

**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](mailto: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/](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](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](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](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](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/](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 T<sup>1</sup>.; 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](http://nice.org.uk/guidance/ph44))

Physical activity and the environment. NICE,

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