



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2009

Regione proponente: Regione del Veneto

Titolo del progetto:

Programma di lotta alla sedentarietà mediante interventi di promozione dell'attività fisica nella popolazione (con particolare riferimento ai bambini ed agli anziani) e di prescrizione della stessa nelle categorie a rischio.

Linea progettuale di collocamento:

LINEA 7 – L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano.

Referenti:

Dott. Giancarlo Ruscitti- Segretario regionale Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491
E-mail: giancarlo.ruscitti@regione.veneto.it

Dr.ssa Francesca Russo
Direzione per la Prevenzione
Servizio Sanità Pubblica e Screening
Dorsoduro 3493 30123 Venezia
Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355
E-mail sanitapubblica.screening@regione.veneto.it;

Durata del progetto: annuale 2009

Aspetti finanziari per l'anno 2009:

Costo complessivo del progetto: €1.565.000,00

Importo assegnato a valere sulla quota del FSN 2009: €1.470.000,00

Finanziamento regionale (anni 2008-2009):

Progetto "Promozione dell'attività fisica nella regione Veneto": €95.000,00

Il contesto

- Il quadro di riferimento epidemiologico e demografico.

Nel Veneto si registrano in un anno oltre 40.000 decessi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio e le neoplasie che giustificano il 70% circa dei decessi. Il numero assoluto annuale di deceduti residenti nella regione Veneto è sostanzialmente stazionario dal 1996, ad eccezione del picco di mortalità registrato nell'anno 2003 in relazione all'anomala ondata di calore. Tuttavia, nello stesso periodo, le caratteristiche demografiche della popolazione sono sensibilmente mutate. In particolare è aumentato il numero di cittadini residenti (anche per il contributo dell'immigrazione) e la popolazione è complessivamente invecchiata. Di fatto i tassi di mortalità specifici per età sono calati in modo consistente, dando luogo ad un tasso standardizzato diretto di mortalità in forte decremento.

Le malattie del sistema circolatorio causano circa 17.000 decessi all'anno (pari al 40% di tutti i decessi) e sono al primo posto nelle donne e al secondo posto (dopo le neoplasie) negli uomini.

Alle neoplasie sono attribuibili circa 13000 decessi ogni anno tra i residenti nella regione Veneto. Il tasso standardizzato di mortalità per neoplasie è in calo in entrambi i generi. Nelle donne il tumore della mammella è al primo posto tra i decessi per neoplasie (17%) e ad esso sono attribuibili quasi 1000 decessi all'anno. Pur con un andamento oscillante, la mortalità per tumore alla mammella appare in calo, come pure la mortalità per tumore dello stomaco.

L'incidenza del tumore della mammella mostra invece un trend in crescita che può essere influenzato almeno da due elementi: il primo è l'attività di diagnosi precoce svolta dallo screening mammografico che tende ad anticipare la diagnosi in fase precoce di tumori che altrimenti sarebbero comparsi in periodi successivi, l'altro è la diffusione di fattori di rischio (AIRTUM Rapporto sui tumori in Italia - anno 2008).

Nei maschi si apprezza soprattutto una diminuzione della mortalità per neoplasie del polmone (che da solo giustifica oltre il 25% dei decessi per tumore nei maschi), dello stomaco e dell'esofago, mentre le altre principali neoplasie (colon-retto, fegato, prostata, pancreas e vescica) presentano un andamento stazionario. Per alcuni tumori è dimostrata l'associazione con l'insufficiente attività fisica, in particolare i tumori della mammella e del colon.

Altra causa importante di morbilità è il diabete: si stima che nel 2006 200.000 soggetti fossero affetti da diabete in Veneto con un trend in deciso aumento (+ 30.000 rispetto al 2001). Il diabete è quindi un problema crescente di sanità pubblica per l'alta prevalenza, il trend in aumento, le gravi conseguenze sullo stato di salute e sulla mortalità, il forte impatto sui sistemi sanitari.

E' ragionevole attendersi un raddoppio nel numero di diabetici nei prossimi 20 anni e questo rappresenta una sfida per i modelli assistenziali in tema di prevenzione e cura.

Tuttavia si può affermare che la popolazione del Veneto continua a godere di buone condizioni di salute, migliori che in passato. Anche nel 2007 si conferma il processo di progressiva crescita della durata della vita media: la stima della speranza di vita alla nascita è pari a 78,9 anni per gli uomini e a 84,6 anni per le donne, superiori ai corrispondenti dati medi italiani pari rispettivamente a 78,6 e 84,1. (ISTAT Indicatori demografici febbraio 2008).

Per quanto riguarda gli aspetti demografici il Veneto è in linea con le tendenze nazionali: il processo di invecchiamento della popolazione, seppure più lento rispetto alla situazione italiana, vede nel 2006 una quota pari a quasi 139 anziani di età superiore ai 65 anni ogni 100 giovani in età 0-14, con un incremento rispetto al 2001 di 2,7 punti percentuali. E il fenomeno sembra essere in continua ascesa, registrando un costante e progressivo sbilanciamento nella composizione della popolazione complessiva.

Nell'ultimo ventennio gli anziani in Veneto sono aumentati in modo considerevole, infatti mentre al censimento del 1981 rappresentavano il 13% della popolazione, oggi ne costituiscono oltre il 19%. In particolare si è assistito ad un aumento consistente degli ultraottantenni. Aumentano le persone anziane sole, che in Veneto nel 2005-2006 sono il 13,6% delle famiglie; tra le donne sole, il 69,6% ha almeno 60 anni.

Tale crescita, inoltre, sembra destinata a mantenersi: infatti, secondo quanto ipotizzano le previsioni sulla popolazione, entro il 2025 gli anziani nella nostra regione potrebbero aumentare fino a incidere per il 26% della popolazione. È risaputo che in questa fascia di età si concentrano problematiche sanitarie rilevanti ma anche lievitano i costi di gestione della spesa per la protezione sociale.

L'insorgenza nell'anziano di una condizione di dipendenza si ripercuote fortemente oltrechè sulla persona e sulle sue possibilità di essere attivo nella società, anche sulla sua famiglia e sulle sue dinamiche.

Vi sono prove convincenti che l'esercizio fisico negli anziani migliora la funzionalità e ritarda la perdita di indipendenza contribuendo quindi ad una buona qualità di vita. L'esercizio in età avanzata, anche oltre i 90 anni, può aumentare la massa e la forza muscolare del doppio o più nei soggetti fragili. Si può stimare anche, sulla base delle statistiche correnti, che le cadute degli ultra-settantacinquenni determinino il 65 per cento di tutte le morti per incidente domestico.

Gli studi clinici randomizzati hanno dimostrato che l'esercizio riduce il rischio di cadute del 25 per cento circa.

Interventi di promozione/prescrizione dell'attività fisica negli anziani non possono prescindere dal fatto che in Veneto gli anziani non autosufficienti istituzionalizzati sono circa 28.000; seguiti dal telesoccorso: 18.000; in ADI: 25.000.

- Il problema della sedentarietà.

Per la sedentarietà in Veneto i dati più recenti sono quelli rilevati su adulti dai 18 ai 69 anni dallo studio Passi: nel 2007 circa il 33% degli intervistati ha riferito livelli di AF pari alle raccomandazioni (dato sovrapponibile a quello osservato a livello nazionale) mentre il 20% è risultato sedentario (vs un 28% nazionale); maggiori livelli di sedentarietà si sono osservati in anziani e persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Secondo un'altra ricerca telefonica effettuata a Verona nel 2006 solo 1/6 degli anziani praticava livelli sufficienti di AF e il 30% si dichiarava completamente sedentario. Per quanto riguarda i ragazzi, lo studio HBSC dell'OMS (giovani tra 11 e i 15 anni) ha evidenziato che nel 2006 svolgevano almeno 1 ora di AF per 5 giorni alla settimana il 37% degli 11enni, il 34% dei 13enni e il 28% dei 15enni; i maschi erano più attivi delle femmine (42% a 11 e 13 anni) e anche il declino dell'AF con l'età era maggiore per le ragazze. Per quanto riguarda il peso corporeo, il 40% delle persone intervistate nello studio Passi erano in soprappeso o obese, con valori crescenti nelle età più avanzate, nelle fasce sociali basse e negli uomini rispetto alle donne (51 vs 29%); solo il 23% delle persone con eccesso ponderale hanno riferito di aver adottato una dieta consona e il 77% un'AF moderata. Per i giovani i dati HBSC evidenziano un rischio di soprappeso di oltre il 21% e di quasi il 5% per l'obesità negli undicenni, con valori decrescenti nelle altre due fasce d'età. Per l'alimentazione, nello studio Passi solo il 13% ha dichiarato di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, con percentuali più basse per i maschi e i più giovani di età. Per i giovani dello studio HBSC, solo il 59% dei 15enni dichiarava di fare colazione contro il 69% dei 13enni e il 77% degli 11enni; a tutte le età erano le femmine a saltare maggiormente la colazione. Il consumo di dolci tra i 15enni era del 32% e tra i 13 e gli 11enni rispettivamente del 30% e del 28%, con un maggior consumo da parte delle femmine. Il consumo di bibite zuccherate era del 22% nei 13enni e nei 15enni e del 19% negli 11enni. L'assunzione di frutta e verdura si distribuiva uniformemente nei tre strati di età, con un'assunzione giornaliera intorno al 49%, e le femmine dichiaravano di consumarne più dei maschi. La sedentarietà e la conseguente obesità infantile sono problemi sanitari emergenti: molti bambini, come molti adulti, introducono nel loro fabbisogno giornaliero più calorie di quante ne consumano attraverso il movimento.

Il declino dell'attività fisica in età sempre più precoce è un dato in linea con l'epidemia dell'obesità, ma emerge anche una tendenza preoccupante all'aumento del diabete tipo 2 e della sindrome metabolica in età giovanile. In un recente studio scozzese, è emerso che il tempo medio speso in attività fisica vigorosa o moderata rappresenta solo il 2% del tempo totale dei bambini intorno ai 3 anni e il 4% a cinque, sei anni.

Una delle cause della sedentarietà è la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente a piedi o in bicicletta nel proprio ambiente di vita, accompagnata da un aumento della mobilità passiva utilizzata anche per tratti brevi, potenzialmente percorribili in altro modo. In realtà nelle città la gestione e l'organizzazione degli spazi urbani rendono sempre più difficile praticare attività semplici e non strutturate, attività che vengono ricercate tipicamente in età prescolare per sviluppare le capacità motorie, quali andare in bicicletta, utilizzare pattini, correre e fare gioco libero. Fornire ai bambini questa opportunità significa favorire scelte individuali alternative ai comportamenti sedentari; questo presuppone e, viceversa, promuove una comunità attiva che supporta il movimento e la mobilità attiva.

Uno stile di vita sedentario comporta solamente implicazioni negative sulla salute fisica e sullo sviluppo cognitivo e psicosociale, soprattutto in età evolutiva. Esplorare lo spazio attraverso il movimento e il gioco è un aspetto molto importante per lo sviluppo infantile. I bambini che non sono capaci di esplorare in modo sicuro il proprio ambiente di vita, anche attraverso la conoscenza del proprio corpo, potrebbero in seguito trovare delle difficoltà nell'affrontare piccole situazioni che richiedono abilità cognitive, esplorative e di scelta.

Anche tra i ragazzi, soprattutto tra gli 11 e i 15 anni, si osserva un declino significativo dei livelli di attività fisica, in linea con l'aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto ma anche alle attività ricreative quali passare molto tempo a guardare la televisione o giocare al computer. I fattori più frequentemente considerati ostacoli alla pratica individuale dell'attività fisica sono: mancanza di tempo, scarsa motivazione, un inadeguato supporto educativo, mancanza di possibilità, accessi limitati a strutture adeguate, sensazione di insicurezza.

La scuola potrebbe avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti non sedentari ma attualmente la scarsità di ore di attività fisica nelle scuole e la poca importanza data all'educazione fisica come materia curricolare non facilita il raggiungimento di questo risultato.

Nella scuola primaria, a differenza di quanto accade in altri paesi Europei, l'educazione al movimento impegna un numero limitato di ore (500 stimate in 5 anni) ed è gestita da maestri privi di qualifiche specifiche. Nella scuola secondaria di 2° grado vengono destinate all'educazione fisica 2 ore alla settimana, parte delle quali impegnate nella formazione teorica. Non è superfluo ricordare che in questi ordini le norme di riferimento per l'edilizia scolastica (DM 18.12.45) non prevedono in tutti i casi l'obbligo di una palestra, essendone escluse, ad esempio, le scuole di minori dimensioni, alcuni istituti professionali ecc...E' evidente che questo rappresenta una contraddizione ed un impedimento ulteriore ad un'azione di supporto ai comportamenti attivi.

Per quanto riguarda l'attività sportiva extrascolastica un'indagine condotta in Veneto tra gli alunni delle scuole superiori, ha evidenziato che il 54 % di essi pratica un'attività motoria sportiva ma si registra anche un'alta percentuale di abbandono dovuto a una serie di fattori: interferenza con lo studio, altri interessi, orari scomodi e impianti troppo lontani, allenatori troppo esigenti ecc. Risulta evidente in particolare che "il mondo dello sport e quello della scuola non vengono vissuti come sufficientemente integrati" e "si riscontra una diffusa richiesta di maggiore tempo dedicato allo sport nell'ambito delle ore scolastiche".

Diversi studi hanno rilevato che i bambini e gli adolescenti che praticano regolarmente attività fisica hanno i genitori (o altre figure parentali) che esercitano uno sport o che motivano i loro figli ad essere attivi, per esempio accompagnandoli ad eventi sportivi, facendo sport insieme a loro, osservandoli giocare ecc. Inoltre, i dati ISTAT del 2002 evidenziano che tra i bambini che hanno un comportamento sedentario, il 57.4% ha entrambi i genitori che non svolgono alcuna attività fisica regolare. Intervenire precocemente modificando i comportamenti dei bambini e dei giovani può comportare l'interruzione di questo circolo vizioso, oltre a produrre benefici immediati negli interessati.

Da quanto sopra, emerge la necessità di programmare nell'ambito di interventi di popolazione iniziative per i bambini ed i giovani che tengano conto delle specificità delle singole fasce di età, sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni fornite dalle agenzie internazionali.

L'OMS indica alcune tipologie di attività per raggiungere i livelli raccomandati di attività fisica nelle varie età e precisamente:

- i bambini e gli adolescenti dovrebbero essere occupati almeno un'ora al giorno in attività fisiche adatte all'età, divertenti e diversificate;
- la maggior parte di queste attività dovrebbero essere di tipo aerobico e di intensità moderata/vigorosa;
- ognuna delle attività vigorose e di quelle di rinforzo muscolare e osseo dovrebbero essere previste almeno tre volte la settimana.

Com'è evidente le indicazioni riguardanti i bambini e gli adolescenti sono decisamente più impegnative rispetto a quelle prescritte per gli adulti e gli anziani. E' altrettanto evidente che difficilmente un'unica pratica sportiva o ricreativa può soddisfare questi requisiti e che quindi è necessario puntare all'affiancamento con attività di movimento integrate nella vita quotidiana. Per questo è necessario che le proposte mirino a rafforzare comportamenti attivi nei giovani non solo mediante l'incentivazione dello sport ma anche dell'attività motoria in generale, quali strumenti di benessere fisico e psico-sociale destinati a tutti i giovani, abili e meno abili.

In un contesto così preoccupante i sistemi sanitari possono svolgere un ruolo primario a diversi livelli:

- fornendo conoscenze su interventi di provata efficacia;
- facilitando lo scambio di esperienze e conoscenze in materia;
- promuovendo l'attività fisica presso altri settori e fornendo a questi gli strumenti per facilitarne l'integrazione nelle politiche relative;
- intervenendo perché l'attività fisica entri a pieno titolo nell'agenda delle politiche sanitarie;
- fornendo l'esempio;
- dimostrando i benefici economici degli investimenti sull'attività fisica.

Tuttavia l'attività fisica non è soltanto una questione di sanità pubblica; essa riguarda anche il benessere della comunità, la protezione dell'ambiente e rappresenta un investimento per le generazioni future. Per questo gli interventi dovrebbero essere condotti nei vari settori e nelle diverse amministrazioni su larga scala e in maniera sistematica e coerente. Nel 2002 è stato attivato il progetto veneto di promozione dell'attività fisica ("Scheda 5.1 – Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive – lotta alla sedentarietà", Piano Triennale SISP 2002/4) la cui conduzione con la D.G.R. n. 3015 del 10.10.2003 è stata affidata al Dipartimento di Prevenzione della ULSS 20; di tale determinazione l'ULSS 20 ha preso atto con deliberazione n. 1321 del 30 dicembre 2003. Il progetto è stato consolidato ed ampliato nell'ambito del II Piano Triennale SISP 2005/7 (DGR n. 3846 del 10.10.04).

Solo due aziende sanitarie della Regione hanno inserito la promozione dell'attività fisica nei patti aziendali con i MMG.

Nel 2007/08 è stata realizzata una campagna di formazione per gli operatori sanitari della prevenzione e per i medici di medicina generale (MMG) in cui sono stati coinvolti 962 operatori sanitari, di cui 724 MMG. Nel corso di tale campagna è stato realizzato un questionario per i MMG, per testare comportamenti, conoscenze e convinzioni riguardo al tema dell'attività fisica (AF) e della sua promozione nel contesto ambulatoriale. La ricerca ha visto coinvolti 459 MMG di 13 ULSS del Veneto (35% femmine e 65% da maschi, il 76% con età compresa tra i 44 e i 58 anni).

Principali risultati:

- il 44% dei medici non pratica regolarmente l'AF; per chi non la pratica, gli ostacoli principali sono il poco tempo disponibile e la stanchezza;
- il 46% nell'anamnesi chiede di routine se il paziente pratica AF, il 50% lo chiede in casi specifici; il 56% ha uno spazio sull'AF nella sua scheda paziente anche se l'84% consiglia spesso o sempre l'AF ai pazienti;
- più del 90% ritiene che il MMG abbia una grande importanza nel motivare i pazienti all'AF;

- per rendere più praticabile la prescrizione dell'AF viene ritenuto importante da parte della sanità pubblica: intensificare le campagne informative (26%); facilitare l'accesso alle strutture (10%).

Le iniziative volte a stimolare l'attività fisica dovrebbero avvalersi dei seguenti principi chiave:

- agire a livello di popolazione
- intendere il termine "attività fisica" in senso ampio
- coinvolgere altri settori dell'economia e della società
- migliorare e attrezzare il territorio in funzione dell'attività fisica
- intervenire contemporaneamente sui diversi aspetti del problema
- realizzare iniziative che rispondano alle reali esigenze dei cittadini
- ridurre le disuguaglianze
- basarsi sulle evidenze scientifiche più robuste
- essere sostenibile
- lavorare su vari livelli

(OMS Europe, Physical Activity and Health in Europe).

- L'ambiente.

Nel processo di pianificazione nella Regione Veneto, il presente governo del territorio disciplinato dalla LR 11/04, prevede un importante ruolo delle istituzioni e dei soggetti portatori di interessi per la collettività. Sono in atto una serie di interventi e di processi partecipativi per concorrere ad una condivisione di bisogni e azioni nella definizione dei piani di carattere regionale come il PTRC e negli ambiti comunali o sovracomunali (PTCP, PAT e PATI).

Come esplicitato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la promozione della salute comporta azioni dirette a contrastare i determinanti negativi della salute e a favorire i determinanti positivi. Individuare la salute come obiettivo nei documenti preliminari comporta anche la responsabilità di rendere esplicite le conseguenze sulla salute nei vari ambiti di intervento (es. attraverso la valutazione dell'impatto sanitario) e l'integrazione delle azioni con quelle previste nei piani sanitari.

I principi generali cui informare gli interventi di promozione dell'attività fisica nei giovani sono già stati ampiamente delineati. Il documento dell'O.M.S. Europa (11) indica i seguenti principi per l'azione:

- Intendere l'attività fisica nel senso più ampio del termine
- Adottare un approccio incentrato sulla salute a livello di popolazione e sviluppare programmi basati sulle esigenze espresse dalle popolazioni a cui ci si rivolge
- Impegnare più settori e lavorare a più livelli, da quello internazionale a quello locale
- Migliorare l'ambiente in cui la popolazione vive per favorire l'attività fisica
- Creare opportunità di attività fisica accessibili a tutti
- Affidarsi alle migliori conoscenze disponibili per azioni di comprovata efficacia.

Ancora timidi sono i segnali presenti nei documenti preliminari dei piani territoriali, di un decisivo impegno alla promozione pianificata della mobilità sostenibile e ancora pochi sono i piani approvati che possono esplicitare questi contenuti

Nel particolare contesto territoriale del Veneto spesso l'ubicazione delle residenze è localizzata in modo piuttosto casuale ed altrettanto casuale è la localizzazione delle funzioni (del lavoro, dei servizi, dello svago, ecc) alle quali le persone deve accedere. Il tema della mobilità legato allo spazio urbano quale motore e

luogo che permetta ma soprattutto incentivi l'attività motoria, è tema che va trattato e raccolto dalle amministrazioni competenti con queste specifiche priorità:

- valutazione dell'impatto sanitario delle scelte di piano e come il sistema degli obiettivi può migliorare la vivibilità della gente;
- individuare indicatori di risultato e le % di trasporto che si vogliono trasferire dal veicolo privato a sistemi di trasporto pubblico integrato con la mobilità alternativa (piedi/bici, car sharing, ecc.);
- delineare assetti territoriali per ragionare in termini di rete dove i rami sono canali infrastrutturali e le maglie porzioni di area da governare; progettare, trasformare con progetti di area: in questo quadro i piani del verde e le zone dove investire sulla mobilità alternativa come le isole ambientali, le zone 30 o le aree non attraversabili sono usi del suolo da pianificare, parti di un progetto di area.

Descrizione

Il programma prevede specifiche azioni da compiersi in tutti gli ambiti della vita quotidiana, così come suggerito dalle agenzie internazionali e precisamente

- ambito domestico/residenziale per gli ospiti istituzionalizzati;
- ambito dei trasporti in particolare trasporto casa scuole e trasporto casa lavoro;
- ambito scolastico;
- ambito ricreativo, in particolare nei giovani e negli anziani anche al fine di favorire la socializzazione e la prevenzione del disagio;
- ambito sportivo.

I principali filoni di attività individuati per il 2008-2009 (privilegiando in ogni caso gli interventi di popolazione rispetto a quelli "a spot") sono:

1. attività per adulti/anziani: gruppi di cammino, ginnastica in palestra, ballo, piscina ecc.; interventi per portatori di patologie croniche
2. attività per ragazzi: pedibus, interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta, attività ludico-sportive per giovani
3. interventi sui determinanti ambientali degli stili di vita (urbanistici e sociali)
4. integrazione trasversale tra progetti: lotta alla sedentarietà, promozione della sana alimentazione, prevenzione cardiovascolare e collaborazione ospedale-territorio, prevenzione delle malattie croniche (diabete, obesità ecc.), urbanistica, prevenzione incidenti stradali e domestici
5. coinvolgimento sistematico dei medici di medicina generale, anche attraverso attività di formazione specifiche

Obiettivi.

Il programma si propone di incidere sui comportamenti sedentari nelle varie fasce di popolazione al fine di:

- 1) ridurre l'incidenza delle malattie cronic-degenerativo legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori) nella popolazione generale e con particolare attenzione nella popolazione che presenta fattori di rischio;
- 2) prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici;
- 3) favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati ed il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affetta da demenza;
- 4) migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o e diabete;
- 5) migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Risultati attesi

- 1) Promozione di interventi di contrasto alla sedentarietà da parte di tutti i professionisti della sanità fino alla prescrizione di specifici programmi motori nei soggetti affetti da fattori di rischio per le malattie cronic degenerative da parte dei medici di medicina generale; conseguire gli elementi conoscitivi per la prescrizione di specifici interventi motori nei soggetti affetti da malattie cronic degenerative da parte dei singoli specialisti. Questi obiettivi sono raggiungibili anche migliorando i rapporti con medici dello sport e provvedendo alla stesura di appositi protocolli.
- 2) Istituzione di una rete aziendale per ogni azienda sanitaria della Regione diretta dai Dipartimenti di Prevenzione e aperta al mondo della scuola e del sociale e agli enti territoriali.
- 3) Attivazione di sinergie con gli altri progetti interni o esterni alla sanità che mirano a raggiungere i medesimi obiettivi (esempio progetto cardiovascolare, progetto IGEA, progetto più sport a scuola).

Tempi di realizzazione

Le diverse attività programmate sono sviluppate nell'arco dell'anno secondo calendari specifici di ogni Azienda Ulss.

Indicatori

Indicatori di struttura

Standard

% di ULSS che hanno aderito formalmente al Programma regionale di promozione dell'attività motoria impostando un programma aziendale ed un gruppo di lavoro apposito 80%

Indicatori di processo

% di ULSS che organizzano:

Standard

- attività formative per il personale sanitario; 80%
- attività formative per i partecipanti alla formazione dell'attività fisica 40%
- attività formative per Enti ed associazioni che partecipano al progetto 40%
- attivazione di un sistema di sorveglianza sull'attività fisica 80%

Indicatori di risultato

% di ULSS che organizzano:

Standard

- censimento di occasioni/strutture per l'attività fisica negli anziani 30%
- gruppi di cammino 60%
- specifiche iniziative per bambini 30%
- corsi/gruppi per persone affette da malattie cronic-degenerative 30%
- riunioni con insegnanti, genitori ecc. 30%
- valutazioni di strumenti urbanistici sotto il profilo della mobilità attiva 20%
- accordi con i comuni 30%

DETTAGLIO COSTI

Importo assegnato a valere sulla quota del FSN 2009: €1.470.000

Attività	Impegno stimato del personale MEDICO coinvolto	Costo (Stimato un impegno complessivo del 50% del monte ore annuale)	Impegno stimato del personale del COMPARTO coinvolto	Costo (Stimato un impegno complessivo del 100% del monte ore annuale)	Altri costi (spese per marketing sociale, comunicazione)
Organizzazione attività per adulti/anziani	5%	€1.500	40%	€12.000	

Organizzazione attività per ragazzi	5%	€1.500	40%	€12.000	
Definizione di interventi urbanistici e sociali	30%	€9.000	5%	€1.500	
Attività con i medici di base	40%	€12.000	10%	€3.000	
Integrazione trasversale tra progetti	20%	€6.000	5%	€1.500	
Totale		€30.000,00		€30.000,00	€10.000

Totale costo per Azienda Ulss: €70.000

Totale costo per Regione: €1.470.000

Finanziamento regionale (anni 2008-2009):

Progetto "Promozione dell'attività fisica nella regione Veneto": €95.000 così ripartiti:

SOMME RICHIESTE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	
Rinnovo del contratto con laureato in Scienze Motorie	Dal 13.11.2008 al 12.11.2010	30.000
Interventi di formazione, divulgazione e marketing sociale	2009	20.000
Finanziamento di nuovi progetti Ulss	2008/9	45.000
Totale		95.000