

Titolo	“LA SALUTE IN MOVIMENTO”
ASL/ASO	ASL 19 ASTI
Responsabile del progetto	<ul style="list-style-type: none"> — Dott.ssa Miroglio Tiziana — SOSD PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE ASL 19 ASTI — Via Conte Verde 125 14100 Asti — miroglio@asl19.asti.it — 0141 594053 — 0141 594089
Tema/Destinatari/Setting	<p>Attività fisica e alimentazione nel setting (1) Scuola primaria e (2) Residenze Assistenziali.</p> <p>Destinatari: (1) insegnanti, alunni, genitori (2) anziani ospiti RA</p>
Integrazione eventuale con Reti OMS (HPH, HPS, Città Sane...) o con politiche di concertazione locale (Piani di Zona, ...)	Obiettivi strategici Assessorato allo Sport del Comune di Asti quinquennio 2002-2007
Abstract	<p>Il progetto è nato dalla necessità di confronto e di coordinamento tra i diversi Enti, Istituzioni, Associazioni operanti all’interno della scuola primaria del territorio del Comune di Asti in materia di attività motoria, alimentazione e salute con lo scopo di:</p> <p>a) tracciare una mappatura completa delle problematiche esistenti, delle risorse esistenti sul territorio per orientare le strategie di intervento future; b) condividere e integrare dati ed informazioni già raccolti nella scuola primaria dall’ ASL 19 e dal Comune di Asti-Progetto “Sport a scuola”; c) costruire una rete di alleanze con tutti gli altri Enti o Associazioni attivi in questo ambito: costituendo una Commissione stabile; c) programmare interventi coordinati sulla base di un progetto condiviso da tutti gli attori compresi i destinatari (Scuole primarie) mirati a promuovere la cultura dell’attività fisica correlata ad una corretta alimentazione.</p> <p>Attività previste: organizzazione di un corso di formazione per gli insegnanti con ricaduta su alunni (unità didattiche) e genitori, interventi diretti in orario curricolare (ore di attività motoria suppletive), incremento delle iniziative per favorire la mobilità pedonale (bambini e genitori).</p> <p>L’ASL 19, in un secondo tempo, ha proposto alla Commissione di estendere il progetto agli anziani ospiti in Residenze assistenziali (RA) del Comune di Asti” coinvolgendo, a tal scopo, l’Assessorato competente (Servizi Sociali) e i Presidenti delle RA stesse. L’obiettivo è quello di strutturare gruppi di attività motoria “adattata” stabili condotti da personale esperto, organizzare “Salotti dello Sport” e “Salotti dell’alimentazione”, favorire il counselling sugli anziani da parte degli operatori sociosanitari delle RA</p>

CONTESTO DI PARTENZA

“LA SALUTE IN MOVIMENTO”, rivolto alle fasce di età estreme della popolazione (bambini ed anziani), è un progetto in fase di implementazione nato inizialmente dalla necessità di confronto e di coordinamento tra i diversi Enti, Istituzioni, Associazioni operanti all’interno della scuola primaria del territorio del Comune di Asti in materia di attività motoria e salute, con lo scopo di tracciare una mappatura completa delle problematiche esistenti e delle risposte che ad esse, in maniera differenziata, erano state date negli anni passati, ma soprattutto delle risorse esistenti sul territorio per orientare le future strategie di intervento.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità nel documento presentato a Ginevra nel 2004 "Strategia globale su dieta, attività fisica e salute" per la lotta contro le malattie croniche correlate a questi fattori di rischio, sollecita la creazione di sinergie locali, oltre che a livello nazionale ed internazionale.

Il concetto di alleanza tra i vari settori della società (Pubblica Amministrazione, Sanità, Università, Volontariato) inoltre è un tema centrale e fondamentale della promozione della salute.

L’Assessorato allo Sport del Comune di Asti, tra gli obiettivi strategici del quinquennio 2002-2007, ha posto come obiettivo prioritario la promozione di progetti partecipati in favore di alcune fasce di età , in particolare bambini ed anziani, al fine di favorire la diffusione della pratica regolare di attività fisica e sportiva nell’ottica di una più generale cultura relativa all’adozione di corretti stili di vita, ivi compresa una idonea alimentazione.

L’ASL 19 di Asti ha accolto la proposta di collaborazione avanzata nel giugno 2004 da parte dell’Amministrazione Comunale, riconoscendo obiettivi comuni e riscontrando la disponibilità di entrambi gli Enti a fornire e a mettere in comune risorse professionali, organizzative e finanziarie per:

- condividere e integrare i dati relativi alla scuola primaria già rilevati in passato quali i dati antropometrici e quelli su determinate abitudini alimentari (ASL 19); capacità coordinative (Tutor del Progetto Regione Piemonte “Attività motoria nella scuola elementare”) e condizionali (istruttori con laurea in Scienze Motorie) nell’ambito del Progetto “Sport a scuola” dell’Associazione Scuola Sport - Comune di Asti (1999-2003);
- costruire una rete di alleanze con tutti gli altri Enti o Associazioni attivi in questo ambito: Settore Istruzione e Interventi Educativi del Comune di Asti, SUISM (Corso di Laurea in Scienze Motorie – sede di Asti), MIUR Ufficio Educazione Fisica, CONI (sede di Asti), PANATHLON, costituendo una Commissione stabile.
- programmare interventi coordinati sulla base di un progetto condiviso da tutti gli attori compresi i destinatari (Scuole primarie)

Nel dicembre 2004 l’ASL 19 ha proposto alla Commissione di avviare uno studio di fattibilità per un progetto finalizzato alla promozione dell’attività motoria rivolto agli anziani, in particolare quelli ospitati presso le Residenze assistenziali (RA) del Comune di Asti coinvolgendo, a tal scopo, l’Assessorato competente (Servizi Sociali) e i Presidenti delle RA stesse.

DIAGNOSI EDUCATIVA ED ORGANIZZATIVA

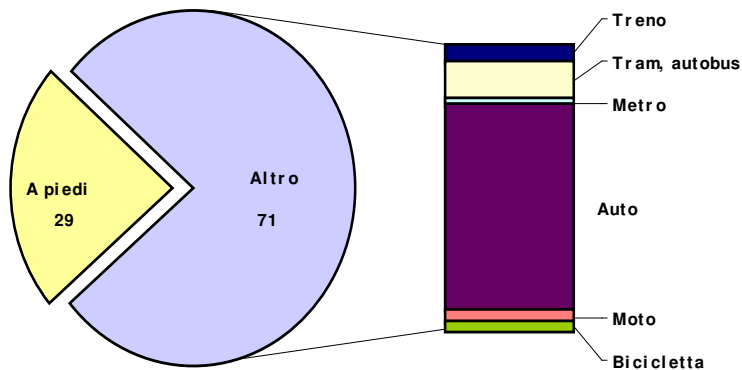
DESCRIZIONE COMPORTAMENTO DI SALUTE – setting SCUOLA PRIMARIA

Dati DOXA- FEDERALIMENTARE (maggio 2002): dalle interviste ai genitori dei bambini dai 6 agli 11 anni emerge che solo il 37% controlla l'alimentazione e/o incentiva l'attività fisica dei propri figli per far mantenere o ridurre il peso attuale; il 18,1% dei figli pratica attività fisica (a scuola o fuori di essa) meno di 1 volta la settimana o mai.

Dai dati provenienti dalla “Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002” riguardanti l’attività fisica emerge un preoccupante andamento: aumenta il numero dei sedentari e tale fenomeno assume particolare rilievo nelle fasce di età giovanile. Tra i 6 e i 10 anni, più di un bambino su 5, pari al 21,6 %, non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero, a fronte di una percentuale del 17,1% rilevata nel 1997.

L’indagine riguarda la pratica regolare di un’attività che non necessariamente deve essere troppo intensa: sono infatti sufficienti 5-20 minuti giornalieri di una vigorosa attività tipo corsa, se non è possibile praticare un altro sport aerobico

Secondo fonti OMS – Centro Europeo per l’ambiente e la salute, Divisione di Roma (maggio 2003) un indice del costante decremento dell’attività fisica tra la popolazione è rappresentato dalle caratteristiche degli spostamenti sulle strade. In Italia, nei centri urbani, il 44% delle distanze percorse è inferiore a 5 km, ma, tra i bambini e gli studenti, solo il 29% si sposta regolarmente a piedi ed una piccola percentuale utilizza la bicicletta.



Un'indagine condotta su un campione di 4.284 scolari della Campania, nella fascia di età compresa tra i 5 e gli 11 anni, dall'Istituto di Scienze dell'Alimentazione (Isa) del Consiglio Nazionale delle ricerche nell'ambito del Progetto ARCA, presentato nel dicembre 2004, dimostra che:

- il 53% dei bambini pratica attività sportiva, mentre il 61% guarda la televisione come occupazione principale nel tempo libero, il 26% è in sovrappeso e il 21% obeso, una preoccupante tendenza che si riscontra più nelle aree urbane che in quelle rurali;
- bevande zuccherine e snack dolci fanno parte delle abitudini alimentari di tutti i bambini: il 30% ne consuma quotidianamente, il 70% in misura inferiore, ma almeno una volta alla settimana. Un bambino su due, poi, beve bibite dolci ogni giorno;
- gli alimenti più sacrificati a scapito della varietà sono soprattutto il pesce, consumato due volte a settimana solo dal 15% del campione; verdure e legumi, alimenti ampiamente disponibili sul mercato ed economici, sono invece assunti quotidianamente solo dal 20%

Dati locali

Nell'anno 2002 sono stati rilevati, da parte del SIAN della ASL 19, i dati antropometrici (peso, altezza → BMI) di tutti i ragazzi frequentanti le classi 1° 3° 5° delle Scuole Primarie della città di Nizza M.to, con caratteristiche demografiche molto simili a quelle del Comune di Asti, e contemporaneamente sono state rilevate anche le loro abitudini alimentari tramite apposito questionario.

Dall'analisi dei dati di cui sopra è emerso che nelle Scuole Primarie il 13,5% degli alunni è sovrappeso/obeso (secondo tavole di Cacciari).

Relativamente alle abitudini alimentari, solo il 70% dei ragazzi consuma regolarmente la 1° colazione; il 78% consuma lo spuntino di metà mattinata, ma quest'ultimo è costituito principalmente da merendine/brioche; solo il 50% dei ragazzi consuma regolarmente la verdura a pranzo e a cena e solo il 15% consuma almeno 1 volta a settimana i legumi; solo il 23% consuma la frutta a merenda; il 14% non consuma mai pesce ed il 69% non consuma mai lo yogurt, mentre il 25% non svolge una adeguata attività fisica.

Negli anni scolastici 1999/2000 e 2002/2003, presso le Scuole Primarie della città di Asti, sono state rilevati, a cura degli istruttori di Educazione Fisica del Progetto "Sport a Scuola" i dati sulle capacità coordinative e sull'equilibrio. Per quanto riguarda l'organizzazione spazio - temporale rilevata nel 2002/2003 si è notato un forte decremento per le classi terze (28%) e le quarte (29%) rispetto alla precedente rilevazione.

Anche i dati relativi all'equilibrio evidenziano un decremento significativo pari all'11%.

L'abilità coordinativa oculo - podale ha un andamento pressoché stabile mentre quella oculo - manuale apparentemente si presenta come eccezione in quanto è l'unica che risulta continuamente in crescita con aumenti molto "importanti" ed arriva a considerare "nella norma", in quarta elementare, il 95% della popolazione.

Questo risultato però va letto solo come indice che i bambini sono portati, dal vivere sociale e dalle esperienze offerte, ad utilizzare come canale privilegiato di conoscenza ed apprendimento il canale visivo e soprattutto che sono in grado di riprodurre con efficacia solo dei modelli esecutivi semplici.

Questa affermazione nasce raffrontando questo risultato con le prove proposte nelle classi quinte (relative alle due discipline tematiche proposte, e cioè basket e volley) che comportano l'applicazione di modelli esecutivi complessi che presuppongono l'utilizzo contemporaneo di abilità diverse combinando ad esempio le abilità oculo - manuali con quelle spazio - temporali e di equilibrio dinamico.

I dati confermano che solo il 70% circa ottiene dei risultati da considerare nella norma per il basket ed addirittura solo il 50% circa per il volley.

Il documento di K.K. Davison e L.L. Birch, *Eccesso ponderale nell'infanzia*. 2001 the International association for the Study of Obesity. Obesity reviews 2, 159 – 171 presenta un elenco significativo di fattori determinanti i comportamenti dell'età evolutiva. Dalla letteratura sopraccitata e con il metodo Nominal Group utilizzato dal gruppo di progetto sono stati individuati come **fattori determinanti il comportamento**:

1. **PREDISPONENTI:**

- Scarsa conoscenza del rapporto tra attività fisica e salute e dell'interazione tra alimentazione ed attività fisica;
- Scarsa (non) capacità di gestione del proprio tempo libero;
- Scarsa fiducia nelle proprie potenzialità a praticare attività fisica;
- Temperamento chiuso del soggetto;
- Impazienza di fondo (voglio tutto e subito es: torno a casa , ho fame e se non è pronto apro il frigo e mangio quello che trovo)

2. **ABILITANTI:**

- Eccessiva disponibilità di videogiochi et simili a casa propria;
- Mancanza di spazi adeguati per attività fisica: poche aree verdi attrezzate, scarsa accessibilità di quelli presenti, alto costo delle strutture private;
- Messaggi pubblicitari accattivanti, dei mass-media, e frequenti in orari di facile accessibilità da parte dei bambini (alimentazione);
- Offerte a basso costo di prodotti con buona palatabilità come snack, merendine, ecc.;
- Scarse opportunità (es: percorsi sicuri, parchi giochi, palestre, ecc) offerte da Enti pubblici ed Associazioni varie, sia all'interno che all'esterno della scuola per favorire l'attività fisica.

3. **RINFORZANTI:**

- Scarsa attività fisica praticata dai genitori (modello di comportamento);
- Genitori con poco tempo a disposizione da dedicare ai figli (passeggiate, attività fisica, alimentazione);
- Scarsa influenza dei genitori sulle scelte positive di salute dei figli;
- Eccessiva influenza del gruppo dei pari sugli stili di vita;
- Scarsa adesione da parte degli insegnanti ai programmi previsti per l'attività motoria nella scuola primaria;
- Genitori troppo disponibili ad acquisti (computer, videogiochi, snack, merendine, ecc.);

Metodologia per raccogliere ulteriori dati e per l'analisi del comportamento e dei suoi determinanti

- Intervista ai genitori, durante la rilevazione dei dati antropometrici ai bambini della classe 1° della Scuola primaria, su attività fisica ed abitudini alimentari
- Focus group con i genitori: 2 per Direzione Didattica (le Direzioni sono 4);
- Focus group con gli insegnanti: 2 per Direzione Didattica;
- Focus group con gli alunni della classe 5°Scuola Primaria: 2 per Direzione Didattica.

I focus group sono condotti da operatori sanitari ASL (medico ed assistente sanitaria) su schema concordato con i Tutor; negli incontri stessi sarà utilizzata la metodologia del diagramma di dispersione per stabilire quali determinanti sono percepiti come importanti e modificabili , per stabilirne una scala di priorità.

DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO DI SALUTE- setting Anziani in RA

Nell'anziano l'aggravarsi delle patologie croniche è spesso direttamente proporzionale alla riduzione della mobilità; al contrario l'attività fisica nell'anziano riduce il rischio di cardiopatie coronariche ed ictus, attenua il dolore nei soggetti artrosici, migliora l'equilibrio con minori cadute e minor rischio di fratture, riduce la depressione, l'ansia e il rischio di demenza senile, migliora la qualità e la durata del sonno, porta in definitiva sostanziali vantaggi in termini di qualità di vita.

Uno studio europeo (1) del 2003 assegna all'Italia una percentuale di sedentari pari a circa il 70% della popolazione. Considerando che, all'avanzare dell'età, la quota di persone attive diminuisce, ne deriva che la percentuale di anziani inattivi sia da ritenersi ben superiore al 70%. Nell'indagine multiscopo ISTAT 1999-2000 è in aumento la quota di persone sedentarie, soprattutto tra gli anziani, in particolare le donne > 65enni. Tale comportamento (riduzione degli spostamenti attivi e dell'attività motoria in genere) risulta particolarmente accentuato nei soggetti che vivono all'interno delle strutture protette per anziani in cui la perdita dell'interesse al movimento è collegata anche ad un insufficiente stimolo dall'ambiente che li circonda. Meno significativa, anche se non meno importante, sembra essere la problematica legata ad un'alimentazione non corretta in quanto all'interno delle RA del Comune di Asti viene applicato un menu dietetico validato dal SIAN dell'ASL 19.

In questa fase pertanto l'attenzione viene posta in particolar modo allo studio del problema della riduzione dell'attività fisica che sembra essere di prioritaria importanza in questo contesto.

I risultati della ricerca scientifica, che ha iniziato in tempi abbastanza recenti ad occuparsi delle relazioni tra attività fisica e salute (due terzi degli studi dopo il 1991), hanno portato ad identificare un variegato insieme di fattori in grado di facilitare od ostacolare la decisione degli anziani a muoversi maggiormente. La ricerca dei dati epidemiologici e sociologici sui determinanti del comportamento (sedentarietà) che qui di seguito verranno descritti sarà integrata da ricerche ad hoc all'interno delle strutture protette di tipo assistenziale (RA) presenti nel Comune di Asti che daranno la loro adesione al Progetto.

I dati ricavati dalla letteratura (2-3) che tuttavia si riferiscono all'anziano in genere (sia che viva al proprio domicilio, sia in ambiente comunitario) sottolineano come alla base del comportamento ci siano **fattori determinanti il comportamento**, condivisi dal Gruppo di progetto:

1. PREDISPONENTI:

- diminuzione della disponibilità e dell'interesse a fare del movimento al crescere dell'età;
- attitudini individuali preesistenti;
- percezione delle barriere;
- scarse aspettative sui benefici per la salute derivate da insufficienti conoscenze in merito (4);
- percezione soggettiva del proprio stato di salute (chi non sente di poter contare su una buona salute ha minori probabilità di essere anche fisicamente attivo);
- tendenza alla depressione con calo delle motivazioni a muoversi;
- scarsa predisposizione al cambiamento e ridotto senso di auto-efficacia ovvero la scarsa fiducia nel saper svolgere un compito con successo e di portarlo avanti nel tempo: per l'anziano, tale sfiducia si è dimostrata un fattore cruciale sia nella fase di avvicinamento all'attività fisica sia nella fase di mantenimento [5-6].

2. ABILITANTI:

- insieme di opportunità e barriere, reali o percepite, derivanti dall'ambiente circostante(1): all'interno di una struttura protetta come una RA gli ostacoli possono essere rappresentati dalla mancanza di spazi esterni coperti quando il clima ne richiederebbe l'uso, di un'area destinata ad un'attività motoria di gruppo, regolamenti che non prevedono figure assistenziali all'uopo destinate (se non fisioterapisti per la riabilitazione di soggetti con particolari patologie); all'esterno della RA stessa, per chi è in grado di uscire da solo, la mancanza di marciapiedi sicuri e ben curati e la lontananza di aree verdi che possono incentivare un'attività motoria costante.

3. RINFORZANTI:

- pregiudizi sulla relazione anziano, corpo e movimento (l'idea di un anziano attivo, attento alla cura del proprio corpo ed interessato alla propria forma fisica, stenta ancor oggi a farsi spazio nell'immaginario collettivo: la sola idea che l'attività fisica possa non essere un'attività adeguata per chi è avanti negli anni può rappresentare un forte ostacolo alla pratica);
- familiari degli ospiti delle RA più propensi ad una visita in loco piuttosto che ad accompagnarli in una camminata in città;
- atteggiamenti poco stimolanti degli operatori sociosanitari delle RA (un anziano seduto desta meno preoccupazioni che un anziano che pratica attività motoria, non rischia di farsi male, è più facilmente gestibile);

- stimoli positivi da parte del gruppo dei pari (si condividono difficoltà e timori presenti soprattutto in chi non aveva mai praticato alcuna forma di attività motoria).

1) (Varo JJ, Martinez-Gonzalez MA, Irala-Estevez J, Kearney J, Gibney M, Martinez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol* 2003; 32(1):138-146)

2) (Kaplan MS, Newsom JT, McFarland BH, Lu L. Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. *Am J Prev Med* 2001; 21(4):306-312.

3) Bauman AE, Sallis JF, Dzewaltowski DA, Owen N. Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *Am J Prev Med* 2002; 23(2 Suppl):5-14)

4) Ciddio P. Motivations and expectations toward physical activity in elderly and relations to psychophysical health state (SF-36). Abstract Book - ECSM 8th Congress European College of Sport Science - Salzburg . 2003.

5) Ciddio P. Differences in Self-Efficacy Level between Active and Inactive Older People. *J Nutr Health & Aging* 2003; 7(5):349.

6) Ciddio P. L'influenza della continuità dell'attività fisica nell'anziano sullo stato di salute e di benessere. *Salute e Società* 2003; 3:137-145.

Metodologia per ricavare ulteriori dati e per l'analisi del comportamento degli ospiti delle RA e i suoi determinanti

- interviste guidate con domande aperte su modello predisposto dagli esperti della SUIISM: le interviste sono rivolte ad almeno l'80% degli anziani ospiti a cura dei volontari che operano all'interno delle strutture
- focus group con gli operatori sociosanitari delle strutture (1 per RA, max 10 partecipanti)
- focus group con un campione significativo di anziani delle strutture (1 per RA, max 10 partecipanti) scelto su indicazione dell'UVG dell'ASL.

I focus group sono condotti da 3 operatori sanitari (medico, assistente sanitaria, psicologo) su schema concordato con gli esperti SUIISM; negli incontri stessi sarà utilizzata la metodologia del diagramma di dispersione per stabilire quali determinanti sono percepiti come importanti e modificabili e stabilirne una scala di priorità.

PROVE DI EFFICACIA

1. University of York "The prevention and treatment of childhood obesity" in *Effective Health Care*, volume 7, numero 6 2002
2. Eppi – Centre, *Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitators*, ottobre 2003 in <http://eppi.ioe.ac.uk>
3. K. Campbell, E. Waters, S. O'Meara e C. Summerbell, *Interventi di prevenzione dell'obesità nell'età evolutiva. Una revisione sistematica*. 2001 The International Association for the Study of Obesity. *Obesity reviews* 2, 149 – 157
4. M.j. Muller, M. Mast, I. Asbeck, K. Langnäse e A. Grund, *Prevenzione dell'obesità: è possibile?* 2001 The International Association for the Study of Obesity. *Obesity reviews* 2, 149 – 157
5. Schuit J. et al. "Setting 2: Effective Health Promotion in Schools" *The Evidence of health promotion Effectiveness. Evidence book*. Part two, European Commission I.U.P.H.E, 1999

La ricerca di documenti che provino l'efficacia di specifiche modalità di intervento nell'ambito del binomio attività fisica-alimentazione nei bambini rimanda generalmente a studi sulla prevenzione dell'obesità.

Gli studi sopracitati presentano un serie di interventi realizzati in ambito scolastico ed articolati su più componenti (educazione alimentare, riduzione dei comportamenti sedentari, promozione dell'attività fisica, formazione degli insegnanti, coinvolgimento dei familiari, modifiche del menù scolastico).

Quelli che hanno prodotto risultati significativi, nel senso che si sono dimostrate utili nel determinare una riduzione della prevalenza dell'obesità o comunque a modificare i comportamenti (5) sono quelle basati contemporaneamente sull'approccio alimentare e motorio, in cui la scuola adotta programmi di salute indirizzati su più fronti: il curriculum, l'ambiente fisico, organizzativo, i servizi sanitari all'interno della scuola, le alleanze costruite tra scuola, genitori, Amministrazione locale, le politiche scolastiche, cioè regole, metodi, processi condivisi

La statunitense *Task Force on Community Preventive Services* ha condotto revisioni sistematiche su interventi di comunità per incrementare l'attività fisica. Sono raccomandati o fortemente raccomandati 6 interventi: due

informativi (campagne di informazione per la comunità ed invito all'utilizzo delle scale collocato in punti strategici); tre comportamentali e sociali (incremento dell'attività fisica nelle scuole con modifica dei programmi curricolari, interventi di supporto sociale nella comunità – facilitazione della creazione di gruppi di amici o contatti con altre persone per condurre specifici livelli di attività fisica); un intervento di carattere politico ed ambientale (creazione e facilitazione all'accesso alle strutture in cui si pratica l'attività fisica in associazione all'attività di informazione).

E' possibile applicare tali indicazioni nella nostra realtà attraverso la prevista offerta di ore di attività motoria extracurricolare all'interno della scuola primaria, condotte da esperti qualificati, coinvolgendo il gruppo classe, integrando ed armonizzando le proposte provenienti dal territorio (Enti ed Associazioni Sportive) e le iniziative già collaudate di educazione alla "pedonalità" (I piedi sulla città).

Per quanto riguarda il setting anziani in RA sia le indicazioni della T:F. che le prove di efficacia contenute nelle seguenti pubblicazioni possono fornire un valido aiuto.

- Mazzeo et al. Exercise and Physical Activity for older adults, Med. Sci Sport Exerc 1998;30:992-1008
- Dunn et al. Translating Evidence-Based Physical Activity Intervention into Practise, Am. J. -Prev.Med.2002; 22 (4S)
- Atti del Seminario “Promuovere l’attività fisica nell’anziano” Trento 2004
- Schena et al. Il significato dell’attività fisica nell’anziano istituzionalizzato, Giornale di Gerontologia, Vol.XLVIII;n 9, 2000
- Schena et al. La prescrizione dell’attività nell’anziano in residenza: dall’evidenza scientifica alla pratica clinica, Giornale di Gerontologia, 2002;50:19-22

La partecipazione ad un regolare programma di esercizio fisico è un’efficace modalità di intervento per ridurre o prevenire il declino fisico associato all’invecchiamento, migliorare e mantenere l’autosufficienza, le abilità funzionali ed un adeguato livello della qualità della vita.

La revisione critica delle esperienze nella popolazione anziana condotte a livello internazionale dimostra che i cambiamenti più duraturi del comportamento per quanto riguarda l’incremento della pratica fisica si ottengono quando:

- viene proposta un’attività motoria di moderata intensità, con esercizi non particolarmente impegnativi;
- viene prevista la formazione di gruppi che lavorano insieme per almeno tre mesi e successivamente i partecipanti sono incoraggiati ad adottare altre pratiche fisiche indipendenti, ma non necessariamente individuali come camminate di gruppo;
- sia presente un supporto sociale negli ambienti di comunità (attivazione di reti di relazioni e di supporto come il volontariato): ciò condiziona sia l’incremento dell’attività fisica (+20%), sia il tempo dedicato ad essa (+44%) in qualsiasi setting, sia con persone abitualmente sedentarie sia con quelle parzialmente attive.

Per gli ospiti delle RA appare evidente che, accanto alla disponibilità di risorse (spazi messi a disposizione dalle Strutture, figure professionali dedicate che utilizzano programmi di attività motoria “adattata”) si dovrà agire sulla disponibilità degli operatori sociosanitari, delle varie associazioni di volontariato che operano all’interno, dei familiari per stimolare l’utilizzo delle offerte di attività motoria, ma anche per mantenere il comportamento successivamente.

L’associata attività di informazione che viene indicata dalla T:F. può essere realizzata attraverso la proposta dei “Salotti dello Sport e dell’alimentazione”

Esempi di buona pratica

SCUOLA PRIMARIA

Sahota P. et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity., BMJ 2001;323:1027

In dieci scuole primarie di Leeds (GB) è stato avviato un programma su 634 bambini dai 7 agli 11 anni volto a ridurre i fattori di rischio connessi all’insorgenza dell’obesità infantile. attraverso metodi basati su attività pratiche connesse all’alimentazione e all’attività fisica, piuttosto che informative. Dopo la diagnosi educativa, condotta attraverso focus group e l’addestramento degli insegnanti (con supervisione costante per tutto l’anno scolastico), il programma ha previsto 85 punti di azione comprendenti tra gli altri l’inserimento della nutrizione e attività fisica nel curriculum formativo degli alunni, l’inserimento del programma di attività motoria “fit is fun” durante le ore curricolari, la variazione del servizio di mensa scolastica, coinvolgendo genitori e alunni.

Come risultati segnalati: l'89% delle azioni sono state portate a termine, il 95% degli insegnanti ha partecipato all'intero addestramento, il 64% dei genitori ha risposto all'iniziativa; sono stati evidenziati positivi cambiamenti nell'alimentazione a scuola, nel consumo di dolci e nella pratica motoria.

Progetto regionale "Bambini ed attività fisica" Parodi et al. Regione Piemonte

Ha coinvolto 17 ASL piemontesi, 4500 bambini, genitori ed insegnanti. Sono descritte le varie fasi progettuali con un programma di attività articolato su unità didattiche-educative per l'incremento dell'attività fisica, lavori prodotti dai bambini, interventi dei medici dello Sport, ecc. ed è previsto il coinvolgimento delle Amministrazioni Locali per rendere praticabili, per l'attività fisica, luoghi indicati dai bambini.

Entrambi i contributi prevedono, come nel nostro progetto, l'inserimento dell'attività fisica nel curriculum formativo degli alunni; nel primo, in particolare, sono inserite unità didattiche sulla nutrizione ed è previsto l'inserimento di un programma ad hoc di attività motoria.

ANZIANI

Nel 2002 il Servizio Attività Sociali del Comune di Rovereto (TN), in collaborazione con l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale Santa Chiara, con il Centro di Bioingegneria e Scienze Motorie di Rovereto (CeBISM) e tre Case di Riposo hanno sperimentato la realizzazione di un programma di attività fisica di gruppo ed individuale gestita da esperti in cui gli outcomes attesi riguardavano:

- l'aderenza al programma
- gli effetti sulle capacità fisiologiche
- gli effetti sulla performance motoria

I risultati più importanti hanno riguardato la realizzabilità di un programma di attività motoria anche in una popolazione di anziani con limitazioni psicofisiche con un'adesione complessiva alle sedute di oltre il 90% e di un numero di drop out inferiore al 5%; il miglioramento di tutti i test di performance, alcuni dei quali sono stati sensibilmente più incrementati negli anziani che svolgevano lavoro di gruppo rispetto a quelli che si allenavano individualmente; miglioramento delle relazioni interpersonali per quanto riguarda la sfera psicologica e sociale.

Questo intervento presenta una situazione di partenza ricca di analogie con la realtà astigiana in cui le RA site nel territorio del Comune di Asti, pur essendo per definizione riservate ad autosufficienti, hanno una maggioranza di ospiti con presenza comunque di limitazioni psicofisiche come gli anziani delle tre Case di Riposo sopracitate.

E' disponibile inoltre una rete di collaborazione per la realizzazione del progetto molto simile a quella presente nel Comune di Rovereto

MODELLI TEORICI DI CAMBIAMENTI DEL COMPORTAMENTO

Il modello degli *stadi del cambiamento* di Prochaska e Di Clemente (1984; 1986) e dell'*approccio motivazionale* (Miller e Rollnick, 1994; 1996) ad esso collegato come pure il modello integrato di Conner e Norman (1992 -pone più attenzione alle variabili che consentono di passare dall'intenzione al comportamento e tiene molto conto degli aspetti motivazionali) possono essere utilizzati in entrambi i setting in cui sono facilmente riconoscibili le seguenti fasi:

- la non consapevolezza o il non interesse (1) → *fase precontemplativa (Prochaska)*
- il riconoscimento del problema e le preoccupazioni ad esso legate (2) → *fase contemplativa(P.)*
 - l'intenzione di cambiare (3) → *fase di preparazione(P.)*
 - la fiducia nelle proprie possibilità di cambiamento con la pianificazione delle attività (4) → *fase dell'azione(P.)*
 - mantenimento nel tempo dell'impegno assunto (5) → *fase di mantenimento(P.)*

(1) Spesso i bambini non sono consapevoli di adottare un comportamento scorretto nell'uso del proprio tempo libero (es: giochi sedentari accompagnati da spuntini ipercalorici) e non sono interessati a smettere abitudini piacevoli; per favorire il passaggio alla fase successiva (2) vengono utilizzate le unità didattico-educative gestite dagli insegnanti in cui le informazioni agiscono sul riconoscimento del problema, mentre le attività svolte in classe possono stimolare l'intenzione a cambiare e ad impegnarsi a prendere delle decisioni in merito(3). L'effettiva adesione dell'insegnante di educazione motoria al programma previsto e l'ulteriore offerta di ore di attività da parte degli istruttori previsti dal progetto permettono il passaggio alla fase di azione (4) e stimolano il mantenimento di un comportamento meno sedentario.(5)

In generale gli anziani ospiti delle RA non sono consapevoli o interessati alle conseguenze della loro sedentarietà e quindi non esprimono alcun interesse al cambiamento (1). Agendo attraverso l'informazione e le proposte operative mettiamo in grado i soggetti in fase pre-contemplativa (1) (Prochaska e Di Clemente) di passare alla fase successiva (2) conoscendo i benefici di un'attività motoria regolare anche in condizioni di patologie croniche e le opportunità che vengono offerte, riconsiderando successivamente alcune convinzioni. Nelle fasi (2-3) la cui sommatoria rappresenta la fase motivazionale di Conner e Norman i determinanti l'intenzione ad agire saranno soprattutto le aspettative del risultato e l'autoefficacia. E' molto utile in questa fase il counselling da parte degli operatori sociosanitari. Si passa poi alla fase di sperimentazione (4) con le azioni del partecipare alle attività motorie organizzate, trasformare in attività motorie le quotidiane attività di spostamento, sostituire alcune attività sedentarie con altre che prevedano movimento e al mantenimento (5) in cui si rendono regolari le attività motorie praticate, si partecipa alle attività motorie all'aperto con amici e familiari rendendole un appuntamento costante nel tempo.

OBIETTIVI

Nell'attuale fase progettuale, non essendo stata ancora effettuata la diagnosi educativa con la partecipazione dei destinatari, la formulazione degli obiettivi avviene sulla base di:

- dati in possesso al gruppo di progetto,
- risultati dei nominal group condotti all'interno del gruppo stesso che hanno portato a selezionare alcuni fattori PAR,
- ricognizione delle risorse esistenti comprese le attività già implementate,
- esame dei vincoli ambientali.

Gli obiettivi verranno pertanto ridefiniti alla luce dell'analisi dei bisogni condotta secondo le modalità citate in precedenza.

Obiettivi generali

- 1) Tracciare una mappatura integrata delle abitudini e delle abilità motorie, delle abitudini alimentari e dei dati antropometrici degli allievi delle scuole primarie del Comune di ASTI. I dati rilevati saranno utili anche al fine di coordinare i diversi tipi di intervento delle Associazioni Sportive operanti all'interno della scuola stessa.
- 2) Promuovere la cultura dell'attività motoria come elemento fondamentale, insieme alla corretta alimentazione, per il benessere psico-fisico-relazionale nelle due fasce di età interessate dal progetto.

Sulla base dei fattori PAR selezionati come prioritari (dati letteratura scientifica e risultati nominal group) si formulano i seguenti obiettivi specifici alcuni dei quali si riferiscono a modifiche del contesto (organizzativo, ambientale), altri a modifiche del comportamento (non solo dei destinatari finali, ma anche degli operatori - mediatori)

Setting SCUOLA PRIMARIA

1. al termine dell'applicazione dei moduli didattici da parte degli insegnanti (maggio 2006), almeno il 75% degli alunni delle classi III saprà descrivere la relazione tra attività fisica-alimentazione-salute (fattore **P**)
2. i bambini delle scuole primarie coinvolte nei percorsi pedonali sicuri (tragitto casa- scuola) incrementeranno l'utilizzo degli stessi del 30% in un anno scolastico. (fattori **P – A**)
3. i bambini delle classi III saranno in grado di produrre in maniera autonoma una serie di materiali pubblicitari "positivi" sui prodotti alimentari utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalla scuola (cartellonistica, laboratori teatrali, giochi di ruolo) e metterli a disposizione di altre classi (fattore **A**).
4. al termine dell'attività di tutoraggio, da parte dei Tutor Progetto Regionale, ciascun insegnante di educazione motoria della scuola primaria, attuerà almeno il 90% dei programmi proposti nelle ore curricolari (fattore **R**)
5. gli istruttori partecipanti al progetto dedicheranno 200 ore aggiuntive (+20% rispetto all'anno scolastico precedente) di attività motoria in orario curricolare per gli alunni delle classi II°, III°, IV°, V° per l'anno scolastico 2005/2006 (fattore **A**)
6. il Laboratorio di Educazione ambientale del Comune di Asti incrementerà di almeno il 25% le giornate dedicate alla mobilità pedonale negli anni scolastici 2004/2005 e 2005/2006 (fattore **A**)

setting RESIDENZE ASSISTENZIALI

1. Le due RA aderenti dovranno mettere a disposizione e sistemare un locale per l'attività motoria di gruppo (fattore **A**)
2. Gli operatori sociosanitari delle RA si impegneranno ad effettuare un counselling bisettimanale sui partecipanti ai gruppi (ricordare gli appuntamenti delle sedute, incentivare l'utilizzo delle scale) (fattore **R**)
3. Rispetto ai fattori **P**, al termine del suddetto periodo:
 - a) si dovrà registrare una partecipazione di ciascun iscritto al 70% delle sedute di attività motoria, con un drop out dal programma non superiore al 5% , b) e la partecipazione ai "Salotti dell' alimentazione" ed ai "Salotti dello sport" all'80% degli incontri; c) almeno il 75% dei destinatari dovrebbe raggiungere un punteggio inferiore di almeno due punti rispetto al test di ingresso "GDS" adattato, d) almeno il 90% dei destinatari dovrà posizionarsi su un valore superiore a 4 nella scala di valutazione (da 1 a 7) dello stato di salute motoria.

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' SCUOLA PRIMARIA

SETTEMBRE 2004

- a) Presentazione della Commissione Sport & Salute ai Dirigenti Scolastici delle Scuole Primarie del Comune di Asti
- b) Comunicazione dell'avvio dello studio di fattibilità di un progetto nata in seno alla Commissione e raccolta adesioni (4 su 5 Direzioni Didattiche)
- c) Incontro con i Collegi Docenti delle scuole aderenti
- d) Costituzione Gruppo di Progetto

Attori coinvolti	Azioni	Tempi
ASL 19 (medici SIAN e SOSD Promoz. Salute, assistenti sanitarie SOSD Promoz. Salute, psicologa)	-Raccolta dati epidemiologici -classe I°:rilevazione dati antropometrici, -anamnesi motoria ed alimentare (con i genitori presenti e contatto telefonico con i genitori assenti) - classe III°: somministrazione questionario su attività fisica e alimentazione tramite gli insegnanti - conduzione focus group	Ottobre 2004 Novembre 2004 - Marzo 2005 Aprile 2005
Laureati in Scienze motorie	Rilevazione dati antropometrici e abilità motorie condizionali classi IV° e V°	Ottobre 2004 – Aprile 2005
Tutor (consulenti di ed. motoria) del progetto Regione Piemonte	Rilevazione dati antropometrici e prove di abilità motorie coordinative II° e III° classe scuola primaria	Ottobre 2004 – Aprile 2005
Settore Istruzione e Interventi educativi Comune di Asti (personale amministrativo)	Mappatura attività motorie e sportive condotte nelle scuole	Ottobre 2004
SCUOLE	Individuazione Referenti per il progetto	Ottobre 2004
Docenti SUIISM	Supervisione programmi motori adeguati alle varie fasce di età e tirocinio osservativo da parte studenti Scienze Motorie	da ottobre 2004 a giugno 2006
Tutor Regione Piemonte	Formazione: progettazione con gli insegnanti deputati a svolgere programmi di attività motoria e supervisione	Da novembre 2004 a giugno 2005
Laboratorio di educazione ambientale Comune di Asti	Continuazione attività " Percorsi pedonali sicuri", Giornate di mobilità pedonale "I piedi sulla città", attività didattiche che promuovono l'uso della bicicletta.	Novembre 2004 - maggio 2005 e Novembre 2005 - maggio 2006
Ufficio Promozione Sportiva	Coordinamento raccolta dati	Entro Maggio 2005

Assessorato allo Sport (1 Laureato Scienze Motorie)	Elaborazione dei dati pervenuti da ASL, tutor, Settore Istruzione	“
ASL 19 (medici SIAN)	Produzione di opuscoli informativi per i genitori	Maggio 2005
ASL 19 (operatori sanitari SIAN e SOSD Promoz. Salute, ass.san. SOSD Promoz. Salute), SUIISM (1 docente)	Corso di formazione agli insegnanti su alimentazione- attività fisica con presentazione di moduli didattici da inserire nel POF scolastico	Maggio-ottobre 2005
Insegnanti	Unità didattico-educative con i bambini di classe III°	Anno scolastico 2005/2006
Istruttori laureati in Scienze motorie	Attività motoria in orario curricolare classi II°-III°-IV°-V°	Anno scolastico 2005/ 2006

Da ottobre 2004 fino al termine del progetto sono impegnati:

CONI Sede di Asti

Collaborazione con SUIISM per l'organizzazione dei corsi di formazione ed aggiornamento per istruttori di Società sportive impegnate nelle scuole primarie
Sensibilizzazione e collegamento con le Società, Federazioni ed Enti di promozione operanti nella scuola con progetti specifici.

PANATHLON

Consulenza medico-sportiva per istruttori e insegnanti

MIUR USR

Ufficio Educazione Fisica

Coordinamento ed aggiornamento tutor

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' ANZIANI IN RESIDENZE ASSISTENZIALI

Attori coinvolti	Azioni	Tempi
ASL 19 (2 assistenti sanitarie)	Mappatura RA, loro caratteristiche, individuazioni requisiti di partecipazione al progetto	Dicembre 2004
Assessorato ai Servizi Sociali Comune di Asti ASL 19	Presentazione progetto a Presidenti RA, requisiti necessari e raccolta adesioni Presentazione agli operatori sociosanitari e ad Associazioni di volontariato delle RA aderenti	Febbraio 2005
ASL 19 (1 medico, 1 psicologo)	Conduzione Focus group (su operatori sociosanitari RA e anziani)	Aprile 2005
Volontari RA	Interviste agli anziani su schema predisposto	Aprile 2005
SUISM (esperto)	Consulenza su schema Focus Group e interviste	Aprile 2005
ASL 19 (operatori SIAN)	"Salotti dell'alimentazione": gruppi di discussione guidata con gli anziani (cadenza mensile)	Da giugno 2005 a fine 2006
SUISM CONI PANATHLON ASL 19	"Salotti dello Sport": interventi di sportivi locali, medici dello sport, istruttori sportivi (cadenza mensile), dietista. Durante i primi incontri saranno reclutati i soggetti che parteciperanno ai gruppi di attività motoria	Da giugno 2005 a fine 2006
ASL 19 (1 assistente sanitaria, 1 psicologo)	Contatti e formazione operatori sociosanitari per pianificare counselling	Giugno 2005
Operatori sociosanitari	Counselling incentivante il movimento (usare le scale, camminate in cortile, ecc)	Da giugno 2005 a fine 2006
Direzione RA	Individuazione spazio per attività motoria di gruppo e sistemazione dello stesso	entro Settembre 2005
SUISM	Formazione istruttori di attività motoria "adattata"	Ottobre 2005
Istruttori formati (tirocinanti SUISM, volontari PANATHLON, volontari laureati in Scienze Motorie)	Gruppi di attività motoria (2 per RA, max 8-10 anziani per gruppo, sedute di 45m. 2 volte la settimana)	Da novembre 2005 ad agosto 2006
ASL 19, COMUNE, SUISM, CONI, PANATHLON, MIUR Ufficio Educazione Fisica, SCUOLE	Organizzazione Giornata "Nonni e bambini" (sul tema attività fisica ed alimentazione) nel cortile delle RA con percorsi guidati per anziani e bambini delle Scuole Primarie	Maggio 2006

ALLEANZE TRA GLI ATTORI INTERESSATI AL PROGETTO

Il Comune di Asti, promotore dell'iniziativa rivolta alla scuola primaria, ha individuato come potenziali attori del progetto le seguenti istituzioni: ASL 19, Regione Piemonte (attraverso i Tutor del progetto "Scienze motorie e sportive nella Scuola Primaria"), Settore Educazione ed interventi educativi del Comune di Asti, CONI di Asti; Scuola Universitaria Interfacoltà di Scienze motorie (SUISM) sede di Asti; PANATHLON di Asti; MIUR Ufficio Educazione Fisica; Direzioni Didattiche del III°-IV°-V°-VI° circoli delle Scuole Primarie di Asti.

Le procedure utilizzate per l'individuazione degli attori sono state quelle di rilevare attraverso un questionario informativo i seguenti dati di riferimento:

- Enti Istituzionali operanti all'interno della Scuola Primaria con progetti relativi all'attività motoria ed alla salute da almeno due anni.
- Enti Istituzionali operanti sul territorio astigiano attraverso progetti interessanti la fascia di età 6-11 anni in materia di sport e salute in ambito extra-scolastici.

In base ai dati raccolti è stato quindi convocato il primo incontro (giugno 2004) con i rappresentanti delle istituzioni sopraindicate.

E' stata istituita una Commissione denominata Sport & Salute alla quale partecipano i rappresentanti dei vari Enti (per l'ASL 19 il RePES aziendale), all'interno della quale sono stati individuati i soggetti per la stesura del Progetto "La salute in movimento".

E' stato stabilito di affidare il Coordinamento per la raccolta ed elaborazione dati all'Ufficio di Promozione Sportiva dell'Assessorato allo Sport del Comune di Asti

Inoltre sono state stabilite alcune regole di collaborazione:

- convocazione di incontri periodici a mezzo posta normale ed elettronica
- nomina di un segretario verbalizzante e di un coordinatore del progetto
- possibilità di convocazione straordinaria della Commissione, qualora un membro della stessa lo ritenga necessario.

ALLEANZE INTERNE ALL'ASL 19

Il RePES Aziendale, membro della Commissione Salute & Sport, ha individuato una serie di attori per la partecipazione al Gruppo di Progetto misto ASL- altri Enti.

La scelta è avvenuta, consultando il Gruppo di lavoro di educazione alla salute, tra gli operatori delle Strutture che hanno attinenza con le problematiche inerenti il progetto stesso e sulla base della disponibilità manifestata.

Nella prima riunione plenaria è stata stabilita la seguente modalità di intervento:

- suddivisione del lavoro in due sottogruppi (scuola primaria, RA) con la partecipazione del RePES ad entrambi
- scelta dei Consulenti all'interno dell'Azienda
- incontri settimanali di ogni sottogruppo per l'esame del materiale raccolto
- incontri settimanali del Gruppo di Progetto misto per la stesura del progetto
- individuazione degli operatori dedicati
- incontro mensile di aggiornamento sull'andamento delle attività (durante la fase di realizzazione)

PIANO DI VALUTAZIONE

Valutazione di processo

SCUOLA PRIMARIA

<i>FASE</i>	<i>INDICATORI</i>
Definizione e costituzione del gruppo di Progetto	Calendario riunioni del gruppo
Formulazione progetto	Stesura del progetto
Presentazione del progetto ad Dirigenti Scolastici, insegnanti,	Effettuazione della presentazione
Anamnesi motoria ed alimentare con i genitori	$\frac{\text{N}^\circ \text{ genitori rispondenti}}{\text{N}^\circ \text{ genitori convocati}}$ standard 75%
Rilevazione dei dati antropometrici, abilità motorie coordinative e condizionali	$\frac{\text{N}^\circ \text{ bambini sottoposti a rilevazione}}{\text{N}^\circ \text{ bambini programmati}}$ standard 80%

Conduzione focus group	N° effettuati N° programmati	standard 100%
Rilevazione abitudini alimentari e attività fisica in classe III°	N° questionari compilati in modo valido N° questionari distribuiti	standard 80 %
Mappatura attività motorie e sportive nelle scuole	Documento di rilevazione dati in tutte le scuole	
Formazione insegnanti (ASL 19 e Tutor)	N° insegnanti che partecipano a tutti gli incontri N° insegnanti iscritti	standard 80%
Inserimento nel POF scolastico del Progetto	Presenza documento	
Supervisione dei Tutor su insegnanti	Presenza griglie di osservazione	

ANZIANI IN RESIDENZE ASSISTENZIALI

<i>FASE</i>	<i>INDICATORI</i>	
Definizione e costituzione del gruppo di Progetto	Calendario riunioni del gruppo	
Formulazione progetto	Stesura del progetto	
Presentazione del progetto a Presidenti RA, operatori sociosanitari, volontariato	Effettuazione della presentazione	
Adesione da parte RA	N° aderenti N° previste (due)	standard 100%
Conduzione focus group	N° effettuati N° programmati	standard 100%
Interviste agli anziani ospiti RA	N° interviste effettuate N° interviste programmate	standard 70 %
“Salotti alimentazione “e “Salotti dello Sport”	N° effettuati N° programmati	standard 100%
Reclutamento operatori sociosanitari per counselling	N° aderenti N° invitati	standard 70%
Preparazione del locale per attività motoria di gruppo	Incontri documentati e piano di attività sui lavori eseguiti	
Formazione Istruttori volontari e tirocinanti	N° istruttori aderenti N° istruttori contattati	standard 90%
Organizzazione gruppi di attività motoria adattata	N° organizzati N° previsti (due per ciascuna RA)	standard 100%
Gestione dei gruppi di attività motoria adattata	Presenza di griglie di osservazione per monitorare gli eventuali punti critici nel comportamento motorio dell' anziano	
Giornata “Nonni e bambini”	Presenza evento	

PIANO DI VALUTAZIONE

Valutazione di risultato

Il piano di valutazione di risultato sarà rivisto dopo la ridefinizione degli obiettivi conseguente alla diagnosi educativa effettuata con la partecipazione dei destinatari (marzo 2005) e alla ricerca del consenso degli operatori-mediatori.

I risultati sono relativi al cambiamento del contesto ambientale e comportamentale (di destinatari, ma anche di operatori-mediatori). Sono quindi stati previsti livelli diversi di indicatori: organizzativi, di output, di outcome.

SCUOLA PRIMARIA

<i>OBIETTIVI</i>	<i>INDICATORI</i>
1	$\frac{\text{N}^\circ \text{ alunni che sanno correlare in modo valido Attività Fisica-Alim.-Salute}}{\text{N}^\circ \text{ alunni classe III}^\circ \text{ partecipanti alle unità didattiche}}$ <p style="text-align: right;">standard 75%</p>
2	<p>Giorni di utilizzazione effettivi</p> <p style="text-align: right;">standard 100%</p> <p>giorni di utilizzo percorsi pedonali sicuri preventivati (+30% rispetto a.s. precedente)</p>
3	$\frac{\text{N}^\circ \text{ attività effettuate}}{\text{N}^\circ \text{ attività proposte dai Tutor}}$ <p style="text-align: right;">standard 90%</p>
4	Presenza dei materiali prodotti
5	$\frac{\text{Ore effettivamente dedicate}}{\text{ore preventivate (+20\% rispetto a.s. precedente)}}$ <p style="text-align: right;">standard 100%</p>
6	$\frac{\text{N}^\circ \text{ giornate di mobilità pedonale organizzate}}{\text{N}^\circ \text{ giornate di mobilità pedonale previste (+25\% Rispetto ad a.s. precedente)}}$ <p style="text-align: right;">standard 100%</p>

ANZIANI IN RESIDENZE ASSISTENZIALI

<i>OBIETTIVI</i>	<i>INDICATORI</i>
1	Presenza del locale con i requisiti richiesti
2	$\frac{\text{N}^\circ \text{ interventi effettuati}}{\text{N}^\circ \text{ interventi previsti (bisettimanali)}}$ <p style="text-align: right;">standard 75%</p> <p><i>Gli indicatori riferiti agli obiettivi 1 e 2 sono anche indicatori di processo, ma qui si intende evidenziare il risultato del cambiamento dell'ambiente e del comportamento degli operatori</i></p>
3 a	<p>per ciascun soggetto</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ sedute frequentate}}{\text{N}^\circ \text{ sedute effettuate}}$ <p style="text-align: right;">standard 70%</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ di abbandoni}}{\text{N}^\circ \text{ partecipanti iniziali}}$ <p style="text-align: right;">standard <= 5%</p> </p>
3 b	<p>per ciascun soggetto</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ incontri frequentati}}{\text{N}^\circ \text{ incontri effettuati}}$ <p style="text-align: right;">standard 80%</p>
3c	<p><u>N° soggetti che raggiungono il punteggio previsto</u></p> <p>N° soggetti con un punteggio inferiore di almeno due punti rispetto a test GDS ingresso</p>

	standard 75%
3 d	<p><u>N° soggetti che raggiungono tale punteggio</u> N° soggetti con un valore superiore a 4 nella scala di valutazione (da 1 a 7) dello stato di salute motoria con test di ingresso inferiore.</p> <p style="text-align: right;">standard 90%</p>

Verrà inoltre utilizzato un sistema di valutazione su gradimento e soddisfazione, da parte degli anziani e degli operatori ,sia in fase di processo che di risultato.

PIANO DI COMUNICAZIONE

1. Il RePES aziendale ha dato comunicazione, nel corso di uno dei periodici incontri del gruppo di lavoro di Educazione alla salute (giugno 2004), della proposta giunta dall'Amministrazione Comunale per la realizzazione di un'apposita Commissione Sport & Salute
 2. Nell'ottobre 2004 è stata formalizzata la partecipazione del RePES aziendale alla Commissione tramite una Determina aziendale in cui è stato evidenziato l'impegno dell'ASL alla partecipazione alla stesura di un progetto congiunto.
 3. Nell'ottobre-novembre 2004 sono stati programmati incontri preparatori con i Dirigenti Scolastici delle cinque Direzioni Didattiche del Comune di Asti e con ciascun Collegio Docente delle quattro che hanno dato la disponibilità ad essere coinvolte nel Progetto.
 4. E' stato previsto un piano di comunicazione interna rivolto a:
 - Direzione Generale
 - Gruppo E.S.
 - Dipartimento di Prevenzione
 - Dipartimento Servizi Sanitari Territoriali
- per la presentazione del Progetto, la comunicazione dell'avvio iniziative, report semestrali sull'andamento e risultati.

DIFFUSIONE DEL PROGETTO

5. Nel maggio 2005 sarà organizzato, a cura dell'Assessorato allo Sport del Comune di Asti un Convegno di presentazione del Progetto a tutte le Scuole con la presentazione dei risultati dell'indagine antropometrica e dei dati delle abilità motorie
6. Fine 2006 - inizio 2007 sarà organizzato, a cura dell'ASL, un Convegno di presentazione dei risultati del Progetto
Entrambi i Convegni saranno realizzati in collaborazione con tutti gli altri Enti ed Associazioni coinvolti nel Progetto

Materiali necessari

- unità didattiche per insegnanti
- opuscoli informativi per genitori
- schede informative per anziani
- video

GRUPPO DI PROGETTO

ASL 19 ASTI

Nominativo	Professione/qualifica	Ente e Servizio di appartenenza	Ruolo e compiti all'interno del progetto
Miroglio Tiziana	Medico RePES Aziendale	ASL 19 Asti – S.O.S.D. Promozione ed educazione alla salute	-Responsabile del progetto Partecipante alla intera progettazione setting scuola primaria e anziani RA
Berruti Renza	Medico	ASL 19 Asti – S.O.C. SIAN	Partecipante alla intera progettazione setting scuola primaria e anziani RA
Roggero Pier Franco	Medico, Direttore Distretto Asti Nord	Diretto Asti Nord	Partecipante alla intera progettazione setting anziani in RA
Amerio M.Luisa	Medico Direttore	ASL 19 Asti – S.O.C.Dietetica e Nutrizione clinica	Consulente raccolta dati epidemiologici e prove di efficacia (alimentazione scuola primaria)
Francesconi Marcello	Medico Responsabile U:V:G:	ASL 19 Asti – S.O.S.D. U.V.G.	Consulente prove di efficacia, test GDS, raccolta dati in RA(anziani)

COMUNE DI ASTI

Basso Giuseppe	Dottore in Scienze Motorie Responsabile Ufficio Promozione Sportiva	Assessorato allo Sport Comune di Asti	Partecipante alla intera progettazione setting scuola primaria Coordinamento della Commissione Sport & Salute del Comune di Asti
Ciprotti Maria Saveria	Funzionario Responsabile Servizio Istruzione	Comune Asti – Settore Istruzione e Interventi Educativi	Mappatura attività motorie e sportive condotte nelle scuole Promozione progetto vs scuole
Genta Roberto, Odorizio Paolo	Educatori	Comune Asti – Settore Istruzione e Interventi Educativi, Laboratorio di Educazione ambientale	Programmazione interventi sulla pedonalità scuola primaria

ALTRI ENTI ED ASSOCIAZIONI

Musella Giovanni	Dottore in Scienze Motorie, Docente SUISM	SUISM	Partecipante alla intera progettazione setting scuola primaria e anziani in RA Super visore formazione istruttori gruppi attività motoria RA
Piercarlo Molinaris	Coordinatore Ufficio Educaz. Fisica Asti- MIUR		Consulente programmazione attività scuola primaria
Michele Serra	Presidente CONI		Consulente programmazione attività scuola primaria ed anziani
Alessandra Visioli	Presidente PANATHLON		Consulente programmazione attività scuola primaria ed anziani

Il gruppo di Progetto si è avvalso della collaborazione dell' Assessore allo Sport e Politiche Giovanili, Giuseppe Passarino e dell' Assessore alle Politiche Sociali, Anna Maria Ferlisi

In base al finanziamento concesso al Progetto (euro 9000) si è provveduto a rivedere la distribuzione delle voci di spesa, tenendo conto anche del fatto che:

- si è riuscito ad ottenere un finanziamento parziale per la produzione di opuscoli informativi da parte di uno sponsor locale;
- dagli incontri con gli insegnanti per la condivisione degli obiettivi e delle strategie educative nella scuola primaria è emersa la necessità di utilizzare gli operatori del SIAN per un numero di ore superiore a quello inizialmente previsto (formazione, tutoraggio),
- la consulenza psicologica (20 ore previste) sarà garantita da personale dipendente
- è stato necessario prevedere il rimborso spese di trasporto ai tirocinanti SUIISM che gestiranno i corsi di attività motoria con gli anziani in quanto una delle due RA aderenti all'iniziativa è situata in un Comune della Provincia di Asti distante dal capoluogo.

Tipologia di spesa	Voci analitiche di spesa	Auto/co-finanziamento	Finanziamento richiesto
Personale	ASL19 euro 15360 Comune di Asti euro 6396 SUIISM euro 1500	ASL19 euro 7400 Comune di Asti euro 6396 SUIISM euro 1500	euro 7960 suddivisi in: - 58 ore di operatori sanitari SIAN (extra orario di servizio) = euro 1500; - 200 ore di istruttori att. motoria scuola primaria = euro 4000; - 20 ore di formatore istruttori RA = euro 1560; -rimborso spese trasporto istruttori RA(tirocinanti SUIISM) = euro 900
Attrezzature	euro 5465 (Opto-jump e software correlato per valutazione abilità motorie)	Comune di Asti euro 5465	
Sussidi (mat. didattico, opuscoli, video, pubblicazioni, ecc.)	euro 2600	euro 1560	euro 1040
Spese di gestione e funzionamento	euro 980	euro 980	
Spese di coordinamento	euro 2540	euro 2540	
Altro (organizzazione 2 Convegni)	ASL 19 euro 2000 Comune di Asti euro 1500	euro 3500	
			Totale euro 9000

- L'attività svolta dai TUTOR è finanziata dal Progetto Regionale "Attività motoria nelle scuole elementari" pertanto non viene considerata come spesa in questo contesto
- I gruppi di attività motoria nelle RA sono gestiti da tirocinanti SUIISM, pertanto comportano solo costi di rimborso spese (utilizzo del mezzo proprio per raggiungere le sedi di attività).

23/03/2005

Il Responsabile del progetto
Dott.ssa Miroglio Tiziana

Il Referente aziendale PES
Dott.ssa Miroglio Tiziana

**Il Direttore Generale
Dott. Antonio Di Santo**