



ALLEGATO A alla Dgr n. 1563 del 26 agosto 2014

Piano Regionale per la Promozione dell'Attività Motoria nel Veneto

Molti e ben noti sono gli effetti dell'attività fisica sulla salute: gli effetti preventivi nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili o MCNT (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, tumori), l'aumento del grado di autonomia negli anziani, il contrasto alle patologie connesse con l'invecchiamento e la riduzione del rischio di cadute, l'influenza positiva sul benessere psicofisico, sulla depressione e su altri disturbi mentali. Viceversa la sedentarietà porta ad un progressivo deterioramento delle capacità funzionali; ad esempio è stato evidenziato che in soli dieci giorni di immobilità a letto un anziano va incontro ad una perdita di massa muscolare (con conseguente rischio di perdita di autonomia funzionale e di disabilità) pari a quella che avviene fisiologicamente in un soggetto attivo in dieci anni.

Le evidenze più recenti sull'attività fisica mostrano come il 30% delle morti premature totali siano correlate con il sovrappeso e l'inattività e come un terzo delle morti per cancro dipendano da scorretta alimentazione, sedentarietà e sovrappeso. La sedentarietà è in grado di ridurre l'aspettativa di vita mediamente di 4 anni mentre praticare attività fisica anche al di sotto dei livelli raccomandati (30 minuti la maggior parte dei giorni della settimana) aumenta di 3 anni la durata della vita. Un terzo della popolazione adulta, in tutto il mondo, non fa abbastanza esercizio fisico e questo scorretto stile di vita è correlato con la morte di oltre 5,3 milioni di persone all'anno in tutto il mondo, pari a circa un decimo delle morti totali. La sedentarietà deve quindi essere trattata come un'emergenza, la sfida globale è chiara: "rendere l'attività fisica una priorità della sanità pubblica". Le campagne di promozione dell'attività fisica devono essere efficacemente rinforzate, monitorando la diffusione della sedentarietà, agendo sui diversi gruppi di popolazione e anche sui suoi determinanti ambientali, sia di tipo sociale che urbanistico e potenziando le campagne informative e gli investimenti economici a favore degli stili di vita sani.

Nel 2013 la conferenza di Vienna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su malattie croniche e stili di vita ha fatto il punto sulle dimensioni del problema e soprattutto sulle politiche che è necessario mettere in atto con urgenza per raggiungere l'obiettivo di ridurre del 25% la mortalità prematura entro il 2015. In quell'occasione è stato lanciato un forte allarme sul fatto che dieta inappropriata e sovrappeso sono alla base delle principali malattie croniche, responsabili dell'80% della mortalità in Europa, mentre l'obesità sta diventando purtroppo la regola, non più l'eccezione, e gli esperti dell'OMS stimano che se la situazione non cambierà entro il 2030 in alcuni Stati europei il 90% della popolazione sarà in sovrappeso. Agli Stati membri dell'Unione Europea è stato chiesto quindi un intervento forte per tutelare, anche attraverso le politiche e la legislazione, tutta la popolazione e in particolare i bambini (intervenendo anche sul contesto scolastico a partire dalla scuola dell'infanzia) e gli anziani.

Le dimensioni del problema in Veneto

Per quanto riguarda la sedentarietà nel contesto del Veneto, i dati più recenti sono quelli rilevati nel 2013 negli adulti dai 18 ai 69 anni (Sistema di Sorveglianza "PASSI") e nei bambini delle scuole primarie relativi al 2012 (Sistema di Sorveglianza "Okkio alla Salute").

I dati PASSI hanno evidenziato in Veneto nel 2013 circa 773.000 sedentari, di cui 301.000 tra i 50 e i 69 anni, il 34% delle persone intervistate aveva uno stile di vita attivo, il 43% praticava attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 23% era completamente sedentario (25% delle donne e 22% degli uomini, con un andamento crescente con l'aumentare dell'età).

Esiste anche un gradiente legato, oltre che al sesso ed all'età, al livello socio-economico, in Veneto i sedentari sono il 17% tra i laureati e ben il 25% nelle persone con titolo di studio elementare o inferiore.

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio: è presente nel 37% delle persone con sintomi di depressione, nel 27% dei fumatori, nel 25% degli ipertesi e nel 26% delle persone in sovrappeso.

Un dato positivo è quello dell'andamento temporale della sedentarietà, che negli adulti dal 2009 al 2013 ha subito una leggera flessione (dal 25.5% al 23.4%) mentre il trend degli attivi ha avuto un aumento statisticamente significativo: una parte delle persone con piccoli cambiamenti dello stile di vita ha raggiunto i livelli settimanali di attività fisica raccomandata.

Il 38% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.

Per quanto riguarda i bambini, il sistema di sorveglianza “Okkio alla Salute” (concentrato sulle abitudini alimentari e sull’attività fisica dei bambini delle scuole primarie) ha evidenziato che nel 2012, il giorno precedente all’indagine, il 12.6% dei bambini non aveva praticato del movimento, il 24.8% aveva partecipato ad un’attività motoria curricolare a scuola, il 30.3% si era recato a scuola a piedi o in bicicletta e il 78% aveva giocato all’aperto. Anche nei bambini esiste un gradiente legato al sesso (13% di femmine non attive contro il 12.1% dei maschi) ed è stata anche analizzata l’area geografica di residenza (maggior presenza di sedentari tra i bambini di centri < 10.000 abitanti oppure > 50.000).

Quanto alle abitudini sedentarie, il 23% aveva passato 3-4 ore davanti alla TV o ai videogiochi (il limite raccomandato da diverse fonti autorevoli è di non superare le 2 ore al giorno) e il 4% addirittura 5 ore o più; questi dati sono forse sottostimati data la discontinua presenza parentale. Tali abitudini sono anche correlate al livello socio-economico della famiglia l’esposizione a più di 2 ore di TV al giorno diminuisce con l’aumentare del livello di istruzione della madre. Dal 2008 si è osservato il miglioramento di tale abitudini sedentarie non è però aumentato nel tempo il numero dei bambini che vanno a scuola a piedi o in bicicletta.

E’ stata anche analizzata nell’ambito dello studio Okkio la partecipazione della scuola all’attività motoria curricolare dei bambini: nel 67% delle scuole tutte le classi praticano le due ore previste dal curriculum, nell’1% quasi tutte ma nel 7% solo la metà delle classi e addirittura nel 25% meno della metà o nessuna. Solo il 49% delle scuole offre la possibilità di effettuare anche altre ore di attività motoria oltre alle 2 raccomandate, in orario scolastico.

Le conseguenze della sedentarietà in età evolutiva

Favorire il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell’esistenza porta all’aumento dell’aspettativa di vita in buona salute con benefici importanti a livello economico, sociale e individuale. La promozione della salute e dell’equità nella salute inizia dalla gravidanza e prosegue per tutta l’infanzia, dato che i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l’infanzia e l’adolescenza; per questo è importante il forte coinvolgimento della famiglia e soprattutto della scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell’empowerment che facilitano le scelte di salute traducendosi in benefici effettivi sulla salute.

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 che vengono ricercate tipicamente in età prescolare per sviluppare le abilità 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 molto importante per lo sviluppo infantile. I bambini che non sono capaci di esplorare il proprio ambiente di vita, anche attraverso il corpo, potrebbero in seguito trovare delle difficoltà nell’affrontare situazioni che richiedono capacità cognitive, esplorative e di scelta. Viceversa, l’inizio troppo precoce di un’attività sportiva eccessivamente strutturata e competitiva risulta negli anni dell’adolescenza uno dei fattori connessi con l’abbandono di uno stile di vita attivo.

Tra i ragazzi, soprattutto tra gli 11 e i 15 anni si osserva un declino progressivo dei livelli di attività fisica, di pari passo con l'aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto ma anche alle attività ricreative (passare molto tempo a guardare la televisione, al computer o davanti ai video giochi).

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).

Nella scuola secondaria vengono destinate all'educazione fisica 2 ore alla settimana, parte delle quali utilizzate per la formazione teorica.

Per quanto riguarda l'attività sportiva extrascolastica, negli alunni delle scuole secondarie di II° grado l'attività motoria sportiva registra un'alta percentuale di abbandono correlato con una serie di fattori ad esempio l'interferenza con lo studio, altri interessi, orari scomodi, impianti troppo lontani, allenatori e genitori troppo esigenti ecc.

Spesso 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 inoltre che i bambini e gli adolescenti che praticano regolarmente attività fisica hanno spesso i genitori (o altre figure parentali) che esercitano uno sport o che motivano i loro figli ad essere attivi. Anche il coinvolgimento delle famiglie risulta quindi fondamentale.

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.

Promuovere il movimento nell'adulto-anziano

Nella logica della promozione della salute nell'ambito del ciclo evolutivo si collocano anche le strategie volte a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute (come indicato dal programma OMS "Active and Healthy Ageing"). L'obiettivo è, naturalmente, preservare la salute il più a lungo possibile e ridurre gli anni vissuti in condizioni di disabilità, piuttosto del mero prolungamento della durata di vita. Anche da questo punto di vista, l'effetto preventivo nei confronti delle MCNT risulta particolarmente importante per gli anziani.

A tale strategia si richiamano gli interventi per favorire la partecipazione sociale e la solidarietà tra le generazioni, soprattutto al fine di sostenere l'anziano fragile nel contesto in cui vive, per ridurre la progressione verso la non autonomia e l'isolamento sociale (che bene si connettono, per esempio, con gli interventi di comunità per la promozione dell'attività fisica). In questo senso la realizzazione di interventi come i gruppi di cammino appare particolarmente utile ed efficace, in quanto consente di agire anche su questo versante oltre ad aumentare i livelli di attività fisica praticata.

Un ambito importante è inoltre quello della prevenzione delle cadute e delle fratture, per la quale il movimento risulta una delle azioni preventive più importante grazie a meccanismi multipli quali potenziamento dell'equilibrio, aumento della forza degli arti, aumento del benessere psicologico e conseguente riduzione del consumo di psicofarmaci, rimaneggiamento osseo con aumento della resistenza meccanica, riduzione del rischio cardiocircolatorio cerebrale, ecc.

I determinanti ambientali della sedentarietà

La scelta di stili di vita attivi non può essere lasciata esclusivamente agli individui, ma deve diventare una responsabilità della collettività, perché solo una adeguata strutturazione del territorio (trasporti, sviluppo del territorio, verde urbano, ambiente ecc.) e del tessuto sociale consente di aumentare i livelli di attività fisica praticati.

Le condizioni ambientali devono quindi essere pianificate ed eventualmente modificate in modo tale da facilitare l'integrazione dell'attività fisica nella vita di tutti i giorni, ad esempio promuovendo il cammino e la mobilità sostenibile e intervenendo sul contesto urbanistico. In questo senso le scelte di pianificazione territoriale sono 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 del Veneto il governo del territorio, disciplinato dalla LR 11/04, prevede un importante ruolo delle istituzioni e dei soggetti portatori di interesse 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 Piano Territoriale Regionale di Coordinamento (PTRC) e negli ambiti comunali o sovracomunali (Piano Territoriale Comunale o PTCP, Piano di Assetto del Territorio o PAT e Piano Intercomunale o PATI).

Il ruolo del sistema sanitario in questo ambito è essenziale poiché esso è:

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.

Sono attualmente presenti limitati riferimenti espliciti alla salute nei documenti preliminari dei piani territoriali e ciò impedisce di cogliere importanti opportunità preventive.

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 percentuali 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 a velocità 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 e l'integrazione.

Sedentarietà e disuguaglianze di salute

Le disuguaglianze sociali, oggi in aumento, comportano importanti ripercussioni sulla salute. E' stato osservato che le comunità più a rischio di malattia spesso sono anche quelle che usufruiscono di meno della gamma completa di servizi preventivi. Le condizioni socio economiche, gli aspetti culturali e non da ultimo il livello di istruzione incidono fortemente sulla consapevolezza e sull'efficacia delle azioni personali e collettive. Secondo la Marmot Review pubblicata nel 2008 le disuguaglianze hanno un peso rilevante nell'aspettativa di vita e in moltissime patologie croniche e fattori di rischio correlati; ad es. in Inghilterra la differenza fra chi è più povero e chi è più benestante è mediamente di 7 anni, che diventano 17 se anziché della semplice durata della vita si tiene conto solo degli anni vissuti in autonomia, in assenza di disabilità.

Ciò vale fortemente anche per gli stili di vita e la lotta alla sedentarietà. L'emergenza obesità, legata a comportamenti come passare gran parte della giornata seduti e/o mangiare in maniera inadeguata, coinvolge infatti principalmente i gruppi sociali svantaggiati, la sedentarietà è maggiormente presente nelle persone con difficoltà economiche o con basso titolo di studio e anche il sovrappeso presenta lo stesso andamento, sia negli adulti che nei bambini (dati Passi e Okkio 2012).

Nel rapporto “Health Behaviours in School-aged Children-HBSC” del 2006 sui ragazzi italiani di 11, 13 e 15 anni è stato rilevato anche che molti giovani con problemi di sovrappeso e obesità sono afflitti di conseguenza anche da scarsa autostima, scadente qualità di vita, uso di sostanze o bullismo.

Il programma interministeriale Guadagnare Salute (DPCM 4.5.2007) sottolinea fortemente la necessità di garantire l'equità per tutti i cittadini, creando condizioni sociali ed ambientali senza discriminazioni e proteggere le fasce più deboli per età e per condizioni socio-economiche.

Anche nel Veneto il problema della sedentarietà negli adulti è correlato con il titolo di studio, il livello socio-economico e l'etnia (italiana o straniera), nei bambini l'andamento dell'obesità è correlato con il livello di istruzione della madre.

I potenziali risparmi

I vantaggi di una vita attiva possono essere quantificati, così come i benefici economici per i singoli e per le comunità. Ad esempio scegliere di spostarsi a piedi o in bicicletta, limitando l'uso dell'auto, ha un impatto sui costi sanitari. Una studio del 2012 (Lancet. 2012;379:2198), ha analizzato il loro effetto su 7 malattie associate con la sedentarietà: diabete, cancro della mammella e del colon, demenza, malattie cerebrovascolari, depressione e cardiopatia ischemica. Gli autori hanno calcolato che in 20 anni, con 3,4 km di bicicletta o 1,6 di cammino al giorno, la riduzione di tali patologie nei contesti urbani porterebbe il Sistema Sanitario Nazionale inglese a risparmiare circa 17 miliardi di sterline l'anno (all'incirca l'1% del budget della sanità inglese). Questo consentirebbe di liberare fondi consistenti che potrebbero essere devoluti ad altri interventi sanitari.

Utilizzando lo strumento Heat (Health economic assessment tool for cycling and walking, <http://www.euro.who.int>) messo a punto dall'OMS, a Modena è stato calcolato che per ogni euro speso per potenziare la ciclabilità se ne risparmiano all'incirca 1.000 euro, mentre a Verona sempre mediante Heat è stato stimato che se tutti i residenti del comune percorressero ogni giorno 3 chilometri in bicicletta il risparmio in un anno per i costi sanitari diretti ed indiretti sarebbe di oltre 17 milioni di euro. Stime analoghe possono essere effettuate per gli interventi volti ad aumentare il numero di persone che camminano anziché usare l'auto.

La sanità pubblica e la collaborazione con gli altri sistemi, sanitari ed extrasanitari

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; intervenendo perché l'attività fisica entri a pieno titolo nell'agenda delle politiche sanitarie; dimostrando i benefici economici degli investimenti sull'attività fisica; integrando gli interventi sui diversi determinanti di salute. Il programma ministeriale “Guadagnare Salute” prevede esplicitamente tutto questo, a partire dall'integrazione degli interventi rivolti alla promozione dello stile di vita attivo e della sana alimentazione e al contrasto al fumo e all'alcol. Inoltre, data la fondamentale importanza dell'approccio intersettoriale, indica la necessità di promuovere l'attività fisica presso tutti gli altri settori interessati come ad esempio la scuola, le pubbliche amministrazioni, gli stakeholder privati, fornendo loro gli strumenti per facilitarne l'integrazione nelle politiche relative. Come per gli altri determinanti di salute, anche l'attività fisica non è soltanto una questione di sanità pubblica essa riguarda anche e soprattutto il benessere dell'intera comunità e la protezione dell'ambiente e rappresenta un investimento per le generazioni future. 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 tra la sanità pubblica e gli altri settori sanitari, Il “Global NCD Action Plan” dell'OMS sottolinea l'importanza delle cure primarie, essenziali per la promozione dell'attività fisica a livello individuale.

I medici di medicina generale (MMG) del Veneto sono 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 MMG in cui sono stati coinvolti 962 operatori sanitari, di cui 724 MMG, e successivamente è stata attivata una formazione a distanza su scala regionale e interregionale.

Nel corso di tali iniziative formative è stato realizzato un questionario, per testare comportamenti, conoscenze e convinzioni del MMG riguardo al tema dell'attività fisica (AF) e della sua promozione nel contesto ambulatoriale. Dalla ricerca (che ha visto coinvolti 459 MMG di 13 Ulss del Veneto) è emerso che il 44% dei medici non pratica regolarmente l'AF, principalmente a causa del poco tempo.

Il sistema di sorveglianza PASSI invece indaga sistematicamente il ruolo dell'operatore sanitario nel chiedere al paziente se pratica attività fisica e/o nel consigliargliela.

E' strategico rafforzare la collaborazione con i MMG nella promozione di uno stile di vita sano. Inoltre, data l'importanza dei primi anni di vita per l'acquisizione duratura degli stili di vita sani, è importante potenziare il dialogo con i pediatri di famiglia ed inserire azioni di promozione del movimento, anche nei confronti dei genitori, nei momenti di contatto con i servizi sanitari come ad esempio le visite pediatriche (bilanci di salute) e il counselling vaccinale.

Gli interventi efficaci

Tutti gli interventi di promozione della salute dovrebbero prevedere azioni di provata efficacia secondo le raccomandazioni nazionali e internazionali. Inoltre, per promuovere efficacemente l'attività fisica nella popolazione è indispensabile agire su due fronti: la motivazione delle singole persone a modificare i propri comportamenti e stili di vita ed i determinanti ambientali dell'attività motoria.

A questo scopo, appaiono particolarmente efficaci le campagne di comunicazione e gli interventi di supporto sociale per incrementare la rete e il capitale sociale, l'incremento delle ore di educazione fisica a scuola la pianificazione degli spazi urbani e la riduzione delle barriere all'accesso ai luoghi per praticare l'attività fisica.

Secondo l'OMS (WHO Europe, "Physical Activity and Health in Europe") 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 sostenibili,
- lavorare sull'intersectorialità.

Articolazione e durata del Piano

Il presente piano ha la finalità di promuovere l'attività motoria, sviluppando le progettualità già in essere nella Regione del Veneto nell'ottica della trasversalità e della multisettorialità. Il piano si propone lo sviluppo delle seguenti aree:

- a) interventi sulla popolazione sedentaria sana, promuovendo in setting specifici - quali quello scolastico, lavorativo e di comunità - il movimento, sia nella quotidianità che in occasioni organizzate, ivi compresi gli interventi attuati mediante il laboratorio esperienziale MuoverSi;
- b) interventi sulla popolazione con presenza di uno o più fattori di rischio o con patologie specifiche che possono trarre beneficio dal movimento, anche predisponendo percorsi di esercizio fisico strutturato;
- c) interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali,
- d) azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione che agli operatori sanitari, nell'ambito dei 3 livelli di intervento di cui ai paragrafi precedenti.

La durata del piano è di 5 anni (2014-2018) in accordo con il suo inserimento nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, nel quale trova concordanza di obiettivi e strategie.

Obiettivi del piano regionale per la promozione dell'attività motoriaObiettivo generale

Promuovere il benessere della collettività e degli individui contrastando le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) legate alla sedentarietà e in particolare: sindrome metabolica e obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie e cerebrovascolari, tumori, depressione, malattie degenerative cerebrali, malattie respiratorie croniche e patologie correlate all'invecchiamento.

Obiettivi specifici

1. Promuovere l'attività motoria e gli stili di vita sani, in relazione al ciclo di vita (Programma MuoverSi), in particolare nel contesto urbano e con un'attenzione al contrasto alle disuguaglianze,
2. Implementare lo strumento di supporto "Laboratorio esperienziale MuoverSi",
3. Promuovere l'esercizio fisico anche strutturato in persone affette da patologie specifiche,
4. Implementare lo strumento di supporto "Carta di Toronto",
5. Promuovere nella popolazione la cultura del movimento, anche attraverso l'informazione, la comunicazione e la formazione.

I programmi regionali e le principali azioni

La Regione del 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 numerose azioni sono già state effettuate al fine di raggiungere gli obiettivi sopra citati.

Nel quinquennio di durata del nuovo Piano Regionale della Prevenzione sarà necessario consolidare ed espandere le azioni in atto e disseminare gli interventi più innovativi sviluppati in anni recenti, come quelli di contrasto ai determinanti ambientali della sedentarietà e/o rivolti alle fasce socio-economicamente svantaggiate o della prescrizione dell'esercizio fisico a categorie di soggetti affetti da patologie specifiche.

Le azioni in essere saranno integrate con i programmi di contrasto degli altri fattori di rischio attivi in Veneto.

Il Piano si articola in quattro programmi, coordinati dal Settore Promozione e Sviluppo Igiene Sanità Pubblica – Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria della Regione del Veneto.

I quattro programmi sono:

1) **Programma MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinanti ambientali e al contrasto delle disuguaglianze**

Il programma prevede la realizzazione di interventi specifici per le diverse fasce d'età, la costruzione e diffusione di strumenti di intervento sui determinanti ambientali della sedentarietà e l'implementazione di strumenti per il rilevamento e il contrasto alle disuguaglianze di salute nell'ambito del movimento e degli stili di vita sani.

In Veneto oggi tutte le Aziende Ulss sono già partecipate, seppure con diversa intensità, del programma. In ogni Azienda è stato individuato un referente per questa attività presso i Dipartimenti di Prevenzione e sono in atto da molti anni progetti specifici di promozione del movimento, riguardanti le diverse fasce d'età (con iniziative quali Pedibus, altre attività nelle scuole, gruppi di cammino per anziani/adulti sani o portatori di patologie croniche non trasmissibili, ginnastica per anziani e numerose altre iniziative correlate).

Il programma si propone ora di consolidare la rete, estendere e rinforzare le attività nelle aziende più attive e coinvolgere ulteriormente anche quelle meno attive. Si propone, in particolare, di rafforzare e di rendere via via più capillari gli interventi rivolti ai determinanti ambientali (urbanistici e sociali) dell'attività fisica soprattutto rispetto le fasce di popolazione socio-economicamente svantaggiate.

Attività

(A) Il primo gruppo di interventi sarà orientato a migliorare l'autonomia e incentivare il movimento nei bambini, a partire dalla prima infanzia, e nei ragazzi e adolescenti, al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita.

L'intervento sarà principalmente mirato a promuovere e diffondere le azioni per incoraggiare il percorso verso la scuola a piedi e in bicicletta, che accresce l'autonomia negli spostamenti urbani oltre alla promozione delle attività ludico-motorie e/o sportive facilitando l'accesso agli impianti sportivi e alle aree verdi urbane ed extraurbane (target: bambini e ragazzi della scuola dell'infanzia, della primaria e della secondaria).

- Bambini in età prescolare: individuare indicazioni per buone pratiche per promuovere uno stile di vita attivo fin dai primi anni di vita, ad es. relative ai modi e tempi di abbandono dell'uso del passeggino e successivamente alla corretta educazione stradale, all'utilizzo di parchi attrezzati e spazi verdi ecc. (0-6 anni).
- Bambini della scuola primaria: espandere i pedibus e realizzare altri interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta nel percorso casa scuola e negli altri momenti della vita quotidiana, sostenere il recupero e la promozione del gioco di strada e dei giochi tradizionali italiani e stranieri (etnie prevalenti nei singoli ambiti territoriali) - laboratori per ragazzi, formazione insegnanti, lavoro con le famiglie.
- Ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado: laboratori per ragazzi, formazione insegnanti, lavoro con le famiglie, social marketing mediante i social network ed altri strumenti informatici.

(B) Il secondo gruppo di interventi mirerà ad attivare e diffondere azioni per incrementare l'attività fisica nella vita quotidiana e anche le attività organizzate per anziani e adulti-anziani, ad esempio i gruppi di cammino, allo scopo di prolungarne lo stato di autosufficienza prevenendo più a lungo possibile i disturbi correlati all'invecchiamento, rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza

fisica e cognitiva, riducendo l'incidenza degli infortuni domestici e ritardando il più possibile la comparsa di disabilità ed i costi correlati, sul piano personale, delle famiglie e degli oneri economici per la società (target: anziani e adulti-anziani).

Le principali attività saranno:

- gruppi di cammino,
- ginnastica in palestra ed altre attività per adulti e/o anziani (ballo, nuoto ecc.),
- promozione dell'utilizzo della bicicletta nella vita quotidiana e attività organizzate,
- promozione delle attività ludico-motorie e/o sportive e facilitazione dell'accesso agli impianti sportivi e alle aree verdi urbane ed extraurbane,
- palestre: lavoro in rete tra i diversi stakeholders, miglioramento della qualità delle palestre anche per renderle luoghi di promozione della salute (formazione del personale, diffusione di contenuti riguardanti l'importanza del movimento e degli stili di vita sani),
- interventi che prevedono la diffusione di comportamenti attivi (uso delle scale, mobilità attiva, movimento nei parchi),
- azioni per favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati o in assistenza domiciliare: verranno realizzate azioni mirate al recupero di abilità fondamentali, attivando programmi evidence-based di attività fisica, in collaborazione con i professionisti di riferimento, ed attivando interventi formativi rivolti al personale sanitario che si occupa di assistenza agli anziani, sia a domicilio che nelle strutture residenziali, come già previsto dalla DGRV n. 127 del 11.2.2013 (tali azioni troveranno la loro principale integrazione nell'ambito del progetto per la prevenzione degli incidenti domestici),
- incentivazione della presenza di mobility manager (MM) nelle aziende pubbliche e private (Ulss, scuole, industrie, enti) come previsto dal Decreto del Ministero dell'Ambiente del 27 marzo 1998 le imprese e gli enti pubblici con più di 300 dipendenti sono tenuti a individuare un responsabile della mobilità aziendale che intraprenda azioni finalizzate alla riduzione dell'uso del mezzo di trasporto privato individuale, agendo sui lavoratori e anche se possibile sugli utenti che accedono alle sedi dell'azienda (possibili azioni: rilevare dati sugli spostamenti dei dipendenti e degli utenti e sulle loro esigenze relativamente ai trasporti, intervenire sugli orari di entrata e uscita dei lavoratori, coordinarsi con il MM del Comune e gli altri MM delle aziende del territorio, stipulare convenzioni per i trasporti pubblici, acquistare biciclette per gli spostamenti in orario di lavoro, richiedere stalli e parcheggi protetti per le biciclette).

(C) Il terzo gruppo di interventi mirerà a realizzare e diffondere strumenti di intervento sui determinanti ambientali della sedentarietà, attraverso linee di indirizzo, intervento sulle barriere culturali e su quelle connesse con l'accessibilità (target: tutta la popolazione):

- diffusione e formazione del personale competente (settori della pianificazione territoriale, dei lavori pubblici, dei trasporti e della sanità) sulle linee di indirizzo relative alle trasformazioni urbane che promuovono e favoriscono stili di vita attivi attraverso la diffusione dei contenuti delle due ricerche sul ruolo dell'urbanistica per la promozione degli stili di vita sani: "Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute" e "Lo spazio aperto e il verde urbano"
- individuazione di altre forme di collaborazione con i Comuni secondo le necessità locali.

Ci si propone inoltre di:

- Implementare l'utilizzo di strumenti per il rilevamento e il contrasto alle disuguaglianze di salute nell'ambito del movimento e degli stili di vita sani (target: bambini, adulti e famiglie ed eventuali altri sottogruppi specifici di popolazione).
- Implementare lo strumento di supporto "Laboratorio MuoverSi" consistente in attività esperienziali nell'ambito del ciclo di vita. Il piano d'azione relativo verrà redatto successivamente alla presente delibera.

2) La prescrizione dell'esercizio fisico

Nell'ambito della promozione dell'attività motoria, raccomandazione e prescrizione rappresentano due modalità di intervento ben distinte. Quando un operatore sanitario raccomanda a qualcuno di fare attività fisica, questi può scegliere liberamente quanta farne, di che tipo, con quale intensità e quante volte. Nella prescrizione invece sono esplicitati tutti questi parametri. Diversamente dalla raccomandazione, la prescrizione è un vero e proprio atto medico e viene fatta da chi ha le competenze per farlo.

Il programma regionale vuole consolidare e diffondere la pratica della prescrizione dell'esercizio fisico a soggetti che ne possono trarre beneficio, secondo un modello a rete testato nel progetto ministeriale "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia" (DGR n.1093 del 26.7.2011) in 4 Aziende Ulss del Veneto (4 – 7 – 9 – 13). Quale ulteriore sviluppo del programma è prevista l'offerta di esercizio fisico strutturato a soggetti diversamente abili, attraverso il coinvolgimento del Comitato Italiano Paralimpico.

Attività

- A) Consolidare e allargare la rete realizzata nelle Aziende Ulss già aderenti al progetto ministeriale.
- B) Estendere ad altre aziende sanitarie della Regione del Veneto la prescrizione dell'esercizio fisico secondo i modelli sperimentati nelle Aziende Ulss 4, 7, 9 e 13. L'adesione delle Aziende Ulss al percorso di prescrizione dell'esercizio fisico prevede la realizzazione di una rete operativa che coinvolga i medici di medicina generale, gli specialisti, i servizi dell'Azienda Ulss idonei alla prescrizione dell'esercizio fisico, i centri fitness e palestre idonee ad accogliere i soggetti destinatari dell'intervento.
- C) Sperimentare la prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone diversamente abili, anche nell'ottica della valorizzazione della pratica sportiva per il benessere psico-fisico del soggetto. Si intende sperimentare nelle Aziende Ulss in cui è già attivo il percorso di prescrizione dell'esercizio fisico l'opportunità di fruire degli effetti terapeutici dell'esercizio fisico anche alla popolazione di soggetti mielolesi, noti per essere a maggior rischio di obesità, insulino resistenza e malattie cardiovascolari rispetto alla popolazione generale. Tale sperimentazione è attuata in collaborazione con il Comitato Italiano Paralimpico – Regione Veneto, a cui è affidato anche il compito di essere testimone e di valorizzare lo sport come valore imprescindibile per il benessere psico-fisico di tutti gli individui.

Per il 2014 è previsto il sostegno all'Unione Italiana Lotta alla distrofia muscolare – sezione di Treviso. E' previsto, altresì, il coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione per valutare l'eventuale esistenza di percorsi per eseguire programmi di esercizio fisico non strutturato fruibile da parte dei soggetti diversamente abili (percorsi vita, sentieri/piste ciclopedonali adeguati ecc).

3) Sviluppo della Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata

Si propone un programma di intervento che sceglie come destinatari le figure comunitarie a cui è attribuibile un ruolo di stakeholder, ovvero coloro che, come rappresentanti di Istituzioni od Organizzazioni, possono adottare politiche e misure per impiegare risorse, contrastare barriere, aumentare la potenza e la credibilità dei messaggi e facilitare l'accesso all'utenza, che rimane, tuttavia, il destinatario finale degli interventi.

Il coinvolgimento di portatori di interesse appartenenti ad ambiti diversi, comprese le associazioni di promozione sociale capillarmente presenti nel territorio, dovrebbe facilitare il raggiungimento anche di fasce di popolazione più difficilmente coinvolgibili con canali standard.

In particolare, per il tema “attività fisica” questa visione è supportata da quanto emerge dal recente documento internazionale, la “Carta di Toronto” e dal suo documento integrativo ‘I migliori investimenti per l’Attività Fisica’, un documento a complemento alla Carta di Toronto per la Attività Fisica: chiamata ad una azione globale (febbraio 2011).

Il significato di costituire una rete, oltre a rappresentare una possibilità per ottimizzare azioni e risorse tra stakeholder è anche quello di acquisire maggior forza nel comunicare al cittadino l’importanza dell’attività motoria come mezzo per mantenere la salute, enfatizzando l’impegno comune (pur nelle rispettive peculiarità).

I livelli di intervento su cui ci si propone di generare effetti sono quindi:

- livello politico-sociale (rete di stakeholder),
 - gruppi di popolazione afferente a particolari stakeholder (es. associazioni),
- ed a cascata le comunità come target delle azioni della rete.

Gli effetti a breve termine del progetto sono identificati nell’empowerment dei diversi stakeholder. Nel lungo termine, grazie a questo risultato e alla maggiore efficienza e risonanza di azioni condotte assieme da più portatori di interesse, si ritiene di poter aumentare le competenze di intere comunità sul tema attività motoria, aumentandone la rilevanza nella vita quotidiana.

Modalità

- Formazione agli operatori Ulss su strategie e contenuti di advocacy per la promozione della salute.
- Formazione su tecniche di progettazione partecipata, valutazione e facilitazione.
- Sostegno all’avvio delle reti locali – comunità di pratica.
- Monitoraggio e valutazione dell’attività.

4) Comunicazione e informazione alla popolazione e formazione degli operatori

Un piano di promozione del movimento per essere efficace non può, ovviamente, prescindere da una particolare attenzione alle azioni di comunicazione e informazione, rivolte sia ai diversi sottogruppi di popolazione che agli operatori sanitari, nell’ambito dei diversi livelli di azione descritti ai paragrafi precedenti.

Si tratta di interventi massicciamente presenti già nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, che ha realizzato numerose iniziative per la promozione del movimento (sito web, newsletter, eventi promozionali, campagna regionale “Allena l’equilibrio”, realizzazione di materiali per le scuole ecc.).

Nell’ambito del presente piano tali strumenti e campagne di comunicazione verranno ulteriormente consolidati ed ampliati, anche mediante la realizzazione di un sito web dedicato del programma MuoverSì, la prosecuzione ed ampliamento della newsletter regionale, la creazione di materiali divulgativi e di promozione.

A tutto questo si aggiungerà la programmazione delle necessarie iniziative di formazione per gli operatori sanitari nel counselling breve, delle scuole e degli Enti locali coinvolti a diverso titolo nella promozione del movimento, anche in collaborazione con le iniziative regionali nell’ambito del programma Guadagnare Salute.