

GRUPPI DI CAMMINO LOMBARDIA

Documento di progetto



**Regione
Lombardia**

INDICE

1. INTRODUZIONE: IL MODELLO LOMBARDO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	3
1.1. Il servizio socio-sanitario Lombardo	4
1.2. La descrizione delle buone pratiche in Lombardia	4
2. ANALISI DEL CONTESTO: stato di salute della popolazione	5
3. I GRUPPI DI CAMMINO IN REGIONE LOMBARDA	7
4. MODELLO DI PROGETTAZIONE	8
4.1. Sistema di sintesi: dal programma locale alla programmazione regionale	9
4.2. Sistema di supporto per lo sviluppo del programma: il ruolo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS)	12
4.3. Sistema di sviluppo e trasmissione	12
4.4. Analisi dei determinanti	13
5. TEORIA DI CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO	13
6. IL PROGRAMMA REGIONALE “GRUPPI DI CAMMINO”	15
6.1. Destinatari	15
6.2. Obiettivo generale	15
6.3. Obiettivi specifici (di processo ed operativi) e azioni	15
6.4. Descrizione dell’attività e metodologia	19
7. COLLABORAZIONI E ALLEANZE	22
7.1. Gruppo di lavoro regionale	22
7.2. Gruppo di lavoro ATS	23
7.3. Attori locali	23
7.4. I partner “sanitari”	24
8. EQUITÀ	24
9. VINCOLI RICONTRATI	25
10. COSTI	25
11. VALUTAZIONE (per i dettagli si veda il documento di valutazione – Allegato 9)	25
11.1. Valutazione locale	25
11.2. Valutazione regionale	26
12. TRASFERIBILITA’	27
13. SOSTENIBILITA’	27

14.	PIANO DI COMUNICAZIONE	28
15.	MATERIALI UTILI ALL'ORGANIZZAZIONE DEI GRUPPI DI CAMMINO	28
16.	APPROFONDIMENTI UTILI	29
16.1.	Gruppi di Cammino per target specifici.....	29
16.2.	Altre iniziative collegate al Programma "Gruppi di Cammino"	30
17.	ALLEGATI	31
18.	BIBLIOGRAFIA	32

1. INTRODUZIONE: IL MODELLO LOMBARDO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

La promozione di stili di vita salutari in Lombardia ha previsto già da oltre 10 anni, un percorso per orientare gli interventi basandoli sulle migliori evidenze di efficacia e guidandoli attraverso azioni di *governance* intersettoriali e con lo sviluppo di alleanze e partnership con il mondo della scuola, dell'impresa, dello sport ecc., in linea con l'approccio del Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

La Lombardia, con i suoi 10.103.969¹ di abitanti, è la regione più popolosa d'Italia. Agire su un territorio così vasto e con un così alto numero di cittadini, ha richiesto l'individuazione e la messa in atto di strategie in grado di garantire la qualità degli interventi, la loro sostenibilità e la ricaduta sulla popolazione con un'attenzione specifica all'equità, *conditio sine qua non* perché ogni cittadino lombardo possa godere delle stesse opportunità.

I programmi regionali declinano in ogni setting un "approccio di comunità", promuovendo l'attivazione di un complesso di azioni dirette a rafforzare le capacità degli individui (empowerment individuale).

Tutte le iniziative adottano un approccio multicomponente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/determinanti di salute), per ciclo di vita (detto *life course* in quanto riguarda le comunità e quindi intercetta tutte le fasce di età), per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) che vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (*empowerment* di comunità).

Le azioni, le risorse e le attività definite dalle politiche regionali spronano il Servizio Sanitario ad adottare un approccio intersettoriale (coinvolgimento di tutti i diversi Attori sociali) e multidisciplinare (sanitario, sociale, educativo, culturale ecc.) per raggiungere i propri obiettivi preventivi all'interno di una più ampia strategia di promozione della salute degli individui e delle comunità.

La Regione assume quindi un ruolo di *governance*, definendo gli obiettivi generali e gli esiti attesi, lasciando all'autonomia del territorio (Agenzie Tutela della Salute) la scelta delle soluzioni operative più adeguate a raggiungerli, nell'ambito della programmazione locale e dei vincoli posti dalle risorse disponibili (cd. Obiettivi dei Direttori Generali).

In questa cornice, sono attivati e promossi a livello regionale i Programmi:

- Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia
- Aziende che Promuovono Salute
- Pedibus
- Gruppi di Cammino

¹ Dato al 1.01.2017, ultimo aggiornamento Istat aprile 2018.

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/scopri-la-lombardia/territorio-e-popolazione/territorio+e+popolazione>

Nella stessa logica, sono implementati a livello regionale i programmi preventivi nel setting scolastico LifeSkills Training Lombardia e Unplugged Lombardia, e sono indicati gli indirizzi per lo sviluppo e la diffusione di interventi basati sulla metodologia della Educazione tra Pari.²

DG Welfare per tramite della U.O. Prevenzione, con specifici atti programmatici, indica, per ogni programma, gli elementi *core* immodificabili, la cui cura e presenza rappresentano condizioni imprescindibili per garantirne l'uniformità a livello territoriale nonché l'efficacia finale.

Ogni ATS, annualmente, predispone il proprio Piano Integrato Locale (PIL) per la Promozione della salute con cui esplicita le proprie strategie di intervento e programma le attività, declinando a livello locale le indicazioni regionali, in base ai bisogni dei cittadini, alle caratteristiche del proprio territorio, alle risorse disponibili (interne ed esterne al Sistema).

Il PIL ricompona al suo interno le varie linee di attività realizzate localmente, permettendo una visione organica di quanto messo in campo da tutti i diversi attori coinvolti per la promozione di stili di vita salutari e per la prevenzione della cronicità.

1.1. Il servizio socio-sanitario Lombardo

Con la Lr. 23/2015 è stato ridefinito e rinforzato il ruolo di *governance* della Regione con la separazione delle attività programmatiche da quelle erogative, con l'obiettivo di unificare le attività specialistiche e territoriali all'interno di un unico soggetto. Sono state infatti abolite le ASL e le AO sostituite da due organismi con nuovi mandati: le Agenzie per la Tutela della Salute (ATS) che rappresentano il braccio territoriale della Regione e hanno una funzione di programmazione e governo del sistema e le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali che invece gestiscono tutte le funzioni erogative. In tutto sono state costituite 8 ATS e 27 ASST.

Le ATS hanno il compito – attraverso l'azione dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) - di assicurare, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza e con il Piano Regionale della Prevenzione, la *governance* e l'orientamento degli interventi in campo preventivo dei diversi erogatori (ASST, Accreditati ecc.).

1.2. La descrizione delle buone pratiche in Lombardia

Il presente documento si sviluppa a due livelli. Da un lato sono descritte le caratteristiche dei "Gruppi di Cammino", gli elementi che li rendono efficaci nel promuovere salute, le fasi da implementare per garantirne la qualità e la sostenibilità a livello territoriale, gli attori da coinvolgere e le alleanze locali da costruire, gli specifici piani di comunicazione da attuare ecc.

Dall'altro, sono illustrati: il processo seguito per disseminare il programma "Gruppi di Cammino" a livello regionale, i ruoli dei diversi attori coinvolti, i criteri di qualità per l'implementazione uniforme a livello territoriale, gli strumenti di monitoraggio dell'impatto e di verifica delle ricadute in termini di "guadagni di salute".

² Al link <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioedizionale/setting/scuola> è consultabile il documento regionale "Approcci e strategie di Educazione tra Pari (Peer Education) nei programmi di prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e di promozione di stili di vita favorevoli alla salute. indirizzi metodologici"

2. ANALISI DEL CONTESTO: stato di salute della popolazione

Invecchiamento della popolazione

Negli ultimi decenni l'Italia e molti altri Paesi del mondo si stanno verificando sostanziali cambiamenti che riguardano gli aspetti demografici ed epidemiologici della popolazione, con ricadute considerevoli sulla definizione delle domande di salute e i bisogni degli individui. In particolare, stiamo assistendo ad una costante diminuzione della natalità: dal 1950 ad oggi, ad esempio, il numero atteso di figli per ogni donna nel corso della vita è sceso da sei a tre.

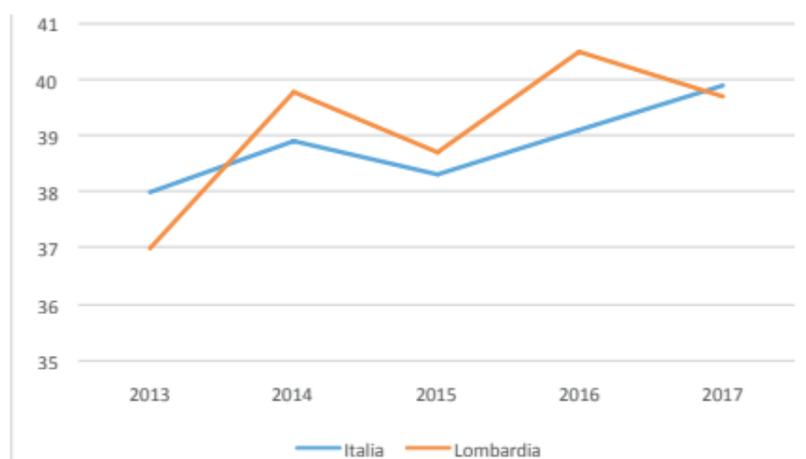
Ciò si associa ad una diminuzione della mortalità generale. La Lombardia è la regione italiana che presenta il maggior numero di persone con un'età superiore ai 65 anni, oltre 2 milioni (Istat, 2016). Accanto a questo si assiste al progressivo aumento degli over 65 che vivono da soli e di coloro che non hanno parenti, amici, vicini su cui poter contare (Istat, 2016).

Le province di Pavia, Cremona e Mantova sono quelle che registrano le percentuali maggiori di anziani (23,9%, 23,5% e 23,1%) e, di conseguenza, indici di dipendenza e di vecchiaia più elevati. La popolazione ultrasessantacinquenne, in questi territori, costituisce rispettivamente il 19,9%, 20,6% e 20,8%, mentre quella ultrasettantacinquenne il 9,7% e il 10,2%. All'opposto, le province di Bergamo, Brescia e Lodi sono quelle che presentano dati inferiori rispetto alla media regionale.

Diffusione di patologie croniche

Secondo le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il numero totale annuo di decessi per malattie croniche aumenterà fino a 55 milioni entro il 2030. In Europa, nel 2005, le malattie croniche hanno causato la perdita di 115,34 milioni di DAILY. Il primato di questa perdita spetta alle malattie cardiovascolari (34,42 milioni di DAILY), seguite dalle malattie neuropsichiatriche (29,37 milioni) e dai tumori (17,03 milioni). La situazione non differisce in Italia: secondo dati ISTAT, il 38,6% dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche. In Lombardia vi sono circa 3,5 milioni di persone (circa il 30% della popolazione) affette da patologie croniche che impegnano il sistema sanitario e socio-sanitario con differenti bisogni di cura e assistenza.

Un altro aspetto rilevante delle malattie croniche è legato all'impatto che queste generano sulla spesa sanitaria. I dati più recenti segnalano che le malattie croniche in Lombardia incidono per più del 70% sulla spesa sanitaria globale (Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018).



Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati Istat (dati estratti a novembre 2018)

Il problema della sedentarietà

Uno dei fattori di rischio che contribuisce allo sviluppo di molte di tali patologie è la sedentarietà. Le nuove tecnologie, l'urbanizzazione e gli ambienti di lavoro moderni, così come gli stili di vita frenetici e la mancanza di una rete sociale supportiva, sono tra i fattori che possono contribuire all'adozione di stili di vita sedentari, disincentivando sempre più la pratica dell'attività fisica quotidiana.

In Italia, come nel resto d'Europa, una quota significativa della popolazione non raggiunge i livelli di attività fisica raccomandabili: almeno mezz'ora al giorno per gli adulti e almeno un'ora per bambini e adolescenti, come minimo 5 giorni la settimana.

In particolare, secondo l'OMS, al fine di migliorare la salute cardiorespiratoria e muscolare, ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili, depressione e decadimento cognitivo, gli adulti over 65 anni dovrebbero svolgere almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica a intensità vigorosa ogni settimana o una combinazione equivalente di attività con intensità moderata e vigorosa. Si raccomanda, inoltre, di associare esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari 2 o più volte la settimana nonché attività per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute 3 o più volte la settimana per coloro che hanno una ridotta mobilità (Ministero della Salute, 2019).

La pratica sportiva non è omogenea nel Paese: Nord-est (40,4%) e Nord-ovest (39,5%) sono le zone con più praticanti. In Italia i sedentari che non praticano né sport né attività fisica, sono oltre 23 milioni. A 65 anni rappresentano quasi metà della popolazione. I più sedentari sono gli over 75 e, in generale, le donne risultano essere più sedentarie degli uomini (+ 7 punti percentuale) (Rapporto BES, 2018).

Nel 2018, in Lombardia, il 41,0% delle persone dichiarano di praticare almeno uno sport nel tempo libero; tra questi il 30,4% si dedica allo sport in modo continuativo e il 10,6% in modo saltuario. Coloro che, pur non praticando uno sport, svolgono un'attività fisica sono il 31,6%, mentre i sedentari sono pari al 27,2% (Istat, 2016).

Alla sedentarietà si attribuiscono circa 600 mila decessi in Europa (il 5 – 10% della mortalità complessiva) e la perdita di 5,3 milioni di anni di vita in buona salute per invalidità e morte prematura (DALY). In termini generali, la conseguenza più immediata della sedentarietà è la crescita della prevalenza dell'obesità. Circa 3,4 milioni di adulti nel mondo secondo l'OMS muoiono ogni anno per cause correlate all'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). In Lombardia nell'anno 2018 le persone oltre i 18 anni in sovrappeso o in condizioni di obesità rappresentano il 40,2% della popolazione, contro una media nazionale del 44,8 (Rapporto BES, 2018).

L'attività fisica per promuovere salute

A partire da questo quadro epidemiologico, tutti gli strumenti di pianificazione sanitaria hanno indicato, tra le aree prioritarie di intervento, la promozione dell'attività fisica appropriata all'età e alle condizioni psico-fisiche dell'individuo. Anche la Carta di Toronto del 2010, ha promosso un maggior impegno politico e sociale per valorizzare l'importanza dell'attività fisica, proponendosi come uno strumento di *advocacy* per offrire opportunità sostenibili per adottare uno stile di vita attivo.

La Dichiarazione di Bangkok sull'Attività Fisica per la Salute Globale e lo Sviluppo Sostenibile, siglata nel 2016 durante il 6° Congresso Internazionale 12ISPAH su Attività Fisica e Salute Pubblica, individua delle aree prioritarie nelle quali tutti i governi dovrebbero investire risorse e attuare politiche e interventi per raggiungere l'obiettivo dato dall'Organizzazione Mondiale della Salute: aumentare del 10% i livelli di attività

fisica e ridurre i comportamenti sedentari entro il 2025, al fine di guadagnare salute e migliorare la qualità della vita.

In Lombardia i Gruppi di Cammino fanno parte di uno specifico programma regionale di promozione dell'attività fisica sviluppato e implementato coerentemente con i Macro Obiettivi Centrali (MOC) del Piano Nazionale di Prevenzione.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-19 ha declinato le indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione per quanto riguarda l'attività fisica sul territorio, attivando il programma "Promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità", il quale integra e valorizza le politiche regionali di area sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Il programma regionale, nel quale rientrano i Gruppi di Cammino organizzati a livello locale nelle singole ATS, si caratterizza per la forte valenza innovativa in relazione all'obiettivo di disegnare una strategia di scala regionale finalizzata a promuovere "comunità locali favorevoli alla salute" (*capacity building*) mediante lo sviluppo di alleanze e iniziative intersettoriali con una attenzione rivolta contemporaneamente alle politiche urbanistiche, di inclusione, e dei diversi target di popolazione.

3. I GRUPPI DI CAMMINO IN REGIONE LOMBARDIA

Le delibere della Giunta regionale "Governare la domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015" e "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009" (DGR X/6164/2017 e DGR X/6551/2017), in accordo con quanto disciplinato dal Piano Nazionale della Cronicità, pongono l'attenzione sulla necessità di programmare attività strutturate di prevenzione delle malattie croniche, al fine di contenerne la diffusione e definire un percorso di "gestione" delle stesse. In particolare, il Piano Nazionale della Cronicità pone come punti cardine della prevenzione elementi quali: informazione, educazione ed *empowerment* del paziente con l'obiettivo di migliorarne la qualità di vita. L'attuale fase di evoluzione del servizio sociosanitario regionale, avviata con la l.r. n. 23/2015, ha raggiunto un grado di strutturazione del nuovo sistema di presa in carico del percorso di cura delle persone con malattia cronica, che rende maturo il completamento del sistema di offerta in relazione alla dimensione della "prevenzione" che persegue un "guadagno di salute" capace di:

- ritardare/ridurre l'accesso alle cure;
- ritardare/ridurre/sostenere le fragilità;
- Incidere complessivamente positivamente su benessere e qualità della vita di persone e comunità.

La prevenzione della cronicità è centrata sull'orientamento degli stili di vita delle persone verso comportamenti favorevoli alla salute, ma l'efficacia di tale processo è vincolata al riconoscimento della sua complessità. Gli stili di vita sono, infatti, determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali, le condizioni socio-economiche e di contesto ambientale. Nello specifico, i determinanti che favoriscono la pratica dell'attività fisica risultano essere molteplici (Giles-Corti, B., & Donovan, 2003):

- dal punto di vista personale: le abitudini, la consapevolezza della importanza del movimento a tutte le età, la percezione dell'essere in grado di iniziare un nuovo comportamento e mantenerlo nel tempo (predisponenti);
- dal punto di vista ambientale: il fatto di avere un luogo dove recarsi a fare attività fisica che sia gradevole, adeguato e sicuro, il fatto di avere un sostegno, un incoraggiamento esterno come un gruppo che organizza le uscite (abilitanti),
- dal punto di vista relazionale: la compagnia, l'appartenenza a un gruppo e quindi il supporto sociale (rinforzanti).

In quest'ottica, per favorire l'adozione di abitudini salutari e ottenere risultati significativi in termini di salute pubblica Regione Lombardia adotta strategie integrate, multicomponente e intersettoriali. Ne è un esempio la DGR del 20/12/2017 n. 7600 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018", che prevede lo sviluppo di una nuova modalità di presa in carico integrata dei bisogni di salute delle persone, che garantisca continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, favorendo l'inclusione del soggetto fragile nella comunità.

Tali indicazioni hanno trovato sviluppo nel programma regionale di promozione dell'attività motoria che da alcuni anni supporta l'operatività locale. Stante le consolidate evidenze di efficacia disponibili in letteratura, è ormai riconosciuto che la pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati, contribuisce, oltre che alla prevenzione delle principali patologie croniche e degenerative, a favorire il benessere sociale e psicologico riducendo ansia, depressione, ad aumentare il grado di autonomia degli anziani attraverso la riduzione del decadimento cognitivo, della marginalità sociale, delle cadute, supportando quindi complessivamente quello che viene definito l'"invecchiamento attivo e in buona salute" (*Active and Healthy Ageing*). Lo sviluppo delle azioni per incrementare le opportunità per la pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici è pertanto strategica e richiede lo sviluppo del processo di *governance* locale da parte delle ATS sia nella sinergia con ASST e Gestori sia nella attivazione di tutti gli *stakeholder* (Comuni, Enti di varia natura, Fondazioni, RSA, Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, professionali, Palestre, ecc.) che a vario titolo concorrono a supportare miglioramenti e/o cambiamenti strutturali di natura urbanistica e organizzativa (*Urban Health*) che facilitano uno stile di vita quotidiano attivo (percorsi pedonali e bike casa – scuola, casa-lavoro, *green way*, ecc.) ed a incrementare l'offerta di opportunità per gruppi ed individui.

In tale contesto Regione Lombardia ha identificato come prioritaria l'azione di sistema per la diffusione dei Gruppi di Cammino su tutto il territorio regionale con modalità omogenee pur nel rispetto della specificità locale di ogni territorio, con particolare attenzione all'ingaggio di fasce di popolazione con fragilità sociale. La vasta letteratura di riferimento descrive, infatti, i numerosi benefici apportati dall'attività fisica sul benessere dell'individuo sia a livello fisico che sociale (Giles-Corti, B., & Donovan, R. J., 2003; Lee, I. M., & Buchner, D. M., 2008; Hanson, S., & Jones, A., 2015).

4. MODELLO DI PROGETTAZIONE

Il "Gruppo di cammino", riconosciuto e documentato nella letteratura di settore (Hanson, S., & Jones, A., 2015) quale intervento standardizzato, appropriato in campo preventivo e validato scientificamente, è caratterizzato da una parte "core" di programma e da alcuni aspetti che, all'interno di ogni fase, possono

essere declinati in modo differente nei diversi contesti e adattati alle caratteristiche locali. L'implementazione del programma regionale ha reso necessario un modello di progettazione capace di garantire sia la rigorosa fedeltà alla struttura portante di questo dispositivo preventivo sia la sua declinazione locale all'interno di una coerente cornice regionale.

Il modello teorico di riferimento utilizzato è l'*Interactive System Framework (ISF)*, sviluppato da Wandersman (2008) sulla base della teoria della diffusione di modelli di sapere innovativi (Rogers, 1995). Tale modello permette di guidare l'implementazione di progetti locali attraverso 3 differenti tipologie di attività (Sistemi) che si influenzano reciprocamente e che permettono l'estensione di un programma originario già validato ai singoli contesti entro i quali il modello progettuale viene replicato.

I tre sistemi cui gli autori del modello teorico fanno riferimento sono:

1. **Sistema di sintesi e traduzione** (*Prevention Synthesis and Translation System*), che include il riassunto e la sintesi delle ricerche e delle prove di efficacia del programma.
2. **Sistema di supporto per lo sviluppo del programma** (*Prevention Support System*), che include le attività di formazione e informazione rivolte agli attori coinvolti nell'implementazione dello stesso.
3. **Sistema di sviluppo e trasmissione** (*Prevention Delivery System*), che include tutte le attività realizzate dagli attori sociali coinvolti nel programma e volte all'implementazione effettiva dello stesso, in relazione ai contesti di riferimento.

4.1. Sistema di sintesi: dal programma locale alla programmazione regionale

I primi Gruppi di Cammino vedono la luce in Lombardia nel 2009 su iniziativa di una singola ATS (allora ASL) prendendo a modello il progetto promosso dai Comuni di Rovigo e Verona. La prima sperimentazione è finalizzata a promuovere l'attività fisica nella popolazione anziana così da prevenire le cadute, agendo sul potenziamento dell'apparato muscolo-scheletrico.

L'analisi di contesto condotta dal gruppo di lavoro dell'ATS pilota, in fase di progettazione, ha rilevato sul territorio le seguenti principali evidenze:

1. Numerosità della popolazione anziana superiore alla media nazionale;
2. Percentuale elevata di persone sedentarie soprattutto fra la fascia anziana;
3. Elevato numero di persone in situazioni di solitudine.

Fin da questa prima esperienza, di cui si allega il report finale (allegato 2), si è registrato un forte interesse da parte delle amministrazioni locali, delle associazioni di volontariato e della cittadinanza, che ha aderito numerosa all'iniziativa rendendo necessaria l'organizzazione di molteplici gruppi. In breve tempo molti Comuni hanno aderito all'iniziativa collaborando con ATS per la diffusione del programma anche sul resto del territorio.

Contemporaneamente, lo sviluppo del programma a livello territoriale è stato affiancato da un percorso di ricerca sulle evidenze disponibili relative ai benefici di salute derivanti dall'attività fisica e, nello specifico, dalla partecipazione al programma Gruppi di Cammino.

Tale analisi ha permesso di identificare numerose evidenze sulle ricadute positive sia della camminata di gruppo in termini di salute, elencate all'interno della Tabella 1 – "Evidenze sulle ricadute della camminata in gruppo in termini di salute", sia dei Gruppi di Cammino stessi, considerati una attività che, richiedendo un

esercizio fisico semplice e alla portata di tutti, risulta essere accessibile a gran parte della popolazione, facilmente organizzabile, praticabile in ogni contesto ambientale e sostenibile dal punto di vista economico.

<i>Livello psico-sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento del tono dell'umore - Percezione di un senso di benessere generale - Aumento dell'autostima - Aumento della socialità - Favorisce il rilassamento e il sonno
<i>Apparato muscolo-scheletrico:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento della massa e la forza muscolare - Miglioramento dell'equilibrio e la coordinazione dei movimenti - Riduzione del rischio di cadute del 25% circa
<i>Apparato respiratorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della capacità respiratoria - Aumento della capacità di utilizzare l'ossigeno da parte dell'organismo
<i>Metabolismo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione dell'eccessivo aumento di peso - Miglioramento dell'equilibrio metabolico nel diabete - Riduzione dell'osteoporosi
<i>Apparato cardiovascolare</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del 30-50% il rischio relativo di malattie coronariche - Abbassamento della pressione nelle persone affette da ipertensione moderata - Abbassamento dei trigliceridi, e aumento del colesterolo HDL (colesterolo buono).

Tabella 1 - Evidenze sulle ricadute della camminata in gruppo in termini di salute

Tali evidenze di efficacia, unitamente agli elementi di sostenibilità sopra indicati, hanno fatto sì che i Gruppi di Cammino venissero inseriti nel Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 di Regione Lombardia, divenendo così un programma validato e riconosciuto per la promozione della salute (Regione Lombardia, 2010).

In tal senso, alle 8 Agenzie per la Tutela della Salute è stato affidato il compito di assicurare l'appropriatezza nella disseminazione del Programma a livello territoriale coerentemente con le caratteristiche locali (differenze geografiche, di disponibilità di spazi verdi, di viabilità e sicurezza stradale, di presenza di organizzazioni del terzo settore ecc.).

L'attuazione del programma regionale nei diversi territori ha permesso di elaborare specifiche indicazioni operative (vedi allegati 3, 4, 8, 11). Ciò ha messo le basi per la trasferibilità del programma su scala regionale. Infatti, la peculiarità dei Gruppi di Cammino è quella di essere caratterizzati dalla presenza contemporanea di elementi standardizzati (obiettivi e fasi di implementazione) e di elementi di operatività più flessibili, adatti alle caratteristiche locali. Questi elementi flessibili possono e devono essere individuati e declinati dagli attori che implementano le attività localmente (ad es. a livello centrale si indica

l'opportunità di sviluppare partnership intersettoriali, ma è a livello locale che si individuano attori e contenuti operativi).

Questa "personalizzazione" favorisce la possibilità di agire sui determinanti di salute specifici di ogni contesto.

Per un approfondimento sui principali documenti ed esperienze internazionali e nazionali che evidenziano le evidenze di efficacia riguardanti la promozione di attività fisica si veda il Box seguente (BOX N.1 – Prove di Efficacia ed Esempi di buona pratica).

BOX 1. Prove di Efficacia ed Esempi di buona pratica

Documenti più rilevanti reperiti in letteratura:

- Physical activity strategy for the WHO European Region 2016 – 2025
- Global Action Plan on Physical Activity 2018 – 2030: l'obiettivo del piano di azione è garantire una riduzione del 15% della prevalenza globale dell'inattività fisica di adulti e adolescenti.
- Guide to Community Preventive Services: - Fornire supporto sociale nelle comunità per promuovere l'attività fisica è fortemente raccomandato. - Una revisione sistematica della letteratura scientifica ha mostrato che interventi di supporto sociale sono altamente efficaci nel promuovere l'attività fisica.
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008: al paragrafo 5.1 indica di educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza attivando anche interventi di prevenzione e lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori ed alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici.
- Piano Sociosanitario Regionale 2007-2009 delinea nella parte II al punto 1 "Le linee di intervento prioritario: - La promozione della salute dall'età evolutiva: punti strategici di innovazione - Promozione degli stili di vita - Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie ad ampio impatto sociale - Prevenzione delle malattie cronico-degenerative ad ampio impatto sociale - La promozione e tutela della famiglia.
- Guidelines on physical activity and sedentary behaviour, WHO 2020

Iniziative internazionali riguardanti la promozione dell'attività fisica:

- "Sedentary", progetto a cura del Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (Portogallo).
- "Change 4 Life. Eat well, move more, live longer", programma realizzato dal Nhs New-ham, Newham Primary Care Trust (UK). Programma ideato con l'obiettivo di aiutare le persone ad adottare e implementare uno stile di vita salutare, basato su alimentazione equilibrata e attività fisica, con indicazioni specifiche per ragazzi, adulti, anziani e famiglie.
- "Wheeling Walks", campagna mediatica lanciata in West Virginia, costruita sulle basi delle strategie di marketing e pubblicità (spot radiofonici e televisivi, propaganda tramite siti web e giornali), con l'obiettivo di incoraggiare la popolazione adulta di età compresa tra i 50 e i 65 anni non sufficientemente attivi, a raggiungere almeno 30 minuti di attività fisica al giorno.
- "Neighbor Walk", programma ideato nel 2014 negli Stati Uniti. È un programma molto simile all'organizzazione definita dai Gruppi di Cammino Italiani, ma con delle varianti, quali: l'attività di cammino, coordinata dal Walking Leader, viene tracciato in modo da promuovere la passeggiata, fornendo incentivi ai partecipanti ed eseguendo un sondaggio post camminata in grado di fornire feedback sul percorso, sulla frequenza della passeggiata e sui cambiamenti rispetto la salute percepiti dai camminatori. Inoltre, oltre alle camminate, ogni gruppo elabora e approfondisce due diversi argomenti di salute ogni anno.
- Studio trasversale di Hua Bai et al. realizzato a Kansas City in Missouri ha dimostrato che vi è una

correlazione tra le caratteristiche dell'ambiente di vita e la frequenza di adozione di comportamenti sani e incentrati sul movimento, da parte della popolazione. Nell'ambiente costruito, le infrastrutture verdi favoriscono l'attività fisica. Questa scelta non è determinata esclusivamente dalle caratteristiche strutturali del parco, ma anche da come i singoli percepiscono la qualità del parco. Possono essere percezioni riguardanti il senso di sicurezza, la presenza di attrezzature di interesse, il valore estetico attribuito all'area verde, quanto è frequentato il parco. Pertanto, la presenza e le caratteristiche delle aree verdi cittadine facilitano o ostacolano l'adozione di comportamenti sani e incentrati sul movimento. È dunque fondamentale: investire risorse per migliorare la qualità dei parchi di quartiere per promuovere l'attività fisica in tutta la popolazione; attuare campagne di comunicazione per far conoscere le risorse del territorio e per migliorarne le percezioni rispetto alla qualità e alle potenzialità di utilizzo, per esempio come luoghi di ritrovo a basso costo per fare attività fisica di gruppo.

4.2. Sistema di supporto per lo sviluppo del programma: il ruolo delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS)

All'interno della cornice programmatoria regionale, le ATS hanno un ruolo fondamentale nella messa in atto delle azioni di supporto del programma. La specifica conoscenza delle ricadute di salute del modello, e dei propri territori di pertinenza, grazie all'attività di mappatura delle caratteristiche del contesto locale, permette loro di progettare e realizzare attività di formazione e informazione capaci di sensibilizzare professionisti della promozione della salute e decisori politici locali rispetto alla necessità di adottare questo approccio, sviluppando progetti rigorosi e altrettanto adattabili nei differenti contesti.

4.3. Sistema di sviluppo e trasmissione

Le singole ATS hanno avuto un ruolo centrale nell'attivazione di alleanze con i vari stakeholders presenti sul territorio. La collaborazione con amministrazioni comunali, associazioni di volontariato, ASST e associazioni di cittadini (vedi paragrafo "Collaborazioni e alleanze" pag. 23), insieme al forte compito di informazione, coordinamento e sviluppo dell'attività svolto dalle ATS, hanno permesso ai Gruppi di Cammino di estendersi per contaminazione trasversale su tutto il territorio della Lombardia.

Nei diversi territori in cui sono stati organizzati i Gruppi di Cammino, le singole ATS hanno promosso processi di comunicazione sociale e di rete per diffondere l'iniziativa nelle comunità oltre che svolgere un ruolo di coordinamento attivando tavoli di lavoro con Amministrazioni locali, Associazioni di volontariato e altri enti promotori dell'iniziativa (aziende pubbliche e private, farmacie, Aziende Sanitarie ecc.).

Sebbene ogni ATS svolga un ruolo centrale nella promozione e nell'organizzazione dei Gruppi di Cammino, molte associazioni ed enti sia pubblici che privati, attivano per iniziativa propria tali interventi. Ogni Gruppo di Cammino che nasce sul territorio rientra comunque a far parte della rete promossa e coordinata da ATS, la quale nell'ambito della sua attività di *governance*, monitora le attività organizzate coinvolgendo i partecipanti nelle iniziative di sistema periodicamente organizzate (ad es. percorsi di formazione/aggiornamento mirati, raduni, convegni, incontri provinciali con i Walking Leader ecc., vedi allegato 4).

Gli Enti e le Associazioni che intendono attivare un Gruppo di Cammino sono invitati dalla ATS a fare propri alcuni impegni, tra cui:

- utilizzare materiali informativi riconoscibili e validati;
- collaborare con il personale di ATS;
- contribuire all'organizzazione di iniziative collaterali quali Workshop, convegni, corsi di formazioni, eventi o manifestazioni.

La disponibilità di un Programma regionale "Gruppi di Cammino" permette di offrire in modo equo e a tutto il territorio un medesimo modello di intervento, omogeneizzandone le prassi, seppur adattandole ai diversi territori e garantendo uguale opportunità di coinvolgimento delle diverse Comunità Locali.

4.4. Analisi dei determinanti

Il Programma regionale "Gruppi di Cammino", si propone di lavorare sui seguenti determinanti al fine di raggiungere l'obiettivo finale:

Predisponenti: Le persone che decidono di aderire al programma a livello locale modificheranno il loro comportamento, introducendo l'attività fisica nella loro routine settimanale o comunque favorendo uno stile di vita maggiormente attivo, riducendo la sedentarietà e promuovendo scelte salutari. Una delle azioni per lavorare sui fattori predisponenti è costruire una comunicazione diretta ai destinatari finali (ne sono un esempio le locandine allegate) che evidenziano i benefici della camminata e le ricadute positive in termini di salute psicofisica, la piacevolezza della camminata di gruppo. A questo proposito sono realizzati a livello locale incontri con la comunità in cui le persone vengono a contatto con altri membri della propria comunità che potrebbero aderire all'attività.

Abilitanti: mediante l'ingaggio di enti locali, associazioni di volontariato, settore sanitario, sponsor locali ecc., si è potuto garantire la disponibilità del programma nelle modalità più consone alle necessità dei destinatari: accessibilità nelle zone più vicine ai destinatari grazie all'estensione capillare del programma su tutto il territorio, spazi dedicati allo svolgimento dell'attività fisica grazie alla collaborazione con i Comuni, disponibilità di palestre per dare continuità al programma anche nella stagione invernale grazie alla collaborazione con associazioni sportive ed enti locali, flessibilità di orari di svolgimento dell'attività grazie alla disponibilità dei volontari, possibilità di adesione a gruppi dedicati a persone con patologie specifiche grazie alla collaborazione con ASST e personale sanitario ecc.

Rinforzanti: i partecipanti al programma possono sperimentare le ricadute positive dell'attività fisica in termini di aumento della socialità e diminuzione della solitudine e depressione. Anche il rinforzo dei pari all'interno del gruppo è un incentivo per il camminatore a proseguire l'attività con costanza. Il fatto che all'interno della propria comunità vi siano istituzioni, enti o associazioni riconosciuti dalla cittadinanza che promuovono l'iniziativa dei gruppi di cammino, può essere un elemento rinforzante per i camminatori.

5. TEORIA DI CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO

Il coinvolgimento della comunità locale nell'attivazione di Gruppi di Cammino sul territorio è stato fondamentale per assicurare la modifica del comportamento a favore della messa in atto di azioni salutari.

Il modello Transteorico di Di Clemente e Prochaska ben si adatta ai gruppi che vogliono promuovere l'attività motoria. Questo modello si propone come modello esplicativo completo e multilivello in quanto tiene conto degli aspetti temporali e dinamici del cambiamento ai quali si è fatto riferimento per la promozione dei Gruppi di Cammino.

I Gruppi di Cammino si rivolgono a una popolazione che spesso non pratica attività fisica autonomamente e con continuità. L'arruolamento, l'entrare a far parte di un gruppo, l'esempio e il sostegno dei pari rappresentano degli strumenti per sensibilizzarli, coinvolgerli e motivarli a intraprendere un comportamento sano e a mantenerlo nel corso del tempo. Il modello Transteorico, con le sue cinque fasi del cambiamento, ben si presta ad accompagnare quella parte di popolazione da un'iniziale inconsapevolezza della necessità di modificare il proprio comportamento (Precontemplazione) fino ad arrivare al perdurare nel tempo del comportamento di salute (Mantenimento):

1. **Precontemplazione:** la persona in questa fase non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento. In questa fase vedere altri conoscenti che aderiscono al programma può essere un elemento che predispone il passaggio alla fase successiva. Anche il Medico di Medicina Generale, il Medico specialista o le figure di riferimento dell'individuo sul territorio possono giocare un ruolo importante in questa fase: in sede di consultazione ambulatoriale, possono, infatti, suggerire al proprio paziente l'attività fisica spiegando i benefici della camminata personalizzandoli sulle esigenze del singolo in risposta al tipo di patologia presentata; contestualmente, l'attività di comunicazione dell'iniziativa sul territorio da parte di ATS è importante per raccogliere il fabbisogno della popolazione e proporre Gruppi di Cammino alla comunità locale.
2. **Contemplazione:** Il soggetto prende in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento. Anche in questo caso avere a portata di mano una soluzione semplice e fattibile può aiutare passare alla fase successiva: il Medico di medicina generale, ad esempio, che ha precedentemente suggerito il gruppo di cammino, insieme alle altre figure di riferimento hanno il compito di fornire supporto alla persona che sta valutando di iniziare a camminare. In questa fase è importante mantenere il contatto con le persone, costruire la relazione stimolando la presa di coscienza. Una strategia possibile è quella di coinvolgere negli incontri di presentazione dell'iniziativa i testimoni che hanno già sperimentato il cambiamento modificando il loro stile di vita ed introducendo l'attività fisica nella loro routine.
3. **Determinazione:** Il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (nel mese successivo) e pianifica la modalità di cambiamento. In questa fase è importante aiutare il soggetto a immaginare il cambiamento e le sue ripercussioni sulle abitudini individuali e sociali. Una volta che l'individuo ha preso la decisione di iniziare a camminare, il promotore del Gruppo di Cammino o il Walking leader dovranno concordare e condividere con il soggetto il piano di cambiamento formulando un "contratto individualizzato" contenente obiettivi a breve e a medio termine realisticamente raggiungibili (accettabili per il soggetto, commisurati alle sue effettive abilità, con la dovuta considerazione per le difficoltà/debolezze individuali e/o contestuali).
4. **Azione:** il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento. È importante a questo punto aiutarlo a stabilire obiettivi a breve-medio termine, avendo particolare cura nel rinforzare i successi, anche se parziali. In questa fase possono verificarsi delle eventuali ricadute, che rappresentano un evento che fa ripartire il ciclo degli stadi. Il Gruppo di Cammino e in particolare il Walking leader sono fondamentali in questa fase per mantenere vivo l'interesse alla partecipazione curando le relazioni e il supporto sociale all'interno del gruppo stesso, aumentando il senso di autoefficacia, coinvolgendo i partecipanti al gruppo nella scelta del percorso, degli orari ecc.
5. **Mantenimento:** In questa fase il soggetto si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento e deve essere aiutato a "non abbassare la guardia", a mantenere alta l'attenzione sulle situazioni critiche, in cui la spinta a tornare al comportamento problematico già superato è stata particolarmente forte. Il Walking leader deve quindi facilitare all'interno del gruppo l'individuazione

delle eventuali barriere alla partecipazione e trovare le relative soluzioni condividendole con gli altri partecipanti.

Importante è considerare nello svolgimento dell'attività anche i fattori che determinano il movimento da una fase di cambiamento del comportamento a quella successiva:

- Autoefficacia: capacità personale di agire quel comportamento (camminare);
- *Locus of control*: sentirsi responsabili della propria salute e dei comportamenti che determinano il proprio stato di salute (svolgere attività fisica in modo continuativo);
- Bilancia decisionale: valutazione comparativa degli aspetti positivi e negativi di un particolare comportamento (valutazione del miglioramento del proprio stato di benessere psico-fisico in seguito alla partecipazione ad attività di promozione di stili di vita attivi).

6. IL PROGRAMMA REGIONALE “GRUPPI DI CAMMINO”

Dopo aver descritto nei paragrafi precedenti il percorso e gli elementi teorici di base dello sviluppo dei Gruppi di Cammino in Lombardia, in questo capitolo saranno descritti gli obiettivi, la metodologia e le azioni che costituiscono le linee operative per la realizzazione del programma.

6.1. Destinatari

Finali: popolazione ultrasessantacinquenne e/o con fattori di rischio CCV/patologie (sovrappeso, obesità, diabete, ipertensione, disturbi psichici, ecc.). Il Programma, naturalmente, può essere esteso anche al resto della popolazione, previa valutazione di un corretto rapporto costi-benefici per il SSR e della sostenibilità dell'iniziativa nel medio-lungo periodo.

Intermedi: Comuni, Associazioni di volontariato, MMG, ASST, Accreditati SSR.

6.2. Obiettivo generale

I Gruppi di cammino rappresentano un'opportunità organizzata per aumentare il livello di attività fisica nella popolazione (indicazioni OMS) e contrastare la sedentarietà. Il loro obiettivo è quindi quello di promuovere uno stile di vita attivo che, come evidenziato in letteratura, contribuisca alla prevenzione delle cronicità e in particolare delle dimostrate ripercussioni della sedentarietà sulla salute (sovrappeso, obesità, diabete, depressione, patologie a carico dell'apparato cardiocircolatori e osteoarticolare) promuovendo la cultura di uno stile di vita attivo, sostenendo contestualmente fattori di salute psico-sociali individuali e collettivi e motivando le persone ad essere protagoniste attive del proprio benessere (empowerment).

6.3. Obiettivi specifici e azioni

L'obiettivo generale sopra indicato può essere tradotto in differenti obiettivi specifici sia legati al cambiamento dei destinatari, che relativi alle condizioni organizzative e di sistema che rendono possibile la realizzazione di un intervento/attività/strategia. Tali obiettivi specifici compongono un aspetto “core” del

programma e, contemporaneamente, hanno la possibilità di essere tradotti, specificati e sviluppati nei differenti territori lombardi. Ogni gruppo di lavoro locale, infatti, grazie al supporto e all'accompagnamento dell'equipe multiprofessionale di ATS, (composta da Medici igienisti, Medici dello sport, Assistenti sanitari, Educatori professionali, Psicologi) ha il compito di declinare gli obiettivi qui presentati sulla base delle caratteristiche del proprio contesto di riferimento, al fine di specificarli temporalmente e renderli effettivamente misurabili. Così facendo essi risultano essere utili sia nel processo di monitoraggio territoriale, gestito dai gruppi di lavoro locali promossi da ATS, sia in quello regionale.

Ogni obiettivo scelto sulla base dell'analisi dei determinanti di salute individuati, è raggiunto grazie alla messa in atto di una o più azioni specifiche. A causa dell'applicazione del programma in differenti territori locali, Regione Lombardia, nell'attuare la sua funzione di *governance*, indica esempi/suggerimenti per avviare un Gruppo di Cammino. Per questo motivo le azioni non sono da intendersi in modo prescrittivo, ma ogni ATS che si fa carico dell'organizzazione dell'iniziativa ha la libertà di agire, considerando la specificità e le caratteristiche del proprio territorio.

Nella tabella seguente, sono elencati gli obiettivi specifici e le principali tipologie di azioni che possono essere messe in atto per perseguirli. Esse possono essere prese come spunto da chi intenda attivare uno o più Gruppi di Cammino sul proprio territorio.

Obiettivo specifico	Azioni di riferimento
<p>1. DIFFONDERE LA RETE DEI GRUPPI DI CAMMINO SUL TERRITORIO REGIONALE LOMBARDO E "GEOLOCALIZZARLI"³</p> <p>(Tutte le azioni volte a favorire la diffusione della rete dei Gruppi di Cammino, agiscono anche a livello dei determinanti abilitanti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizzazione di tavoli tecnici ▪ Coinvolgimento delle risorse del territorio (associazioni di volontariato, farmacie ecc.) ▪ Organizzazione di eventi e raduni tra Gruppi di Cammino del territorio ▪ Organizzazione di eventi per promuovere i Gruppi di Cammino all'interno di altri eventi del territorio ▪ Promozione di processi di comunicazione e di rete ▪ Promozione dell'iniziativa attraverso i media locali ▪ Predisposizione di una modulistica standard; ▪ Coinvolgimento dei MMG con il ruolo di promuovere l'iniziativa ai propri assistiti over 65 anni ▪ Censimento dei Gruppi di Cammino e loro geolocalizzazione ▪ Produzione di materiale promozionale (manuali, volantini, poster ecc.)

³ Con geolocalizzazione si intende registrare negli anni quali e quanti Comuni vedono la presenza sul proprio territorio di Gruppi di Cammino, permettendo quindi di misurare il grado di attivazione e penetrazione del programma sul territorio lombardo

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costituire una rete di collaborazione con portatori d'interesse (associazioni, comuni, municipi, operatori sanitari e sociali, Medici di Famiglia)
<p>2. FAVORIRE LA SOSTENIBILITÀ DEI GRUPPI DI CAMMINO nel tempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclutamento tra i partecipanti al Gruppo di Cammino di Walking Leader volontari ▪ Coinvolgimento dei Walking Leader nella definizione del percorso ▪ Stesura manuale per i Walking Leader; ▪ Costruzione e implementazione di percorsi formativi per i Walking Leader per lo sviluppo di abilità di gestione dell'attività fisica e di cura delle relazioni all'interno del gruppo; ▪ Realizzazione di incontri periodici con i Walking Leader (successivi alla formazione);
<p>3. FAVORIRE IN PARTICOLARE LA PARTECIPAZIONE DELLA POPOLAZIONE OVER 65 AI GRUPPI DI CAMMINO PER COMBATTERE LA SEDENTARIETÀ E FAVORIRE IL BENESSERE PSICO-FISICO E CONTRIBUIRE AL RAGGIUNGIMENTO DEI LIVELLI RACCOMANDATI DALL'OMS PER FASCIA D'ETÀ (in particolare individuare ed entrare in contatto con i cittadini meno attivi)</p> <p>(Tutte le azioni di comunicazione volte a evidenziare i benefici, la facilità e la piacevolezza dell'intervento, agiscono a livello dei determinanti predisponenti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizzazione di incontri rivolti alla popolazione over 65 anni per illustrare i benefici dell'attività fisica sulla salute e sul benessere; ▪ Organizzazione di eventi pubblici in collaborazione con i partecipanti ai Gruppi di Cammino e agli stakeholder del territorio, per illustrare le caratteristiche dei Gruppi di Cammino alla popolazione over 65; ▪ Coinvolgimento della popolazione over 65 nell'individuazione di elementi che possono ostacolare e facilitare la partecipazione ai Gruppi di Cammino ▪ Coinvolgimento della popolazione over 65 nell'organizzazione e gestione dei Gruppi di Cammino; ▪ Coinvolgimento della popolazione over 65 nella definizione di canali e contenuti per promuovere i Gruppi di Cammino presso i loro coetanei ▪ Organizzazione di focus group o indagini con rappresentanti della popolazione non attiva per individuare eventuali barriere alla partecipazione e relative soluzioni.
<p>4. MANTENERE NEL TEMPO LA PARTECIPAZIONE DEL SINGOLO AL GRUPPO DI CAMMINO</p> <p>(Tutte le azioni volte a mantenere la partecipazione del singolo gruppo agiscono a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cura delle relazioni e del supporto sociale all'interno del singolo Gruppo di Cammino (ruolo chiave del Walking Leader) ▪ Soddisfare le aspettative di chi partecipa al gruppo ▪ Coinvolgimento dei partecipanti nella

livello dei determinanti rinforzanti)	<p>definizione di aspetti pratici (scelta del percorso orari ecc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coinvolgimento dei partecipanti individuazione di eventuali barriere alla partecipazione e delle relative soluzioni
5. AUMENTARE LA PRATICA DELL'ATTIVITÀ FISICA NEGLI ADULTI E NEGLI ANZIANI (FARE IN MODO CHE CHI PARTECIPA AI GRUPPI DI CAMMINO FACCIA ANCHE ALTRA ATTIVITÀ FISICA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizzazione di incontri dedicati per illustrare i benefici dell'attività fisica sulla salute e sul benessere ▪ Offerta di facilitazioni per praticare attività fisica a chi partecipa ai Gruppi di Cammino.
6. PREVENIRE IL DECADIMENTO COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costituzione di un gruppo di lavoro tra gli operatori ATS e Specialisti (ad es. Geriatri, Fisiatri, Neurologi ecc.) del territorio ▪ Produzione di schede con esercizi cognitivi da svolgere durante il cammino ▪ Incontri di aggiornamento con i Walking Leader per l'utilizzo delle schede durante le camminate ▪ Organizzazione di eventi per promuovere l'iniziativa e inserirla come attività abituale all'interno dei Gruppi di Cammino ▪ Utilizzo degli esercizi in gruppo durante le camminate: a tutti i Walking Leaders è fornito un manuale esplicativo degli esercizi di gruppo da proporre lungo il percorso.
7. RIDURRE L'ISOLAMENTO SOCIALE (Tutte le azioni volte a ridurre l'isolamento sociale agiscono anche a livello dei determinanti rinforzanti)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creazione di occasioni di aggregazione ▪ Cura delle relazioni e del supporto sociale all'interno del singolo Gruppo di Cammino (ruolo chiave del Walking Leader)
8. FAVORIRE L'ADOZIONE DI STILI DI VITA SANI, OLTRE ALL'ATTIVITÀ FISICA (ES. ALIMENTAZIONE SALUTARE, CESSAZIONE USO TABACCO, USO MODERATO ALCOLICI, ALLERTA IN TEMA DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO ECC.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizzazione di eventi per i partecipanti dei Gruppi di Cammino in cui presentare altri temi di salute (Alimentazione sana, cessazione uso tabacco, rischi gioco d'azzardo, bere alcolici in modo moderato ecc.) ▪ Formazione dei Walking Leader a introdurre e sostenere temi di salute durante la camminata (Gruppo di Cammino come occasione per diffondere altre tematiche).
9. FAVORIRE L'INTEGRAZIONE DELL'UTENZA FRAGILE NEI GRUPPI DI CAMMINO DEDICATI – GRUPPI PER PATOLOGIE SPECIFICHE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione di linee guida specifiche nate dalla collaborazione di operatori sanitari e sociali ▪ Coinvolgimento dei MMG con il ruolo di promuovere l'iniziativa ai propri assistiti con patologie specifiche

(Tutte le azioni volte a favorire la partecipazione dell'utenza fragile ai gruppi di cammino dedicati, agiscono anche a livello dei determinanti abilitanti)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formazione dei Walking Leader sulle caratteristiche di un Gruppo di Cammino adatto a soggetti con patologie specifiche (diabetici, oncologici ecc.) ▪ Predisposizione/definizione di protocolli d'intesa con le ASST territoriali, finalizzati a promuovere la riabilitazione psico-fisica e sociale di pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, con il loro inserimento/invio nei Gruppi di Cammino.
10. PROMUOVERE ABITUDINE ALLA MOBILITÀ SOSTENIBILE NELLA COMUNITÀ E IN ALTRE FASCE DI ETÀ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizzazione di eventi in cui anziani e bambini camminano insieme.

- **Descrizione dell'attività e metodologia**

I gruppi di lavoro attivati nei differenti territori hanno il compito di mettere in atto le azioni sopra indicate seguendo specifiche fasi di sviluppo del programma e di coinvolgimento dei destinatari. Nello specifico, quelle curate dall'ATS di riferimento risultano essere:

- Attivare collaborazioni con Enti Locali, Soggetti no profit, ASST, altre strutture ospedaliere e socioassistenziali, MMG, altri soggetti della comunità locale (Farmacie, Università, ecc.):
Le ATS hanno un ruolo fondamentale nel processo di attivazione delle collaborazioni con gli stakeholder dei differenti territori. Ad esse, infatti, è affidato un ruolo importante nell'informare e formare i vari soggetti delle Comunità Locali rispetto alla possibilità di attivazione dei Gruppi di Cammino. Tale attività è realizzata sia mediante l'organizzazione di incontri con i decisori locali (quali Comuni, associazioni attive sul territorio) sia con i membri delle diverse comunità (volontari, gruppi di rappresentanti della popolazione over 65 ecc.), sia attraverso l'attivazione di corsi di formazione specifici, la stampa e la diffusione di materiale informativo.
- Stimolare la costituzione di tavoli di lavoro con le associazioni del territorio e i rappresentanti della popolazione target:
Tali gruppi si occupano di progettare le implementazioni locali dei Gruppi di Cammino, declinando alcuni aspetti del programma sulla base delle caratteristiche del contesto di riferimento. Alla comunità locale è richiesto di attivare azioni e attività che, in ogni fase, prevedano il coinvolgimento di target e diversi. È infatti fondamentale coinvolgere sia i differenti attori che appartengono alla comunità (adulti, anziani), sia i gruppi presenti ed attivi nei contesti territoriali (amministrazione comunale, associazioni, enti del terzo settore). Il coinvolgimento di entrambi promuove l'*empowerment* e lo sviluppo di comunità che favorisce la partecipazione al programma (Wandersman, 2003). Tutti i destinatari, intermedi e finali, quindi, in linea con gli obiettivi del programma, sono coinvolti in specifiche attività di informazione, formazione e promozione della salute, volte ad accrescere competenze utili per migliorare le scelte di salute proprie e della propria comunità di riferimento.
- Fornire consulenza sugli aspetti organizzativi e supporto tecnico in particolare in riferimento alla formazione dei Walking Leader:

All'interno di questa fase, gli operatori dei Servizi di Promozione della salute delle ATS possono fornire supporto tecnico e consulenza ai Gruppi sugli aspetti organizzativi necessari per la gestione del programma, promuovendo anche processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche. I destinatari finali e intermedi sono coinvolti a livello locale, nella pianificazione e nell'organizzazione dei singoli Gruppi di Cammino. A questo livello i partecipanti contribuiscono nello scegliere percorsi, orari, tempistiche, frequenze delle uscite. Ognuno di loro è attivamente ingaggiato nel coinvolgere conoscenti e amici all'interno del gruppo. Ciascuno di loro, inoltre, può segnalare eventuali difficoltà e contribuire a sostenere la partecipazione di tutti. In particolare, questo ruolo è svolto dal *Walking leader* che assume questi impegni in maniera formale dopo una specifica formazione.

- Promuovere processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche:

L'attività di comunicazione risulta essere fondamentale all'interno di tutto il processo di diffusione regionale dei Gruppi di Cammino. In particolare, le equipe di lavoro interne alle ATS hanno il compito di informare le Comunità locali. Gli operatori di ATS, i *Walking leaders* e i volontari coinvolti, inoltre, sviluppano e mettono in atto specifici processi comunicativi mirati ai diversi membri della Comunità nelle varie fasi di realizzazione del programma. Al fine di favorire l'adesione al programma è opportuno produrre avvisi e comunicazioni, anche mediante l'utilizzo dei media (giornali, web), capaci di indicare chiaramente (dettagliatamente e comprensibilmente) obiettivi, fasi e attività previsti dal programma. Per mantenere l'iniziativa attiva, una volta all'anno sul territorio sono organizzati i cd Raduni in cui i partecipanti ai diversi Gruppi di Cammino del territorio hanno la possibilità di incontrarsi tra loro e con Esperti, invitati per l'occasione, che approfondiscano tematiche di interesse specifico e/o rilevanti nelle strategie regionali/territoriali di promozione della salute.

- Raccogliere i dati relativi alla diffusione sul territorio di competenza e alla partecipazione dei "camminatori":

Il Gruppo di lavoro ha il compito di monitorare e valutare l'andamento del programma per prevedere eventuali azioni correttive, restituire i dati raccolti alle Comunità locali, alle Amministrazioni Comunali e agli altri Enti coinvolti. Per raccogliere i dati, ATS predispone e invia una scheda di raccolta ad ogni *Walking leader*. Attraverso le schede di monitoraggio è possibile identificare anche i punti di debolezza che necessitano di essere implementati.

Nel Box 2 sono esplicitate le fasi tipiche per l'attivazione di un Gruppo di Cammino. Tali fasi possono subire variazioni in base al contesto locale in cui il Programma si inserisce e all'Ente che promuove l'iniziativa:

BOX 2. Fasi consigliate per l'attivazione di un Gruppo di Cammino

Passo 1 Fase progettuale: Esempio delle azioni raccomandate per l'Attivazione della rete

- a. Riunioni con l'Amministrazione comunale per la presentazione dell'iniziativa da parte dei referenti di ATS;
- b. Incontri con le associazioni di volontariato, associazioni sportive e enti interessati a promuovere e contribuire alla co-realizzazione del programma;
- c. Presentazione del programma da parte dei referenti ATS, comune e associazioni ai cittadini coinvolti. Durante l'incontro di presentazione vengono raccolte le prime adesioni di volontari che intendono formarsi per diventare Walking Leader;

- d. Identificazione di un percorso (possibilmente circolare, separato dal traffico, in zone verdi o pedonali)
- e. Presentazione/divulgazione dell'iniziativa alla cittadinanza e condivisione delle azioni relative ai ruoli e ai compiti dei soggetti coinvolti;
- f. Identificazione dei percorsi, possibilmente circolari, separati dal traffico, preferibilmente in zone verdi o pedonali. Definizione della data, del giorno e degli orari di svolgimento dei gruppi;
- g. Incontri tra referenti di ATS che presentano l'iniziativa, Walking Leader precedentemente formati, medici di medicina generale che si fanno promotori del programma e comunità locale. Nella sede dell'incontro si procede fin da subito con l'iscrizione al Gruppo di Cammino e firma della liberatoria;
- h. Avvio iscrizioni: compilazione del modulo predisposto che prevede; tutela della privacy, liberatoria responsabilità, autorizzazione ad effettuare fotografie e filmati. Al momento dell'iscrizione si invitano i partecipanti a comunicare al proprio medico di medicina generale l'adesione all'iniziativa Gruppi di Cammino.

Passo 2 Fase realizzativa - Esempio delle azioni raccomandate per l'Attivazione Gruppo di Cammino

- 1.1 Formazione Walking Leader: ha come obiettivo quello fornire ai Walking Leader concetti teorici sulle determinanti della salute, renderli consapevoli dell'importanza della camminata e ampliare la conoscenza del proprio territorio. Ai Walking Leader vengono insegnate le principali tecniche di gestione delle dinamiche di gruppo al fine di saper affrontare le difficoltà che possono emergere all'interno del Gruppo di Cammino. I Walking Leader formati svolgono la funzione di moltiplicatori di salute, venendo coinvolti sul territorio anche in altre iniziative organizzate nelle scuole, nei reparti ospedalieri o in altri contesti, al fine di portare la loro esperienza e promuovere salute;
- 1.2 Avvio Gruppo di Cammino accompagnato da Walking Leader e (solo inizialmente) da personale ATS (gli operatori ATS accompagnano i W.L. e il gruppo al fine di rinforzare praticamente l'aspetto teorico trasmesso con l'attività didattica di formazione).

Passo 3 Azioni a sostegno – Esempio delle azioni raccomandate per la Stabilizzazione del programma

- a. Costituzione e sviluppo di una rete locale dei Gruppi di Cammino al fine di:
 - promuovere il coinvolgimento delle comunità locali;
 - declinare il programma sulla base delle differenze territoriali;
 - stabilizzare un punto di riferimento per la cittadinanza nell'area territoriale in cui viene organizzato il Gruppo di Cammino;
- b. Incontri periodici con i Walking Leader dei vari territori per:
 - confronto modalità gestione dei gruppi;
 - Analisi aspetti da migliorare e raccolta/divulgazione iniziative territoriali (raduni, feste ecc.);
 - Raccolta documentazione (mappe con descrizione percorsi, fotografie, interviste, articoli);
- c. Fase di valutazione: si intende rilevare alcuni elementi ed indicatori in grado di documentare i risultati ottenuti sia sul piano dell'efficienza che su quello del risultato in termini di salute.

In particolare, vengono sviluppate le seguenti valutazioni:

- valutazioni di efficienza espresse attraverso indicatori costruiti sul numero di gruppi attivati e soggetti coinvolti;
- valutazioni di gradimento attraverso interviste a camminatori (singoli o in gruppo) e a rappresentanti delle amministrazioni coinvolte;
- valutazioni di risultato attraverso la rilevazione e l'elaborazione di alcuni parametri misurabili (peso, altezza, IMC, circonferenza addominale, pressione arteriosa, test dei 6 minuti – di performance) nonché monitoraggio di elementi relativi allo stato di salute come indici di ricovero per alcune o tutte le cause per i

soggetti partecipanti ai gruppi e confrontati con una popolazione di confronto provinciale.

Passo 4 Azioni a rinforzo/consolidamento/autonomia – Esempio delle azioni raccomandate per il Mantenimento del programma

- a. Organizzazione di eventi da parte di EELL, associazioni di volontariato ecc.;
- b. Incontri di approfondimento organizzati da ATS su altri argomenti di salute: alimentazione, attività motoria, prevenzione cadute ecc.;
- c. Partecipazione periodica del personale di ATS alle uscite;
- d. Incontri periodici con i Walking Leader per la “manutenzione” del Gruppo di Cammino: mantenere i contatti con i Gruppi di Cammino è fondamentale per rendere il programma sostenibile e continuativo nel tempo. Per questo è importante incontrare periodicamente i Walking Leader per condividere l’andamento del gruppo e ingaggiarli in iniziative organizzate sul territorio. Le amministrazioni comunali organizzano, infatti, 2 – 3 incontri annui con i Walking Leader, mentre altri 4 incontri sono previsti con i referenti di ATS. Alla fine dell’anno viene organizzato un incontro provinciale con tutti i Gruppi di Cammino attivati sul territorio di competenza dell’ATS di riferimento. Ai Walking Leader viene dedicata una formazione specifica ogni due anni con un formatore esperto, che, utilizzando metodi interattivi e dinamici, ripercorre i vari ruoli del Walking Leader che opera da conduttore, facilitatore e animatore all’interno del gruppo. Le giornate di formazione coinvolgono tutti i Walking Leader a livello provinciale.

11. COLLABORAZIONI E ALLEANZE

Tutta la letteratura e i documenti di indirizzo (Salute 2020, Agenda UN 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, Programma nazionale "Guadagnare salute - rendere facili scelte salutari" - DPCM maggio 2007) sono concordi nel sostenere che i programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se integrati nella vita quotidiana delle comunità, se basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa. Pertanto, è utile costruire alleanze che possano favorire il radicamento in uno specifico contesto, in modo da valorizzare le risorse individuali e sociali presenti. A questo proposito il programma Gruppi di Cammino, prevede collaborazioni tra più attori presenti su ciascun territorio, privilegiando il coinvolgimento della popolazione in tutte le fasi di progettazione e realizzazione del Gruppo di Cammino, allo scopo di rendere i cittadini in grado di replicare l’iniziativa in modo autonomo, senza la guida di operatori di ATS o personale specializzato.

- **Gruppo di lavoro regionale**

La Regione ha un ruolo di *governance* del programma mentre tutte le azioni e le collaborazioni sono attivate a livello territoriale (singola ATS, Comuni, Municipi ecc.). La *governance regionale* è garantita attraverso il raccordo periodico fra la Struttura di riferimento regionale e i Responsabili della UOC promozione salute di ogni ATS, supportati dagli Operatori/Referenti che gestiscono le attività a livello locale. Nella progettazione e realizzazione del programma sul territorio sono inoltre coinvolti i rappresentanti dei destinatari. L’approccio è multidisciplinare: partecipano attivamente al processo soggetti con differente background formativo (Medici, Epidemiologi, Psicologi, Assistenti sanitari, Educatori professionali, Assistenti sociali). Tale multidisciplinarietà, di formazione e di ruolo, permette di approcciare il programma da prospettive differenti curando gli aspetti di efficacia (guadagno di salute), di efficienza (fattibilità del programma nei diversi territori, eventuali difficoltà e relative soluzioni), di appropriatezza

(raggiungimento della popolazione target, regolarità delle uscite ecc.). Sono previste strategie per favorire la partecipazione e l'empowerment dei "camminatori" e delle organizzazioni locali che sostengono l'iniziativa. A livello regionale sono stipulati Protocolli di intesa con Organizzazioni (ad es. Associazioni sportive, Sindacati ecc.) che poi sono recepiti localmente in base alle necessità di ogni ATS (vedi allegato 11). Ad esempio, Regione si è impegnata a stipulare un protocollo di intesa con il CONI per promuovere attività fisica sul territorio lombardo (vedi allegato 12).

Il coinvolgimento di settori non sanitari avviene attraverso la collaborazione con le altre Direzioni Generali di Regione Lombardia (per esempio la DG Territorio, DG Sport e Giovani, DG Politiche Sociali, Abitative, Disabilità ecc.). Tali collaborazioni sono estese a tutti i programmi regionali di promozione della salute, all'interno dell'approccio "La salute in tutte le politiche". In passato sono stati organizzati specifici percorsi di lavoro volti a rafforzare la collaborazione tra le diverse DG, ad es. sotto forma di GAT (Gruppi di Approfondimento Tematico) che, attraverso l'approfondimento di temi specifici, hanno prodotto esiti condivisi utili all'implementazione del Programma.

- **Gruppo di lavoro ATS**

Una volta adottato il Programma, ogni ATS può attivare un Gruppo di lavoro multi professionale locale, composto da professionisti formati sia sul processo di implementazione dei Gruppi di Cammino sia sulle caratteristiche del territorio di riferimento, con il compito di sostenere l'implementazione del Programma nelle differenti Comunità, svolgendo un ruolo di garante rispetto alle caratteristiche standardizzate dello stesso (ad esempio fasi previste, coinvolgimento dei cittadini, ecc.). Fanno parte, di norma, di questi gruppi di lavoro professionisti che operano nel campo della prevenzione e della promozione della salute (Medici igienisti, Medici dello sport, Assistenti sanitari, Educatori professionali, Psicologi) che, appartenendo a differenti Dipartimenti delle ATS, si occupano anche della progettazione e della implementazione degli altri Programmi preventivi Regionali (ad esempio "Rete delle Scuole che Promuovono Salute", WHP, Pedibus, ecc.). a

Sono coinvolti anche rappresentanti della popolazione, i quali, conoscendo le caratteristiche del proprio territorio di riferimento, costituiscono un elemento di forza ad esempio per la scelta di orari e percorsi e per promozione dell'iniziativa in ambienti di maggiore interesse per la comunità.

Il Gruppo locale ha anche il compito di suggerire quali attori della comunità coinvolgere e come stringere alleanze tra più settori ed enti del territorio di riferimento. Il coinvolgimento attivo dei Servizi di Promozione della Salute delle ATS in questi gruppi varia nel tempo: con un ruolo più attivo nelle fasi iniziali del processo di implementazione del Programma (seguendo i partner nell'individuazione e nel reclutamento dei partecipanti, accompagnando i Gruppi nelle uscite ecc.) che va progressivamente riducendosi nella logica di rendere autonomi nella gestione gli altri Soggetti coinvolti (e liberare così risorse per attivare nuovi territori).

- **Attori locali**

Gli **Enti Locali** (Amministrazione, polizia locale, servizi sociali) rappresentano un'importante risorsa nel dare vita a un Gruppo di Cammino in quanto contribuiscono a:

- Organizzare tavoli tecnici per programmare in modo condiviso l'iniziativa;
- Garantire/verificare la sicurezza dei percorsi;
- Stabilire la base di partenza e arrivo del percorso;
- Coinvolgere la popolazione del territorio diffondendo informazioni sull'iniziativa.

Le Associazioni locali e altre risorse specifiche del territorio (Farmacie, Comunità Montane, leader informali riconosciuti) rappresentano il fulcro dell'esperienza dei Gruppi di Cammino, in quanto contribuiscono a creare una rete di alleanza che stimola e coinvolge i volontari nell'organizzazione dei Gruppi di Cammino collaborando alle seguenti attività:

- Reclutare i *Walking Leader*;
- Dare vita al Gruppo di Cammino;
- Diffondere la proposta alla cittadinanza;
- Mantenere alta e costante la partecipazione dei camminatori;
- Individuare possibili criticità locali e le relative soluzioni (Aree verdi, traffico, orari adeguati ecc.).

Eventuali **sponsor locali** possono sostenere le iniziative che nascono localmente fornendo materiali utili e gadget e contribuendo economicamente all'organizzazione di eventi promozionali.

- **I partner "sanitari"**

Un alleato istituzionale prezioso è rappresentato dalle ASST e dai MMG. Per organizzare i Gruppi di Cammino specifici per patologie (vedi paragrafo 15), la collaborazione con i Medici specialisti (neurologi, diabetologi, fisiatri, cardiologi ecc.) e altre figure sanitarie (infermieri, educatori ecc.) assume un peso strategico rilevante. La promozione dei Gruppi di Cammino anche all'interno di alcuni reparti ospedalieri e RSA permettere di coinvolgere direttamente figure sanitarie che si fanno promotrici dell'iniziativa ai loro pazienti. L'ATS stringe collaborazioni con i medici interessati a estendere il programma Gruppi di Cammino a particolari categorie di pazienti o ad organizzare incontri a tema di informazione sui benefici dell'attività fisica per determinate patologie.

12. EQUITÀ

Il Gruppo di Cammino, per le sue caratteristiche, rappresenta un programma in grado di ridurre le disuguaglianze di salute e promuovere l'equità, favorendo l'attività fisica in di un'ampia porzione della popolazione. Alcune caratteristiche peculiari dei Gruppi di Cammino permettono, infatti, la loro estensione a contesti sociali, economici e demografici molto diversi tra loro. Il programma è aperto a tutta la popolazione essendo facilmente sostenibile da parte di tutti in termini di fatica fisica senza richiedere abilità specifiche. Nelle camminate vengono coinvolti soggetti ospiti di comunità per disabili, o anziani istituzionalizzati che difficilmente svolgono attività fisica sul territorio. I *Walking Leader*, nel corso della loro formazione, vengono opportunamente preparati ad integrare nel gruppo anche particolari categorie di persone al fine di rendere il Gruppo di Cammino accessibile a tutta la popolazione nel suo complesso.

I Gruppi di Cammino non prevedono l'utilizzo di attrezzature costose e non hanno alcun costo a carico dei partecipanti. Per aumentare l'equità sociale, favorendo la disseminazione del Programma, i Gruppi sono proposti su tutto il territorio lombardo con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di Comuni lombardi. Inoltre, al fine di mettere tutti gli individui nelle condizioni di partecipare in modo equo all'iniziativa, aumentando la possibilità di ciascuno di esercitare un controllo sulla propria salute, le persone che partecipano ai Gruppi sono coinvolte attivamente nella scelta dei percorsi, degli orari e vengono agevolati nello scambio di informazioni fra loro (orari, altri eventi ecc.).

13. VINCOLI RICONTRATI

Le principali difficoltà incontrate nello sviluppo dei Gruppi sono da ricondursi a:

- gestione di eventuali conflitti che possono nascere tra i partecipanti;
- mantenimento della partecipazione delle persone con età superiore ai 65 anni;
- coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale nella prescrizione dei Gruppi di Cammino a categorie di pazienti cronici.

Le soluzioni attivate per far fronte ai vincoli rilevati sono state:

- formazione dei *Walking Leader* e continuo aggiornamento/motivazione tramite incontri periodici sui temi di gestione del gruppo, risoluzione dei conflitti e promozione delle relazioni intergruppo;
- organizzazione di incontri tematici e Raduni volti a mantenere attiva la partecipazione e l'interesse e la divulgazione dell'iniziativa in luoghi di aggregazione e di frequentazione della popolazione target (farmacie di quartiere, uffici pubblici, chiese e parrocchie, circoli per anziani ecc.);
- inserimento della presentazione del Programma Gruppi di Cammino nella formazione dedicata ai Medici di Medicina Generale all'interno del Piano Formativo di ATS, messa a disposizione dei MMG di materiale informativo finalizzato alla promozione del Programma fra i pazienti; esposizione di cartellonistica e locandine di promozione dell'iniziativa presso gli studi medici.

14. COSTI

Uno dei punti di forza del programma è l'accessibilità gratuita al programma da parte di tutta la popolazione. Non sono infatti previsti costi né per i partecipanti né per i *Walking Leader*. L'organizzazione dei Gruppi di Cammino comporta costi minimi per le ATS che promuovono e attivano l'attività ma che poi incoraggiano l'autonomia dei singoli gruppi, mantenendo il monitoraggio e intervenendo solo in caso di difficoltà. I costi riguardano unicamente la produzione dei materiali informativi e del manuale di formazione dei *Walking Leader*.

15. VALUTAZIONE (per i dettagli si veda il documento di valutazione – Allegato 9)

- **Valutazione locale**

A livello territoriale, le associazioni che promuovono i Gruppi di Cammino, le Comunità Locali appartenenti ai Gruppi locali di lavoro o i Gruppi di Cammino stessi, si occupano di attuare il processo di monitoraggio previsto al fine di valutare le criticità che possono emergere nelle differenti fasi di implementazione dell'intervento, lo sviluppo dello stesso, il numero di partecipanti coinvolti ecc.

Ogni *Walking Leader* è appositamente formato anche in merito a come tenere un "Registro" (in genere fornito dalla ATS stessa, vedi allegato 7):

- delle uscite
- delle presenze dei partecipanti e delle loro caratteristiche (età, sesso, eventuali patologie ecc.)

La vitalità di un Gruppo (e la sua efficacia per combattere la sedentarietà) è infatti misurata in base al numero totale di iscritti, alla frequenza media di partecipazione, alla frequenza e alla numerosità uscite, al numero delle nuove adesioni. Questo permette, grazie anche al raccordo con l'equipe multiprofessionale di ATS, di monitorare il processo di implementazione del Programma a livello locale e territoriale, garantendo il mantenimento degli aspetti "core" dello stesso ma anche la sua declinazione a livello territoriale.

- **Valutazione regionale**

Ogni ATS annualmente rendiconta alla Regione il numero dei Comuni, dei Gruppi e dei partecipanti al Programma (con particolare attenzione agli ultrasessantacinquenni).

Gli obiettivi regionali misurati (riportati nel documento di valutazione) sono:

- copertura/impatto (1° obiettivo specifico)
- sostenibilità (2° obiettivo specifico)
- appropriatezza (3° e 9° obiettivo specifico)

Questi dati sono rilevati a livello di tutta la Regione (ogni ATS concorre a raccogliarli). La scelta di utilizzare questi indicatori si basa sull'idea che un programma efficace secondo la letteratura di riferimento, non debba essere valutato ogni volta.

Nel dettaglio gli indicatori forniscono le seguenti informazioni:

- **Copertura/IMPATTO:** la letteratura di riferimento indica che fare attività fisica con una certa regolarità garantisce un guadagno di salute. Sulla base di queste indicazioni, Regione Lombardia mira a far muovere il maggior numero di persone perché più persone camminano, maggiore è il guadagno di salute. Per questo motivo si misura quanti gruppi e quante persone camminano regolarmente grazie a questo programma.

INDICATORE: incremento e copertura territoriale.

Formule:

- n. GRUPPI DI CAMMINO anno in esame/n. GRUPPI DI CAMMINO anno precedente
- n. Comuni con GRUPPI DI CAMMINO/n. totale di Comuni della ATS

- **Sostenibilità:** Il programma per essere efficace deve essere stabile nel tempo e quindi essere sostenibile. Per questo la partecipazione diretta della popolazione e dei destinatari finali rappresenta un elemento chiave. In ogni territorio sono stati coinvolti Comuni, associazioni e altri soggetti con specifici accordi di partnership che possano favorire la stabilità del programma. Sono soprattutto i *Walking leader* la massima rappresentazione della partecipazione. Sono singoli cittadini, spesso *opinion leader* riconosciuti dalla comunità, che mettono il loro tempo e il loro carisma a disposizione del Programma. La loro presenza oltre ad aumentare l'adesione, garantisce la continuità anche in assenza di finanziamenti mirati o figure professionali del SSR dedicate.

INDICATORE: grado di autonomia dei GRUPPI DI CAMMINO.

Formula:

- n. Comuni con GRUPPI DI CAMMINO gestiti da Associazioni Volontariato/n. Comuni con GRUPPI DI CAMMINO.

Appropriatezza: poiché l'attività fisica dolce (come camminare) è particolarmente indicata a una certa età (>65 anni), Regione Lombardia ha individuato un indicatore per verificare se il programma raggiunge il target previsto. Maggiore è la percentuale di ultrasessantacinquenni che camminano, più appropriato è il programma e maggiore è il guadagno di salute ottenuto.

INDICATORE: copertura popolazione target.

Formule:

- n. partecipanti età > ai 65 anni/popolazione residente 65-74 anni

- n. partecipanti con fattori di rischio ccv/ popolazione target residente

All'interno dei Gruppi di cammino locali, inoltre, sono valutati gli obiettivi specifici operativi.

16. TRASFERIBILITA'

Come riportato nei precedenti paragrafi, il Programma Gruppi di Cammino rientra tra i programmi che Regione Lombardia promuove su tutto il territorio, fornendo un'importante occasione per la prevenzione della cronicità nella popolazione in un più ampio strategico quadro di promozione della salute. Attualmente la stragrande maggioranza dei Gruppi di Cammino organizzati sul territorio operano in modo autonomo. Molti gruppi sono, infatti, entrati nella vita della Comunità ed autonomamente collaborano fra loro e con altre realtà locali. Proprio tali caratteristiche rendono il Programma Gruppi di Cammino una pratica sostenibile e trasferibile in molteplici contesti. Infatti, seppure la promozione iniziale e l'avvio dei Gruppi di Cammino nei diversi territori veda ampiamente coinvolti i professionisti delle ATS, lo sviluppo e il mantenimento del Programma è affidato alle Comunità locali: la partecipazione dei cittadini, delle associazioni di volontariato e delle amministrazioni comunali nell'organizzazione dei Gruppi di Cammino costituisce, infatti, è una risorsa centrale per l'implementazione e la diffusione del Programma. Grazie a questo radicamento locale è possibile adattare le attività in accordo con le caratteristiche demografiche, strutturali e territoriali dei diversi contesti in cui i Gruppi di Cammino sono organizzati, pur mantenendo invariati obiettivi e fasi del Programma regionale.

17. SOSTENIBILITA'

I Gruppi di Cammino sono in primo luogo "sostenibili" grazie al fatto che siano inseriti all'interno di una cornice programmatoria regionale che permette di garantire la diffusione degli stessi. L'iniziativa è attivamente valorizzata a livello regionale dalle singole ATS come opportunità per le comunità territoriali. Annualmente le ATS di Regione Lombardia mettono a disposizione di tutti i Comuni delle provincie un Report dell'attività con l'elenco dei Gruppi di Cammino e dei livelli di adesione per stimolare la nascita di nuovi gruppi e il mantenimento degli esistenti. È infatti richiesto alle Amministrazioni Comunali il sostegno dei Gruppi di Cammino come patrimonio per la Comunità, sottolineando opportune azioni di supporto:

- logistica amministrativa;
- magliette del Gruppi di Cammino comunale,
- pubblicizzazione dell'esistenza del Gruppo e relativi orari tramite mezzi informativi locali e sui percorsi ciclopedonali frequentati;
- partecipazione e sostegno alle iniziative locali dei Gruppi.

Essi, inoltre, non richiedono attrezzature speciali per la loro organizzazione e non devono essere condotti esclusivamente da professionisti, ma da leader di camminata locali che su base volontaria sono formati. La realizzazione e l'implementazione del Programma nei diversi territori lombardi, infatti, è accompagnata dai professionisti delle ATS ma, contemporaneamente, affidata e guidata dai membri della Comunità Locale che scelgono di far parte del gruppo guida. Questo permette loro di sentirsi parte attiva e responsabile del processo di progettazione che, quindi, non è vissuto come un'attività imposta dall'istituzione e/o dall'esterno delle Comunità. Così facendo, inoltre, il Gruppo risulta essere composto da persone che, effettivamente, possiedono le competenze relative alle caratteristiche demografiche, strutturali e territoriali dei differenti contesti, fondamentali per adattare le peculiarità e le caratteristiche distintive dei Gruppi di Cammino a diversi Comuni, pur mantenendo invariati gli obiettivi e le fasi centrali del programma.

Un ulteriore elemento che favorisce la sostenibilità del Programma è la partecipazione dei cittadini a tutte le fasi di sviluppo, realizzazione e implementazione dei Gruppi di Cammino a livello locale.

Infine, l'esperienza dei Gruppi di Cammino suggerisce che le ragioni che portano le persone a partecipare e a essere costanti nel tempo sono dovute soprattutto alle relazioni umane che s'instaurano tra i membri del gruppo. La spontaneità dell'azione del camminare facilita il superamento di alcune possibili barriere come l'età, le condizioni socioeconomiche e la performance fisica, rendendo l'attività accessibile a tutti e replicabile nel tempo.

18. PIANO DI COMUNICAZIONE

La comunicazione, nell'ottica del marketing sociale, è un elemento centrale per il programma al fine di promuoverne la partecipazione dei cittadini e garantirne la massima diffusione su tutto il territorio.

I Gruppi di Cammino sono proposti alla comunità mediante campagne informative, media e iniziative locali. Sul sito www.promozionesalute.regionelombardia.it e sui siti delle singole ATS è presente una sezione dedicata ai Gruppi di Cammino nella quale è possibile reperire tutte le informazioni relative all'organizzazione dei Gruppi sul proprio territorio di interesse. La lista completa di tutti i Gruppi di Cammino attivi a livello locale viene segnalata ai Medici di Medicina Generale perché abbiano un riferimento utile nel caso di prescrizione di attività motoria ai propri assistiti. Ai partecipanti sono inviate periodicamente *newsletter* con consigli utili e informazioni sulla salute e l'importanza della camminata, esperienze e suggerimenti personali dei camminatori.

Periodicamente sono organizzati convegni con la partecipazione di medici specialisti e professionisti sanitari e attività di promozione dell'iniziativa tra le quali spettacoli teatrali che vedono come protagonisti i partecipanti ai Gruppi di Cammino. Inoltre, circa una volta all'anno ciascuna ATS, in collaborazione con le Amministrazioni comunali, organizzano a livello locale raduni di partecipanti ai Gruppi di Cammino, promuovendo percorsi in territori di particolare interesse storico culturale al fine di favorire la conoscenza del territorio e per supportare la rete dei Gruppi di Cammino.

In molte ATS sono attivi gruppi *Facebook* aperti per diffondere il programma nella popolazione e per favorire il contatto tra i partecipanti dei Gruppi di Cammino organizzati su ogni territorio; in alcune ATS è inoltre disponibile un numero verde dedicato per ricevere informazioni sul Gruppo di Cammino più vicino alla propria zona e per essere aggiornati sugli incontri territoriali con i *Walking Leader*.

19. MATERIALI UTILI ALL'ORGANIZZAZIONE DEI GRUPPI DI CAMMINO

- Manuale indirizzato ai *Walking Leader* corredato di fotografie per illustrare gli esercizi consigliati e di modulistica per monitorare l'andamento dell'attività del gruppo;
- Manuale di formazione per operatori;
- Scheda individuale distribuita in occasione della campagna di misurazioni;
- Modulistica per il counselling del Medico di Medicina Generale ai pazienti per cui è indicata la prescrizione dell'attività fisica;
- *Slides*, filmati, volantini, manifesti ecc.;
- Modulo per la raccolta dati del Partecipante;
- Liberatoria per la privacy;
- Prospetto partecipazione mensile ai singoli gruppi compilata dal *Walking Leader* ecc.

20. APPROFONDIMENTI UTILI

- **Gruppi di Cammino per target specifici**

Le attuali conoscenze scientifiche hanno dimostrato che l'incidenza di molte patologie è legata allo stile di vita, nell'ambito del quale l'attività fisica svolge un ruolo fondamentale. Attraverso la costituzione di reti territoriali tra diversi attori sanitari (ATS, ASST, MMG) e non (Enti Locali, Aziende, Associazioni di pazienti, Associazioni di volontariato), è stato possibile organizzare Gruppi di Cammino dedicati a soggetti portatori di patologie specifiche, per le quali l'attività fisica di gruppo può essere intesa come parte della terapia. In generale, i Gruppi di Cammino rappresentano una importante occasione di avvicinamento del paziente fragile alle attività di promozione della salute. Nella tabella seguente verranno delineati e meglio esplorate evidenze di letteratura e azioni realizzate per alcuni specifici target di popolazione.

TARGET	CARATTERISTICHE DEL GRUPPO DI CAMMINO
Pazienti diabetici	Le attività fisiche aerobiche e di forza sono importanti sia per la prevenzione che per il trattamento della malattia diabetica e la loro combinazione aumenta i benefici (Colberg, 2016). Lo studio Diabetes Prevention Program (DPP), infatti, dimostrano che interventi per migliorare lo stile di vita, che includano un'attività fisica aerobica di moderata intensità e il calo ponderale del 5 – 10%, riducono del 60% circa l'insorgenza del diabete mellito di tipo 2. L'American Diabetes Association (ADA) raccomanda la pratica di almeno 150 minuti settimanali di attività aerobica di intensità moderata o almeno 75 minuti settimanali di attività aerobica di intensità vigorosa. L'attività fisica dovrebbe essere svolta frequentemente (idealmente ogni giorno), puntando a evitare due giorni consecutivi di inattività. Gli individui adulti diabetici dovrebbero inoltre effettuare almeno 2-3 sessioni di esercizio per il condizionamento muscolare. Per i pazienti anziani sono consigliati esercizi adattati, per tipologia e intensità, a particolari condizioni e limiti oggettivi. In generale l'attività fisica nel paziente diabetico comporta numerosi benefici: a carico dell'apparato cardiovascolare si riscontra un miglior controllo della pressione arteriosa e delle aritmie, minore viscosità ematica e aumento dell'attività fibrinolitica con conseguente riduzione degli eventi cardio e cerebrovascolari maggiori; a livello metabolico è possibile osservare un miglior controllo del peso corporeo, calo ponderale (soprattutto nel paziente sovrappeso o obeso), miglior controllo glicemico e del profilo lipidico; l'apparato muscoloscheletrico preserva e/o ritrova la propria funzionalità osteo-articolare grazie ad un aumento della forza e della resistenza muscolare. Sulla base di queste evidenze sul territorio regionale sono stati organizzati Gruppi di Cammino dedicati ai pazienti diabetici attraverso l'attivazione di tavoli interaziendali composti dalle figure professionali operanti nei diversi setting assistenziali diabetologi, medici di medicina generale, personale infermieristico e psico-sociale, in collaborazione con le associazioni dei pazienti.
Pazienti con decadimento cognitivo	Evidenze scientifiche presenti in letteratura dimostrano, inoltre, che promuovere e facilitare l'attività fisica regolare tra la popolazione anziana sia particolarmente importante anche a prevenire o ritardare il decadimento cognitivo nei soggetti anziani. Sulla base di questa evidenza, partendo dalla realtà dei Gruppi di Cammino, sono stati avviati progetti di comunità per l'allenamento della memoria (vedi allegato 5). Tali iniziative si propongono di abbinare all'esercizio fisico anche l'esercizio mentale, mediante attivazioni studiate appositamente da neurologi e

	<p>proposte attraverso ad esempio la collocazione da parte delle Amministrazioni comunali che aderiscono al Programma di pannelli dedicati nei parchi o lungo i percorsi verdi.</p>
<p>Pazienti con disturbi cognitivi e psichici</p>	<p>Attraverso la collaborazione tra diverse strutture del SSR, Servizi Sociali, Enti locali, Associazioni di promozione sportiva/sociale e le Famiglie, le reti locali dei Gruppi di Cammino si impegnano a promuovere l'attività fisica anche a persone con disabilità cognitiva e psichica nell'ottica di garantire pari opportunità a tutti i cittadini di accedere a occasioni di miglioramento di benessere, qualità della vita e salute.</p> <p>Sulla base della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006, cui l'Italia aderisce, anche le persone con disabilità neuro-sensoriale, ritardo mentale e disagio/disturbo psichico devono essere coinvolte attivamente nella partecipazione a iniziative di promozione dell'attività fisica. Per le persone con disabilità l'attività fisica e lo sport, infatti, oltre a ricoprire un ruolo essenziale in campo riabilitativo, sono uno strumento fondamentale per lo sviluppo psicofisico, per promuovere ed educare all'autonomia, potenziare le capacità esistenti, accrescere l'autostima e per favorire l'integrazione sociale.</p> <p>Le persone con disabilità neuro-sensoriale, ritardo mentale e disagio/disturbo psichico in grado di svolgere attività fisica a intensità medio-alte dovrebbero essenzialmente seguire le linee guida per gli adulti, svolgendo almeno 150 minuti a settimana di attività fisica di intensità media, o 75 minuti a settimana di attività aerobica ad intensità elevata/vigorosa o una combinazione equivalente di attività aerobica di intensità moderata e vigorosa.</p>
<p>Pazienti oncologici</p>	<p>Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza dell'attività fisica e del contrasto alla sedentarietà per le persone con patologia neoplastica con ritorno precoce alle normali attività quotidiane anche dopo un intervento chirurgico. Nel paziente neoplastico qualsiasi tipo di attività fisica, infatti, apporta beneficio alla salute psicofisica, percentualmente maggiore se comparato al solo utilizzo delle terapie abituali specifiche. L'esercizio fisico individualizzato e regolarmente svolto, rappresenta uno dei presidi terapeutici universalmente accettati e riconosciuti per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari e della potenziale cardio tossicità da farmaci antitumorali.</p> <p>Per questo motivo i Gruppi di Cammino rappresentano un'importante occasione per i pazienti neoplastici per riprendere gradualmente uno stile di vita attivo, in un contesto socializzante e motivante. Prima di iniziare il programma di attività, i pazienti sono valutati dal proprio Medico di medicina generale e dai Medici specialistici che li hanno in carico, al fine di personalizzare l'esercizio fisico sulla base delle esigenze specifiche.</p>

- **Altre iniziative collegate al Programma "Gruppi di Cammino"**

Al programma Gruppi di Cammino di Regione Lombardia sono collegate altre iniziative relative a temi di promozione della salute e del benessere, le quali sono promosse capitalizzando la partecipazione attiva della cittadinanza ai Gruppi stessi. I *Walking Leader*, in particolare, costituiscono un elemento di grande potenzialità al fine della promozione della salute nella Comunità locale. Attraverso un'appropriata formazione su temi di salute, rafforzando competenze e conoscenze, infatti, i partecipanti ai Gruppi di

Cammino, in particolare i Walking Leader, possono farsi moltiplicatori di salute. Nello specifico, si riportano le seguenti iniziative:

▪ Il contributo dei Gruppi di Cammino al contrasto al Gioco d’Azzardo Patologico

È ormai risaputo che il gioco d’azzardo patologico sta prendendo sempre più piede sul territorio regionale e nazionale. Un’elevata percentuale di persone tra i 65 e gli 84 anni sono a rischio di sviluppare Disturbi da Gioco d’Azzardo. Il gioco preferito da questo target di popolazione è il cd “gratta e vinci”, considerato ingenuamente innocuo ma che rappresenta un grosso problema per molte persone che rischiano di diventarne dipendenti. All’interno delle molteplici attività che Regione Lombardia sta mettendo in atto per contrastare il Gioco d’azzardo, i Gruppi di Cammino rivestono una grande importanza. Infatti, tra le motivazioni che portano le persone anziane a sviluppare una dipendenza da gioco d’azzardo patologico vi è la solitudine, la noia e la mancanza di stimoli. I Gruppi di Cammino oltre a portare notevoli benefici alla salute dei camminatori, offrono un’importante opportunità di socializzazione. I Gruppi di Cammino sono anche occasione per promuovere attività informative su tale tematica.

▪ I gruppi di Cammino e il mondo della scuola

Le ATS di Regione Lombardia hanno dato il via a iniziative che vedono i Gruppi di Cammino coinvolti sia con il mondo della scuola, con l’intento di promuovere il movimento e uno stile di vita attivo alla scoperta del territorio in una prospettiva intergenerazionale che porta beneficio sia ai bambini, sia agli adulti che vi partecipano. In alcune ATS, ad esempio, i Gruppi di Cammino coinvolti nel programma "Camminando si impara" accompagnano nelle proprie camminate gli alunni di scuola primaria (vedi allegato 6) coniugando il cammino con la scoperta del territorio e il rapporto fra generazioni. Accanto a questo, in altre occasioni, sono gli studenti di scuola superiore che organizzano laboratori per i camminatori su argomenti come la sana alimentazione, il movimento, la ginnastica della mente e la camminata in città.

21. ALLEGATI

Si allega la seguente documentazione:

- Allegato 1_ Documento di progetto
- Allegato 2_ Report Finale ATS Bergamo 2014
- Allegato 3_ Opuscolo Gruppi di Cammino ATS Brescia
- Allegato 4_ Poster Raduno ATS della Montagna
- Allegato 5_ Poster “Chi ha gambe ha testa”
- Allegato 6_ Locandina “Camminando si impara”
- Allegato 7_ Diario di Bordo ATS Milano
- Allegato 8_ Manuale Gruppi di Cammino ATS Milano
- Allegato 9_ Documento finale di valutazione
- Allegato 10_ Manuale Walking Leader
- Allegato 11_ Locandina “Camminare sulle strade della salute”
- Allegato 12_ Protocollo d’intesa Regione Lombardia e CONI
- Allegato 13_ Report azioni attività fisica Lombardia
- Allegato 14_ Dati di copertura 2014-2017
- Allegato 15_ Esempio scheda sintetica progetto – ATS Bergamo

22. BIBLIOGRAFIA

1. Cnel, Istat (2018), *Rapporto Bes 2018: il Benessere equo e sostenibile in Italia*, [online], disponibile su: https://www.istat.it/it/files//2018/12/Bes_2018.pdf
2. Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 39(11), 2065-2079.
3. Convenzione O.N.U. sul diritto alle Persone con disabilità adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n.18 <https://www.unric.org/html/italian/pdf/Convenzione-disabili-ONU.pdf>
4. Delibera n. 6164/2017 - Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015
5. Delibera n. 6551/2017 - Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009
6. Delibera n. 7600/2017 - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018
7. Di Clemente, C.C., Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behaviour. *Addiction Behaviors*, 7, 133-147
8. Giles-Corti, B., & Donovan, R. J. (2003). Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *American journal of public health*, 93(9), 1583-1589.
9. Global Advocacy for Physical Activity (2010). Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica: una chiamata globale all'azione. <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-italian20may2010.pdf>
10. Hanson, S., & Jones, A. (2015). Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 49(11), 710-715.
11. Istat (2016) Indagine Multiscopo. "Aspetti della vita quotidiana", Istat, Roma
12. Lee, I. M., & Buchner, D. M. (2008). The importance of walking to public health. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40(7), S512-S518.
13. Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (2019), Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2828
14. Ministero della Salute (2007). Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
15. Ministero della Salute (2013). Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
16. PoliS (2019). Rapporto Lombardia 2018
17. Regione Lombardia (2014). Piano Regionale Prevenzione 2015-2018
18. Regione Lombardia (2010). Piano Regionale Prevenzione 2010-2012
19. Rogers, E. M. (1995). Diffusion of innovations (4th ed.). New York, NY: The Free Press
20. Standard Italiani per la cura del diabete. SID-AMD, 2016

21. Wandersman, A. (2003). Community science: Bridging the gap between science and practice with community-centered models. *American journal of community psychology*, 31(3-4), 227-242.
22. Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., et al. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-181.
23. World Health Organization (1986). Carta di Ottawa per la Promozione della salute. Geneva. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
24. World Health Organization (2015). Global recommendation on physical activity for health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
25. World Health Organization: The European Mental Health Action Plan 2013-2020 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-HealthAction-Plan-2013-2020.pdf?ua=1
26. World Health Organization. (2016). Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025
27. World Health Organization. (2019). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization