

TITOLO: *Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria*"

ANALISI DEL PROBLEMA:

Problema generale:

La crescente rilevanza delle patologie croniche in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato la necessità di individuare i fattori di rischio per queste patologie ed i determinanti sanitari che li influenzano. Secondo l'OMS infatti queste patologie sono responsabili dell'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita e buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia. Si tratta di patologie basate prevalentemente su fattori di rischio comportamentali che agiscono in modo plurifattoriale, di particolare rilievo è l'inattività fisica.

Anche nel bambino una regolare AF contribuisce ad un armonico sviluppo psico-fisico, favorisce il mantenimento di buone funzioni metaboliche, aiuta a prevenire importanti patologie (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, malattie osteo-articolari, tumori) e facilita il controllo del peso corporeo.

Bassi livelli di attività fisica nell'infanzia o nell'adolescenza possono anche influenzare la salute e la qualità della vita in età adulta, aumentando il rischio di insorgenza di patologie croniche.¹ Inoltre, molti autori hanno segnalato negli adolescenti, in concomitanza con l'"epidemia" di obesità, un preoccupante aumento della prevalenza del diabete di tipo 2 e delle sue complicanze (ipertensione, iperlipidemia, nefropatia, retinopatia), tutte patologie un tempo confinate all'età adulta o anziana. Oltre a ciò va considerato che l'esercizio fisico ha un grosso impatto anche sullo sviluppo psicologico del bambino e dell'adolescente,² in quanto riduce i sintomi depressivi e le alterazioni del tono dell'umore e la percezione dello stress e dell'ansia ed incrementa l'auto-conoscenza, l'autostima, il livello di energia percepita, la qualità del sonno e la capacità di concentrazione.

E' anche dimostrato il rapporto tra attività fisica e malattie psichiatriche. I pazienti psichiatrici presentano un tasso di mortalità 1,6-2,6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, un tasso di prevalenza delle patologie fisiche croniche e dei fattori di rischio correlati più elevato rispetto alla popolazione generale e una alta percentuale di comorbidità fisica (ipertensione, ipercolesterolemia, obesità).(3) La situazione descritta è correlabile a: stili di vita a rischio per la salute, effetti metabolici della terapia

¹ (GORDON-LARSEN P, ADAIR L, NELSON M, POPKIN B. Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80, 569-575.

² (LOGSTRUP S. Children and young people: the importance of physical activity [online]. *European Heart Network*, 2001. Available from URL: <http://www.ehnheart.org>.)

³ Harris EC et al. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 11-53

psico-farmacologica, scarsa attenzione e consapevolezza riguardo alla salute fisica da parte di operatori dei Servizi Psichiatrici e dei pazienti stessi. Se non tutti gli individui manifestano un effetto positivo dell'attività fisica sui sintomi psicopatologici, tuttavia vi sono le indicazioni per intervenire in modo specifico su questa popolazione a rischio

Problema specifico:

Nonostante la sedentarietà sia ormai universalmente riconosciuta come uno dei principali fattori di rischio delle patologie cronico-degenerative dai dati ISTAT risulta che oltre il 40% degli italiani è sedentario e la quota più bassa di attività si riscontra tra gli ultra 65enni.

Una ricerca telefonica effettuata dal Dipartimento di Economia dell'Università di Verona su 1200 anziani della provincia ha evidenziato come solo il 16,3% degli anziani praticano un'attività motoria sufficiente (cioè svolta per più di tre giorni la settimana per più di 30 minuti giornalieri) mentre il 30% si dichiara completamente sedentario. Si è confermato inoltre che lo stile di vita attivo è praticato più frequentemente dagli anziani con un più elevato livello culturale (56% tra i laureati e diplomati contro il 31% tra gli anziani con titolo di studio più basso) (4).

Nonostante le evidenze la sedentarietà è diffusa anche nei giovani, infatti le percentuali dei giovani che praticano attività fisica (almeno un'ora per 5 o più giorni alla settimana) diminuiscono con la crescita tanto che sono del 31% per i 13enni e del 27% circa per lo strato dei 15enni con una maggiore inattività delle femmine. Durante i giorni di scuola guardano la televisione per più di 4 ore al giorno il 12% degli 11enni, il 20,3% dei 13enni e il 19% dei 15enni.

Causa plausibile:

L'OMS⁵ " A European framework to promote Physical activity for health " evidenzia che, al di là di quelle che sono le varie definizioni di attività fisica, non dobbiamo dimenticare che essa è soprattutto un bisogno fondamentale che in quest'ultimo secolo è stato rimosso dalla nostra vita tanto che abbiamo alla fine dimenticato quant'è importante per la nostra salute e il nostro benessere. Esiste quindi un primo ordine di ostacoli di tipo culturale al movimento. Se andiamo a vedere quali sono state le cause che hanno determinato l'epidemia di sedentarietà troviamo una serie di fattori socio-ambientali come

- il minor dispendio energetico durante il lavoro*
- Ridimensionamento dell'attività fisica durante l'orario scolastico*
- Riduzione del bisogno di muoversi nella vita quotidiana*

⁴ Olivieri D L'attività fisica degli anziani veronesi. ben ATTIVI Progetto GSK 2006; 25-88

⁵ WHO Europe, A European framework to promote Physical activity for health, 2007. In: <http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>

⁶ The guide to community preventive services. In: <http://www.thecommunityguide.org>

⁷ De Noni L Stili di vita, aree urbane e determinanti di salute. Snop 2007; 72: 30-32

- Ambiente fisico, trasporti
- Competizione da parte di attività ricreative sedentarie più attraenti (Televisione, video/DVD, giochi elettronici, internet).

Soluzione proposta:

La promozione dell' AF è quindi uno dei cardini della prevenzione primaria e secondaria e gli interventi raccomandati dalla Community Guide⁶ comprendono un approccio informativo, un approccio comportamentale e sociale ed un approccio politico ed ambientale; a tali indicazioni rispondono gli obiettivi specifici e le azioni di seguito indicati.

Inoltre consolidate esperienze internazionali e l'attività che è stata condotta a Verona e in Veneto negli ultimi anni dimostrano come per i programmi di sanità pubblica sia fondamentale promuovere l'AF cercando di inserirla fra le quotidiane attività di vita, come camminare, andare in bicicletta, fare le scale; infatti queste attività non richiedono tempo, non sono costose (e sono quindi accessibili anche alle fasce sociali svantaggiate). Esiste inoltre evidenza che è più efficace promuovere più stili di vita contemporaneamente, ad es. attività motoria e sana alimentazione.

E' infine indispensabile che la promozione dell'attività motoria investa il contesto sociale e ambientale in cui sono insediate le popolazioni di riferimento.⁷

Su questi presupposti si basa il "Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria" per la prevenzione delle malattie croniche; il progetto costituisce anche un mezzo per l'inclusione e l'integrazione sociale delle persone diversamente abili e dei disabili psichici e mentali. Le sue azioni sono previste durante il biennio 2008/2009 e comunque non oltre il termine del 2010.

FATTIBILITÀ

La Regione Veneto, prima in Italia, ha programmato le azioni di contrasto alla sedentarietà inserendo già dal 2002 nel Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica una scheda tematica relativa alla "Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive - lotta alla sedentarietà" e affidando la direzione scientifica del progetto ed il coordinamento delle attività all'ULSS 20 di Verona data l'esperienza maturata sul campo. Da allora questa attività si è estesa a quasi tutte le ULSS venete attraverso un percorso metodologico che prevedeva: la formazione degli operatori sanitari, in particolare quelli presenti nelle strutture territoriali ed i medici di medicina generale; la messa a disposizione di strumenti conoscitivi e di piccoli contributi economici per le iniziative locali; il coinvolgimento dei comuni; la collaborazione con le scuole (in Italia non tutte le scuole hanno l'obbligo di avere una palestra a disposizione degli scolari; di più, nella scuola primaria non è prevista un'attività strutturata di educazione motoria o sportiva); la consulenza di urbanisti ed esperti di scienze motorie; la ricerca di alleanze e la valorizzazione delle risorse locali; la valutazione delle esperienze per

l'individuazione delle "migliori pratiche"; la valutazione dei risultati e la ricerca della sostenibilità delle iniziative attivate. Questo modello ha portato ad acquisire ottimi risultati nella Regione Veneto e per questo motivo sarà riproposto e adattato in altre 5 Regioni che hanno aderito (Lazio, Piemonte, Emilia Romagna, Puglia, Marche). Saranno utilizzati gli ausili informativi già sperimentati nella campagna regionale veneta sia in formato cartaceo che elettronico per quanto riguarda le iniziative formative degli operatori sanitari e il Know how già acquisito nell'organizzazione di gruppi di cammino. Le regioni hanno dato la loro adesione spontanea a seguito della presentazione del progetto in sede di commissione interregionale del febbraio 2008 nel corso della quale hanno ricevuto anche copia del progetto operativo preliminare allegato all'accordo di collaborazione tra Ministero della Salute, ULSS n. 20 per il Veneto e Dipartimento delle politiche giovanili. Il Veneto, Regione capofila, è presentato dall'ULSS n. 20 di Verona alla quale è stato affidato, come detto sopra, il coordinamento del progetto regionale di promozione dell'attività motoria. Per quanto riguarda la programmazione delle iniziative di promozione del cammino esse potranno essere adattate dalle singole regioni sulla base della realtà territoriale. Infatti alle regioni partecipanti si richiede di attivare una rete di referenti regionali ai quali sarà affidata l'organizzazione del programma degli interventi.

L'impegno formale delle regioni e la scelta dei referenti regionali sono fondamentali per la diffusione locale delle attività

- 1. Per quanto riguarda il referente senior è necessario di individuare una persona capace di coinvolgere attorno ad un obiettivo di salute settori politico-amministrativi estranei al Servizio Sanitario Regionale (Assessorati all'istruzione, all'urbanistica, allo sport ecc, ANCI ecc). Per quanto riguarda il referente junior è necessario individuare una persona capace di costruire alleanze a livello territoriale, con spiccate capacità organizzative e con una solida preparazione nell'ambito della EBP e della Sanità Pubblica.*
- 2. Deve essere assicurato il supporto a livello di politica sanitaria delle iniziative proposte dai referenti per facilitare il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari (MMG, specialisti diabetologi, cardiologi ecc.).*
- 3. Deve essere acquisito il coinvolgimento degli Enti territoriali (Provincia e Comuni) che sovrintendono alle politiche del territorio*
- 4. Deve essere assicurato il coordinamento delle iniziative all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione per la trasversalità delle stesse*

In sintesi si ritiene che la maggior criticità sia rappresentata dalla capacità di agire in modo intersettoriale ai vari livelli.

OBIETTIVO GENERALE

Indurre la popolazione a modificare i comportamenti sedentari nelle 6 regioni partecipanti cercando di inserire l'AF fra le quotidiane attività di vita, come camminare, andare in bicicletta, fare le scale; queste attività, infatti, non richiedono tempo, non sono costose (e sono quindi accessibili anche alle fasce sociali svantaggiate) e possono coinvolgere un numero molto elevato di persone. Trattandosi di strumenti molto flessibili possono essere adattati anche per la prevenzione secondaria in presenza di malattie croniche, eventualmente in combinazione con interventi più strutturati effettuati sotto il controllo medico. Va promossa, in particolare nei confronti delle fasce giovanili, l'acquisizione di abiti comportamentali radicati nelle attività motorie che potenzino l'educazione alla salute, dove si coniughino educazione ad una sana alimentazione, al rispetto del proprio corpo, nonché a relazione corretta con l'altro. Si promuove quindi l'AF oltre che come un'occasione di guadagno psico-fisico, anche come opportunità di aggregazione e partecipazione sociale per favorire la riduzione delle disuguaglianze di salute, l'inclusione e l'integrazione tra normodotati e diversamente abili fisici e/o mentali.

OBIETTIVI SPECIFICI:

-obiettivi riguardanti l'attuazione di iniziative già ampiamente sperimentate, proposte in tutte le regioni che partecipano al progetto

- 1. acquisizione, da parte degli operatori sanitari delle Regioni partecipanti, delle competenze teoriche e pratiche che consentano di utilizzare, nel corso delle attività istituzionali, strumenti intersettoriali adeguati per la promozione dell'AF;*
- 2. organizzazione di gruppi di cammino per anziani (con moderato impegno metabolico e a basso contenuto sanitario e tecnico) o per affetti da patologie specifiche a maggior specializzazione tecnica e maggior impegno sanitario; eventuale realizzazione di gruppi di cammino che consentano di mantenere anche livelli di impegno metabolico più elevati (l'opzione sarà effettuata sulla base dei bisogni e delle risorse presenti nel territorio); realizzazione di iniziative specificamente finalizzate alla contestuale promozione dell'attività fisica e integrazione/inclusione dei soggetti disabili. Accanto a queste iniziative che interessano l'età adulta saranno promossi interventi diretti specificamente ai bambini al fine di incrementare il movimento, privilegiando attività che possono essere svolte quotidianamente (Pedibus in sinergia con il mondo della scuola, con soggetti dell'organizzazione sportiva e quelli che operano nel sociale, utilizzo delle palestre delle scuole e delle aree verdi per l'incremento dei giochi di movimento, in quanto risorse immediatamente utilizzabili);*
- 3. la diffusione di linee guida operative inerenti gli interventi urbanistici in*

grado di influenzare concretamente lo stile di vita rendendolo più attivo.

- obiettivi riguardanti iniziative pilota a valenza regionale che consentano la messa a punto di modelli innovativi di educazione/riabilitazione coniugando un approccio multidisciplinare specialistico ed interventi di attività fisica

- a. realizzazione di un sottoprogetto sperimentale per valorizzare le peculiarità di alcune discipline sportive rispetto a gravi disabilità psichiche, per effettuare il monitoraggio e, ove possibile, la cura di alcune specifiche patologie, favorendo l'interazione nel gioco delle persone con disabilità mentali, attraverso la formazione di educatori/istruttori sportivi e la valorizzazione della figura dell'allenatore, prendendo le mosse dal gioco del basket, quale disciplina sportiva di squadra particolarmente indicata a promuovere l'integrazione dei diversamente abili.*
- b. realizzazione di un sottoprogetto sperimentale che, affrontando temi legati al territorio d'acqua e attraverso forme di aggregazione e di partecipazione sociale, offra a studenti "abili e disabili" di conoscere e praticare liberamente discipline che spesso vengono trascurate, imparando a vivere lo sport come occasione di crescita ed a riconoscere la dimensione della propria corporeità.*
- c. realizzazione di un sottoprogetto sperimentale che sviluppi percorsi preventivi e terapeutico-riabilitativi, attraverso l'attività motoria e pratiche psicofisiche, in persone che hanno subito gravi abusi e violenze fisiche e psichiche.*
- d. realizzazione di un sottoprogetto sperimentale che preveda percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati attraverso l'attività motoria, il trekking e l'arrampicata in ambienti naturali, in soggetti affetti da patologie psicotiche ed in particolare schizofreniche, con l'intento di rinforzarne i processi di valutazione della propria autostima.*

Formattati: Elenchi puntati e numerati

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo specifico 1

Azione A

Attivazione, in tutte le regioni che aderiranno al progetto, di una rete permanente di referenti nei dipartimenti di prevenzione delle singole ASL, che si assuma il compito di promuovere in modo organico l'attività motoria nella regione di competenza individuando anche i bisogni formativi presenti nel territorio.

Indicatore di processo:

- *almeno un corso di formazione organizzato per gli operatori della regione ai quali sia stato affidato il compito di coordinare la promozione dell'AM nelle singole ASL*

Standard di processo:

- *almeno il 50% delle ASL deve partecipare al corso di formazione*

Indicatore di risultato:

- *si considera raggiunto il risultato se l'80% delle ASL che ha partecipato alla formazione predispongono un progetto di promozione dell'AF nel loro territorio*

Standard di risultato: almeno il 50% delle ASL della regione sono impegnate negli interventi di promozione dell'AF

Azione B

Coinvolgimento in modo strutturato degli operatori sanitari, volontari ed educatori, in modo particolare quelli dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Dipartimenti di salute mentale e dei MMG, mediante interventi di formazione finalizzati a implementare conoscenze, atteggiamenti ed abilità per l'inserimento della promozione/prescrizione dell'AF nell'attività ambulatoriale/istituzionale quotidiana

Indicatore di processo:

- *offerta di materiale informativo cartaceo ed elettronico con proposta di corsi di formazione con il coinvolgimento degli organismi preposti alla formazione*

Standard di processo:

- *offerta di almeno un corso on line per MMG ed un corso ECM per operatori sanitari*

Indicatore di risultato:

- *corso per MMG ed altri operatori sanitari*

Standard di risultato:

- *almeno il 25% degli MMG*
- *almeno il 25% dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti*

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo specifico 2

Azione:

Attivazione di gruppi di cammino o di ciclismo con il supporto e la collaborazione di enti pubblici o organizzazioni della società civile o associazioni di auto mutuo aiuto; attivazione di iniziative di movimento per i bambini (pedibus, iniziative extracurricolari)

Indicatore di processo:

- *individuazione degli stake-holders per la stipula di accordi di collaborazione per l'organizzazione di specifici eventi informativi, finalizzati all'attivazione di gruppi di cammino nei territori delle singole ASL o all'attivazione delle iniziative per i bambini*

Standard di processo:

- *stipula di accordi con almeno 1 associazione di assistenza agli anziani ed almeno 1 associazione di auto mutuo aiuto (associazione diabetici) o struttura sanitaria (es. Centro di igiene mentale) per l'organizzazione di interventi di promozione dell'attività motoria e di una sana alimentazione (associazioni, comuni, scuole, operatori sanitari e altri soggetti pubblici e privati, compresi gli istruttori educatori che operano con gruppi particolari quali le persone con disabilità diversificate);*
- *accordi di collaborazione o intese con organismi scolastici e comuni*

Indicatore di risultato:

- *attivazione di gruppi di cammino o di ciclismo con leader adeguatamente formato e predisposizione di materiali per l'educazione sanitaria per gli operatori ed i partecipanti;*
- *attivazione di pedibus o iniziative similari*

Standard di risultato:

- *organizzazione di gruppi di cammino e di ciclismo con il coinvolgimento di almeno 1 associazione che opera nell'ambito dell'assistenza agli anziani, o di almeno 1 associazione che si occupa della promozione della ciclabilità o di almeno 1 associazione che riunisce persone o familiari affetti da particolari patologie;*
- *attivazione di pedibus o iniziative similari in almeno il 10% delle scuole primarie*

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo specifico 3

Azione:

Presentazione dei materiali appositamente predisposti e delle esperienze più interessanti attuate localmente e attivazione corsi di formazione per i tecnici comunali e i tecnici della prevenzione che operano nelle ASL

Indicatori di processo:

- *coinvolgimento dei servizi tecnici ed urbanistici dei comuni e delle province*

Standard di processo:

- *informazione di tutti gli enti locali nell'ambito di "GUADAGNARE SALUTE" del progetto di lotta alla sedentarietà e sulle proposte di modifica dei determinanti ambientali*

Indicatori di risultato:

- *iniziative di formazione sui determinanti ambientali ed urbanistici della sedentarietà per tecnici comunali, tecnici della prevenzione preposti al rilascio di pareri in materia edilizia/urbanistica*

Standard di risultato:

- *organizzazione di almeno 1 evento formativo regionale con distribuzione del relativo materiale (linee guida)*

PIANO DI VALUTAZIONE

Obiettivo specifico 4

La Regione Veneto tramite l'ULSS n. 20 fornisce gli interventi formativi già elencati, coordinamento e supporto alle Regioni per l'espletamento delle attività riguardanti le esperienze pilota regionali.

Sarà richiesta la valutazione delle singole iniziative pilota alle Regioni che attiveranno gli specifici progetti anche al fine di valutarne l'efficacia e la diffusibilità in altri contesti locali.

Cronogramma

| mesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Attività | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formalizzazione degli accordi con le regioni | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Attribuzione quota finanziamenti regionali | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Individuazione dei partners pubblici-privati interregionali | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Predisposizione materiali per la formazione | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formazione rete referenti regionali | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formazione degli operatori regionali | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Stipula accordi stake holders | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Formazione on line MMG | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Formazione volontari, specialisti, educatori | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Corso di formazione per tecnici comunali e tecnici della prevenzione | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Attivazione iniziative di cammino/gioco | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Attivazione sottoprogetti sperimentali | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |