



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-08-2017 (punto N 59)

Delibera N 903 del 07-08-2017

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore Lorenzo ROTI

Oggetto

Sviluppo di azioni a sostegno dell'invecchiamento attivo della popolazione toscana: aggiornamento indirizzi organizzativi per l'attività fisica adattata (AFA) e indirizzi per l'adozione di iniziative a supporto dell'attività fisica nella comunità. Destinazione risorse.

Presenti

VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI	STEFANO CIUOFFO
FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO	MONICA BARNI

Assenti

ENRICO ROSSI	MARCO REMASCHI	STEFANIA SACCARDI
--------------	----------------	-------------------

ALLEGATI N°2

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Indirizzi per organizzazione AFA
B	Si	Cartaceo+Digitale	Indirizzi attività fisica c omunità

STRUTTURE INTERESSATE

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE
Direzione Generale	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E BILANCIO

MOVIMENTI CONTABILI

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-26252	2013	Assegnazione	7121		90000,00
U-24136	2017	Prenotazione			90000,00

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano Nazionale Cronicità, di cui all'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 21 luglio 2016, che identifica nella partecipazione ad attività fisica e motoria uno degli elementi centrali e più efficaci da promuovere per la modifica degli stili di vita e nel contrasto ai fattori di rischio collegati alle malattie croniche ed all'invecchiamento della popolazione;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2014, ancora in vigore ai sensi dell'art. 29, comma 1 della L.R. n.1/2015, che:

- al punto 2.1.1 “Gli stili di vita e la salute” sottolinea il ruolo dell’Attività Fisica Adattata (AFA) all’interno della Sanità di Iniziativa e dà indicazioni per facilitare l’organizzazione di appropriate attività motorie anche per soggetti fragili (gruppi di cammino, passeggiate e visite guidate a piedi) e per incrementare le conoscenze dell’efficacia dei vari tipi di AFA per istruttori e operatori di palestre e discipline sportive;

- al punto 2.2.1.9 “L’Attività Fisica Adattata” afferma che la Regione opera per favorire l’accesso dei suoi cittadini all’attività motoria, sostenendo l’organizzazione di un sistema in grado di promuovere, indirizzare e accogliere le persone nelle strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva rimuovendo gli ostacoli psicologici e pratici che possono ostacolare una fruizione strutturata di pratica motoria;

Visto il Piano Regionale della Prevenzione approvato con delibera della Giunta regionale n. 693 del 25 maggio 2015 che, in particolare con i progetti n. 7 “Verso un invecchiamento attivo”, n. 13 “Nuovi percorsi della sanità d’iniziativa”, n. 18 “Attività fisica adattata – AFA” e n. 19 “Interventi di prevenzione delle cadute nell’anziano basati sulla diffusione delle metodologia Programma di Esercizi Otago”, richiama l’importanza della promozione di stili di vita attivi e del coinvolgimento del tessuto sociale ed associativo per la diffusione dei comportamenti positivi della popolazione anziana;

Vista la propria deliberazione n. 650 del 5 luglio 2016 con cui sono stati approvati gli indirizzi per l’implementazione del nuovo modello della Sanità d’iniziativa che prevede, in relazione ai diversi livelli di rischio della popolazione, anche lo sviluppo di azioni per l’adozione di corretti stili di vita orientate sia alla persona che alla comunità;

Atteso che nel suddetto provvedimento vengono sottolineati in particolare:

- il ruolo dell’attività fisica quale fattore di comprovata efficacia nella riduzione dei fattori di rischio in ciascuno dei livelli individuati;

- l’importanza del progetto “Interventi di prevenzione delle cadute nell’anziano basati sulla diffusione delle metodologia Programma di Esercizi ‘Otago’”, già inserito nel Piano Regionale di Prevenzione e approvato con DGR n. 878 del 14 settembre 2015;

Sottolineato inoltre che in relazione ai soggetti a basso rischio cardiovascolare (target C) vengono fornite specifiche indicazioni per:

- facilitare la costruzione di reti di opportunità, che sviluppino a vari livelli – Regione, ASL, Zona – Distretto/SdS, Dipartimento di Prevenzione – interventi di promozione della salute e suoi

determinanti, con la eventuale partecipazione di comuni, scuola, imprese, organizzazioni di volontariato, ecc.

- collocare il livello proprio di programmazione, sviluppo e coordinamento operativo delle iniziative nella Zona-Distretto/SdS;

- individuare lo strumento di programmazione delle azioni coerenti nel Piano Integrato di Salute;

Evidenziato che la Toscana è stata riconosciuta come Reference Site nell'ambito del Partenariato Europeo per l'innovazione a supporto dell'invecchiamento sano e attivo (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP on AHA) e che ciò è stato possibile in particolare per la valorizzazione dei risultati della Sanità di iniziativa e dei programmi di Attività Fisica Adattata, nonché delle potenzialità di tali interventi in termini di prevenzione;

Sottolineato che lo status di Reference Site offre, all'interno delle collaborazioni Europee, una opportunità di ulteriore sviluppo delle azioni già intraprese;

Richiamata la delibera n. 595 del 30 maggio 2005 con cui è stata formalmente avviata l'Attività Fisica Adattata (AFA) in Regione Toscana;

Vista la DGR n. 459 del 3 giugno 2009, con cui è stata regolata la modalità di attuazione della Attività Fisica Adattata in Regione Toscana;

Vista la DGR n. 1418 del 27 dicembre 2016 con la quale sono state date indicazioni per lo sviluppo di interventi per l'invecchiamento attivo della popolazione e sono stati aggiornati i protocolli di esercizi per l'AFA, individuando il "Protocollo di esercizi per persone con autonomia funzionale conservata" ed il "Protocollo di esercizi per persone con ridotta competenza funzionale" quali riferimenti per gli istruttori degli erogatori dell'attività;

Precisato che i suddetti protocolli sono integrati con il protocollo di esercizi Otago di cui alla sopra citata delibera n. 878/2015;

Atteso che la medesima DGR n. 1418/2016 dà mandato alle competenti strutture della Giunta regionale di aggiornare gli indirizzi contenuti nell'allegato A della sopra citata DGR n. 459/2009 in riferimento ai provvedimenti regionali e nazionali intervenuti dalla sua approvazione e ai positivi risultati organizzativi e sociali raggiunti nell'anno 2016 (1.877 corsi per bassa disabilità e 185 per alta disabilità, a cui hanno partecipato oltre 30.000 cittadini anziani, svolti in 876 punti di erogazione distribuiti in 237 Comuni della Regione con una copertura territoriale dell'85%);

Ricordato inoltre che l'Attività Fisica Adattata:

- non costituisce attività sanitaria riabilitativa, ma di mantenimento e di prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile, come precisato anche dal "Piano di indirizzo per la riabilitazione", approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome nella seduta del 10 febbraio 2011 e recepito dalla Giunta regionale con propria delibera n. 300/2012;

- non necessita di certificazione preventiva ai fini della partecipazione ai corsi, come precisato dal parere n. 37/2015 del Consiglio Sanitario Regionale, recepito con DGR n. 677 del 25 maggio 2015;

Dato atto che, in attuazione del mandato di cui alla DGR 1418/2016, è stato costituito presso il Settore Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità un gruppo di lavoro, composto da diversi professionisti indicati dalle aziende del SSR;

Visto il documento di cui all'allegato A "Indirizzi per l'organizzazione dell'attività fisica adattata (AFA)", elaborato dal suddetto gruppo di lavoro;

Stabilito di approvare il documento di cui all'allegato A "Indirizzi per l'organizzazione dell'attività fisica adattata (AFA)", parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente l'allegato A) della DGR n. 459/2009;

Ritenuto necessario mantenere attivo il sistema di monitoraggio sull'implementazione dell'Attività Fisica Adattata sul territorio regionale tramite l'invio da parte delle aziende USL di un report relativo all'attività svolta nell'anno precedente all'interno delle singole Zone – Distretto/SdS al competente settore della Giunta regionale, entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;

Ritenuto altresì opportuno che le attività svolte a supporto dell'invecchiamento attivo, compresa l'AFA, siano oggetto della valutazione delle performance delle aziende sanitarie e delle Zone-Distretto/SdS e che pertanto si debba procedere, in accordo con il Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, ad un aggiornamento degli indicatori relativi;

Richiamata la raccomandazione dell'OMS, che sottolinea la necessità che l'attività fisica segua specifici requisiti e regole, essendo dimostrato che la frequenza, la durata, l'intensità, il tipo e la quantità totale di attività fisica, sono caratteristiche che determinano congiuntamente la sua efficacia nella tutela della salute dell'individuo, nella prevenzione degli stati invalidanti e nell'efficacia delle stesse cure;

Ritenuto pertanto opportuno definire un modello di riferimento per l'implementazione di programmi di partecipazione all'attività fisica da parte della popolazione adulta ed anziana, volto a supportare la progettazione a livello locale di iniziative per la comunità, come la realizzazione di percorsi pedonali strutturati, garantendo riferimenti standardizzati (in termini di frequenza, durata, intensità e quantità totale dell'esercizio) per l'autogestione efficace dell'attività fisica;

Valutato che la progettazione di percorsi pedonali strutturati possa rappresentare una evoluzione ed una valorizzazione delle esperienze di "gruppi di cammino" già diffuse sul territorio regionale, permettendo di abbinare alla funzione di aggregazione e riappropriazione sociale degli spazi urbani tipica di tali gruppi anche una dimostrata efficacia in termini di salute;

Dato atto che è in corso di approvazione un nuovo schema di accordo di collaborazione tra Regione Toscana e ANCI Toscana in cui si definisce, fra altro, l'impegno degli Enti locali nelle politiche di supporto all'invecchiamento attivo;

Visto il documento di cui allegato B, "Indirizzi per l'organizzazione di azioni a supporto dell'attività fisica nella comunità", che fornisce indicazioni alle aziende per la progettazione di interventi a livello locale, evidenziando il ruolo delle tecnologie dell'informazione e comunicazione come fattore di stimolo per i partecipanti alle iniziative, oltre che di monitoraggio sulla adesione e sugli effetti della attività, tenendo conto degli indirizzi di organismi competenti in ambito sanitario a diversi livelli e delle indicazioni presenti in letteratura in tema di invecchiamento attivo;

Ritenuto pertanto di approvare gli "Indirizzi per l'organizzazione di azioni a supporto dell'attività fisica nelle comunità" di cui all'allegato B, parte integrante della presente delibera, che contiene anche indicazioni alle aziende USL per la definizione e presentazione dei progetti;

Ritenuto che l'adozione su larga scala di un simile modello sia pienamente coerente con gli obiettivi che la Toscana ha assunto come Reference Site nell'ambito del Partenariato europeo per

l'innovazione a supporto dell'invecchiamento sano attivo (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP on AHA);

Ritenuto opportuno avviare la sperimentazione del suddetto modello a partire da tre Zone-Distretto/SdS per ciascuna azienda USL, destinando a tal fine una somma di € 60.000,00 ad azienda USL, per un totale di € 180.000,00, assegnando per l'importo di Euro 90.000,00 all'impegno ex lege n. 7121/2013 assunto a fronte del decreto dirigenziale 6167/2013 sul capitolo 26252 "Programmi di telemedicina" del bilancio di previsione 2017, gestione residui e per l'importo di Euro 90.000,00 a valere sulle risorse libere del capitolo 24136 del bilancio 2017;

Ritenuto inoltre che le azioni a supporto dell'invecchiamento sano e attivo della popolazione richiedano anche il sostegno di una adeguata campagna di informazione e di promozione che contribuisca a sensibilizzare la cittadinanza rispetto a uno stile di vita attivo, quale "valore culturale" facilitante l'adozione di comportamenti corretti per i quali sono evidenziate le ricadute positive in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione e di riduzione del ricorso ai servizi sanitari e conseguentemente della spesa;

Ritenuto pertanto di avviare nell'anno 2018 una campagna regionale di informazione rivolta alla popolazione adulta ed anziana avente come oggetto la promozione dell'invecchiamento sano ed attivo, rimandando l'inserimento di tale attività nel Piano della comunicazione 2018 della Giunta regionale che sarà successivamente approvato;

Precisato che la promozione dei contenuti della campagna avverrà anche attraverso il coinvolgimento degli attori territoriali interessati;

Vista la L.R. 90 del 27/12/2016 "Bilancio di previsione finanziario 2017 – 2019";

Vista la DGR n. 4 del 10/01/2017 "Approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario 2017-2019 e del bilancio finanziario gestionale 2017-2019",

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1.di approvare il documento di cui all'allegato A "Indirizzi per l'organizzazione dell'attività fisica adattata (AFA)", parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente l'allegato A della DGR n. 459/2009;

2.di mantenere attivo il sistema di monitoraggio sull'implementazione dell'Attività Fisica Adattata sul territorio regionale, tramite l'invio da parte delle aziende USL di un report relativo all'attività svolta nell'anno precedente all'interno delle singole Zone – Distretto/SdS al competente settore della Giunta regionale, entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;

3.di stabilire che le attività svolte a supporto dell'invecchiamento attivo, compresa l'AFA, siano oggetto della valutazione delle performance delle aziende sanitarie e delle Zone-Distretto/SdS e che pertanto si debba procedere, in accordo con il Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, ad un aggiornamento degli indicatori relativi;

4.di approvare gli “Indirizzi per l’organizzazione di azioni a supporto dell’attività fisica nelle comunità”di cui all’allegato B, parte integrante della presente delibera, quale modello di riferimento per l’implementazione di programmi di partecipazione all’attività fisica da parte della popolazione adulta ed anziana, volto a supportare la progettazione a livello locale di iniziative per la comunità, contenente anche indicazioni alle aziende USL per la definizione e presentazione di specifici progetti;

5.di avviare la sperimentazione del suddetto modello a partire da tre Zone- Distretto/SdS per ciascuna azienda USL, destinando a tal fine una somma di € 60.000,00 ad azienda USL, per un totale di € 180.000,00, assegnando per l’importo di Euro 90.000,00 all’impegno ex lege n. 7121/2013 assunto a fronte del decreto dirigenziale 6167/2013 sul capitolo 26252 “Programmi di telemedicina” del bilancio di previsione 2017, gestione residui e per l’importo di Euro 90.000,00 a valere sulle risorse libere del capitolo 24136 del bilancio 2017;

6.di avviare nell’anno 2018 una campagna regionale di informazione rivolta alla popolazione adulta ed anziana avente come oggetto la promozione dell’invecchiamento sano ed attivo, rimandando l’inserimento di tale attività nel Piano della comunicazione 2018 della Giunta regionale che sarà successivamente approvato;

7.di dare mandato al competente settore della Giunta regionale di adottare ogni provvedimento necessario a dare attuazione a quanto previsto dal presente atto.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell’art.18 della l.r. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
LORENZO ROTI

Il Direttore
MONICA PIOVI

INDIRIZZI PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA)

1. Premessa

L'Attività Fisica Adattata (AFA) in Regione Toscana rappresenta una modalità consolidata e riconosciuta valida nella risposta ai bisogni delle condizioni di cronicità, come dimostrato dai significativi risultati conseguiti nell'anno 2016 (1877 corsi per bassa disabilità e 185 per alta disabilità, a cui hanno partecipato oltre 30.000 cittadini anziani, svolti in 876 punti di erogazione distribuiti in 237 (85%) Comuni della Regione.

Nel 2016 i programmi AFA e Sanità di Iniziativa sono stati approvati come buone pratiche dalla Commissione Europea e la Regione Toscana è stata riconosciuta "Reference site" (2 stelle) nell'ambito del programma "European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing". In questo contesto, RT aderisce alla Synergy 7 denominata "Impact of Community-based Program on Frailty Prevention and Frailty Mitigation (ICP – FPM)" finalizzata alla condivisione e validazione di strumenti per la valutazione dell'impatto di programmi di intervento territoriali per prevenire/mitigare la fragilità nel cittadino anziano impegnandosi, fra altro, a collaborare nella validazione dello strumento Short Functional Geriatric Evaluation (SFGE).

Questi risultati sono il frutto di una attenta azione di programmazione regionale e locale che ha sostenuto la diffusione ed il consolidamento dell'AFA sul territorio toscano: il presente aggiornamento degli indirizzi organizzativi è ritenuto necessario per potenziare ulteriormente le azioni di supporto all'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della nuova visione della gestione della cronicità promossa dalla Sanità di iniziativa.

Per Attività Fisica Adattata (AFA) si intendono programmi di esercizio per persone con problemi cronici di salute, svolti in gruppo ed indirizzati alla acquisizione di stili di vita attivi e alla prevenzione o mitigazione della disabilità.

L'AFA rientra nell'ambito degli obiettivi individuati dal SST per la Sanità di Iniziativa e tra le azioni di promozione dell'Invecchiamento attivo.

L'AFA è promossa dalle Aziende USL nell'ambito del Piano Integrato di Salute (PIS) ed è programmata e gestita dalle Zone-Distretto/SdS.

Le Aziende USL, di concerto con le proprie Zone-Distretto/SdS, approvano con proprio Regolamento le modalità organizzative adottate per il perseguimento degli obiettivi definiti a livello regionale e recepiti a livello di programmazione locale.

L'AFA è articolata in tre differenti programmi di esercizi, ciascuno dei quali dà risposte a cittadini con differenti livelli di capacità funzionale:

- A. AFA per soggetti con autonomia funzionale conservata (all.A DGRT 1418/16)
- B. AFA Otago, per soggetti con autonomia funzionale conservata e a rischio di caduta (DGRT 878/15)
- C. AFA per soggetti con ridotta competenza funzionale (all.B DGRT 1418/16)

L'attività può essere erogata presso palestre, piscine o altre strutture non sanitarie, di proprietà di privati, di istituzioni o di associazioni, come specificato al successivo punto 4.

Nell'ambito dei tre livelli di capacità funzionale sopra indicati possono essere definiti ulteriori protocolli di esercizi, da svolgersi sia in palestra che piscina, per bisogni individuati nella popolazione anche sulla base della stratificazione del rischio prevista nella DGR n.650/2016.

2. Articolazione organizzativa e responsabilità

L'organizzazione dell'AFA è gestita all'interno delle Zone-Distretto/SdS in riferimento al Regolamento approvato a livello aziendale. I Regolamenti aziendali devono prevedere la presenza di un Coordinamento strategico aziendale e di un coordinamento operativo all'interno di ciascuna Zona-Distretto/SdS. In essi sono definite le relazioni fra le strutture aziendali coinvolte, le modalità di utilizzo delle risorse coinvolte e del funzionamento del nucleo operativo, i rapporti con gli erogatori, le modalità di raccolta dati e di monitoraggio dell'attività.

I risultati dell'attività concorrono alla valutazione del Direttore Generale e del Direttore di Zona/Distretto.

Responsabile dell'attività è il Direttore della Zona-Distretto/SdS.

Il Coordinamento strategico aziendale è costituito dai rappresentanti delle strutture organizzative coinvolte nella Sanità di iniziativa e negli obiettivi di promozione dell'invecchiamento attivo della popolazione:

- Direzione di Zona/distretto
- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento di Medicina Generale
- Dipartimento delle specialità Mediche
- Dipartimento della Riabilitazione
- Dipartimento della Prevenzione
- Dipartimento Tecnico Sanitario, prevenzione , riabilitazione .
- Dipartimento Infermieristico e ostetrico.

Al Coordinamento strategico aziendale sono assegnati i seguenti compiti:

- Definizione degli obiettivi annuali della Azienda USL e delle Zone-Distretto/SdS.
- Supporto alla formulazione dei PIS in merito alle azioni di supporto all'invecchiamento attivo, compresa l'AFA.
- Valutazione della performance e proposta azioni di miglioramento della diffusione dell'offerta e l'adesione della popolazione target.
- Promozione della formazione del personale del SSR e degli erogatori, impegnato nell'attività.
- Individuazione delle tariffe di partecipazione ai corsi.
- Promozione , definizione ed approvazione di ulteriori programmi di esercizio AFA per per bisogni individuati nella popolazione anche sulla base della stratificazione del rischio prevista nella DGR n.650/2016.
- Individuazione delle soluzioni per favorire la partecipazione ai Corsi anche tramite eventuali accordi per il trasporto delle persone.
- Promozione delle attività di studio, validazione e ricerca in merito all'attività.

Il Coordinamento operativo zonale è l'organismo operativo formalmente costituito in ogni Zona-Distretto/SdS che si avvale, in analogia con il livello aziendale, dell'apporto delle competenze professionali ed organizzative coinvolte sull'obiettivo.

L'articolazione ed il funzionamento del coordinamento operativo tengono conto, sotto il punto di vista organizzativo e della distribuzione territoriale, delle specificità zonali ai fini della facilitazione dei contatti da parte degli utenti e delle relazioni con gli erogatori.

Si avvale di un nucleo operativo composto, di norma, da risorse dedicate dei Servizi di Riabilitazione, per lo svolgimento dell'attività di valutazione finalizzata all'inserimento nei gruppi e per le funzioni di ricordo e verifica degli erogatori.

- Al Coordinamento operativo zonale sono assegnati i seguenti compiti:

- Coordinamento dell'organizzazione dell'attività a livello di Zona-Distretto/SdS.
- Inserimento dei soggetti destinatari nei gruppi di attività in relazione alla verifica delle competenze funzionali e alla distribuzione dell'offerta.
- Raccolta ed elaborazione dei dati anagrafici e demografici dei partecipanti per gli obblighi informativi previsti.
- Verifica dello svolgimento dell'attività in relazione ai criteri e alle modalità stabilite.
- Individuazione delle azioni di collegamento fra e con le strutture sanitarie favorevoli all'inserimento nei programmi.
- Promozione delle iniziative per l'adesione della popolazione target.
- Individuazione dei soggetti competenti per l'erogazione dell'attività.
- Organizzazione delle riunioni periodiche con gli erogatori.

3. Accesso

Partecipano all' Attività Fisica Adattata persone, stabili dal punto di vista clinico e che non presentano controindicazioni specifiche alla partecipazione all'AFA, individuati :

- dai MMG e/o dai Medici specialisti sulla base della conoscenza che gli stessi hanno dello stato di salute dei loro assistiti;
- dai Servizi di Riabilitazione, in base alla valutazione conclusiva del ciclo di trattamento previsto per i percorsi di riabilitazione 2 e 3 della DGR n° 595/2005 ;
- dai Servizi Sanitari territoriali nell'ambito delle azioni di educazione alla salute e supporto all'invecchiamento attivo previsti dalle DGR . n 650/2016;

L'inserimento dei partecipanti nei gruppi di Attività Fisica Adattata avviene da parte del nucleo operativo zonale sulla base della stratificazione delle capacità funzionali presenti attraverso l'utilizzo di test di valutazione delle capacità funzionali e del dolore, della presenza in anamnesi di storie di cadute.

È raccomandato l'utilizzo delle scale di valutazione funzionale Short Physical Performance Battery (SPPB) e Six Minuts Walking Test (6MWT) e di misurazione del dolore secondo le procedure in uso.

È indicato l'inserimento nei gruppi di attività secondo la seguente stratificazione :

	<i>Gruppo di assegnazione</i>	<i>Test utilizzati e criteri</i>
A	Gruppo persone con autonomia funzionale conservata	SPPB = 9-12 ; dolore = da assente a moderato
B	Gruppo OTAGO per la prevenzione delle cadute nell'anziano	SPPB = 6-8; dolore = da assente a moderato storia di cadute.
C	Gruppo persone con ridotta competenza funzionale	SPPB = ≤5 ; dolore = da assente a moderato 6MWT = distanza percorsa >110 metri (con o senza ausilio per la deambulazione ma senza aiuto di altra persona)

L'accesso all'Attività Fisica Adattata (AFA), così come definita dalle delibere della Giunta Regionale n. 595 del 30 maggio 2005, n. 459 del 3 giugno 2009, n.677 del 25 maggio 2015 e n. 1418 del 27 dicembre 2016, non richiede la presentazione di una specifica certificazione medica in quanto la stessa attività mantiene le caratteristiche di esclusione dalla certificazione previste dal Decreto di Ministero della Salute del 8 agosto 2014, indipendentemente dalla natura dei soggetti erogatori.

4. Strutture erogatrici e sedi

Gli erogatori sono soggetti profit e no-profit vocati all'attività motoria e ludico-sportiva. Possono candidarsi alla gestione dei corsi AFA anche le Associazioni di volontariato che assicurino i requisiti di tipo professionale e strutturale previste per il corretto svolgimento delle attività

Viene raccomandata la molteplicità degli erogatori in modo da garantire una capillare distribuzione delle palestre, piscine o altre strutture sul territorio.

Ogni erogatore esplicita in un documento di adesione di conoscere ed osservare quanto stabilito nei regolamenti aziendali. In particolare ogni erogatore si fa garante dei requisiti e dell'adesione dei propri istruttori ai programmi di esercizio concordati. Il firmatario del modulo di adesione si fa garante altresì della sicurezza, della pulizia e dell'igiene delle palestre, piscine o altre strutture utilizzate per lo svolgimento dell'attività.

Alle strutture erogatrici è richiesto il possesso dei requisiti igienico-sanitari, di sicurezza e di accessibilità previsti dalle normative vigenti per gli ambienti frequentati dal pubblico, con particolare attenzione, per lo svolgimento delle attività per soggetti con ridotta competenza funzionale, alla accessibilità da parte delle persone con disabilità.

Per una maggiore distribuzione sul territorio, è possibile l'utilizzo di ambienti primariamente deputati ad attività di socializzazione se conformi alla normativa vigente in materia di igiene e sicurezza. L'attività può essere erogata presso palestre, piscine o altre strutture non sanitarie, di proprietà di privati, di istituzioni o di associazioni.

L'attività AFA può essere inoltre svolta all'interno di strutture residenziali territoriali, quali ad esempio le RSA, per programmi che vedano coinvolti anche le persone residenti.

La regolamentazione dei rapporti con le strutture che svolgono attività sanitaria per l'inserimento di programmi AFA è demandata ai regolamenti aziendali. I regolamenti devono prevedere la distinzione netta fra le attività sanitarie e l'AFA.

In nessun caso i programmi AFA possono essere condotti all'interno di strutture ospedaliere.

5. Istruttori

I professionisti competenti all'erogazione dell'AFA sono i laureati in Scienze Motorie e Diplomi ISEF o laureati in Fisioterapia (Linee Guida regionali per la promozione della salute attraverso le attività motorie). Ogni istruttore dichiara di attenersi ai protocolli di esercizio definiti nei provvedimenti.

Gli istruttori devono dimostrare la partecipazione ad attività di aggiornamento specifico sulla conduzione dei gruppi AFA. Il Coordinamento strategico aziendale predisponde i piani di aggiornamento per il personale impegnato individuando i contenuti e condividendo con gli erogatori le modalità di partecipazione e la frequenza degli aggiornamenti.

Gli istruttori possono essere titolari della struttura.

I Regolamenti aziendali possono riconoscere la titolarità alla conduzione dei gruppi agli istruttori, impegnati nella conduzione degli stessi, da almeno 6 mesi al momento della approvazione della DGRT 459/2009

6. Tariffe di partecipazione

La partecipazione ai Corsi è subordinata al pagamento di una quota di iscrizione a carico del partecipante.

La quota di iscrizione ai corsi è definita dal Regolamento Aziendale in relazione alla tipologia di ciascun Corso AFA (A, B, C, piscina) in accordo con le Associazioni degli utenti e gli erogatori, ed è valida per tutte le sedi di erogazione nel territorio aziendale. La quota viene definita avendo l'obiettivo di favorire la massima partecipazione e sostenibilità reciproca per i partecipanti e gli erogatori.

I costi di trasporto sono a carico dei partecipanti. Possono altresì essere ricercate nella comunità forme di sostegno per il trasporto da parte degli erogatori, dalle associazioni del

volontariato o dalle istituzioni locali, i cui costi non sono comunque a carico, anche solo parziale, delle aziende USL e SdS.

Ogni erogatore deve stipulare un'assicurazione contro eventuali infortuni il cui premio annuale è a carico del partecipante.

7. Informazioni e promozione dell'AFA

Con l'obiettivo della massima diffusione possibile, l'attività AFA viene promossa, da parte delle Aziende USL e delle Zone-Distretto/SdS, con azioni specifiche rivolte ai professionisti e strutture sanitarie, agli erogatori e alla popolazione destinataria.

I Regolamenti aziendali, l'elenco degli erogatori e delle sedi, i protocolli adottati ed ogni altra documentazione ritenuta utile, devono essere pubblicati sui siti aziendali per assicurare la massima diffusione delle informazioni. Analogamente vanno utilizzate le potenzialità di comunicazione proprie dei "social network".

Materiale divulgativo, quali depliant e/o manifesti, dovrebbe essere reso disponibili presso i presidi sanitari e gli Enti Locali per assicurare una informazione continua nel tempo. Sono ritenuti strategici gli ambulatori dei MMG, le sedi delle AFT e delle Case della salute, i presidi di Riabilitazione.

Sulla base della esperienza maturata nel corso degli anni assumono particolare valenza la presenza in eventi pubblici organizzati per la promozione della Salute ed in particolare la promozione delle specifiche iniziative conosciute come "AFA DAY" quale occasione di dimostrazione dell'attività e di promozione per gli stessi erogatori.

Regione Toscana promuove la diffusione dell'AFA con campagne dedicate e attraverso l'utilizzo dei siti istituzionali anche con la previsione di aree informative specifiche.

8. Monitoraggio dell'attività e valutazione degli outcome

Gli erogatori inviano un report semestrale al coordinamento operativo zonale, competente per area, contenente i corsi attivi, il numero dei partecipanti, eventuali eventi avversi (avvenuti durante la seduta di esercizio e nei locali della struttura) che abbiano richiesto intervento sanitario, commenti e suggerimenti sintetici degli utenti, richieste di revisione dei programmi.

Entro la fine del mese di Febbraio le Aziende USL inviano alla Regione Toscana un report, predisposto sulla base di indicazioni regionali, relativo all'attività svolta nell'anno precedente all'interno delle singole Zone/Distretto.

Per valutare l'efficacia e la sicurezza dei programmi di esercizio la Regione Toscana ha già promosso programmi di ricerca in alcune Aziende (DGR 367/2006, DGR 265/2007) con la consulenza scientifica dell'Università degli Studi di Firenze e con la supervisione dell'Istituto Superiore di Sanità e del National Institutes of Health (USA). I risultati degli studi hanno contribuito, assieme alla significativa espansione della partecipazione dei cittadini, al riconoscimento dell'AFA come approccio innovativo nelle politiche per la popolazione anziana e con disabilità e alla sua replica in altri contesti regionali e negli USA.

In continuità con questo impegno, con DGRT n.299 del 27-03-2017 "Attività Fisica Adattata: Approvazione Progetto "Definizione di un set minimo di indicatori per la valutazione del programma AFA e definizione di un programma educativo per gli istruttori", è stato avviato il Progetto di Ricerca Outcome di salute e aderenza nei programmi AFA in Regione Toscana (PROAFA), che riguarda inizialmente 9 Zone /Distretto con l'obiettivo di integrare la valutazione dei dati di partecipazione con l'analisi dell'efficacia sul piano preventivo e di impatto sulla fragilità dell'anziano.

INDIRIZZI PER L'ADOZIONE DI INIZIATIVE A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLE COMUNITÀ

L'inattività fisica è identificata a livello globale come il quarto più importante fattore di rischio per la mortalità. In molti Paesi, compresa l'Italia, l'inattività fisica e la sedentarietà riguardano una quota significativa della popolazione, con importanti ripercussioni sulla prevalenza delle malattie non trasmissibili e sullo stato di salute generale della popolazione. In Toscana riguarda il 31,7% della popolazione contro il 38,6% in Italia.

L'importanza dell'attività fisica per la sanità pubblica è sottolineata, a partire dalla raccomandazione dell'OMS, in molti documenti che mettono in risalto la necessità che essa segua specifici requisiti e regole. È dimostrato infatti che la frequenza, la durata, l'intensità, il tipo e la quantità totale di attività fisica, sono caratteristiche che determinano congiuntamente la sua efficacia nella tutela della salute dell'individuo, nella prevenzione degli stati invalidanti e nell'efficacia delle stesse cure .

Ciò significa che ai fini della tutela del benessere e della salute della persona non è sufficiente lo svolgimento di una generica attività fisica, comunque da preferire alla sedentarietà, ma che la stessa esige modalità di svolgimento e di verifica che assicurino la sua efficacia. Questi presupposti evidenziano la necessità che, accanto alle azioni di educazione alla salute, vengano create le condizioni perché le indicazioni alla pratica dell'attività fisica trovino la concreta possibilità per la loro corretta attuazione.

In questo contesto, nell'ambito della Sanità di Iniziativa, diventano significative le indicazioni per la messa in atto di azioni rivolte ai soggetti identificati nel "target C" per i quali deve essere sviluppato un sistema di supporto all'autogestione che si avvale della presenza di una rete nelle Comunità che favorisca la pratica di corretti stili di vita.

Una risposta può essere la progettazione nelle Comunità Locali di percorsi pedonali strutturati per offrire ai partecipanti riferimenti "standardizzati" per autogestire con efficacia l'attività fisica. Si tratta di pensare a percorsi collocati all'interno del tessuto urbano, caratterizzati da "stazioni" di partenza, salita, discesa e arrivo, la cui distanza ed i cui orari consentono ai singoli, o meglio ai gruppi di persone, di salire su un "convoglio pedonale" che si muove alla velocità idonea ad essere efficace sulle condizioni di salute dei partecipanti. I convogli pedonali possono essere formati da gruppi di persone omogenee per caratteristiche e capacità motorie e quindi muoversi alle diverse velocità necessarie. Una idonea segnaletica consente di regolare le modalità di svolgimento dell'attività.

Ciò consentirebbe di aggiungere valore alla positiva diffusione dei "gruppi di cammino" che possono in questo modo abbinare, alla funzione di aggregazione e riappropriazione sociale degli spazi urbani, una dimostrata efficacia in termini di salute.

Una ulteriore opportunità è data dalla possibilità di strutturare programmi di attività fisica aventi le caratteristiche di "serious games" che, in modo autonomo o complementare ad altri, contribuiscano all'adesione e alla partecipazione della popolazione alle iniziative di promozione di stili di vita attivi. Esistono in questo senso esperienze consolidate che dimostrano come una caratterizzazione ludica contribuisca a determinare un maggiore successo delle proposte nella aggregazione e nella adesione delle persone.

Svolge un ruolo particolare l'inserimento delle ICT (tecnologie di comunicazione, social network, supporti quali smartphone, tablet o sistemi di controllo dei parametri fisiologici), come fattore di stimolo per i partecipanti oltre che di monitoraggio sulla adesione e sugli effetti della attività.

L'inserimento dell'uso di ICT nei progetti, oltre a rappresentare una condizione di rafforzamento della loro efficacia, potrebbe diventare obiettivo stesso del progetto per favorire una maggiore familiarizzazione con la tecnologia da parte dei partecipanti anche in funzione della capacità di accesso ed utilizzo delle informazioni a carattere sanitario rese disponibili dallo stesso SSR.

Un supporto importante viene offerto dall'uso dei social network che consentono lo scambio delle informazioni, della programmazione e autogestione fra gli aderenti sostenendo in questo modo il consolidamento e la diffusione delle iniziative stesse. Quest'ultimo aspetto non sminuisce l'importante funzione di socializzazione che la formazione dei gruppi di cammino può svolgere, moltiplicando invece la diffusione della buona pratica nella popolazione.

Il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato è ritenuto fondamentale sia nella fase di avvio del progetto, in particolare per la funzione di *peer-education* riconosciuta come strumento di elevata efficacia nella diffusione delle pratiche di sostegno all'invecchiamento attivo, che nelle fasi di manutenzione del progetto stesso, per il monitoraggio ed aggiornamento organizzativo dell'attività.

Una azione di questo tipo non può però realizzarsi con la sola iniziativa del Sistema Sanitario ma richiede una stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali titolari della gestione del territorio. Si tratta cioè di sviluppare una strategia di *empowerment comunitario* che, coerentemente con l'approccio di Sanità di Iniziativa, favorisca la presenza di una sinergia fra azioni di promozione della salute, che coinvolgono le strutture ed i professionisti sanitari, e interventi del contesto comunitario, promossi in primo luogo dagli EELL, che facilitino l'adozione di stili di vita corretti mettendo in evidenza, nel contempo, la capacità di strutturare percorsi di supporto all'invecchiamento attivo distanziati e separati da quelli dedicati a finalità assistenziali.

Ciò è particolarmente vero per le iniziative a supporto dell'invecchiamento attivo della popolazione anche per le quali è dimostrato non solo il ritorno in termini di miglioramento delle condizioni di salute e di qualità della vita, ma la ricaduta ampiamente positiva in termini di contenimento della spesa per servizi socio-sanitari e consumo di farmaci, come conseguenza del loro minor utilizzo da parte di chi si spende nelle varie forme di invecchiamento attivo.

Indicazioni per la progettazione e la presentazione della domanda di finanziamento

Sulla base dei presenti indirizzi Regione Toscana sostiene l'avvio di una sperimentazione che prevede la presentazione da parte di ogni Azienda USL di tre progetti che, coerenti con gli obiettivi descritti ed in riferimento ai rispettivi PIS, vedano ciascuno il coinvolgimento di una Zona-Distretto/SdS in accordo con almeno un Comune di riferimento.

I progetti devono avere una durata biennale di cui almeno un anno di effettiva attività con la popolazione destinataria della iniziativa.

I progetti devono prevedere:

1. l'indicazione della Zona/Distretto che propone il progetto;
2. l'indicazione del/dei Comune/i in cui il progetto viene attuato
3. i tempi di attuazione del progetto;
4. l'individuazione, la progettazione e la strutturazione dei percorsi pedonali;
5. le modalità di coinvolgimento delle Associazioni di volontariato;
6. la formazione dei volontari;
7. la preparazione dei materiali divulgativi;
8. la progettazione e la gestione delle modalità di comunicazione con i partecipanti;
9. la previsione di utilizzo di supporti ICT ;
10. le modalità di gestione e monitoraggio dell'attività;
11. l'indicazione, se previste, di collaborazioni professionali per la gestione del progetto;
12. l'indicazione della eventuale partecipazione di partner privati;
13. il piano economico.

Sono richiesti due report di monitoraggio durante lo svolgimento del progetto:

- Intermedio: a conclusione della fase di progettazione e all'avvio della attività, contenente la descrizione delle azioni concluse e le indicazioni sulle modalità di avvio dell'attività;
- Conclusivo: al termine dei due anni di sperimentazione contenente la relazione sui risultati dell'attività , sulle ricadute osservate, sulle criticità e sulla replicabilità del progetto. Il report conclusivo deve essere accompagnato dalla rendicontazione delle spese di realizzazione del progetto presentato e finanziato.

I progetti, presentati dalla Direzione di USL, devono pervenire a: Regione Toscana, Direzione Diritto alla Salute, Settore Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità, entro il giorno **giovedì 30 novembre 2017**.

I progetti devono essere trasmessi esclusivamente in via telematica tramite casella di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo PEC istituzionale della Regione Toscana: regionetoscana@postacert.toscana.it .

Il campo "oggetto" della trasmissione telematica deve riportare la dicitura "**Settore Organizzazione delle cure e percorsi cronicità: Progetti a supporto dell'attività fisica nelle Comunità**"

Bibliografia

- World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B (editors), Geneva 2011. (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/)
- Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità. La sorveglianza Passi. Rapporto nazionale Passi 2011. (<http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/R2011Indice.asp>)
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, 2013. (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, accessed 12 June 2015)
- World Health Organization. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.
- World Health Assembly resolution. WHA 66. Geneva: 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf, accessed 12 June 2015).
- Lo stato di salute dei toscani e del Servizio sanitario regionale 2016 (<https://www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/la-salute-di/salute-dei-toscani/profilo-di-salute-dei-toscani/news/3757-salute-dei-toscani-e-profilo-sociale-della-toscana-2016-risultati-del-convegno-ars-toscana-e-osservatorio-sociale.html>)
- Rapporto crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana. Agenzia Regionale Sanità della Toscana, 2013. (https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2013/Doc_ARS_73_2013_web_abstract.pdf)
- Council of the European Union. Council recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sectors. Brussels, 2013. (http://ec.europa.eu/sport/library/documents/hepa_en.pdf, accessed 12 June 2015)
- Council of the European Union. Council conclusions on nutrition and physical activity. Brussels 2014. (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/143285.pdf, accessed 12 June 2015)
- International Society for Physical Activity and Health: Global Advocacy for Physical Activity. The Toronto Charter for Physical Activity: a Global Call for Action. 2010. (<http://www.ispah.org/resources-1/>, accessed 9 May 2016)
- World Health Organization. Growing older – staying well: ageing and physical activity in everyday life. Geneva 1998. (http://www.who.int/ageing/publications/staying_well/en/)
- Individual Characteristics and **Physical Activity** in **Older Adults**: A Systematic Review. Notthoff N, Reisch P, Gerstorf D.; Gerontology. 2017 Jul 5
- The Use of Tablet Technology by **Older Adults** in Health Care Settings-Is It Effective and Satisfying? A Systematic Review and Meta Analysis. Ramprasad C, Tamariz L, Garcia-Barcena J, Nemeth Z, Palacio A.; Clin Gerontol. 2017 Jun 9:1-10.
- Investigating the **Physical Activity** Behaviors of Canadian **Adults** Over Time: Multilevel Sex and Age Group Trajectories Across Two Decades. Perks T¹.; J Phys Act Health. 2017 Jul 6:1-29.
- Mobile Device Accuracy for Step Counting Across Age Groups. Modave F, Guo Y, Bian J, Gurka MJ, Parish A, Smith MD, Lee AM, Buford TW.; JMIR Mhealth Uhealth. 2017 Jun 28;5(6):e88..
- Changes in time spent **walking** and the risk of incident dementia in **older Japanese people**: the Ohsaki Cohort 2006 Study. Tomata Y, Zhang S, Sugiyama K, Kaiho Y, Sugawara Y, Tsuji I.; Age Ageing. 2017 May 5:1-4.
- Neighborhood walkability, physical **activity**, and **walking** for transportation: A cross-sectional study of **older** adults living on low income. Chudyk AM, McKay HA, Winters M, Sims-Gould J, Ashe MC.; BMC Geriatr. 2017 Apr 10;17(1):82.
- The accumulation of healthy lifestyle behaviors prevents the incidence of chronic kidney disease (CKD) in middle-aged and **older** males.

Michishita R, Matsuda T, Kawakami S, Kiyonaga A, Tanaka H, Morito N, Higaki Y; Environ Health Prev Med. 2016 May;21(3):129-37.



Systematic review of the validity and reliability of consumer-wearable **activity** trackers.

Evenson KR, Goto MM, Furberg RD; Int J Behav Nutr Phys Act. 2015 Dec 18;12:159.



Effect on **physical** fitness of a 10-year **physical activity** intervention in primary health care settings.

Nakamura PM, Papini CB, Teixeira IP, Chiyoda A, Luciano E, Cordeira KL, Kokubun E.; J Phys Act Health. 2015 Jan;12(1):102-8.



The effect of a community-based, primary health care **exercise** program on inflammatory biomarkers and hormone levels.

Papini CB, Nakamura PM, Zorzetto LP, Thompson JL, Phillips AC, Kokubun E.; Mediators Inflamm. 2014;2014:185707.



The effectiveness of **physical** leisure time activities on glycaemic control in **adult** patients with diabetes type 2: A Systematic Review.

Pai LW, Chang PY, Chen W, Hwu YJ, Lai CH.; JBI Libr Syst Rev. 2012;10(42 Suppl):1-20.

Physical activity: brief advice for adults in primary care. NICE,

Public health guideline, Published: 29 May 2013 (nice.org.uk/guidance/ph44)

Physical activity and the environment. NICE,

Public health guideline, Published: 23 January 2008. (nice.org.uk/guidance/ph8)



Using **empowerment theory** in **collaborative partnerships** for **community health** and **development**.

Fawcett SB et al. *Am J Community Psychol*. 1995; 23:677.