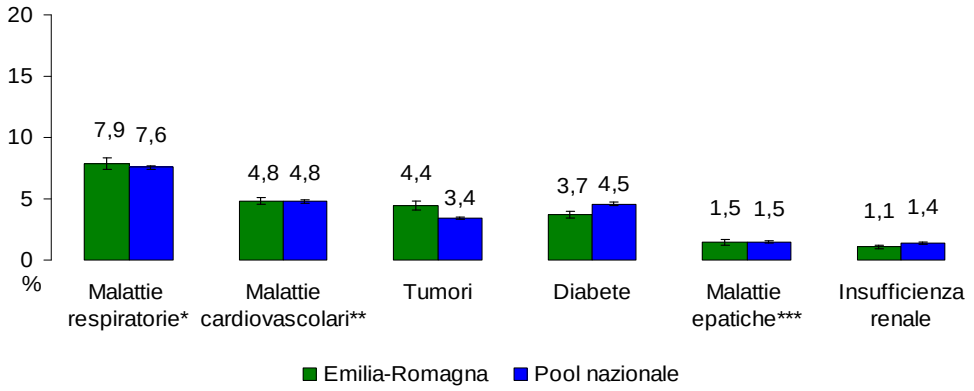
Presenza di patologia cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Distribuzione del numero di patologie croniche presenti nei malati cronici (%)
PASSI 2008-12



Distribuzione delle singole patologie croniche
PASSI 2008-12



* *Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale*
** *Pregresso infarto miocardico, ischemia cardiaca, malattie coronariche, altre malattie del cuore, ictus /ischemia cerebrale*
*** *Rilevate a partire dal 2010*

Prevalenze e popolazione stimata affetta da una patologia cronica *PASSI 2008-12*

	Emilia-Romagna	Pool nazionale
Malattie respiratorie		
Prevalenza	7.9%	7,6%
Popolazione stimata	235.100	3.052.046
Malattie cardiovascolari		
Prevalenza	4,8%	4,80%
Popolazione stimata	143.220	1.927.608
Tumori		
Prevalenza	4,4%	3,4%
Popolazione stimata	131.500	1.365.389
Diabete		
Prevalenza	3,7%	4,5%
Popolazione stimata	111.400	1.807.132
Malattie epatiche		
Prevalenza	1,5%	1,5%
Popolazione stimata	43.500	602.377
Insufficienza renale		
Prevalenza	1,1%	1,4%
Popolazione stimata	31.500	550.171

Prevalenze e popolazione stimata affetta da una patologia cronica *Emilia-Romagna, PASSI 2008-12*

	18-34 anni	35-49 anni	50-69 anni
Malattie respiratorie			
Prevalenza	6,0%	6,6%	10,6%
Popolazione stimata	46.500	72.400	116.200
Malattie cardiovascolari			
Prevalenza	1,5%	2,5%	9,5%
Popolazione stimata	11.850	27.750	103.620
Tumori			
Prevalenza	1,3%	3,0%	8,3%
Popolazione stimata	9.000	31.000	91.500
Diabete			
Prevalenza	0,6%	1,5%	8,3%
Popolazione stimata	4.400	16.000	91.000
Malattie epatiche			
Prevalenza	0,5%	1,3%	2,3%
Popolazione stimata	4.000	13.900	25.600
Insufficienza renale			
Prevalenza	0,6%	0,7%	1,7%
Popolazione stimata	5.000	7.500	19.000

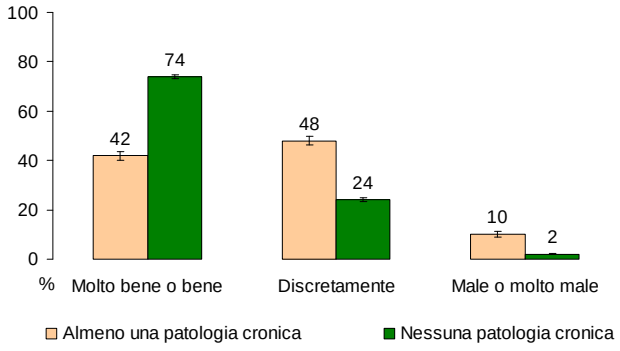
Nelle persone con patologia cronica la qualità della vita peggiora sensibilmente in particolare nelle persone svantaggiate sotto il profilo socio-economico

Nelle persone con diagnosi di patologia cronica la qualità della vita peggiora sensibilmente: solo il 42% ha riferito di stare bene o molto bene rispetto al 74% delle persone senza patologie.

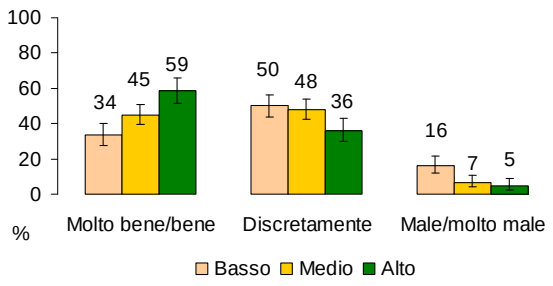
La prevalenza di persone con patologia cronica che hanno riferito di stare male o molto male risulta maggiore nelle persone: 50-69enni e in quelle con bassa istruzione e difficoltà economiche.

Le differenze rilevate per livello socio-economico rimangono anche stratificando per classe d'età.

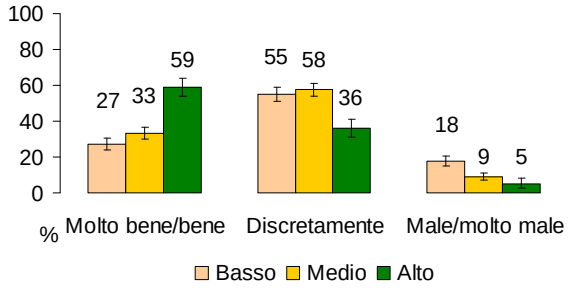
Salute percepita (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Salute percepita nelle persone 35-49enni con patologia cronica per livello socio-economico (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Salute percepita nelle persone 50-69enni con patologia cronica per livello socio-economico (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



** Livello basso = persona con bassa istruzione e presenza di difficoltà economiche*
Livello medio = persona con bassa istruzione e assenza di difficoltà economiche oppure alta istruzione e difficoltà economiche
Livello alto = persona con alta istruzione e assenza di difficoltà economiche

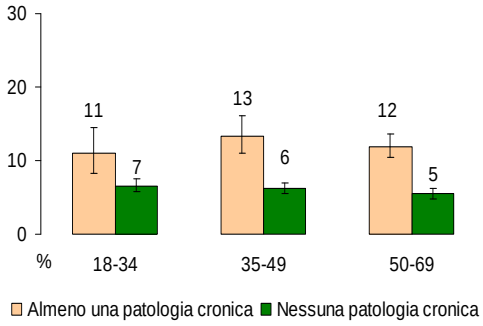
La presenza di sintomi di depressione è più frequente nelle persone con patologia cronica, soprattutto nelle donne e nelle persone con basso livello socio-economico

Tra le persone di 18-69 anni con patologia cronica il 12% ha riferito sintomi di depressione; questa percentuale risulta significativamente più alta rispetto a chi non ha riportato alcuna malattia cronica (6%), in ogni classe d'età.

La prevalenza di persone con patologia cronica con sintomi di depressione è maggiore tra:

- le donne (15%)
- le persone con bassa istruzione (15%)
- le persone con difficoltà economiche; in particolare nelle persone che hanno riferito molte difficoltà economiche la prevalenza di sintomi depressivi sale al 30%.

Sintomi di depressione (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

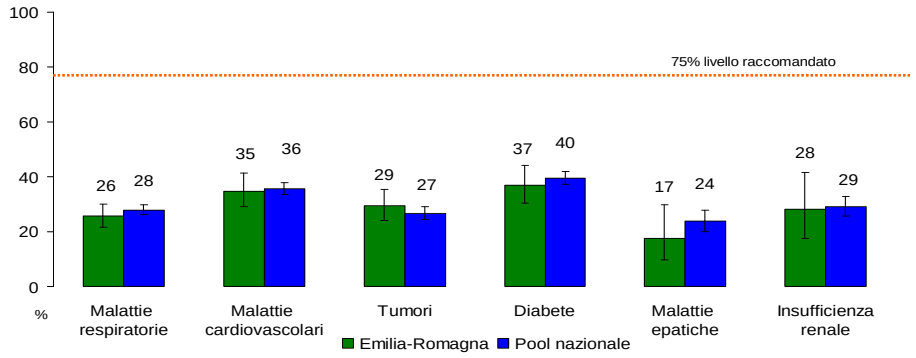


Nelle persone con patologia cronica la copertura relativa alla vaccinazione anti-influenzale rimane ancora bassa

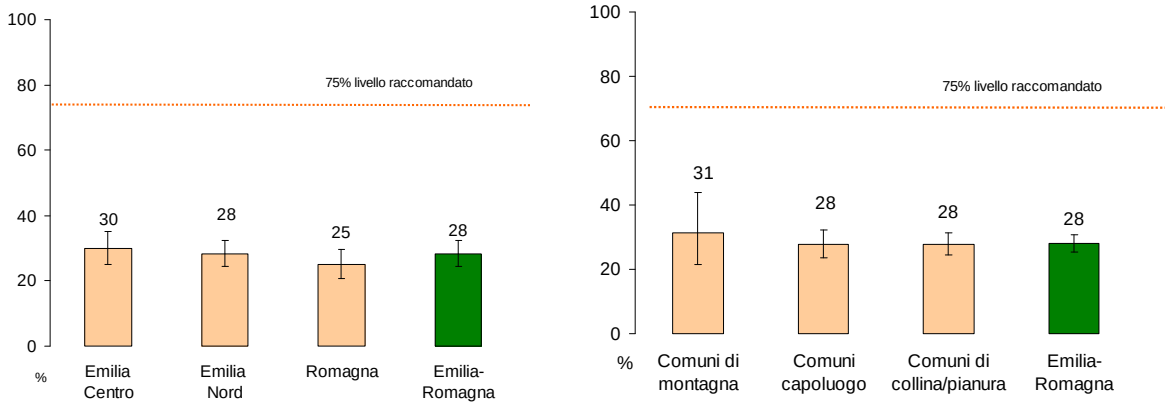
In Emilia-Romagna solo il 28% delle persone 18-64enni con diagnosi di patologia cronica ha dichiarato di essersi vaccinato contro l'influenza; il dato è sovrapponibile a quello nazionale (29%). Le prevalenze risultano ancora distanti dai livelli raccomandati per i gruppi a rischio (75% di copertura per la vaccinazione anti-influenzale).

La copertura col vaccino antinfluenzale varia a seconda della patologia cronica: i valori più alti si riscontrano tra i diabetici (37%) e le persone con malattie cardiovascolari (35%).

Vaccinazione antinfluenzale nelle persone 18-64enni per patologia cronica (%)
PASSI 2008-12



Vaccinazione antinfluenzale nelle persone 18-64enni con patologia cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Presenza di patologie croniche e stili di vita

Gli stili di vita non salutari, oltre a essere importanti fattori di rischio delle più frequenti patologie croniche, possono influenzare in maniera significativa anche le condizioni di salute successive alla diagnosi di malattia.

Una quota non trascurabile di persone continua, nonostante la diagnosi di malattia cronica, a presentare fattori di rischio legati allo stile di vita.

Persone con patologia cronica e fattori di rischio comportamentali
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

	Una patologia cronica	Due o più patologie croniche
Prevalenze	19%	3,3%
Popolazione stimata	567.875	98.631
di cui fumatori		
Prevalenze	28,6%	26,0%
Popolazione stimata	159.815	25.644
di cui sedentari		
Prevalenze	25,9%	35,5%
Popolazione stimata	144.360	35.043
di cui in sovrappeso		
Prevalenze	37,0%	40,6%
Popolazione stimata	206.200	40.445
di cui obesi		
Prevalenze	18,2%	27,4%
Popolazione stimata	103.580	27.025
di cui consumatori di alcol a rischio		
Prevalenze	18,0%	16,2%
Popolazione stimata	102.220	15.980

Stile di vita attivo e patologie croniche

Uno stile di vita attivo è molto importante nella maggior parte delle patologie croniche rilevate sia per i benefici fisici sia psicologici.

Il 37% degli intervistati con patologia cronica è risultato condurre uno stile di vita attivo* e il 37% parzialmente attivo^.

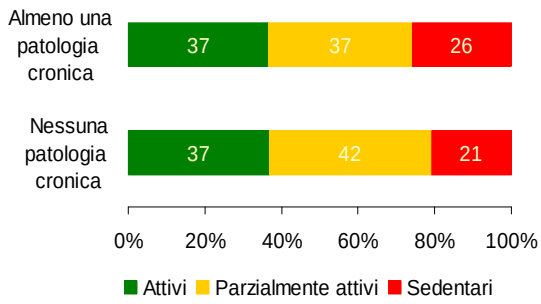
Circa un quarto (26%) ha riferito invece uno stile di vita sedentario°, questa prevalenza corrisponde in Regione a una stima di circa 145 mila persone con patologia cronica e stile di vita sedentario.

Nelle persone con patologia cronica la quota dei sedentari è più alta rispetto alle persone senza patologie (26% versus 21%).

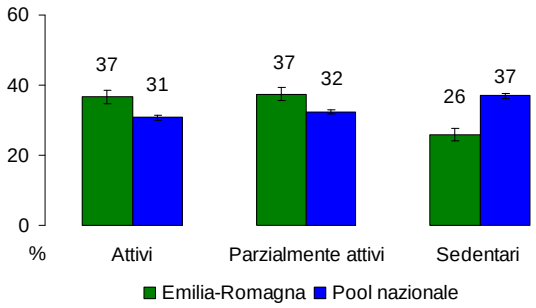
A livello nazionale la prevalenza di sedentari con patologia cronica è statisticamente superiore a quella regionale (37%, pari a una stima di oltre 2,5 milioni di persone).

** Attivi: praticano nel tempo libero l'attività fisica moderata o intensa raccomandata e/o conducono un'attività lavorativa fisicamente pesante*
^ Parzialmente attivi: praticano attività fisica nel tempo libero in quantità inferiori a quelle raccomandate e/o non conducono un'attività lavorativa fisicamente pesante
° Sedentari: non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero e/o conducono un'attività lavorativa sedentaria o non lavorano

Livello di attività fisica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



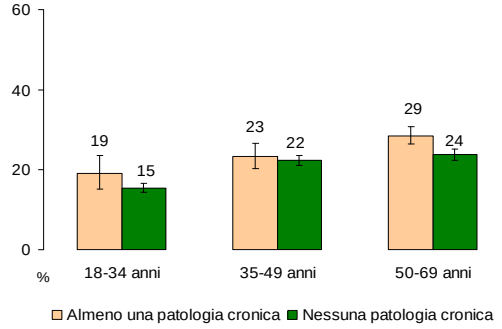
Livello di attività fisica nelle persone con patologia cronica (%)
PASSI 2008-12



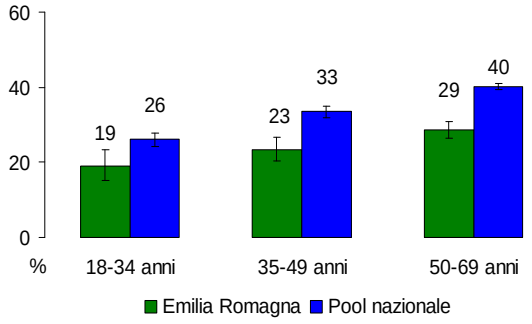
La prevalenza di sedentari con patologia cronica è più alta rispetto a chi non ha alcuna patologia in ogni classe d'età, anche se la significatività statistica si raggiunge solo nella classe d'età 50-69 anni.

La distribuzione regionale della sedentarietà tra le persone con patologia cronica risulta minore rispetto a quella nazionale in ogni classi d'età.

Sedentarietà nelle persone con patologia cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone con patologia cronica (%)
PASSI 2008-12



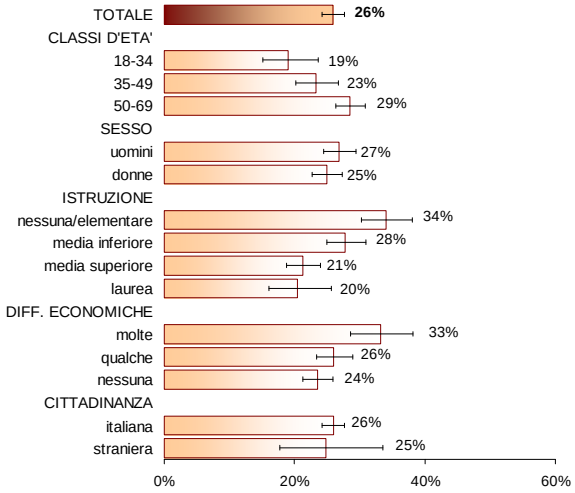
La sedentarietà è più diffusa nelle persone svantaggiate sotto il profilo socio-economico

Nelle persone con patologia cronica la prevalenza di sedentari risulta maggiore tra i 50-69enni, le persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche.

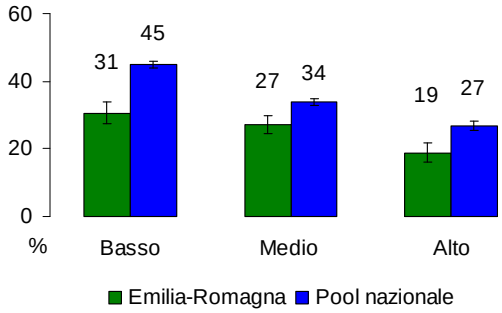
La prevalenza di sedentarietà nelle persone con patologie croniche mostra un evidente gradiente per livello socio-economico, ancor più accentuato a livello nazionale.

Le differenze per livello socio-economico rimangono anche stratificando per età, anche se non si raggiunge la significatività statistica verosimilmente per numerosità campionaria.

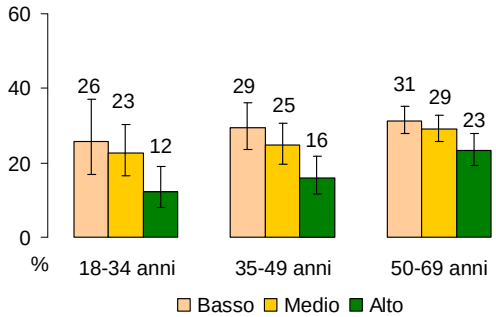
Sedentarietà nelle persone con patologia cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone con patologia cronica per livello socio-economico (%)
PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone patologia cronica per livello socio-economico e classi d'età (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



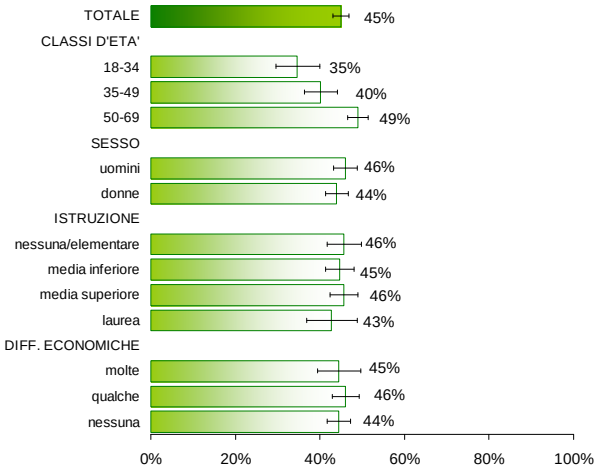
L'attenzione dei sanitari all'attività fisica è migliorabile, ma non sono presenti differenze per livello socio-economico

Meno della metà (45%) delle persone con patologia cronica ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di praticare regolare attività fisica da parte di un medico o operatore sanitario.

Nel modello di regressione logistica condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, l'aver ricevuto il consiglio è associato in maniera significativa solo con la classe d'età 50-69 anni.

Consiglio sanitario di fare attività fisica regolare alle persone con patologia cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)

Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Patologie respiratorie croniche

Le patologie croniche respiratorie sono la malattie croniche più frequenti nelle persone di 18-69 anni

Le patologie respiratorie sono le malattie croniche più frequenti: in Emilia-Romagna il 7,9% degli intervistati di 18-69 anni ha riferito una diagnosi di malattia respiratoria cronica (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), pari a una stima di 235 mila persone in Regione.

La prevalenza a livello nazionale è pari al 7,6%.

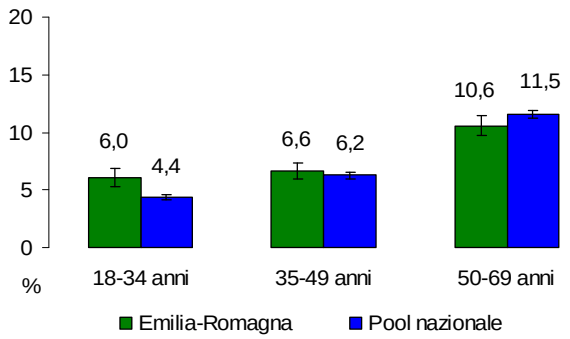
La prevalenza di persone con malattia respiratoria cronica cresce con l'età sia a livello regionale sia nazionale.

Nella fascia 18-34 anni la percentuale regionale è significativamente più alta di quella nazionale (6% rispetto al 4,4%).

Presenza di almeno una patologia respiratoria cronica
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

	Genere		Classe d'età			Totale
	Uomini	Donne	18-34 anni	35-49 anni	50-69 anni	
Prevalenza	8,0%	7,8%	6,0%	6,6%	10,6%	7,9%
Popolazione stimata	118.200	116.900	46.500	72.400	116.200	235.100

Presenza di patologia respiratoria cronica per classe d'età (%)
PASSI 2008-12

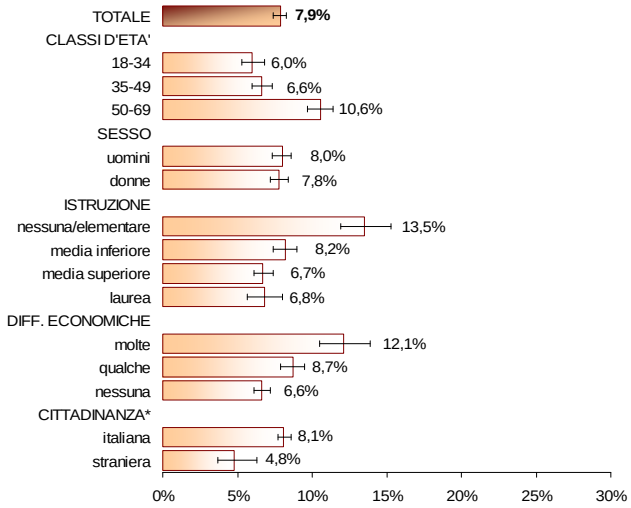


La presenza di patologie croniche respiratorie colpisce maggiormente le persone più svantaggiate sotto il profilo socio-economico

La prevalenza di patologie respiratorie risulta maggiore tra le persone con 50-69 anni, livello d'istruzione basso, presenza di molte difficoltà economiche e cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); le associazioni sono confermate nel modello di regressione logistica condotto

Nei modelli di regressioni stratificati per classe d'età rimane l'associazione con la cittadinanza nei 18-34enni, con le difficoltà economiche nei 35-49enni e con il livello d'istruzione e le difficoltà economiche nei 50-69enni

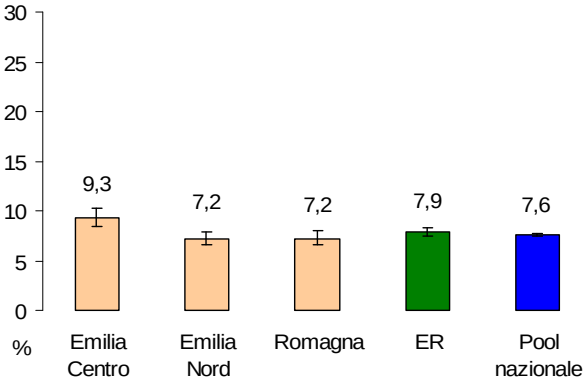
Presenza di patologia respiratoria cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



La prevalenza di persone con patologia respiratoria cronica appare leggermente più alta nell'Area Vasta Emilia Centro (9,3%) rispetto a Emilia Nord e Romagna (7,2% in entrambe).

Le differenze rilevate tra le zone geografiche omogenee non raggiungono la significatività statistica: 8,2% nei Comuni di montagna, 8,1% in quelli capoluogo di provincia e 7,7% in quelli di collina/pianura.

Presenza di patologia respiratoria cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

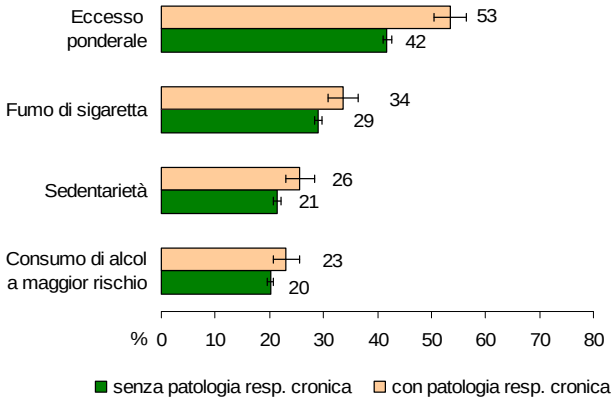


Fattori di rischio comportamentale

Tra le persone 18-69enni con patologia respiratoria:

- il 53% è in eccesso ponderale
- il 34% fuma sigarette
- il 26% è sedentario inquanto non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero e svolge un lavoro sedentario o non lavora
- il 23% presenta un consumo di alcol a maggior rischio (consumo elevato, consumo fuori pasto o consumo binge).

Fattori di rischio comportamentale (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Stile di vita attivo e patologie respiratorie

Il 36% degli intervistati con patologia cronica respiratoria conduce uno stile di vita attivo e il 38% parzialmente attivo.

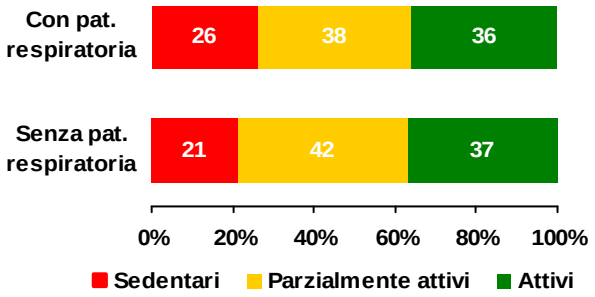
Circa un quarto (26%) è sedentario in quanto non pratica alcun tipo di attività fisica; questa prevalenza corrisponde in Regione a una stima di circa 61 mila persone con patologia respiratoria cronica e stile di vita sedentario.

A livello nazionale la percentuale di sedentari con malattia cronica respiratoria è significativamente più alta di quella regionale (37%, pari a una stima di 1 milione e 100 mila persone).

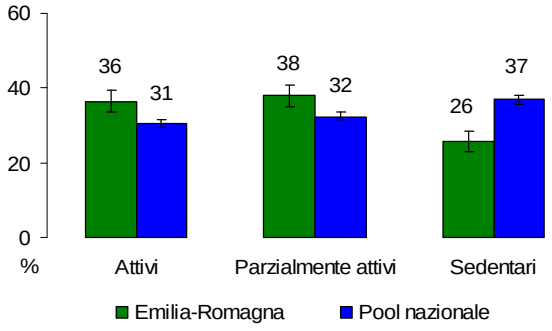
La prevalenza di sedentari nelle classi 18-34 anni e 35-49 anni è sovrapponibile nelle persone con o senza patologia cronica respiratoria, mentre è significativamente diversa nella fascia 50-69 anni (33% nelle persone con patologia respiratoria rispetto al 24% senza patologia respiratoria).

La distribuzione regionale della sedentarietà tra le persone con patologia cronica respiratoria risulta inferiore a quella nazionale in tutte le fasce d'età considerate.

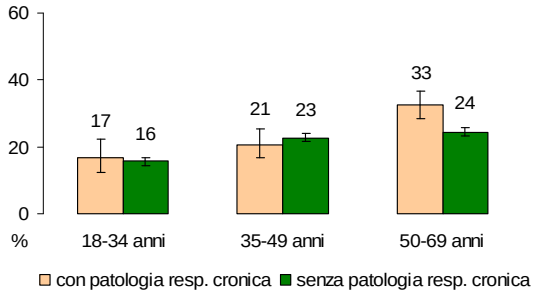
Livello di attività fisica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



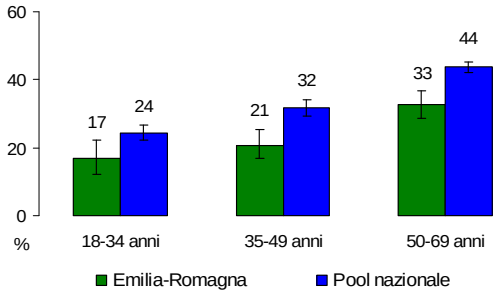
Livello di attività fisica nelle persone con patologia respiratoria cronica (%)
PASSI 2008-12



Sedentarietà per classe d'età (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone con patologia respiratoria cronica per classe d'età (%)
PASSI 2008-12



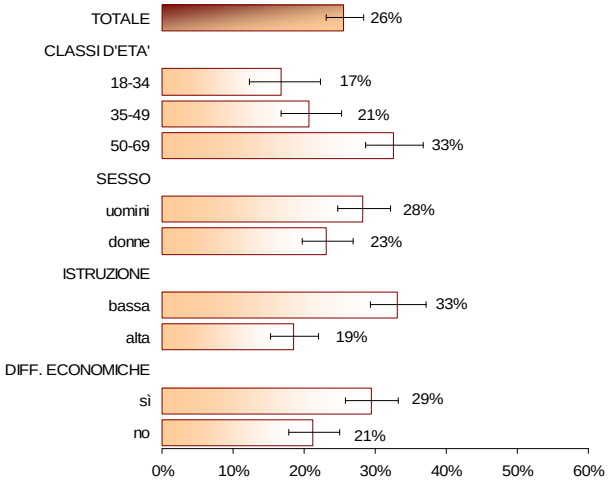
La sedentarietà nelle persone con patologie respiratorie croniche mostra un gradiente per livello socio-economico

Nelle persone con patologia cronica respiratoria la prevalenza di sedentari risulta maggiore tra:

- i 50-69enni
- gli uomini
- le persone con basso livello d'istruzione
- le persone con difficoltà economiche.

Nel modello di regressione logistica condotto si confermano le associazioni rilevate.

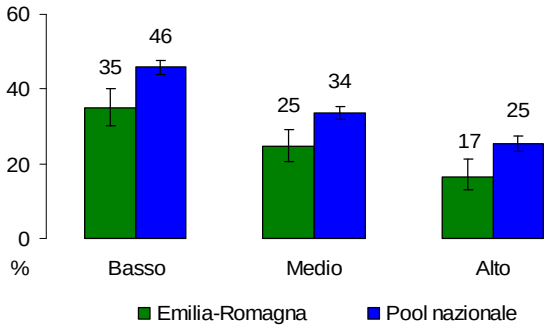
Sedentarietà nelle persone con patologia respiratoria cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



In Emilia-Romagna le persone con patologia respiratoria cronica con basso livello socioeconomico sono risultate essere più sedentarie rispetto a quelle con un alto livello.

Anche livello nazionale appare un evidente gradiente per livello socio-economico.

Sedentarietà nelle persone con patologia respiratoria cronica per livello socio-economico (%)
PASSI 2008-12



L'attenzione dei sanitari all'attività fisica nelle persone con patologie respiratorie croniche è limitata, senza differenze per livello socio-economico

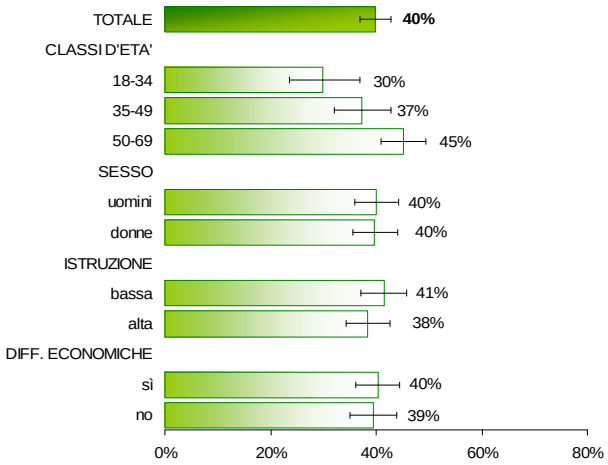
Solo il 40% delle persone con una patologia respiratoria cronica ha dichiarato che un medico o operatore sanitario gli ha chiesto se pratica attività fisica regolare.

Analoga percentuale (40%) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticarla.

Questo valore cresce con l'età e non mostra differenze per istruzione e difficoltà economiche.

Nel modello di regressione logistica condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, il consiglio di fare regolare attività fisica si conferma associato solo con la classe d'età 50-69 anni.

Consiglio sanitario di fare attività fisica regolare alle persone con patologia respiratoria cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Patologie cardiovascolari croniche

Le patologie croniche cardiovascolari sono le malattie croniche più frequenti dopo quelle respiratorie: in Emilia-Romagna il 4,8% degli intervistati di 18-69 anni ha riferito una malattia cardiovascolare: pregresso infarto del miocardio, ischemia cardiaca, malattie delle coronarie, alte malattie del cuore e ictus o ischemia cerebrale, pari a una stima di circa 143 mila persone in Regione.

La prevalenza è uguale a quella rilevata a livello nazionale (4,8%).

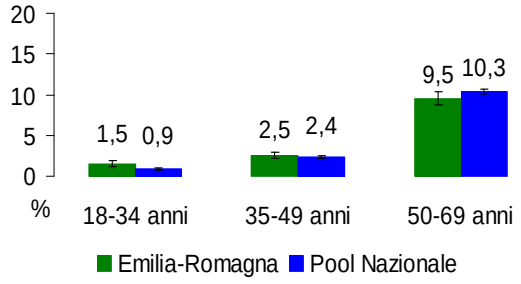
La prevalenza di persone con patologia cardiovascolare cronica cresce con l'età sia a livello regionale sia nazionale.

Nella fascia 18-34 anni la percentuale regionale risulta significativamente più alta (1,5% rispetto allo 0,9%).

Presenza di almeno una patologia cardiovascolare cronica
Emilia-Romagna PASSI 2008-12

	Genere		Classe d'età			Totale
	Uomini	Donne	18-34 anni	35-49 anni	50-69 anni	
Prevalenze	5,9	3,7	1,5	2,5	9,5	4,8
Popolazione stimata	87.850	55.370	11.850	27.750	105.620	143.220

Presenza di patologia cardiovascolare cronica per classe d'età (%)
PASSI 2008-12

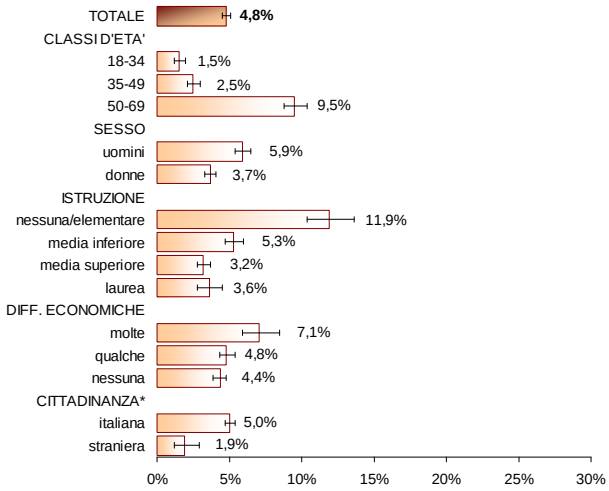


Le patologie cardiovascolari sono più frequenti nelle persone svantaggiate sotto il profilo socio-economico

La prevalenza di patologie cardiovascolari risulta maggiore tra le persone con 50-69 anni, livello d'istruzione basso, presenza di molte difficoltà economiche e cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a sviluppo avanzato (PSA); le associazioni sono confermate nel modello di regressione logistica condotto.
Nei modelli di regressioni stratificati per classe d'età si osservano differenti tipologie di associazione:

- nella fascia 18-34 anni si conferma l'associazione con le difficoltà economiche
- nella fascia 35-49 anni non emergono associazioni
- nella fascia 50-69 è presente l'associazione con il genere maschile, il basso livello d'istruzione e la presenza di difficoltà economiche.

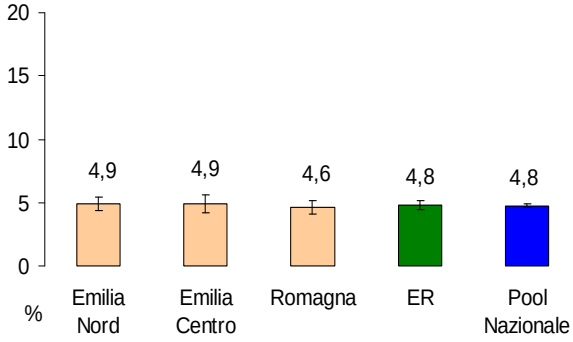
Presenza di patologia cardiovascolare cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



La prevalenza di persone con patologia cardiovascolare cronica non mostra differenze significative tra Emilia Nord (4,9%), Emilia Centro (4,9%) e Romagna (4,6).

Le differenze rilevate tra le zone geografiche omogenee non raggiungono la significatività statistica: 5,0% nei Comuni di montagna, 4,9% in quelli di collina/pianura e 4,6% in quelli capoluogo di provincia.

Presenza di patologia cardiovascolare cronica (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

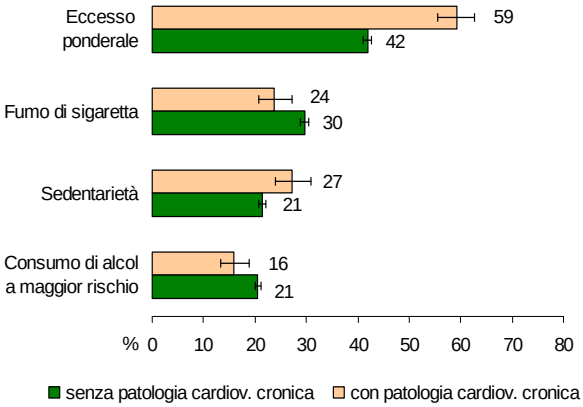


Fattori di rischio comportamentale

Tra le persone di 18-69 anni con patologia cardiovascolare cronica:

- il 59% è in eccesso ponderale
- il 24% fuma sigarette
- il 27% è sedentario in quanto non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero e svolge un lavoro sedentario o non lavora
- il 16% presenta un consumo di alcol a maggior rischio (consumo elevato, consumo fuori pasto o consumo binge).

Fattori di rischio comportamentale (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Stile di vita attivo e patologie cardiocircolatorie

Il 37% degli intervistati con patologia cronica cardiovascolare conduce uno stile di vita attivo e il 34% parzialmente attivo.

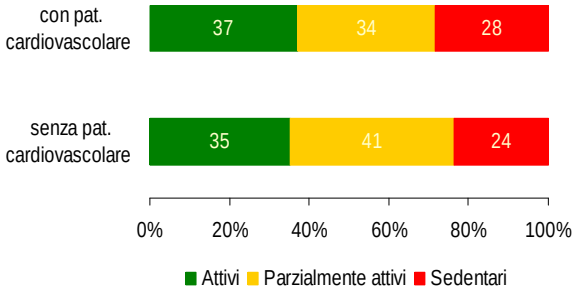
Il 28% è sedentario in quanto non pratica alcun tipo di attività fisica; questa prevalenza corrisponde in Regione a una stima di circa 40 mila persone con patologia cardiovascolare cronica e stile di vita sedentario.

A livello nazionale la percentuale di sedentari con malattia cronica cardiovascolare superiore a quella regionale (40%, pari a una stima di oltre 750 mila persone).

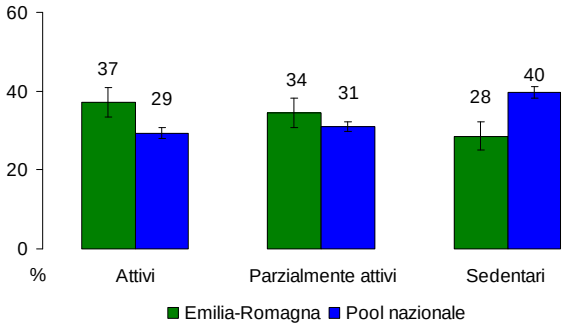
La prevalenza di sedentari è più alta tra le persone con patologia cardiocircolatoria cronica in entrambe le classe d'età, anche se si raggiunge la significatività statistica solo nella fascia 50-69 anni.

La distribuzione regionale della sedentarietà tra le persone con patologia cronica cardiovascolare risulta inferiore a quella nazionale in ogni classe d'età.

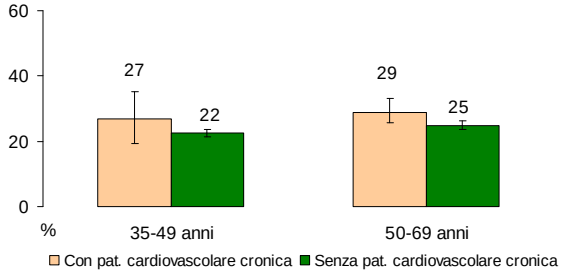
Livello di attività fisica nelle persone 35-69enni (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



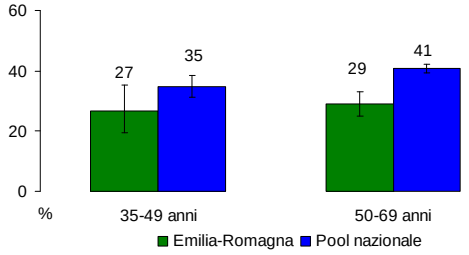
Livello di attività fisica nelle persone 35-69enni con patologia cardiovascolare cronica (%)
PASSI 2008-12



Sedentarietà per classe d'età (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone con patologia cardiovascolare cronica per classe d'età (%)
PASSI 2008-12

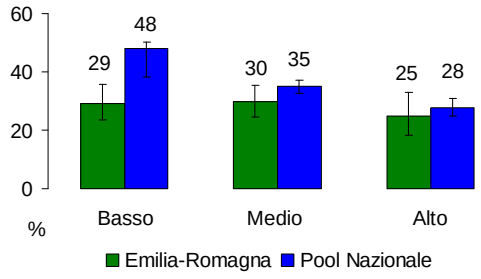


La sedentarietà è meno diffusa tra le persone con alto livello socio-economico

In Emilia-Romagna tra le persone con patologia cardiovascolare cronica la sedentarietà è meno diffusa in quelle con alto livello socio-economico.

A livello nazionale il gradiente per livello socio-economico è risultato ancora più marcato.

Sedentarietà nelle persone 35-69enni con patologia cardiovascolare cronica per livello socio-economico (%)
PASSI 2008-12



L'attenzione dei sanitari all'attività fisica è migliorabile, anche se non sono presenti differenze per livello socio-economico

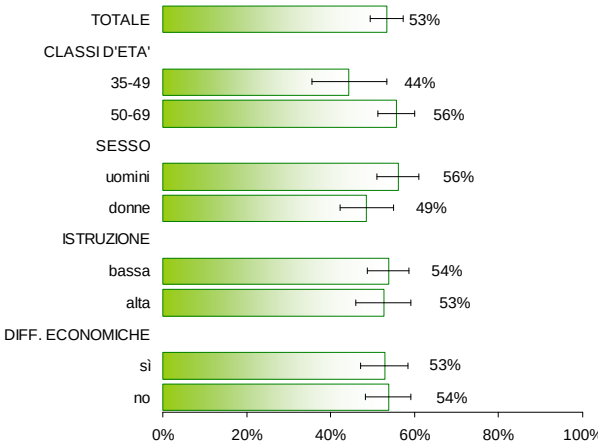
Circa la metà (48%) delle persone con patologia cardiovascolare cronica* ha dichiarato che un medico o operatore sanitario gli ha chiesto se pratica attività fisica regolare.

Il 53% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticarla.

Questo valore cresce con l'età ed è maggiore negli uomini; non sono presenti differenze per livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche.

Nel modello di regressione logistica condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, il consiglio sanitario di fare attività fisica è associato in maniera significativa solo con la classe d'età 50-69 anni.

Consiglio sanitario di fare attività fisica regolare alle persone 35-69enni con patologia cardiovascolare cronica per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Diabete

In Emilia-Romagna il 3,7% degli intervistati di 18-69 anni ha riferito diagnosi di diabete da parte di un medico, pari a una stima di circa 111 mila persone in Regione.

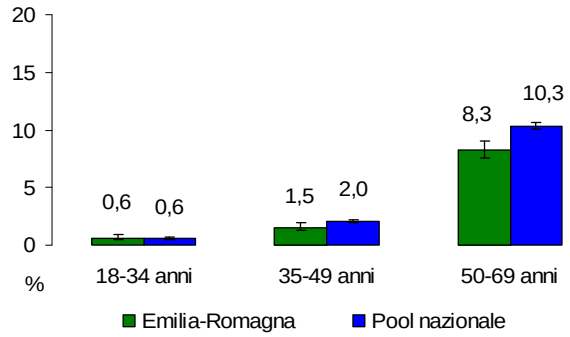
La prevalenza a livello nazionale è pari al 4,5%.

Diagnosi di diabete
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

	Genere		Classe d'età			Totale
	Uomini	Donne	18-34 anni	35-49 anni	50-69 anni	
Prevalenza	4,2%	3,3%	0,6%	1,5%	8,3%	3,7%
Popolazione stimata	62.300	49.100	4.400	16.000	91.000	111.400

La prevalenza di persone con diabete cresce con l'età sia a livello regionale sia nazionale. Nella fascia 50-69 anni la percentuale regionale risulta statisticamente inferiore a quella nazionale (8,3% rispetto al 10,3%).

Presenza di diabete per classe d'età (%)
PASSI 2008-12

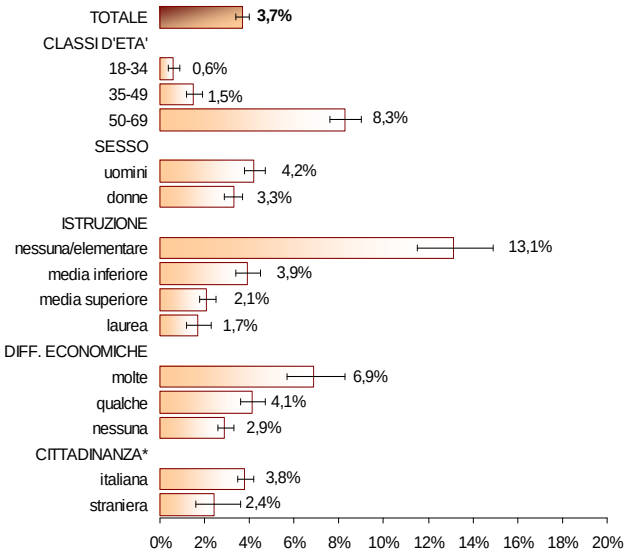


Il diabete è più frequente nelle persone svantaggiate dal punto di vista socio-economico

La prevalenza di persone con diabete risulta maggiore tra le persone di 50-69 anni, di genere maschile, con livello d'istruzione basso e presenza di molte difficoltà economiche.

I modelli di regressione logistica stratificati per classi d'età confermano la relazione della presenza di diabete con il genere maschile, la bassa istruzione e le difficoltà economiche tra i 35-49enni e i 50-69enni.

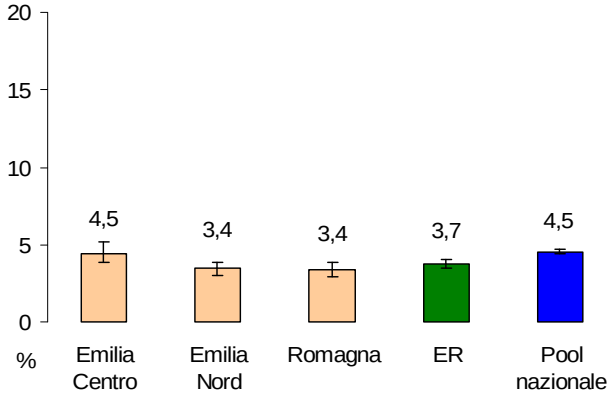
Presenza di diabete (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



La prevalenza di persone con diagnosi di diabete appare leggermente più alta nell'Area Vasta Emilia Centro (4,5%) rispetto a Emilia Nord e Romagna (3,4% in entrambe).

Le differenze rilevate tra le zone geografiche omogenee non raggiungono la significatività statistica: 3,6% nei Comuni Capoluogo di provincia, 4,0% in quelli di montagna e 3,8% in quelli di collina/pianura.

Presenza di diabete (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12

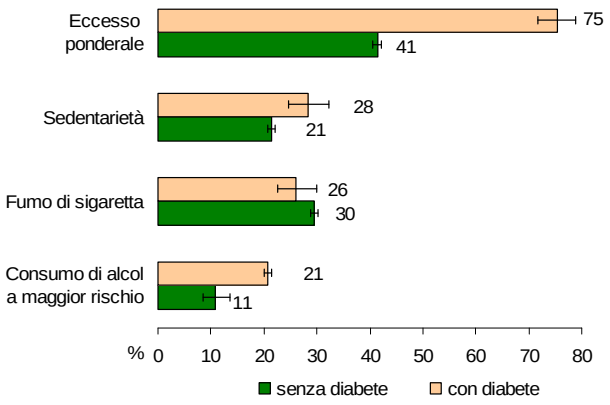


Fattori di rischio comportamentale

Tra le persone con diagnosi di diabete:

- il 75% è in eccesso ponderale
- il 28% è sedentario in quanto non pratica alcuna attività fisica nel tempo libero e/o svolge un lavoro sedentario o non lavora
- il 26% fuma sigarette
- il 21% presenta un consumo di alcol a maggior rischio (consumo elevato, consumo fuori pasto o consumo binge).

Fattori di rischio comportamentale (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



In Emilia-Romagna le persone di 35-69 anni con diabete sono più attive rispetto al resto del Paese

Il 38% degli intervistati di 35-69 anni con diabete è risultato avere uno stile di vita attivo e il 33% è risultato parzialmente attivo.

Il 29% è sedentario in quanto non pratica alcun tipo di attività fisica; questa prevalenza corrisponde in Regione a una stima di circa 31 mila persone con diabete e stile di vita sedentario.

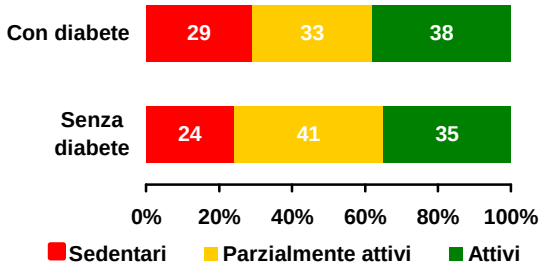
In Emilia-Romagna rispetto al livello nazionale è significativamente minore la prevalenza di diabetici sedentari e maggiore quella di attivi o parzialmente attivi.

A livello nazionale la percentuale di sedentari con diabete è del 42%, pari a una stima di 750 mila persone.

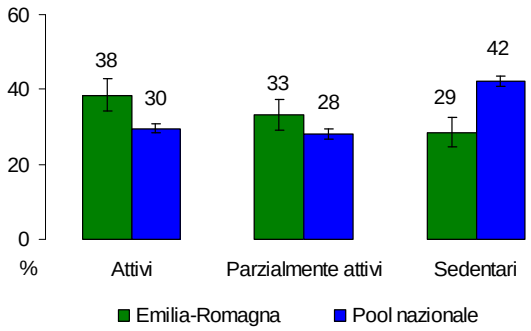
La prevalenza di sedentari risulta più elevata tra chi ha riferito diagnosi di diabete rispetto a chi non l'ha riportata tra i 35-49enni, differenza che non raggiunge però la significatività statistica.

Le differenze tra sedentari diabetici a livello regionale e nazionale rimangono anche stratificando per classe d'età, anche se sono statisticamente significative solo nella classe d'età 50-69 anni.

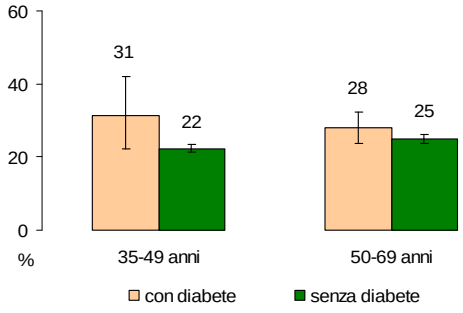
Livello di attività fisica nelle persone 35-69enni (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



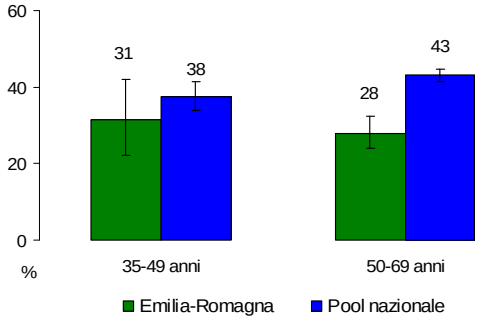
Livello di attività fisica nelle persone 35-69enni con diabete (%)
PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone 35-69enni per classe d'età (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Sedentarietà nelle persone 35-69enni con diabete per classe d'età (%)
PASSI 2008-12

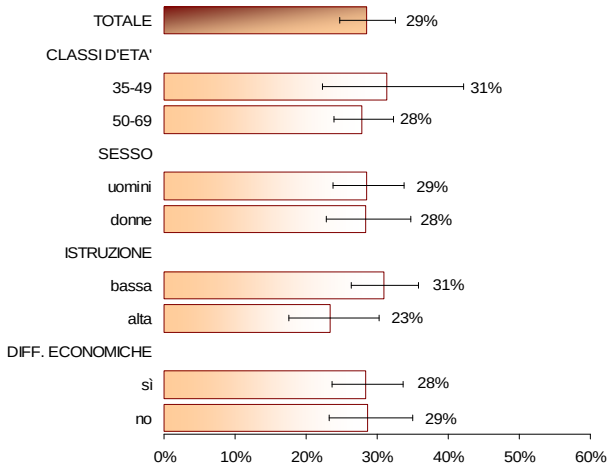


La sedentarietà nelle persone diabetiche mostra differenze per livello d'istruzione

Nelle persone 35-69enni con diabete la prevalenza di sedentari risulta maggiore tra chi ha un basso livello d'istruzione.

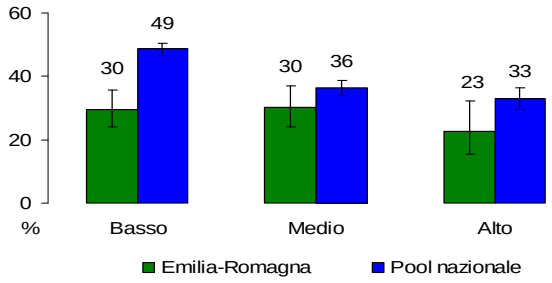
Nel modello di regressione logistica condotto sulle variabili presenti nel grafico, l'associazione evidenziata tra sedentarietà e basso livello d'istruzione risulta al limite della significatività statistica

Sedentarietà nelle persone 35-69enni con diabete per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



In Emilia-Romagna non appare un forte gradiente per livello socio-economico nella percentuale di sedentari con diabete. Questo gradiente è invece evidente a livello nazionale, raggiungendo anche la significatività statistica.

Sedentarietà nelle persone 35-69enni con diabete per livello socio-economico (%)
PASSI 2008-12



L'attenzione dei sanitari all'attività fisica è presente, ma rimane ancora migliorabile

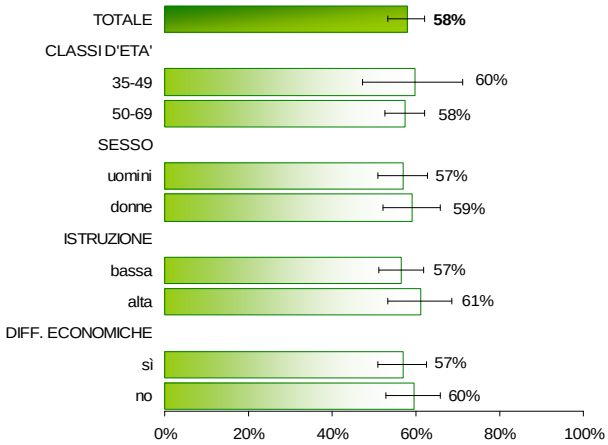
Tra le persone 35-69enni con diabete il 53% ha dichiarato che un medico o operatore sanitario gli ha chiesto se pratica attività fisica regolare.

Il 58% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticarla, valore statisticamente superiore a quello della popolazione non diabetica (35%) anche se migliorabile vista l'importanza dell'attività fisica nella gestione della malattia.

La prevalenza del consiglio di fare attività fisica alle persone diabetiche non mostra differenze per età, sesso, livello d'istruzione e difficoltà economiche, dato confermato dalla regressione logistica condotta.

Il consiglio sanitario è più frequente tra i diabetici seguiti principalmente dal Centro diabetologico per la cura e il controllo della malattia (67%).

Consiglio sanitario di fare attività fisica regolare alle persone 35-69enni con diabete per caratteristiche socio-demografiche (%)
Emilia-Romagna, PASSI 2008-12



Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI?

È un sistema di monitoraggio della salute della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome partecipano al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto casualmente dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle AUsl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (25 al mese per ogni AUsl) con un questionario standardizzato. I dati vengono registrati in forma anonima in un unico archivio nazionale. Nel periodo 2008-12 in Emilia-Romagna sono state realizzate oltre 17 mila interviste (oltre 180 mila a livello nazionale).

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi.

Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

Collana "CONTRIBUTI" *Fondata da Alessandro Martignani*

I volumi disponibili sono contrassegnati con (*)

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative,* Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia,* Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale*. *Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura*. *Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene*. *Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde,* Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica,* Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale,* Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente*. *Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.

25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori,* Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione,* Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola,* San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive,* San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione,* San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2,* Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale,* Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna,* Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative,* Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi,* Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna – Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005,* Bologna 2006
45. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2005,* Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV).* Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2005,* Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile ,* Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre – Atti del convegno,* Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna* – Piacenza 2007
52. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2006,* Bologna 2007 (*)
53. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2006,* Ravenna 2008 (*)
54. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2007,* Bologna 2008 (*)
55. *I tumori in Emilia-Romagna - 2004*, (disponibile solo on-line) Bologna 2009 (*)
56. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna* - Bologna, 2009

57. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza 2008,* Bologna 2009 (*)
58. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale* , Bologna 2009 (*)
59. *Passi d'Argento - La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009,* Bologna 2009 (*)
60. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2007,* Bologna 2010 (*)
61. *Incidenti stradali in Emilia-Romagna - Anni 1995 - 2007* Bologna 2010 (*)
62. *Linee guida per migliorare il comfort estivo delle strutture socio-sanitarie e socio-residenziali in Emilia-Romagna* Bologna 2010
63. *Il Profilo di Salute per il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna* Bologna 2010 (*)
64. *Il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna,* Bologna 2010 (*)
65. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza nel triennio 2007 - 2009,* Bologna 2011 (*)
66. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2008,* Bologna 2011 (*)
67. *I tumori in Emilia-Romagna - 2007*, Bologna 2011 (*)
68. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2009,* Bologna 2012 (*)
69. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella* – Bologna 2012 (*)
70. *Casa salvi tutti: pratiche di prevenzione degli incidenti domestici in Emilia-Romagna* - Bologna 2012 (*)
71. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto* – Bologna 2012 (*)
72. *Il Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero* – Bologna 2012 (*)
73. *Controllo della Zanzara tigre: analisi dei costi sostenuti dagli Enti Locali – Report 2008 – 2001,* Bologna 2012 (*)
74. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2010,* Bologna 2013
75. *I Piani della Prevenzione: indicazioni per il 2013 e risultati delle valutazioni annuali,* Bologna 2013 (*)
76. *Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso, Bologna 2013 (*)*
77. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2011,* Bologna 2014 (*)
78. *L'esercizio fisico come strumento di prevenzione e trattamento delle malattie croniche: l'esperienza dell'Emilia-Romagna nella prescrizione dell'attività fisica* - Bologna 2014 (*)