



ALLEGATOL alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

pag. 1/8

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

Regione proponente: Regione del Veneto

Linea progettuale di collocamento: All. A – Parte I - Linea n. 6 “L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano”.

Titolo del progetto: Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani (*contenuto nel Piano Regionale Prevenzione - DGR n. 3139 del 14.12.2010 - progetto 2.9.8*)

Referenti

Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione - Servizio Promozione e sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

Dorsoduro 3493 30123 Venezia

Tel. 041 2791352 Fax 041 2791355

sanitapubblica.screening@regione.veneto.it

Segreteria regionale per la Sanità

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 - 2793491

segr.sanita@regione.veneto.it

Durata del progetto: pluriennale (2010-2012)

Aspetti finanziari per l'anno 2012:

Costo del Progetto: €1.470.000,00

Importo interamente assegnato a valere su quota vincolata del FSN 2012.

Premessa.

La Regione Veneto da molti anni rappresenta un punto di riferimento nazionale per la promozione dell'attività fisica e la lotta alla sedentarietà in virtù di un programma strutturato di interventi adottato nell'ambito del piano triennale SISP fin dal 2002. In questo ambito il Veneto è già impegnato come capofila o partner in numerosi progetti finanziati dal CCM ed ha contribuito a costruire e consolidare una rete di operatori (sanitari e non) attiva a livello intra ed inter regionale.

In Veneto oggi tutte le aziende sanitarie sono già partecipi, seppure in modo disomogeneo, del progetto regionale di promozione dell'attività fisica. In particolare

1. in ogni azienda è stato individuato un referente per questa attività presso i Dipartimenti di prevenzione;
2. ogni azienda ha partecipato a uno o più incontri o eventi formativi sul tema dell'attività fisica;
3. ogni azienda ha promosso uno o più progetti locali

Il progetto regionale si propone di consolidare la rete, di estendere e rinforzare le attività nelle aziende più attive e di coinvolgere anche quelle meno attive. Si propone inoltre di estendere la copertura degli interventi alle fasce di popolazione a maggior rischio ed ai determinanti ambientali dell'attività fisica.

Contesto

Per la sedentarietà in Veneto i dati più recenti (Anno 2011) sono quelli rilevati su adulti dai 18 ai 69 anni dalla sorveglianza Passi: il 32% degli intervistati può considerarsi adeguatamente attivo, il 44% svolge una moderata attività fisica ed il restante 24% non svolge proprio attività fisica o comunque ne fa poca. La sedentarietà è più diffusa tra le persone con basso livello di istruzione. Il 17% dei sedentari ha percepito come sufficiente il proprio livello di attività fisica. Solo al 37% delle persone intervistate un medico o un operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica.

Per quanto riguarda i ragazzi, lo studio HBSC dell'OMS (giovani tra 11 e i 15 anni) ha evidenziato che nel 2010 svolgevano almeno 1 ora di AF per 5 giorni alla settimana il 25% degli 11enni, il 29% dei 13enni e il 21% dei 15enni; i maschi erano più attivi delle femmine e anche il declino dell'AF con l'età era maggiore per le ragazze.

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. 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 implicazioni negative non solo sulla salute fisica, ma anche 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 coinvolgendo anche gli altri soggetti sociali e tenendo 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 ai decisori e agli stakeholders;
- 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.

Per quanto riguarda la collaborazione con il settore delle cure primarie, essenziale per la promozione dell'attività fisica a livello individuale, i medici di medicina generale del Veneto sono già stati destinatari di

alcuni eventi formativi: 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). E' emerso che 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; 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%) e 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

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. Da questo punto di vista le varie scelte di pianificazione territoriale si possono rivelare strategiche nel determinare una modifica di comportamenti a livello individuale o collettivo nel senso dell'attività fisica o della sedentarietà.

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).

Il ruolo del sistema sanitario in questo ambito è essenziale:

1. fornitore di dati e valutazioni relativi alla situazione epidemiologica delle realtà in esame come supporto ai decisori (dati di mortalità, morbosità, incidentalità, comportamenti ecc.);
2. soggetto che concorre alla valutazione di dati ambientali relativi al territorio, portando il punto di vista delle ricadute sanitarie dei problemi ambientali;
3. soggetto che concorre alla valutazione delle previsioni di impatto sanitario degli scenari e delle scelte di pianificazione.

Si manifestano ancora timidamente i riferimenti espliciti alla salute nei documenti preliminari dei piani territoriali e ciò impedisce di cogliere importanti opportunità preventive.

Nel particolare contesto territoriale del Veneto spesso le residenze sono state dislocate in modo casuale ed altrettanto casuale è la localizzazione delle funzioni (del lavoro, dei servizi, dello svago, ecc) alle quali le persone devono 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. Analogamente rappresentano problematiche di interesse per la salute la pianificazione dei servizi e delle aree per la socializzazione ed integrazione.

Obiettivi generali

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

- 1) ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerativo legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori) della depressione nella popolazione generale e con particolare attenzione alla 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 affette 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.

Obiettivi specifici

1. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target e multi-componenti per incoraggiare il movimento nella vita quotidiana e nel contesto urbano (popolazione target tutta la popolazione)
2. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target per incoraggiare il percorso verso la scuola a piedi e in bicicletta; rilevare e migliorare le possibilità di movimento in tutti i contesti di vita dei ragazzi, compresa la scuola (popolazione target ragazzi della scuola primaria e secondaria)
3. Attivare e diffondere gli interventi che prevedono iniziative di incremento dell'attività fisica organizzata per anziani in gruppo utilizzando le esistenti strutture sociali o luoghi di ritrovo (popolazione target anziani)

4. Attivare e diffondere gli interventi di attività fisica per gruppi a rischio in quanto affetti da patologie specifiche che traggono maggior beneficio dal movimento sotto l'aspetto terapeutico e abilitativo (pazienti psichiatrici cardiopatici diabetici e obesi)
5. Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale e dei lavori pubblici dei trasporti e della sanità le linee di indirizzo sulle trasformazioni urbane che promuovono e favoriscono stili di vita attivi (popolazione target tutta la popolazione)
6. In collaborazione con il progetto per la prevenzione degli incidenti domestici attivare programmi di attività fisica a scopo terapeutico, riabilitativo appositamente studiato sotto il profilo quantitativo in collaborazione con i professionisti di riferimento, sono previsti interventi formativi rivolti a personale di assistenza domicilio (sia di aria pubblica che di cooperative) e per il personale addetto all'assistenza nelle strutture residenziali (che possono fungere da formatore per l'area individuata)

Azioni

Numerose azioni sono già state effettuate al fine di raggiungere gli obiettivi sopra citati. Si tratta ora di consolidare gli interventi in atto e di realizzare le azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi fissati.

I principali filoni di attività individuati (privilegiando in ogni caso gli interventi rivolti alla popolazione ed ai gruppi a rischio) sono:

1. attività per adulti/anziani: gruppi di cammino, ginnastica in palestra, ballo, piscina ecc.; interventi specifici per portatori di patologie croniche (diabetici, cardiopatici, obesi, pazienti psichiatrici e anziani parzialmente non autosufficienti);
2. attività per ragazzi: pedibus, interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta, attività ludico-sportive per giovani;
3. interventi che prevedono la diffusione di "punti di decisione" per favorire comportamenti attivi (solleciti all'uso delle scale, alla mobilità attiva, al movimento nei parchi);
4. interventi che migliorano la collaborazione dei vari soggetti nella stesura dei piani di zona;
5. interventi sui determinanti ambientali degli stili di vita (urbanistici e sociali);
6. 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;
7. coinvolgimento sistematico dei medici di medicina generale, anche attraverso attività di formazione specifiche.

Beneficiari	Personale delle aziende sanitarie ed ospedaliere, delle strutture residenziali, delle amministrazioni locali, delle scuole; popolazione sedentaria e categorie a rischio
--------------------	---

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

descrivere brevemente il beneficio di salute (ovvero in termini di esito di processo che ne rappresenta una proxy) che l'intervento si ripromette di ottenere:

Migliorare la capacità di promuovere l'attività fisica nel personale sanitario; aumentare i livelli di attività (con particolare riguardo alla vita quotidiana) di adulti e ragazzi; migliorare l'offerta di occasioni di attività fisica per la popolazione e i suoi sottogruppi

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012

		ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
% di Aziende Ulss che aderiscono formalmente al programma regionale di promozione dell'attività fisica con programma aziendale e gruppo di lavoro multidisciplinare	Delibera del Direttore Generale		Individuato referente 100%, 5% con DDG	40%		80%	
Numero di Aziende Ulss che organizzano almeno 1 gruppo di cammino per categorie a rischio	Dati di monitoraggio del programma			80%		90%	
Numero di Aziende Ulss che organizzano almeno una iniziativa di attività motoria (pedibus o altro) in collaborazione con la Scuola	Dati di monitoraggio del programma			80%		90%	

Costi del personale coinvolto

Per ogni Azienda Ulss, le attività previste sono coordinate da 1 medico, impegnato per il 50% del monte ore annuale, e da una persona del comparto, impegnata per il 100% del monte ore annuale. Nella tabella che segue l'impegno stimato è suddiviso nelle diverse azioni di programma:

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	€10.000,00

Quindi:

Totale costo stimato per Azienda Ulss: €70.000

Totale costo stimato per Regione (21 Aziende Ulss) : €1.470.000