

**ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA)
Documento di indirizzo**

1. **PREMESSA**
2. **LE AZIONI INTRAPRESE DALLA REGIONE TOSCANA**
3. **ATTIVITA' DI RICERCA NELLA REGIONE TOSCANA**
4. **SITUAZIONE NELLA REGIONE TOSCANA**
5. **REQUISITI FUNZIONALI**
 - 5.1 Tipologia dei programmi AFA
 - 5.2 Ruolo delle Aziende USL e delle Società della Salute
 - 5.3 Accesso
 - 5.4 Coordinamento operativo
 - 5.5 Erogatori
 - 5.6 Sedi di erogazione
 - 5.7 Istruttori
 - 5.8 Costi
 - 5.9 Programma di esercizio
 - 5.10 Formazione
 - 5.11 Controllo di qualità
 - 5.12 Ruolo della Regione e debito informativo verso la Regione

1. PREMESSA

L'acronimo AFA indica l'Attività Fisica Adattata ed ha come sinonimo l'AMA Attività Motoria Adattata.

La Regione Toscana opera per favorire l'accesso a queste attività motorie 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 impedire una fruizione strutturata di pratica motoria.

L'AFA è elemento del PSR 2008-2010, ed affianca i percorsi di salute già presenti nel territorio toscano. Promuove l'attività motoria negli stili di vita dei soggetti che presentano difficoltà a fruirne nei comuni luoghi della comunità ove essa si svolge.

Per AFA si intendono programmi di esercizi non sanitari, svolti in gruppo, appositamente predisposti per cittadini con patologie croniche, finalizzati alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità.

L'AFA è salute-orientata non malattia-orientata.

E' stato dimostrato che in molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dalla sedentarietà; essa è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità. In letteratura scientifica c'è una sufficiente quantità di dati che porta a concludere che in molte malattie croniche questo circolo vizioso può essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.

In tal senso si sono ispirati gli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali ed il PSR 2008-2010 che individua l'aumento della attività fisica regolare come obiettivo specifico in particolare nella popolazione anziana. Tale obiettivo si inquadra nella medicina di iniziativa che costituisce una delle scelte strategiche dello stesso Piano.

2 LE AZIONI INTRAPRESE DALLA REGIONE TOSCANA

Nelle "Linee guida regionali per la promozione della salute attraverso l'attività motoria", adottate dal Consiglio Sanitario Regionale nel 2005, si specifica, tra l'altro, che l'attività motoria adattata:

- non è attività sanitaria;
- è rivolta alla popolazione in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta o con riduzione delle capacità funzionali da condizioni cliniche pregresse con esiti funzionali stabilizzati;
- è svolta negli abituali contesti della comunità sociale sotto forma di attività di gruppo in luoghi deputati ad attività di socializzazione, fitness o in palestre da personale adeguatamente formato.

Con la DGR 595/2005 e successive modificazioni ed integrazioni (DGR 1081/2005 e DGR 1082/2005) la Regione Toscana ha promosso percorsi AFA per le sindromi algiche da ipomobilità, prevenzione delle fratture da fragilità ossea ed osteoporosi e per le sindromi croniche stabilizzate negli esiti con limitazione della capacità motoria. Detti percorsi sono basati su programmi di esercizio disegnati per rispondere alle specifiche esigenze derivanti dalle differenti condizioni croniche. I percorsi di AFA non sono compresi nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Regionale, pertanto il cittadino, con una propria quota, contribuisce ai costi del programma di prevenzione per la propria salute.

Con la DGR n. 1081/2005 viene preso atto dell'Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Associazioni regionali pensionati ed enti di promozione sportiva riconosciuti CONI (Allegato A); si impegnano le Aziende USL e/o le Società della Salute, ove costituite, ad intraprendere le azioni di seguito indicate:

- a) individuazione dei soggetti competenti e/o adeguatamente formati disponibili ad assicurare l'attività motoria adattata, alle condizioni economiche di cui all'accordo in allegato A;
- b) concordare con i soggetti di cui al punto a), protocolli-programmi di intervento compatibili con lo stato psicofisico dei soggetti utenti;
- c) monitorare l'attività, secondo la modulistica indicata nell'accordo in allegato A;
- d) verificare l'attuazione secondo i criteri e le modalità stabilite;
- e) informare ed indirizzare gli utenti interessati anche avvalendosi delle associazioni dei pensionati firmatarie dell'accordo in allegato A;
- f) formare ed informare gli operatori sanitari;
- g) collaborare, ove possibile, alla informazione degli addetti di cui al punto a) mettendo a disposizione i propri operatori sanitari;

Nella stessa DGR n. 1081/2005 si impegnano, altresì, le Aziende USL e/o le Società della Salute a individuare i soggetti collaboratori per l'attività motoria adattata prioritariamente fra i firmatari dell'accordo di cui all'allegato A alla delibera medesima e, successivamente, fra tutti i soggetti che forniscano uguali garanzie e modalità di erogazione definite nello stesso accordo, garantendone ampia pubblicità e conoscenza a tutti gli interessati.

3. ATTIVITA' DI RICERCA NELLA REGIONE TOSCANA

Per valutare l'efficacia e la sicurezza dei programmi di esercizio la Regione Toscana ha promosso programmi di ricerca nella AUSL di Empoli (DGR 367/2006) e nelle AUSL di Pisa, Siena, Prato ed Empoli (DGR 265/2007). Questo secondo studio, svolto con la consulenza scientifica dell'Università degli Studi di Firenze e con la supervisione dell'Istituto Superiore di Sanità e dei National Institutes of Health (USA), è iniziato nel dicembre 2007 .

L'AUSL11 di Empoli, l'ASL 5 di Pisa e la Casa di Cura "Ulivella Glicini" di Firenze partecipano inoltre allo studio "Efficacia di strategie di intervento basate sulla attività fisica in soggetti con esiti cronici di ictus cerebrale", finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del progetto Obtaining Optimal Functional Recovery and Efficient Managed Care for the Chronic Stroke Population (convenzione N. 530/F20/2). Anche questo studio è condotto in collaborazione con Istituto Superiore di Sanità e i National Institutes of Health (USA) all'interno del Memorandum of Understanding del 2003 fra il Department of Health and Human Services USA ed il Ministero della Salute Italiano e avrà termine nel 2009. I risultato della prima fase dello studio sono stati presentati nel convegno "L'Attività Fisica Adattata nella fase cronica dell'Ictus Cerebrale: un Modello per il Sistema Sanitario Nazionale" tenutosi il 9 febbraio 2007 presso la sede dell'Assessorato Diritto alla Salute della Regione Toscana.

L'esperienza innovativa della Toscana ha destato interesse in altre Regioni italiane dove sono iniziate esperienze di AFA ed in particolare Piemonte, Friuli Venezia-Giulia, Umbria, Lazio, Basilicata, Veneto, Lombardia.

4. SITUAZIONE NELLA REGIONE TOSCANA

I programmi AFA hanno avuto un rapido sviluppo in tutte le Aziende USL della Regione Toscana utilizzando sinergie con le professioni ed associazioni vocate alla promozione della salute ed alla attività sportiva presenti nel territorio. Nei primi 2 anni di sperimentazione sono stati attivati 713 corsi con 188 soggetti erogatori coinvolgendo 11.313 cittadini.

Sono stati attivati corsi diversificati per soggetti con limitazioni funzionali croniche (es. dorso curvo e mal di schiena, menomazioni agli arti inferiori, ictus cerebrale e altre sindromi spastiche, dializzati, diabetici, post-mastectomia, Parkinson, protesizzati di anca e ginocchio, cardiopatie).

Era inevitabile che per una attività così innovativa, si determinasse in fase di prima applicazione, una estrema variabilità tra le aziende USL per partecipazione dei cittadini come pure per modalità di reclutamento, coordinamento e organizzazione, coinvolgimento dei medici di medicina generale e specialisti, tipologia e contenuto dei programmi di esercizio, valutazione di efficacia e sicurezza.

L'obiettivo di omogeneizzazione ed ulteriore qualificazione dell'AFA costituisce uno dei punti qualificanti del PSR 2008-2010. Questo documento ha come la finalità l'avvio di una base comune di riflessione tra tutti gli attori del sistema pubblici e privati al fine di riformulare in maniera più puntuale e sulla scorta della esperienza maturata modalità e strumenti di valorizzazione dell'AFA.

5. EQUISITI FUNZIONALI

Per la necessità di omogeneizzare i programmi di intervento sul territorio regionale e per l'acquisizione di evidenze su efficacia e sicurezza dell'AFA vengono identificati i seguenti requisiti funzionali:

5.1 Tipologia dei programmi AFA

In accordo con la DGR 595/2005 e della successiva integrazione della DGR 1082/2005 si distinguono due distinti indirizzi di programmi AFA:

- a) i programmi AFA per persone con "bassa disabilità" sono disegnati per "le sindromi croniche che non limitano le capacità motorie di base o della cura del sé" (sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi);
- b) i programmi AFA per persone "alta disabilità" sono disegnati per "le sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata".

Per ciascuna di queste due categorie le Aziende USL e/o le Società della Salute possono promuovere programmi AFA, per le diverse tipologie, ciascuno disegnato in modo specifico per i differenti livelli di disabilità stabilizzata secondaria a malattie croniche.

Sono esclusi da tutti i programmi AFA i soggetti con instabilità clinica nonché con sintomatologia acuta o postacuta aggraviabili con programmi di cura e riabilitazione per i quali la risposta è esclusivamente sanitaria.

5.2 Ruolo delle Aziende USL e delle Società della Salute

I programmi AFA sono promossi e coordinati dalle Aziende USL e/o dalle SdS che esplicitano per ciascuno di essi, con regolamenti aziendali, le modalità di accesso, coordinamento, erogatori e sedi di erogazione, organizzazione, verifica di sicurezza e qualità.

Detti documenti sono pubblicati sul sito web delle Aziende USL e/o dalle Società della Salute.

Le Aziende USL/SdS promuovono l'AFA nell'ambito dei PIS coinvolgendo le istituzioni, il volontariato e le risorse private operanti nel settore. Provvedono alla informazione dei MMG e dei Medici Specialisti. Provvedono altresì ad intraprendere specifiche attività di promozione verso la propria popolazione di competenza.

Le Aziende USL e SdS, all'interno del loro budget, provvedono:

- a dotarsi di una struttura referente per il coordinamento strategico che elabora il progetto di governo dell'attività;
- alla realizzazione di un coordinamento stabile per le necessità operative dell'AFA.

5.3 Accesso

L'accesso ai programmi AFA avviene su indicazione del Medico di medicina generale, sulla base della conoscenza che egli ha dello stato di salute del proprio assistito.

L'accesso ai programmi AFA avviene altresì su indicazione dei Medici specialisti, dalle équipes di riabilitazione nel contesto dei progetti riabilitativi ovvero alla fine di essi, dai Fisioterapisti alla fine dei programmi di cura ex LR 595/05 percorso 2, sentito il medico di famiglia, tramite il report di fine trattamento.

E' fortemente raccomandato ai MMG di inviare all'attività AFA ogni loro assistito per il quale ritengano utile questa attività.

Cogliendo l'esperienza della maggior parte delle Aziende USL che hanno sostenuto la sperimentazione, l'invio avviene con il supporto di un prestampato da consegnarsi alla persona contenente le informazioni fondamentali dell'AFA.

L'attività è classificata come motoria e ricreativa svolta per "esclusivi fini igienici e ricreativi" per lo svolgimento della quale "non è richiesta certificazione medica di alcun tipo" LR 35/03- Tutela sanitaria dello sport - Art 1, comma 4.

Il ruolo del MMG nelle modalità di invio sarà oggetto di accordo nella convenzione tra Regione Toscana ed i rappresentanti di categoria.

Per ciascun programma i regolamenti aziendali devono esplicitare:

- ✓ le modalità di accesso;
- ✓ indicazioni e controindicazioni allo specifico programma di esercizio fisico;
- ✓ livelli di funzionalità motoria minimi necessari per partecipare al programma di esercizio in gruppo.

Gli accessi all'AFA e lo sviluppo del sistema in generale, sulla base di indicazioni ed indicatori regionali concordati, volti alla loro implementazione, potranno costituire oggetto di monitoraggio dei professionisti convenzionati e delle strutture delle Aziende USL e SdS coinvolte.

5.4 Coordinamento operativo

La funzione di coordinamento è propria e garantita dalle Aziende Sanitarie e Società della Salute e comprende, insieme a fattori puramente organizzativi e promozionali, elementi di valutazione connessi a limitazioni dello stato funzionale della persona in relazione alla partecipazione alle attività AFA.

Le modalità di coordinamento possono essere differenziate per le diverse tipologie di programmi AFA ed articolate in più punti in relazione alla logistica del territorio.

I coordinamenti operativi vengono istituiti dalle Aziende USL e SdS utilizzando personale proprio o a contratto tra quello previsto dalle “Linee Guida per la promozione della salute tramite le attività motorie”.

A) Programmi AFA per persone con “bassa disabilità” disegnati per “le sindromi croniche che non limitano le capacità motorie di base o della cura del sé” (sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi):

La responsabilità della verifica dei criteri di inclusione è dei soggetti descritti al punto 3, esplicitamente resi coscienti che la correttezza dell’indicazione fatta non verrà ulteriormente verificata da altro personale sanitario.

Le funzioni attribuite al coordinamento operativo sono:

1. la raccolta ed elaborazione dei dati anagrafici e demografici dei partecipanti;
2. la verifica per mezzo di semplici strumenti dei livelli di capacità motoria minimi per la partecipazione al programma;
3. indirizzo del cittadino alla palestra più conveniente per orario e distanza dal domicilio ed informano sulle modalità di prenotazione definite nel regolamento aziendale in accordo con gli erogatori;
4. analisi della domanda e la distribuzione delle strutture, ricercando nuovi erogatori/palestre nelle zone carenti;
5. formazione dei nuovi istruttori all’erogazione dello specifico programma AFA e controllano la correttezza della somministrazione dei compiti motori con visite nelle palestre;
6. ricezione e verifica di segnalazioni di eventi avversi eventualmente attivando le autorità sanitarie della Azienda USL;
7. ricezione e verifica di segnalazioni da parte dei cittadini di modalità di erogazione non conformi con quanto esplicitato nel documento aziendale.

B) Programmi AFA per persone “alta disabilità” disegnati per “le sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata”.

La responsabilità della verifica dei criteri di inclusione e controindicazioni è di norma delle équipes dei servizi di riabilitazione che provvedono all’esecuzione di una valutazione funzionale multidimensionale dei partecipanti, verificando la presenza di controindicazioni al programma di esercizio e/o dei livelli minimi necessari per la partecipazione allo specifico programma AFA. Se necessario, possono reindirizzare i cittadini ad un percorso di riabilitazione qualora si intravedano le possibilità di raggiungere gradi più alti di abilità;

Le funzioni attribuite al coordinamento operativo sono:

1. la raccolta dei dati anagrafici e demografici dei partecipanti;
2. indirizzo del cittadino alla palestra più conveniente per orario e distanza dal domicilio ed informano sulle modalità di prenotazione definite nel regolamento aziendale in accordo con gli erogatori;
3. verifica ad intervalli prestabiliti lo stato funzionale, la partecipazione e la soddisfazione dei partecipanti;
4. analisi della domanda e distribuzione degli erogatori, ricercandone di nuovi nelle zone carenti;
5. formazione dei nuovi istruttori all’erogazione dello specifico programma AFA e controllo della correttezza della somministrazione dei compiti motori con visite nelle palestre;

6. ricezione e verifica di segnalazioni di eventi avversi eventualmente attivando le autorità sanitarie della Azienda USL;
7. ricezione e verifica di segnalazioni da parte dei cittadini di modalità di erogazione non conformi con quanto esplicitato nel documento aziendale.

5.5 Erogatori

Gli erogatori sono soggetti profit e no-profit vocati all'attività motoria ed allo sport. 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, predisposto e conservato dalla Azienda USL e SdS firmato dal titolare del soggetto e, di conoscere ed osservare quanto stabilito nei regolamenti aziendali di cui al punto 5.2 (Ruolo delle Aziende USL e delle Società della Salute).

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 della sicurezza, della pulizia e dell'igiene delle palestre, piscine o altre strutture,.

Gli erogatori inviano un report semestrale al coordinamento Aziende USL e SdS, competente per area, contenente i corsi attivi, il numero dei partecipanti, eventuali eventi avversi che non hanno richiesto intervento sanitario, commenti e suggerimenti sintetici degli utenti, richieste di revisione dei programmi.

Gli erogatori partecipano alla revisione periodica dei programmi di esercizio.

5.6 Sedi di erogazione

Possono essere palestre, piscine o altre strutture, non sanitarie, di proprietà di privati, di istituzioni o di associazioni.

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 le AFA di tipo B, alla accessibilità da parte dei disabili.

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.

In nessun caso i programmi AFA possono essere condotti all'interno delle sedi dei distretti sociosanitari delle Aziende USL o all'interno di strutture ospedaliere.

5.7 Istruttori

I soggetti competenti all'erogazione dell'AFA sono i Laureati in Scienze Motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia (Linee Guida regionali per la promozione della salute attraverso le attività motorie).

Possono svolgere attività di istruttori anche i laureandi in Scienze Motorie o in Fisioterapia nell'ambito del tirocinio previsto nel piano di studio, sotto la responsabilità del proprio tutor.

Per tutti i corsi attivati, resta possibile, ad esaurimento, la conduzione dei corsi AFA da parte di istruttori già impegnati nella conduzione degli stessi da almeno 6 mesi.

Ogni istruttore dichiara di aderire strettamente ai programmi di esercizio concordati.

Gli istruttori possono essere titolari della struttura.

Qualora gli istruttori siano in rapporto di dipendenza o esercitino in ambienti di proprietà degli erogatori debbono essere chiaramente evidenziati nel modulo di adesione, dichiarare la propria adesione ai programmi di esercizio e concorrere alle pratiche informative previste.

Gli istruttori partecipano alla definizione dei programmi di esercizi.

Per gli istruttori possono essere attivati specifici corsi di formazione di cui al punto 5.10.

5.8 Costi

La quota di riferimento per la partecipazione a ciascuna tipologia di programma AFA è definita a livello regionale, in accordo con le associazioni degli utenti e degli erogatori, ed è valida per tutte le sedi di erogazione.

Sono ammessi minimi scostamenti in relazione all'offerta (palestre o piscine) o a particolari caratteristiche locali.

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.

I costi del coordinamento strategico e del coordinamento operativo sono a carico della Azienda USL e/o delle Società della Salute.

5.9 Programma di esercizio

I programmi di esercizio AFA sono definiti per ogni tipologia sulla base della letteratura scientifica.

Alla definizione dei programmi di esercizio concorre il personale sanitario delle USL/SdS e gli istruttori, di cui al punto 5.7, che erogano le attività sul territorio

I programmi di esercizi sono applicati omogeneamente in tutte le strutture aderenti all'attività.

Ciascun programma AFA deve avere caratteristiche ed intensità adeguate alle condizioni funzionali dei partecipanti. Le sedute di esercizio, della durata di un ora con una frequenza di 2 o 3 volte la settimana, sono svolte in gruppo la cui numerosità dipende dalla gravità della disabilità motoria e dalle dimensioni della palestra/piscina/struttura dedicata, di norma max. 20 partecipanti.

I programmi di esercizio devono essere disponibili per utenti e MMG. Sono inoltre pubblicati sul sito web delle Aziende USL e/o delle Società della Salute.

5.10 Formazione

E' compito delle Aziende USL e/o delle Società della salute:

- ✓ Diffondere la conoscenza dei programmi AFA nelle professioni sanitarie, medici di medicina generale e specialisti e tra i cittadini;
- ✓ Promuovere l'aggiornamento continuo degli istruttori sui problemi relativi ai programmi AFA;

- ✓ Istituire audit di analisi e revisione dei programmi con la partecipazione degli istruttori e dei sanitari interessati,
- ✓ Promuovere per tutti gli istruttori una adeguata formazione nelle procedure di manovre rianimatorie di base (Basic Life Support – BLS), testimoniata da apposito attestato di partecipazione.

5.11 Controllo di qualità

Il personale che svolge attività di coordinamento può effettuare visite nelle palestre, piscine e strutture dedicate per verificare:

- ✓ pulizia e igiene dei locali;
- ✓ agibilità ai locali e possesso di documentazione di sicurezza (anche ottenuta per altre attività ludiche o sportive o ricreative)
- ✓ adesione degli istruttori al programma di esercizio.

Il personale che svolge attività di coordinamento effettua obbligatoriamente visite nelle palestre, piscine e strutture dedicate:

- ✓ In seguito alla richiesta di adesione prima dell'inizio dell'attività;
- ✓ in caso di segnalazioni di eventi avversi avvenuti durante le sessioni di esercizio;
- ✓ in caso di segnalazioni da parte dei cittadini di modalità di erogazione non conformi con quanto esplicitato nel documento aziendale.

I risultati delle visite riportati su apposito modulo sono comunicati agli erogatori ed alle direzioni sanitarie della Azienda USL o della Società della Salute con l'indicazione di eventuali azioni correttive da intraprendere ed il tempo entro quanto realizzarli.

Il non rispetto dei requisiti richiesti comporta l'annullamento dell'atto di adesione

5.12 Ruolo della Regione e debito informativo verso la Regione

La Direzione Generale del Diritto alla Salute fissa obiettivi di performance da attribuire alle singole aziende sanitarie/SdS ed ai professionisti convenzionati e svolge attraverso il competente Settore azioni di indirizzo, coordinamento e verifica dell'intero sistema anche in relazione al consumo ripetitivo delle prestazioni di fisioterapia.

Al fine di garantire il governo viene istituito un flusso di dati regionali implementato dalle aziende sanitarie avente cadenza semestrale e contenente le informazioni dei cittadini che aderiscono ai programmi afa, le informazioni delle specifiche attività dei programmi e le informazioni relative agli erogatori.

La Regione con tecniche CATI può provvedere alla valutazione in modo campionario dei programmi AFA svolti sul territorio regionale focalizzando l'attenzione su:

- ✓ Tipologia dei soggetti in entrata nei programmi AFA;
- ✓ Effetti del programma di esercizio, funzione e qualità della vita;
- ✓ Qualità percepita dagli utenti;
- ✓ Eventi clinici avversi durante il programma di esercizio.