

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO – VASCOLARI E SANITA'
PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

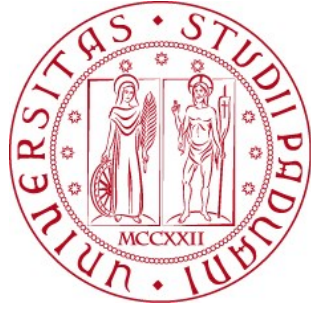
TESI DI LAUREA

**STUDIO QUALITATIVO NEI PERCORSI DI PRESA IN
CARICO DELL'UTENTE CON CRONICITÀ NELLA
PALESTRA SPECIALISTICA DEL SERVIZIO DI
MEDICINA DELLO SPORT. UN NUOVO RUOLO PER
L'ASSISTENTE SANITARIO.**

**RELATORE: PROF. SSA MANUELA MAZZETTO
CORRELATORE: DR.SSA MICHELA MUZZIN**

LAUREANDA: ALESSIA CASTELLO

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO – VASCOLARI E SANITA'
PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**STUDIO QUALITATIVO NEI PERCORSI DI PRESA IN
CARICO DELL'UTENTE CON CRONICITÀ NELLA
PALESTRA SPECIALISTICA DEL SERVIZIO DI
MEDICINA DELLO SPORT. UN NUOVO RUOLO PER
L'ASSISTENTE SANITARIO.**

**RELATORE: PROF. SSA MANUELA MAZZETTO
CORRELATORE: DR.SSA MICHELA MUZZIN**

LAUREANDA: ALESSIA CASTELLO

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023

INDICE

| | |
|---|-----------|
| PREMESSA | 1 |
| CAPITOLO 1- INTRODUZIONE | 3 |
| 1.1 Carta di Ottawa | |
| 1.2 Attività fisica e prevenzione | |
| 1.3 Inattività fisica | |
| 1.4 Benefici per la salute | |
| 1.5 Raccomandazioni per l'attività fisica | |
| 1.6 Piano d'azione globale sull'attività fisica | |
| 1.7 Percorso diagnostico terapeutico | |
| 1.8 Interventi multi-professionali | |
| 1.9 Comunicazione | |
| 1.10 Formazione | |
| 1.11 Counseling motivazionale breve | |
| 1.12 Patient engagement | |
| 1.13 Motivazione | |
| 1.14 Centro di alta specializzazione con palestra all'interno del Sistema Sanitario Nazionale | |
| CAPITOLO 2- PRESENTAZIONE DEL PROGETTO | 19 |
| 2.1 Il problema | |
| 2.2 Scopo dello studio e quesiti | |
| 2.3 Revisione della letteratura | |
| CAPITOLO 3- MATERIALI E METODI | 25 |
| 3.1 Campionamento | |
| 3.2 Questionario e interviste in profondità | |
| 3.3 Analisi dei dati | |
| 3.4 Aspetti autorizzativi | |
| 3.5 Limiti dello studio | |
| CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE | 31 |
| 4.1 Percorso dell'utente dalla presa in carico alla palestra del territorio | |
| 4.2 Prescrizione dell'esercizio fisico | |
| 4.3 Follow-up | |
| 4.4 Figure professionali e lavoro d'équipe | |
| CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI | 49 |
| BIBLIOGRAFIA | 53 |
| SITOGRAFIA | 55 |
| ELENCO DEGLI SCHEMI | 57 |
| ELENCO DEI GRAFICI | 59 |
| ALLEGATI | 61 |



**CORSO DI LAUREA
IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO
CORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
ACCREDITATO IUHPE**



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

LAUREANDO: ALESSIA CASTELLO MATRICOLA 2015047 TITOLO DELLA TESI: “STUDIO QUALITATIVO NEI PERCORSI DI PRESA IN CARICO DELL'UTENTE CON CRONICITÀ NELLA PALESTRA SPECIALISTICA DEL SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT. UN NUOVO RUOLO PER L'ASSISTENTE SANITARIO.”

TITOLO IN INGLESE: “QUALITATIVE STUDY IN THE PROCESS OF TAKING CARE OF THE USER WITH CHRONIC CONDITIONS IN THE SPECIALIST GYM OF THE SPORTS MEDICINE SERVICE. A NEW ROLE FOR THE HEALTHCARE ASSISTANT.”

RELATORE: PROF.SSA MAZZETTO MANUELA CORRELATORE/I: MUZZIN MICHELA

INTRODUZIONE: In tutto il mondo, 1 adulto su 4 non svolge attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon. Inoltre, in Europa negli ultimi decenni sono aumentate le percentuali relative al numero di persone in sovrappeso e obese. L'inattività fisica ha, pertanto, sia un pesante impatto negativo in forma di costi diretti sui sistemi sanitari, sia un elevato costo indiretto in termini di aumento dei congedi per malattia, delle inabilità al lavoro e delle morti precoci. Il presente studio vuole indagare i percorsi di presa in carico dell'utente con cronicità nella palestra specialistica per valutare le potenzialità di un nuovo ruolo per l'assistente sanitario.

MATERIALI E METODI: È stato somministrato un questionario online auto-redatto rivolto agli operatori del servizio di Medicina dello Sport della sede di Gemona del Friuli e della sede di Treviso che si occupano di prescrizione dell'esercizio fisico. Successivamente sono state somministrate delle interviste in profondità ad alcuni 'testimoni chiave' di diverso profilo professionale di entrambi i servizi presi in considerazione.

RISULTATI: L'analisi, mentre fa emergere una sostanziale coerenza delle attività più tecniche di presa in carico del paziente rispetto alle linee guida specifiche, indica invece una minore codifica e abitudine all'utilizzo di specifici modelli di comunicazione efficace con l'utente per la promozione degli stili di vita corretti, come il counseling motivazionale breve. Ciò nonostante, gli operatori coinvolti si sono dimostrati consapevoli dell'importanza di questo tipo di strumenti, anche per la presa in carico dell'utente con cronicità. La figura dell'assistente sanitario è stata più volte nominata durante le interviste come figura di elezione, proprio nel campo del counseling motivazionale breve. Un altro aspetto fondamentale emerso è l'importanza dell'orientamento dell'utente, al termine del percorso specialistico, nelle palestre del territorio, e dei follow-up.

DISCUSSIONE: Dallo studio emerge una scarsa applicazione di tecniche codificate di comunicazione efficace con l'utente, ma anche la volontà degli operatori coinvolti di formarsi in questo campo. Inoltre, si è potuto analizzare come l'assistente sanitario, attraverso il suo percorso formativo, può svolgere un ruolo chiave rispetto al mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Infine, è emersa l'importanza di migliorare l'aspetto dell'orientamento e del collegamento dell'utente alle palestre del territorio, anche con la finalità di garantire un follow-up più accurato su svolgimento, progressione e mantenimento dell'esercizio fisico prescritto, oltre che garantire una maggiore adesione al percorso intrapreso.

CONCLUSIONI: La nostra analisi sembra evidenziare che il campo della prescrizione dell'esercizio fisico non sia ancora standardizzato a livello nazionale, in particolare per gli aspetti di comunicazione dell'engagement dell'utente. È emersa l'importanza di una continua formazione degli operatori e di come la figura dell'assistente sanitario sia considerata molto utile nelle équipes delle palestre specialistiche di un Servizio di Medicina dello Sport.

PREMESSA

“Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri”.

Blaise Pascal

L’autoefficacia e l’empowerment dell’utente rappresentano i presupposti su cui si basa un intervento di counseling, che supporta l’utente nella ricerca di nuovi comportamenti attraverso un processo decisionale di cui rimane autore e gestore.

La persona è motivata a cambiare quando ha fiducia nelle proprie capacità, crede di potercela fare, di riuscire a confidare nelle proprie forze o nell’aiuto di altri, nella fiducia di qualcuno e nella condivisione dell’esperienza.

Un approccio con interventi sulla motivazione e sul cambiamento è il più adeguato ad ottenere cambiamenti negli stili di vita individuali e a mantenere nel tempo comportamenti legati alla salute. Con lo scopo di delineare un “PDTA tipo” per la presa in carico dell’utente con cronicità nell’ambito della prescrizione dell’esercizio fisico, la presente tesi ha indagato sull’utilizzo del counseling motivazionale breve in questo campo e l’inserimento della figura dell’assistente sanitario (A.S) nell’équipe della Medicina dello Sport.

Si definiranno, nel capitolo 1, le caratteristiche della promozione alla salute, i benefici dell’attività fisica e le cause dell’inattività, le raccomandazioni per l’attività fisica, il piano d’azione globale sull’attività fisica, il percorso diagnostico terapeutico, gli interventi multi-professionali, la comunicazione, la formazione, la motivazione, il counseling motivazionale breve, la patient engagement e le caratteristiche del centro di alta specializzazione nel SSN.

Nel capitolo 2 verranno delineati i quesiti e gli obiettivi della tesi, le parole chiave e le stringhe di ricerca per la revisione della letteratura.

Si descriveranno poi, nel capitolo 3, i materiali e i metodi, i criteri di selezione del campione e si definirà il disegno di studio, approfondendo la tipologia di misurazione fatte e le modalità di rielaborazione dei dati raccolti. Verranno inoltre descritti i limiti della ricerca.

Nel capitolo 4 si presenteranno e analizzeranno i dati ottenuti anche in riferimento alla letteratura esistente.

Nell’ultimo capitolo verranno espone le considerazioni finali.

CAPITOLO 1- INTRODUZIONE

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), quali malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici restano le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili per quasi il 74% delle morti, la maggior parte delle quali si verifica nei paesi a basso e medio reddito. Mentre a livello Europeo le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), sono responsabili di circa il 90% delle morti.

Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia in Europa e in Italia. A ciò si aggiunge la carente organizzazione e l'insufficiente ricorso ai programmi di screening organizzato.

Negli ultimi decenni in Italia, con l'invecchiamento progressivo della popolazione, si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita, legato al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi nella diagnosi precoce e nella cura delle malattie. Da dati Istat è emerso che nel 2022 la speranza di vita alla nascita ha raggiunto 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne.¹ Tale fenomeno non sempre è accompagnato da un aumento degli anni di vita in buona salute e mediamente circa 20 anni sono vissuti in condizioni di salute precarie o in condizioni di disabilità. Per le donne, in particolare, la maggiore longevità spesso si associa a grave riduzione di autonomia. Nel 2018 (dati Istat), il 49% dei 65-74enni riferisce almeno due patologie croniche a fronte del 65,7% degli ultra 75enni. La presenza di patologie cronico-degenerative e il dolore fisico che spesso le accompagna condizionano notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani, comportando una progressiva riduzione nell'autonomia.²

Nel rapporto *"Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them"* pubblicato a settembre 2022, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) vuole rafforzare la consapevolezza sulla gravità della portata, a livello mondiale, delle MCNT, in quanto è ormai noto, che questi decessi prematuri possono essere in gran parte evitati. L'OMS sottolinea che una soluzione esiste. I Paesi hanno il potere di invertire la tendenza

¹ Istat, *La popolazione cala ancora ma non al livello del biennio 2020-21. Aumentano gli stranieri*, <https://www.quotidianaosanita.it/allegati/allegato1680858531.pdf>, 2023. Visitato il 23 giugno 2023;

² Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*.

dell'andamento delle MCNT, e possono farlo attraverso: volontà politica, giuste politiche e giusti interventi, assistenza sanitaria più solida e difesa dei gruppi vulnerabili.³

Il controllo delle MCNT richiede un approccio multidisciplinare, con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale al fine di rallentare la progressione della malattia anche con interventi comportamentali. Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati è necessario un approccio combinato e integrato tra strategie di comunità e strategie basate sull'individuo, seguite da interventi efficaci centrati sulla persona e mirati a seconda dei fattori di rischio propri della persona e della sua disponibilità al cambiamento. Le strategie basate sull'individuo sono interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio individuali per le MCNT e all'indirizzo delle persone verso un'adeguata presa in carico.

1.1 Carta di Ottawa

Con il Documento di consenso della “Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute” del 1986, noto come “Carta di Ottawa”, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la Promozione della Salute come «il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.». Il Documento esplicita i cinque obiettivi da perseguire per sostanziare tale definizione:

1. Costruire una politica pubblica per la salute;
2. Creare ambienti favorevoli;
3. Dare forza all'azione della comunità;
4. Sviluppare le abilità personali;
5. Riorientare i servizi sanitari.

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un “approccio” di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Essendo prioritario garantire equità, continuità e omogeneità di accesso agli interventi preventivi e alle prestazioni sanitarie in servizi di qualità per tutti i cittadini, è indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato ed in termini di rete coordinata e

³ Istituto Superiore di Sanità, *Malattie croniche non trasmissibili. I numeri che non vediamo*, <https://www.epicentro.iss.it/croniche/oms-report-invisible-numbers-2022>, 2022. Visitato il 23 giugno 2021

integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio e negli ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica.

Quindi per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie tra forze diverse, con il fine di riconoscere il benessere generale della popolazione.²

1.2 Attività fisica e prevenzione

Per attività fisica o esercizio fisico si intende qualsiasi movimento corporeo dovuto a contrazione della muscolatura scheletrica ed associato ad un consumo energetico. L'allenamento o training fisico è invece l'attività fisica regolare, strutturata e finalizzata al miglioramento e/o mantenimento dell'efficienza fisica. Per efficienza fisica si intende quell'insieme di capacità (flessibilità articolare, forza muscolare, composizione corporea e performance cardio-respiratoria) relative all'abilità di praticare attività fisica e legate a una riduzione del rischio di mortalità e morbilità cardiovascolare.

I programmi di rieducazione motoria hanno come obiettivo più generale quello di incidere sullo stile di vita, in maniera da aumentare il controllo dei fattori di rischio. È ormai ben consolidato il principio che l'attività fisica, se praticata in modo regolare e ad una intensità perlomeno moderata (>3METs), non solo favorisce la migliore funzionalità degli apparati del nostro corpo ma incide in modo significativo sulla qualità della vita, sullo stato di salute e sul benessere globale della persona, anche nella sua dimensione psicologica. Al contrario la sedentarietà è considerata come un rilevante fattore di rischio predittivo di disabilità, morbilità e mortalità. Per queste ragioni sempre più importanza viene data all'identificazione dei livelli di attività fisica delle persone sia di base (prima di iniziare un programma riabilitativo) che come verifica dell'allenamento svolto in maniera da quantificare e appurare il raggiungimento di uno stile di vita fisicamente attivo. L'approccio in questi termini ha avuto un'evoluzione costante e molto rapida negli ultimi anni poiché si è passati dalla somministrazione di questionari specifici, all'uso di contapassi, dei cardiofrequenzimetri fino agli ultimi apparecchi che sono definiti "hi-tech", ad alta tecnologia poiché integrano più sensori (multi-sensori) e sono capaci di stimare indirettamente il dispendio energetico giornaliero.

Nonostante, però, la consapevolezza scientifica e popolare che lo svolgimento dell'attività fisica in modo costante e adeguato rappresenti un potente fattore di salute, esistono molte difficoltà che ostacolano l'espansione di tali conoscenze. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, ha constatato che ci sono ostacoli riconducibili al soggetto nel singolo contesto

socio-ambientale che impediscono l'adozione di uno stile di vita fisicamente attivo; tra questi vengono citati la preoccupazione di farsi male, la mancanza di motivazione, di tempo, di opportunità o di conoscenza di quelle a disposizione, il contesto urbano sfavorevole per assenza di palestre o strutture adatte, la scarsa promozione dell'attività fisica da parte del personale competente⁴

I dati del sistema di sorveglianza PASSI relativi al biennio 2021-2022 mostrano che il 36% degli intervistati di 18-69 anni raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati (ovvero pratica settimanalmente almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità), svolge qualche forma di attività fisica senza raggiungere i livelli raccomandati ed è quindi definibile come "parzialmente attivo", mentre il 42% risulta completamente sedentario (non pratica attività fisica nel tempo libero e non lavora, oppure svolge un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico moderato o pesante non è regolare e continuativo nel tempo).⁵

Prove inconfutabili della letteratura scientifica dimostrano come l'attività fisica sia necessaria a tutte le età per mantenere un buono stato di salute, sia in soggetti sani che in soggetti affetti da patologie croniche o disabilità. Il percorso già tracciato sulla prescrizione dell'esercizio fisico ancora oggi non è ben supportato da strutture dedicate e specifiche, soprattutto in situazioni come il post riabilitazione e il ricondizionamento di anziani fragili.

1.3 Inattività fisica

In tutto il mondo, 1 adulto su 4 non svolge attività fisica secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). In alcuni paesi, i livelli di inattività possono arrivare fino al 70%, a causa del cambiamento dei modelli di trasporto, dell'aumento dell'uso della tecnologia e dell'urbanizzazione. Nella maggior parte dei paesi, ragazze, donne, anziani, gruppi svantaggiati, persone con disabilità e malattie croniche hanno minori opportunità di essere fisicamente attivi.⁶ Le persone che non svolgono attività fisica hanno un aumento del rischio di mortalità per qualsiasi causa del 20-30% rispetto a quelli che praticano almeno 30 minuti di attività fisica ad intensità moderata quasi tutti i giorni della settimana. In Europa

⁴ McArdle W.D., Katch F.I., Katch V.L. *Fisiologia applicata allo sport*. Casa Editrice Ambrosiana 1998

⁵ Istituto Superiore di Sanità, *Indicatori Passi d'Argento: secondo le raccomandazioni dell'OMS e il PASE*, <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms#indicatori>, 2022 Visitato il 25 giugno 2023

⁶ Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio 8, *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*, 2019;

l'inattività fisica è responsabile ogni anno di un milione di decessi (il 10% circa del totale) e di 8,3 milioni di anni persi al netto della disabilità.

Si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon. Inoltre, in Europa negli ultimi decenni sono aumentate le percentuali relative al numero di persone in sovrappeso e obese.⁷ L'inattività fisica ha, pertanto, sia un pesante impatto negativo in forma di costi diretti sui sistemi sanitari, sia un elevato costo indiretto in termini di aumento dei congedi per malattia, delle inabilità al lavoro e delle morti precoci. La proporzione di adulti sedentari aumenta con l'età, è maggiore fra le donne, fra i più svantaggiati economicamente, fra i meno istruiti. La prevalenza è inoltre, maggiore tra gli ipertesi (38,9%) le persone in sovrappeso o obese (37,9%) e tra le persone con sintomi depressivi (44,9%). Il gradiente geografico è a sfavore del Sud Italia in cui la quota di sedentari risulta sempre più elevata, eccezion fatta per Molise e Sardegna, e con trend in ascesa.⁶

1.4 Benefici per la salute

In età adulta i benefici per la salute derivanti dall'attività fisica comprendono un minor rischio di contrarre malattie croniche, quali malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione arteriosa, alcune forme di tumore come quello al seno, alla prostata e al colon, e il miglioramento della mineralizzazione ossea in età giovanile, che contribuisce alla prevenzione di osteoporosi. L'attività fisica migliora la funzione digestiva e la regolazione del ritmo intestinale, è un fattore determinante per il dispendio energetico ed è quindi essenziale ai fini del controllo del peso corporeo. Ha effetti positivi sulla salute mentale, contribuendo al mantenimento delle funzioni cognitive e alla riduzione del rischio di depressione e di demenza. Riduce lo stress e l'ansia, migliora la qualità del sonno e l'autostima. In ambito lavorativo contribuisce a ridurre i congedi per malattia, con risvolti positivi anche in termini di produttività e di impatto economico.

In età avanzata, l'attività fisica aiuta a conservare la capacità di svolgere le normali occupazioni della vita quotidiana e quindi l'autosufficienza e favorisce la partecipazione e l'integrazione sociale. Può, inoltre, ridurre il rischio di cadute, prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche connesse all'invecchiamento e facilitare i percorsi di riabilitazione per chi ne è affetto.

6

⁷ Ministero della salute, *Prime linee di indirizzo nazionali sull'attività fisica*, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=3668. Visitato il 25 giugno 2023

1.5 Raccomandazioni per l'attività fisica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomandava prima del 2020 ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità, in sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Oggi le più recenti raccomandazioni non considerano il limite minimo dei 10 minuti consecutivi e il movimento fisico è considerato utile per la salute anche se praticato per brevi sessioni, con l'obiettivo di contrastare la completa sedentarietà.⁵

Nel 2020 l'OMS ha pubblicato le “*WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*” aggiornando le raccomandazioni riguardanti la quantità (frequenza, intensità e durata) e il tipo di attività fisica che bambini e adolescenti (5-17 anni), adulti (18+) e anziani (65+) dovrebbero svolgere per ottenere benefici significativi e ridurre i rischi per la salute.

Le nuove raccomandazioni ribadiscono alcuni messaggi chiave già affermati in precedenza:

- Fare un po' di attività fisica è meglio di niente;
- Aumentarne la quantità permette di ottenere ulteriori benefici per la salute;
- “Every move counts”, ossia qualsiasi tipo di movimento conta.

I livelli di attività fisica sono raggiungibili anche svolgendo le normali occupazioni, che fanno parte della vita quotidiana in base all'età, per gli adulti con spostamenti attivi, attività lavorative o di svago, occupazioni domestiche o sport, per i più anziani con spostamenti non motorizzati, attività del tempo libero, giardinaggio, occupazioni domestiche o grazie ad alcuni sport. In base all'età, quindi, il contesto per la pratica dell'attività fisica può essere diverso e i livelli raccomandati vanno intesi come un limite minimo.

Per quanto riguarda gli adulti l'OMS consiglia di svolgere nel corso della settimana almeno 150-300 minuti di attività fisica aerobica d'intensità moderata oppure almeno 75-150 minuti di attività vigorosa più esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari almeno 2 volte a settimana. La quantità di attività fisica raccomandata può essere frazionata nell'arco della giornata per meglio includere l'esercizio nella routine delle varie attività quotidiane, ad esempio, attraverso 5 sessioni di esercizio a settimana della durata minima di 30 minuti oppure svolgendo almeno 25 minuti di esercizio di intensità vigorosa per 3 volte a settimana.

Oltre all'attività di tipo aerobico, gli individui adulti dovrebbero eseguire esercizi di forza come ad esempio piegamenti, flessioni e idonei esercizi con pesi o macchine da palestra per un minimo di due sessioni a settimana effettuate in giorni non consecutivi, strutturate in modo tale da coinvolgere la maggior parte dei gruppi muscolari. Quantità di attività fisica superiori a

quella minima raccomandata apporta ulteriori vantaggi per la salute e una riduzione più efficace del rischio per diverse malattie croniche.

Per le persone over65anni l'OMS raccomanda di svolgere almeno 150-300 minuti alla settimana di attività fisica aerobica di moderata intensità o almeno 75-150 minuti di attività fisica aerobica a intensità vigorosa ogni settimana o una combinazione equivalente di attività con intensità moderata e vigorosa per migliorare la salute cardiorespiratoria e muscolare, ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili, depressione e declino cognitivo.

Si raccomanda, inoltre, di associare esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari 2 o più volte la settimana nonché una attività fisica multicomponente, quindi una combinazione di attività aerobica, rafforzamento muscolare ed allenamento dell'equilibrio, svolti in un'unica sessione, almeno 3 giorni a settimana, per aumentare le capacità funzionali e ridurre il rischio di cadute accidentali. Le raccomandazioni sottolineano i benefici di un'attività a intensità moderata, che i livelli consigliati possono essere accumulati esercitandosi per intervalli relativamente brevi di tempo e che piccole dosi di attività fisica sono preferibili a nessuna.

Gli anziani che non possono raggiungere i livelli raccomandati, a causa delle loro condizioni di salute, dovrebbero comunque adottare uno stile di vita attivo e svolgere attività di bassa intensità, nei limiti delle proprie capacità e condizioni.⁸

La prescrizione all'esercizio fisico dovrebbe essere individualizzata e allo stesso tempo flessibile tenendo conto delle fluttuazioni dello stato clinico dei soggetti. Qualsiasi modifica significativa dello stato di salute della persona richiede una nuova valutazione degli obiettivi e dei rischi riguardo il programma di esercizio. I test iniziali valutano la resistenza, la forza muscolare, la flessibilità, e la composizione corporea per poter successivamente determinare e regolare la prescrizione all'esercizio esercizio.

1.6 Piano d'azione globale sull'attività fisica

Il "Piano d'azione globale sull'attività fisica per gli anni 2018-2030" di recente approvato dall'OMS, pertanto, definisce quattro obiettivi strategici: Active society, Active environments, Active people, Active systems. Lo scopo è ridurre del 15% la prevalenza globale dell'inattività fisica negli adulti e negli adolescenti entro il 2030.

Con l'aumento dei livelli di attività fisica è previsto a livello mondiale entro il 2025 una riduzione relativa del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori,

⁸ Ministero della salute, *Attività fisica e salute*,

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=5567&area=stiliVita&menu=attivita#:~:text=L'OMS%20consiglia%20di%20svolgere,almeno%20%20volte%20a%20settimana. Visitato il 7 luglio 2023

diabete o malattie respiratorie croniche; una riduzione relativa del 25% della prevalenza dell'ipertensione; infine l'arresto dell'aumento del diabete e dell'obesità.

Il PNP prevede, quale strategia per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili, la promozione di corretti stili di vita nella popolazione e nei soggetti a rischio e identifica come obiettivi centrali, tra gli altri, la promozione dell'attività fisica e la riduzione della sedentarietà.

Vista la recente introduzione della promozione della salute, inclusa la promozione dell'attività fisica, quale "prestazione" esigibile nel DPCM del 12 gennaio 2017 che ha aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), mira a favorire una maggiore omogeneità di azioni a livello nazionale.⁶

1.7 Percorso diagnostico terapeutico

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) si pone l'obiettivo di "contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Il PNC considera la prevenzione uno degli "elementi chiave" di gestione della cronicità e individua due obiettivi principali:

- a) La prevenzione su persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali;
- b) La prevenzione delle complicanze proprie delle patologie croniche considerate.

L'attività dell'operatore sanitario sul singolo è supportata nel territorio dalla disponibilità di interventi sia di comunità, esempio gruppi di cammino e pedibus, sia terapeutici specifici, esempio trattamento del tabagismo, consulenza nutrizionale, prescrizione esercizio fisico, tali da poter permettere la costruzione di percorsi personalizzati per livello di rischio. È compito del Dipartimento di Prevenzione programmare, validare e attuare interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio per le malattie croniche non trasmissibili e all'indirizzo verso un'adeguata "presa in carico". In questo ambito si inserisce la collaborazione tra i Distretti Sanitari e la medicina di base per l'invio a interventi più o meno strutturati a seconda della condizione e per la modifica dei fattori di rischio.

Nell'articolazione del Dipartimento di Prevenzione e nella rete di relazioni che esso stesso ha instaurato con altre strutture sanitarie e non del territorio, il soggetto trova un'opportunità di salute ovvero un team multidisciplinare ed intersettoriale che lo accompagna, a seconda del

livello di rischio di partenza, nella scelta di comportamenti corretti per la salute. L'intersettorialità e la multidisciplinarietà, quindi, sono caratteristiche fondamentali dei percorsi di presa in carico globale non solo per una migliore gestione clinica, in risposta ai bisogni assistenziali, ed una presa in carico continuativa, ma anche per la promozione di sani stili di vita.²

1.8 Interventi multi-professionali

Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multi-professionali anche con il coinvolgimento di diverse figure professionali, sanitari e non sanitari, le quali agiscono in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali. Va altresì potenziata la capacità delle strutture di prevenzione di agire sul territorio con indagini sul campo e delle strutture regionali di monitorare in modo coordinato in tutte le aree del Paese l'attività delle strutture territoriali. È fondamentale includere interventi di promozione della salute che richiedano lo sviluppo di reti e alleanze intersettoriali, per attuare interventi che dipendono in modo rilevante da attori e/o istituzioni esterni al Servizio Sanitario Regionale quali, ad esempio, Enti Locali e associazioni sportive e del volontariato.⁹

In alcune Regioni sono già attivi specifici programmi strutturati di esercizio fisico che prevedono la presa in carico e l'indicazione alla pratica dell'attività fisica per soggetti a rischio attraverso una integrazione professionale e organizzativa tra MMG, pediatri di libera scelta (PLS) e medici specialisti. La somministrazione, e cioè il concreto svolgimento dell'attività fisica, avviene al di fuori delle strutture del servizio sanitario, in locali e luoghi di socializzazione ritenuti idonei sulla base di indicazioni tecniche regionali che in alcuni casi prevedono anche un percorso di certificazione e accreditamento.¹¹

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA) ha adottato questo approccio strategico, riconoscendo l'importanza della promozione dell'empowerment e della costruzione di reti e alleanze con altri soggetti e prevedendo, inoltre, l'offerta di counseling, quale prestazione individuale, da erogare anche per la promozione dell'attività fisica e l'attivazione di programmi strutturati di esercizio fisico per soggetti a rischio.⁶

Per far sì che la promozione dell'attività fisica diventi una priorità delle politiche sanitarie, i sistemi sanitari devono svolgere un ruolo di coordinamento a più livelli, favorendo la promozione e lo scambio di informazioni tra stakeholder diversi, anche implementando

l'utilizzo dei sistemi di sorveglianza sugli stili di vita, strumenti necessari non solo per definire le priorità di azione ma anche per monitorare e valutare gli interventi. Il MMG e PLS in collaborazione con il Medico Specialista può, oltre che promuovere l'attività fisica, indirizzare nei soggetti a rischio la partecipazione a programmi strutturati di esercizio fisico, se previsto dalle vigenti normative regionali.

1.9 Comunicazione

Nelle politiche di prevenzione e promozione della salute la comunicazione è uno strumento strategico irrinunciabile, funzionale ad alcuni obiettivi cruciali, quali aumentare la conoscenza e l'empowerment, promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgimento attivo del cittadino, stimolare e rendere efficace il confronto e lo scambio di buone prassi, dati, informazioni, linee di lavoro. Inoltre, può facilitare la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie su obiettivi di intervento comuni, sostenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie, favorire l'umanizzazione dei percorsi preventivi spesso rivolti a persone sane e asintomatiche e in ultima analisi contribuire alla responsabilità del sistema salute. La comunicazione rappresenta, pertanto, un vero e proprio strumento di lavoro e un investimento in termini di sostenibilità del sistema salute, contribuendo al miglioramento degli esiti di salute. Pertanto, analogamente ad ogni altra azione di sanità pubblica, essa necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti.

Il processo di comunicazione deve iniziare dalla definizione degli obiettivi e delle priorità e dall'analisi delle caratteristiche del target, proseguire poi con l'individuazione degli interventi da realizzare e con il monitoraggio della loro corretta implementazione e concludersi con la valutazione di impatto. È opportuno dunque lo sviluppo di una "strategia di comunicazione" che implichi la sinergia con tutti i partner, sanitari e non sanitari, che cooperano al programma di salute con ruoli, funzioni e azioni ben identificati.²

1.10 Formazione

La formazione è parte integrante di tutte le strategie, elemento trasversale di obiettivi e programmi e strumento essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari e determinare un cambio culturale degli stessi professionisti in tema di prevenzione e promozione della salute. La formazione deve essere fortemente orientata all'azione e i percorsi formativi vanno contestualizzati rispetto all'intervento da realizzare nel territorio; in quest'ottica il

coinvolgimento nei percorsi formativi delle figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria resta prioritario. Nel PNP 2020-2025, la formazione vuole essere finalizzata a permettere l'acquisizione di competenze nuove, ad esempio il counseling motivazionale breve, per il personale dei Dipartimenti di Prevenzione ma anche a fornire nuovi input alla formazione, di base e specialistica, di tutte quelle figure della prevenzione che sono coinvolte nella declinazione regionale e locale delle strategie del PNP.²

1.11 Counseling motivazionale breve

Uno degli strumenti più efficaci per promuovere il cambiamento è il counseling motivazionale breve, che utilizza l'approccio del colloquio motivazionale. Il counseling motivazionale breve, chiamato anche minimal advice o brief advice, è una tecnica semplice, efficace e trasferibile da diffondere ed utilizzare nell'ambito del sistema sanitario in quanto è stato appositamente sviluppato per adattarsi a setting informali o a situazioni in cui il tempo a disposizione per l'incontro è breve ma dove l'opportunità di contatto è particolarmente significativa per numerosità e varietà dell'utenza.⁹

Il counseling non è una tecnica per convincere il paziente né, tanto meno, il consiglio che l'esperto dà all'inesperto, ma è un'alleanza che si stringe a fini terapeutici tra l'utente e operatore, un'attività tesa a orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità della persona, promuovendo atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Nel counseling, infatti, il professionista non assume il ruolo dell'esperto ma entra in una dinamica paritaria con la persona, concordando con lui gli obiettivi, gli strumenti e le tappe del percorso. Nel suo lavoro egli mette al centro la persona, opera per aumentare la sua motivazione, senza alcuna forzatura, aiutandola di volta in volta a esplorare i punti critici, a riconoscere le ambivalenze e a risolverle nella direzione concordata.

Il counseling, utilizzando un ascolto attivo, privilegiando uno stile empatico, non giudicante, riflessivo e fornendo sostegno in un cammino a volte lungo e difficile, permette, da un lato, di esplicitare le richieste e, dall'altro, di verificare la possibilità e le risorse per il cambiamento.

I principi del colloquio motivazionale (IM) fu introdotto per la prima volta da William Miller nel 1983, il quale ha tratto le sue basi dal trattamento di individui con abuso di alcol. L'approccio è stato ulteriormente sviluppato negli anni 90' da Miller e Rollnick i quali hanno definito il colloquio motivazionale come un "metodo direttivo centrato sul cliente". per

⁹ Dors, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, *Il counseling motivazionale breve nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute*, <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=264>, ultimo aggiornamento 2016. Visitato il 25 ottobre 2023

migliorare la motivazione intrinseca al cambiamento esplorando e risolvendo l'ambivalenza che le persone potrebbero avere riguardo al comportamento sanitario.

I principi fondamentali del counseling sono:

- Esprimere empatia: l'operatore deve essere in grado di comprendere ciò che la persona prova ed esprime sul piano delle emozioni e la sua situazione. Questo significa saper ascoltare, esprimere vicinanza e comprensione attraverso le parole e la comunicazione non verbale;
- Aumentare la frattura interiore: la frattura interiore è la discrepanza che il soggetto avverte tra ciò che ritiene dovrebbe fare e ciò che riesce a mettere in pratica rispetto a un obiettivo di salute. L'operatore dovrebbe quindi individuare la contraddizione interna dell'interlocutore e aiutarlo a prenderne coscienza, valutando insieme i pro e i contro;
- Aggirare e utilizzare le resistenze: molti soggetti sono poco inclini a modificare le proprie abitudini. Le resistenze che manifestano non devono essere colte come elemento di conflitto, ma decodificate e ascoltate come manifestazioni di difficoltà e di timore rispetto al cambiamento. L'operatore può utilizzare queste resistenze per riorientarle e trasformarle in energia positiva che si dirige verso l'obiettivo concordato;
- Sostenere l'autoefficacia: sostenere la fiducia che la persona ha nella possibilità di raggiungere lo scopo. Per aiutare la persona in questa fase l'operatore può fare riferimento ad esperienze positive precedenti, valorizzare gli obiettivi raggiunti, anche in altri campi, raccontare esempi ed aneddoti positivi e far leva sulle abilità acquisite dal soggetto.¹⁰

Diversi professionisti sanitari e non sanitari utilizzano le interviste motivazionali per aiutare le persone a cambiare o adattare il proprio comportamento. Per la promozione dell'attività fisica ci sono prove di qualità moderata degli effetti benefici delle interviste motivazionali per aumentare l'attività fisica nelle persone con condizioni di salute croniche.

Negli ultimi due decenni, prove considerevoli dimostrano il successo dell'applicazione del counseling motivazionale breve al cambiamento di diversi comportamenti sanitari.¹¹

¹⁰ Regione Lombardia, Sistema Socio Sanitario, ATS Brescia, IL COUNSELING MOTIVAIZONALE BREVE, https://www.ats-brescia.it/documents/3432658/68583135/Sintesi_Counselling_Motivazionale_Breve.pdf/db68d65c-76f7-1ec8-7d48-221b5c69ed12, Visitato il 25 ottobre 2023

¹¹ Helen FrostI, Pauline Campbell, Margaret Maxwell, Ronan E. O'Carroll , Stephan U. Dombrowski, Brian Williams, Helen CheyneI, Emma ColesI, Alex Pollock, Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews, 2018. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335780/>.

1.12 Patient engagement

“Patient engagement” è un termine che va oltre ai tradizionali concetti di aderenza terapeutica, compliance ed empowerment. È connesso ai fattori psicosociali relazionali e organizzativi che favoriscono l'abilità della persona assistita nel diventare più attiva, consapevole e partecipativa nella gestione del processo di cura. Il concetto di “patient engagement” qualifica il tipo di relazione che il paziente, in particolare quello affetto da patologia cronica, instaura con il suo sistema sanitario di riferimento nelle diverse fasi del suo percorso di cura. L’obiettivo è quello di favorire una maggiore autonomia della persona nella gestione consapevole della sua malattia, nell’ambito di una buona relazione di partnership (Lee et al. 2010). Secondo la letteratura, un assistito ben ingaggiato, dunque, è un paziente non solo più compliant alle prescrizioni mediche (Gruman et al. 2010), ma anche più consapevole della propria diagnosi, e quindi capace di attivarsi in modo corretto ai primi segni e sintomi della malattia, di mettersi in contatto con il medico tempestivamente e di fruire dei servizi sanitari offerti dal sistema in modo più soddisfacente. Un malato “engaged” è anche un portatore di buone pratiche di scambio tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie, capace di usufruire dei servizi di salute e gestione della malattia (Fisher et al. 2012).

Attualmente, esistono diverse definizioni di Patient Engagement; Graffigna et al. (2014) nella loro definizione di “engagement del paziente”, hanno valorizzato il ruolo della elaborazione emotiva che la persona assistita fa rispetto alla propria malattia e al suo ruolo nel processo di cura. Gli autori hanno definito il coinvolgimento del paziente come “un’esperienza di natura multidimensionale che risulta dall’attivazione congiunta della persona sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale verso la gestione della propria salute”.

Preme sottolineare che il concetto di empowerment e quello di engagement sono fortemente interconnessi e sinergici, ma diversi. In particolare, l’engagement è da considerarsi come un concetto ombrello che include quello di empowerment e che va oltre, garantendo non solo l’acquisizione di conoscenze e competenze da parte della persona in relazione alla salute, alla prevenzione e alla gestione della malattia, ma anche la consapevolezza e la motivazione nel giocare un ruolo attivo e co-autoriale nel team di cura e nel percorso di fruizione sanitaria nel suo complesso.

Fisher et al. (2016) affermano come la partecipazione attiva e l’engagement del malato siano necessari per una gestione efficace e più sostenibile dei servizi sanitari. Uno studio condotto da Hibbard et al. (2013) su un campione di 33.000 pazienti affetti da patologia cronica ha dimostrato come un alto livello di “patient engagement” permetta di ridurre la spesa sanitaria

fino al 21%. Il “patient engagement” aumenta anche la sicurezza e la qualità di vita dei pazienti con una riduzione del 50% degli eventi avversi post-dimissione (Weingart et al. 2011).

In particolare, il coinvolgimento attivo del paziente consente di ridurre l'uso dei servizi e della spesa sanitaria, favorire l'alleanza terapeutica, migliorare lo stile di vita, aumentare la soddisfazione del paziente, favorire comportamenti preventivi, migliorare l'aderenza alle terapie, migliorare la gestione della malattia e aumentare l'information seeking. Secondo Graffigna (2015), per massimizzare gli effetti dell'engagement è necessario un approccio sistematico e multilivello che coinvolga tutti i differenti attori nel raggiungere un obiettivo comune.¹²

1.13 Motivazione

Esistono prove che il cambiamento del comportamento sanitario è guidato dalla motivazione interna piuttosto che dall'influenza esterna, questa scoperta ha portato al concetto del colloquio motivazionale. L'operatore pone domande mirate per far emergere le motivazioni, i punti di forza, le risorse interne dell'utente e per incentrare su queste l'intervista. Inoltre, il colloquio permette al soggetto di esprimere sentimenti ambivalenti e dubbi riguardo al cambiamento. L'operatore dovrebbe utilizzare diverse strategie di comunicazione per risolvere questa ambivalenza, inoltre, instaurare un buon rapporto operatore-paziente è il cardine del colloquio motivazionale. Una relazione ottimale può evocare discorsi di cambiamento e ridurre la resistenza dell'utente, il che può anche portare a un risultato migliore. L'obiettivo del colloquio motivazionale è concentrarsi sul "perché" modificare il comportamento sanitario piuttosto che sul "come" e utilizzare la motivazione interna anziché la persuasione. Questo è il motivo per cui il colloquio motivazionale è diventato un approccio basato sull'evidenza ampiamente accettato.¹³

¹² Guendalina Graffigna & Serena Barello, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano, Patient engagement come qualificatore dello scambio tra la domanda e l'offerta di salute: il caso della cronicità, https://www.researchgate.net/profile/Serena-Barello/publication/283725516_Patient_engagement_come_qualificatore_dello_scambio_tra_la_domanda_e_l'offerta_di_salute_il_caso_della_cronicita/links/5677cf1308aebcdda0eb927e/Patient-engagement-come-qualificatore-dello-scambio-tra-la-domanda-e-lofferta-di-salute-il-caso-della-cronicita.pdf, 2015 Visitato il 13 luglio 2023;

¹³ Dàvid Pòcs, Csaba Hamvai, Oguz Kelemen, [Health behavior change: motivational interviewing], 2017. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28823210/>.

1.14 Centro di alta specializzazione con palestra all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)

L'art. 21 della L.R. 11.05.2015 n. 8, attribuisce al medico il ruolo di prescrittore delle indicazioni di esercizio e al laureato Magistrale in Scienze e Tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata il ruolo di controllo del programma personalizzato di esercizio per soggetti portatori di patologia cronica stabilizzata. Si parla nello specifico di prescrizione dell'esercizio fisico quando, per conseguire una maggior aderenza, efficacia e sicurezza, è necessario l'impiego di specifici protocolli di esercizio stabiliti dal medico, i quali assumono un ruolo di affiancamento alla terapia farmacologica. La prescrizione dell'esercizio fisico nelle patologie croniche, pur essendo largamente diffusa in altri paesi e sicuramente validata da una copiosa letteratura scientifica, solo recentemente ha cominciato a farsi strada in Italia, senza aver trovato finora percorsi formativi strutturati.

Il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e il medico di igiene e medicina preventiva sono coinvolti nella prescrizione di esercizio fisico strutturato (EFS) in prevenzione primaria nel soggetto a basso e medio rischio. I Medici dello Sport e dell'Esercizio, oltre alla prevenzione primaria, sono chiamati alla prescrizione di EFS come prevenzione secondaria, nei soggetti a basso e moderato rischio di eventi cardiovascolari durante l'esercizio.¹⁴

Il percorso inizia con l'individuazione, da parte del medico specialista, dei pazienti eleggibili, il quale propone al soggetto il progetto e le modalità del percorso. Il soggetto viene inviato alla medicina dello sport dove il medico dello sport o cardiologo effettua una visita e una valutazione funzionale, preferibilmente tramite test cardiopolmonare o, se non disponibile, tramite test ergometrico. Successivamente vengono eseguiti i test di valutazione della capacità di esercizio, di forza e mobilità articolare e, se indicati i test per la valutazione delle condizioni di equilibrio e del grado di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana. Viene inoltre somministrato un questionario che esplora il grado di attività fisica quotidiana del paziente e il suo stato di salute. Ulteriori test vengono programmati in base alle necessità cliniche del soggetto.

¹⁴ Regione del Veneto, ALLEGATO B, Proposta n.197/2018, *INDIRIZZI PER LA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO. ASPETTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE*. Attuazione dell'art.21, comma 3 della Legge Regionale 11 maggio 2015 n.8. Tratto da <http://www.regioni.it/cms/file/Image/dalleRegioni/2-Regioni/VENETO/palestre%20salute%20allegato%20B.pdf>, 2018. Visitato il 13 luglio 2023.

Il medico dello sport indica l'obiettivo clinico-terapeutico, il percorso adeguato e il tipo di allenamento più adatto per il paziente. Il soggetto, quindi, accede al percorso nella palestra del centro di medicina dello sport in cui vengono effettuate le sedute di esercizio fisico in monitoraggio telemetrico, controllo clinico, controllo dei parametri vitali e controllo della terapia assunta. La seduta allenante, salvo casi specifici, è composta da una componente di lavoro aerobico, una di forza muscolare e una per la mobilità articolare. Durante il percorso viene compilato periodicamente il diario del paziente da parte del personale del centro di prescrizione dell'esercizio fisico.

Al termine del programma di allenamento monitorato, viene effettuata una valutazione clinica conclusiva da parte del medico dello sport e viene consigliato all'utente di continuare a svolgere esercizio fisico nelle palestre del territorio accreditate o presso il proprio domicilio con un programma da svolgere in autonomia. In alcuni casi il soggetto dopo la visita con il medico e le valutazioni funzionali può andare direttamente nelle palestre del territorio.

Al momento della dimissione, il Medico dello Sport stilerà una lettera per il medico specialista o per il Medico di Medicina Generale e una lettera per il laureato in Scienze Motorie che opera all'interno della palestra del territorio. La successiva verifica della stabilità clinica viene effettuata dal medico dello sport che mantiene un costante rapporto con gli specialisti e il MMG di riferimento. Il paziente cronico prosegue i controlli periodici con il medico curante o lo specialista già previsti per la patologia.

CAPITOLO 2- PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Il problema

L'incremento delle patologie croniche negli ultimi decenni e l'esigenza di avviare efficaci programmi di prevenzione sono il presupposto per l'attivazione di progetti e percorsi di prescrizione dell'esercizio fisico. In Italia i progetti per la presa in carico del paziente con cronicità per il successivo invio a un programma di esercizio fisico sono attivi nelle regioni Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo, Sardegna. Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili per quasi il 70% delle morti. L'Istat afferma che nel 2018 il 49% dei 65-74enni riferisce almeno due patologie croniche a fronte del 65,7% degli ultra 75enni.² In Europa si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon.⁶ Uno studio, svolto sulla popolazione taiwanese, ha calcolato la quantità di esercizio settimanale correlata al rischio di morte. È stato dimostrato che ogni 15 minuti di esercizio quotidiano riduce la mortalità per tutte le cause del 4% e la mortalità per tutti i tumori dell'1%. Negli individui inattivi è risultato un aumento del rischio di mortalità del 17%.¹⁵ L'articolo di Corigliano G, et al "Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per l'attività fisica nella persona con diabete", afferma l'importanza di elaborare e mettere a disposizione delle persone con diabete percorsi ben strutturati e realizzabili basati su prove. Tra gli obiettivi del PRP per la regione FVG, è prevista la promozione dell'attività fisica e l'adozione di stili di vita sani per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.¹⁶ Da letteratura è emerso che la riabilitazione cardiologica riduce il rischio di ricoveri ospedalieri per tutte le cause e può ridurre i ricoveri ospedalieri specifici per scompenso cardiaco a breve termine, inoltre, conferisce un miglioramento clinicamente importante nella qualità della vita correlata alla salute.¹⁷ Anche per quanto riguarda la gestione dei soggetti con

¹⁵ Chi Pang Wen 1, Jackson Pui Man Wai, Min Kuang Tsai, Yi Chen Yang, Ting Yuan David Cheng, Meng-Chih Lee, Hui Ting Chan, Chwen Keng Tsao, Shan Pou Tsai, Xifeng Wu, *Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study*, 2011. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21846575/>;

¹⁶ JAMD, THE JOURNAL OF AMD, G. Corigliano, F. Stollo, R. Assaloni, C. de Fazio, *Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per l'attività fisica nella persona con diabete*, Edizioni Idelson Gnocchi 1908 s.r.l., 2018. Tratto da https://www.jamd.it/wp-content/uploads/2018/11/AMD_file-unico_2018_03.pdf

¹⁷ Linda Long, Ify R Mordi, Charlene Bridges, Viral A Sagar, Edward J Davies, Andrew Js Coats, Hasnain Dalal, Karen Rees, Sally J Singh, Rod S Taylor, *Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure*, 2019. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30695817/>;

broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) la riabilitazione polmonare risulta alleviare la dispnea e l'affaticamento, migliora la tolleranza all'esercizio e la qualità della vita correlata alla salute e riduce i ricoveri ospedalieri e la mortalità per i pazienti con BPCO.¹⁸

Viene, quindi, ideata la programmazione di percorsi di attività fisica, prescritti dal MMG e/o specialista di riferimento del paziente cronico, attuati da fisioterapisti e/o da laureati in scienze motorie, su indicazione del medico sportivo. Attualmente il progetto non è ancora in azione ma il cronoprogramma prevede per il 2023 l'avvio della prescrizione dell'attività fisica in due centri regionali e nel 2024 l'estensione del progetto ad un altro centro regionale. Si rende quindi necessario coinvolgere sia gli operatori di Gemona del Friuli sia quelli di Treviso, per l'analisi del percorso sulla prescrizione dell'esercizio fisico e la presa in carico del paziente con cronicità.

2.2 Scopo dello studio e quesiti

Lo scopo generale dello studio è delineare un 'percorso diagnostico terapeutico (PDTA) tipo' per la presa in carico delle persone con cronicità nell'ambito dell'esercizio fisico come terapia, definendo il ruolo dell'Assistente Sanitario in questo contesto.

L'elaborato potrebbe rappresentare un documento utile ad integrare le linee di indirizzo derivanti dalla normativa con i vissuti e le riflessioni degli operatori che quotidianamente lavorano in contesti già attivi, per l'apertura di un nuovo centro o per indirizzare alcuni miglioramenti dei percorsi nei centri già esistenti.

Lo studio è stato costruito sulla base di alcuni quesiti di ricerca:

- Quali sono le evidenze a supporto dell'efficacia dell'esercizio fisico per il miglioramento della cronicità?
- Esistono progetti che dimostrino l'efficacia dei percorsi di attivazione dell'esercizio fisico per la tipologia di utenza valutata nel progetto?
- Quali sono gli operatori, interni ed esterni all'azienda, coinvolti nel progetto?
- Qual è tra gli operatori il livello di consapevolezza dell'efficacia del loro contributo?
- Gli operatori coinvolti nella progettualità si sentono formati a svolgere la tecnica di counseling richiesta?
- Quali sono i criteri di identificazione della popolazione definita "cronica" per l'inserimento nel programma?

¹⁸ Yuqin Zeng, Fen Jiang, Yan Chen, Ping Chen, Shan Cai, *Exercise assessments and trainings of pulmonary rehabilitation in COPD: a literature review*, 2018. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29983556/>.

- Quali potrebbero essere i criteri per determinare l'efficacia e i successi del progetto?

Dai quesiti specifici si sono poi ricavati degli obiettivi specifici che hanno permesso la costruzione effettiva dello studio e l'individuazione di materiali e metodi:

1. Descrivere il livello di consapevolezza dell'efficacia del contributo che hanno gli operatori sanitari coinvolti nel servizio;
2. Analizzare il percorso che l'utente deve intraprendere per accedere a un programma di esercizio fisico strutturato;
3. Analizzare le modalità per la presa in carico della persona con cronicità;
4. Guida alla scelta di un percorso adatto alla persona;
5. Supportare l'utente nella prosecuzione di un programma di esercizio fisico adattato;
6. Rilevare le opinioni e il grado di coinvolgimento degli operatori dei servizi riguardo la presa in carico delle persone con cronicità per la prescrizione dell'esercizio fisico.

2.3 Revisione della letteratura

La revisione bibliografica è stata realizzata essenzialmente attraverso il motore di ricerca "Google". Le parole libere di ricerca utilizzate sono state:

- Prescrizione dell'esercizio fisico/ *Prescription of physical exercise*;
- Counseling motivazionale breve/ *Brief motivational counseling*;
- Coinvolgimento del paziente/ *Patient Engagement*;
- Motivazione/ *Motivation*;
- Comunicazione/ *Communication*;
- Stadi del cambiamento/ *Stages of change*;
- Malattie croniche non trasmissibili (MCTN)/ *Chronic non-communicable diseases (NCDs)*;
- Intervista in profondità/ *In-depth interview*.

Questa prima ricerca ha portato al documento "Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie" pubblicato dal Ministero della Salute ed elaborato dai componenti del Tavolo di lavoro per la promozione dell'attività fisica e la tutela della salute nelle attività sportive e dagli esperti nominati nell'ambito dei sottogruppi di lavoro attivati.

Gli elementi di ricerca hanno condotto sia a siti italiani che internazionali, istituzionali o scientificamente riconosciuti dai seguenti Enti, Associazioni o Istituzioni:

- Ministero della salute;
- American College of Sports Medicine (ACSM);
- Istituto Superiore di Sanità (ISS);
- World Health Organization (WHO);
- Piano Nazionale della prevenzione (PNP);
- Piano Nazionale della cronicità.

La ricerca in PubMed ha preso avvio utilizzando le parole chiave utilizzate nella ricerca di Google e integrandoli in modo diverso tra di loro. Sono state formulate inizialmente 3 ricerche con le parole chiavi.

Search details:

1. ((motivation) AND (physical exercise)) AND (Brief advice). Con questa ricerca sono stati ottenuti 48 risultati. I testi maggiormente consultati sono stati:
 - a) “Improving Self-Management of Type 2 Diabetes in Overweight and Inactive Patients Through an Educational and Motivational Intervention Addressing Diet and Physical Activity: A Prospective Study in Naples, South Italy” a cura di Gallé F, Di Onofrio V, Cirella A, Di Dio M, Miele A, Spinosa T, Liguori G.;
 - b) “Motivational counselling for physical activity in patients with coronary artery disease not participating in cardiac rehabilitation” a cura di Reid RD, et al. Eur J Prev Cardiol. 2012;
 - c) “Motivational techniques for improving compliance with an exercise program: skills for primary care clinicians” a cura di Scales R, et al. Curr Sports Med Rep. 2003.
2. (((motivational aspects) AND (physical exercise)) AND (motivational interview)) AND (chronic diseases). Con questa ricerca sono stati ottenuti 7 risultati. I testi maggiormente esaminati sono stati:
 - a) “Effect of motivational interviewing in hypertensive patients (MIDNIGHT): study protocol for a randomized controlled trial” a cura di Silveira LCJ, et al. Trials. 2019;
 - b) “Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial” a cura di Brodie DA, et al. Int J Nurs Stud. 2008.

3. ((motivational strategies) AND (adherence to exercise)) AND (motivational interview).

Con questa ricerca sono stati ottenuti 41 risultati. I testi maggiormente consultati sono stati:

- a) “Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis” a cura di Burgess E, et al. Clin Obes. 2017;
- b) “Impact of motivational interviewing as a follow-up to an exercise intervention among women with or at risk for metabolic syndrome: A randomized controlled trial” a cura di Suire KB, et al. SAGE Open Med. 2022;
- c) “A randomized controlled trial of motivational interviewing as a tool to enhance secondary prevention strategies in cardiovascular disease (MICIS study)” a cura di Everett B, et al. Contemp Nurse. 2021.

Tra i limiti dello studio va sottolineato come vi sia una limitata letteratura disponibile, in particolare letteratura italiana e rispetto al counseling motivazionale breve nell’ambito della promozione alla salute ci siano dei pareri discordanti in riferimento in particolare a comportamenti complessi come l’essere fisicamente attivo, in particolare quando lo si dovrebbe essere con un rigore riferito a “dosaggi” specifici e personalizzati.

Il progetto di tesi viene descritto brevemente nella sinossi di ricerca (Allegato 1).

CAPITOLO 3- MATERIALI E METODI

3.1 Campionamento

Il questionario e le interviste sono stati predisposti per essere somministrati al personale sanitario del servizio di medicina dello sport di Treviso e di Gemona del Friuli, coinvolti nella presa in carico della persona con cronicità nelle palestre specialistiche per la prescrizione dell'esercizio fisico. Sono state coinvolte diverse figure sanitarie e non sanitarie tra cui medici dello sport, infermieri, assistenti sanitari e laureati in scienze motorie.

3.2 Questionario e interviste in profondità

Per la raccolta dei dati necessari all'indagine si è scelto di utilizzare come strumenti sia un questionario auto-redatto (Allegato 2) che un'intervista in profondità ad alcuni stakeholder selezionati (Allegato 3).

Nei mesi di giugno e luglio 2023 tramite il referente della UOC della medicina dello sport di Treviso e quella di Gemona si è stilata una "mailing list" del personale idoneo a partecipare allo studio. Il 18 luglio 2023 è stata la data d'inizio per la compilazione del questionario, il quale è stato trasmesso mediante una e-mail inviata direttamente al personale sanitario coinvolto. La raccolta dati è terminata il 28 agosto 2023 e i questionari raccolti sono stati 14.

Le informazioni raccolte sono state trattate in forma anonima e aggregata, nel rispetto del D. Lgs 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"¹⁹ integrato con le successive modifiche del D. Lgs 10 agosto 2018 "Disposizione per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".²⁰

Il questionario è stato elaborato utilizzando "Google Moduli" ed è composto da 50 domande suddivise in 7 sezioni:

1. Sezione A – Modalità di presa in carico dell'utente con cronicità;

¹⁹ Garante della protezione dei dati personali. (2003). Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in S.O n. 123 alla G.U. 29 luglio 2003, n. 174). Roma, Garante della protezione dei dati personali. Tratto da <https://www.garanteprivacy.it/documents/10160/0/Codice+in+materia+di+protezione+dei+dati+personali+%28T+esto+coordinato%29;>

²⁰ Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, *DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n.101*, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg>, 2018 Visitato il 7 agosto 2023.

2. Sezione B – Counseling-abilità comunicative;
3. Sezione C – Strumenti utilizzati per la presa in carico dell'utente con cronicità;
4. Sezione D – Figure professionali e lavoro d'équipe;
5. Sezione E – Prescrizione dell'esercizio fisico;
6. Sezione F – Conclusione del percorso sanitario e follow-up;
7. Sezione G – Spunti di riflessione;

Il questionario è stato organizzato con domande quantitative e qualitative su scala nominale o ordinale e domande a risposta libera. Le domande relative al counseling breve motivazionale sono state costruite basandosi sulla letteratura esistente in materia, in egual modo la parte degli strumenti e del follow-up. Mentre la Sezione G è stata pensata per evidenziare i punti di forza del percorso e gli aspetti che possono essere migliorati.

Successivamente, come anticipato precedentemente sono state somministrate delle interviste in profondità a dei “testimoni chiave” per approfondire alcuni argomenti emersi nel questionario. Per fare questo sono state raccolte le adesioni degli operatori e la relativa e-mail, rilasciata da loro alla fine del questionario, successivamente sono stati contattati tramite e-mail per prendere accordi sul giorno e orario disponibile. La somministrazione delle interviste sono iniziate l'8 settembre 2023 e concluse il 2 ottobre 2023.

Per quanto riguarda la sede di Gemona del Friuli si sono resi disponibili 1 operatore il quale è un medico dello sport, mentre per la sede di Treviso si sono resi disponibili 5 operatori di cui, due medici dello sport, un infermiere, un assistente sanitario e un laureato in scienze motorie. L'intervista in profondità è stata strutturata con una parte iniziale di presentazione dello studente e del progetto, in modo da identificare il contesto. Dopo di che vengono descritti alcuni aspetti emersi nel questionario, alcuni conformi tra i due servizi considerati e altri invece meritevoli di un maggior approfondimento, i quali vengono poi trattati nell'intervista.

Le domande principali sono state tre:

1. “Il colloquio motivazionale breve basato su tecniche di counseling lo ritiene importante per la presa in carico dell'utente con cronicità?”. Con questa domanda è stato esaminato se è attuabile una formazione breve con re-training periodico e se sì come potrebbe essere sviluppato. Nel corso di questa prima domanda è emerso se l'operatore conosce il colloquio motivazionale breve; se ci sono dei modelli di counseling che utilizza e quali sono; se l'équipe del suo servizio ha fatto una formazione specifica; l'importanza di fare una formazione sui temi che guidano a comunicare in modo efficace con l'utente

e se sono interessati a farla; infine quali sono le figure più idonee a svolgere il counseling motivazionale breve all'utente in questo servizio;

2. “Secondo lei come sarebbe possibile facilitare l'accompagnamento dell'utente a intraprendere questo percorso? e da quali figure professionali?”. Con questa domanda è stato analizzato l'importanza della relazione e della comunicazione rispetto ad altri fattori motivazionali; se nel percorso di motivazione dell'utente l'assistente sanitario è una figura adatta per questo processo; se c'è la possibilità di considerare di inserire un'assistente sanitario nell'equipe del servizio di appartenenza e con quali funzioni; se invece, è già presente un'assistente sanitario, quali funzioni svolge e se è stato formato per svolgere le suddette funzioni;
3. “Secondo lei come è possibile migliorare l'aggancio dell'utente al territorio una volta concluso il percorso sanitario?”. Con questa domanda si è voluto indagare l'idea di creare legami con altri servizi o se ci sono altre modalità per legare l'esperienza della palestra specialistica alle palestre accreditate del territorio; se si possono ipotizzare anche altre offerte meno specializzate in particolare per chi non accede al servizio, ad esempio per problemi di distanza o di tempo; se l'assistente sanitario può essere considerato una figura idonea per fare questo raccordo; se è possibile creare una rete con le palestre del territorio con cui relazionarsi con una certa frequenza per monitorare e guidare l'utente; se ci sono reti territoriali simili nel territorio di appartenenza.

Anche in questo caso le domande relative al counseling breve motivazionali sono state costruite basandosi sulla letteratura esistente in materia; mentre l'ultima domanda è stata costruita per poter comprendere come migliorare il legame con le diverse risorse del territorio e aumentare l'aderenza ai programmi di esercizio fisico. Ogni intervista è stata, previo autorizzazione, registrata per permettere allo studente la trascrizione.

3.3 Analisi dei dati

Ultimata la raccolta dati, si è proceduto con la codifica delle risposte. Per l'analisi quantitativa e la rielaborazione dei dati raccolti con il questionario è stato usato il pacchetto Microsoft Office 365, programma Excel. Le risposte dei questionari sono state elaborate a partire dalla matrice creata direttamente da “Google Moduli”, poi trasferita e salvata in formato Excel. Successivamente sono stati rielaborati i dati, evidenziando i risultati di maggior interesse per poi formulare l'intervista in profondità.

Una volta individuati i punti meritevoli di maggior interesse sono state trascritte delle ipotetiche domande, successivamente c'è stata una rielaborazione delle stesse e l'identificazione di 3 quesiti di ricerca i quali hanno guidato la traccia dell'intervista. L'intervistatore, come promemoria, ha stilato una lista di punti focali da affrontare, i quali erano basati sugli obiettivi della ricerca.

Le interviste qualitative sostanzialmente consistono nel processo di raccogliere dati facendo domande alle persone. Possono essere molto flessibili, infatti, è possibile realizzarle di persona, ma anche per telefono, tramite internet o in piccoli gruppi chiamati focus group.

Le interviste sono state registrate e successivamente è stata fatta un'analisi qualitativa dei dati raccolti.

La ricerca qualitativa è un campo d'indagine vasto. Consiste nel raccogliere dati non strutturati, come osservazioni, interviste, sondaggi e documenti. Tali informazioni permettono di individuare schemi e significati profondi, in modo da allargare la propria comprensione del mondo ed offrire una nuova prospettiva. Questo tipo di ricerca solitamente cerca di svelare i motivi alla base di comportamenti, atteggiamenti e motivazioni, infatti, non dà solo dettagli su cosa, dove e quando.²¹ Per fare analisi qualitativa non c'è un metodo unico e accertato, adottato da tutti i ricercatori su come iniziare a fare ordine tra i dati emersi dalle ricerche qualitative.

Le interviste sono state registrate e successivamente trascritte, in modo tale da avere a che fare con le parole esatte delle persone ed entrare nel merito del linguaggio e terminologia utilizzati dagli intervistati. È importante procedere con una guida per non farsi influenzare dalle conoscenze e supposizioni che il ricercatore ha prima di intraprendere l'attività di ricerca. In rischi di un'analisi non strutturata sono infatti le scorciatoie mentali del ricercatore che condizionano il modo in cui i risultati stessi vengono identificati: conoscenze pregresse, ricordi selettivi, migliore memoria dei ricordi recenti.

Successivamente si fa la codifica o coding, il quale è un metodo mutuato dalla ricerca sociale e serve a decidere a quali dati dare più rilevanza e quali meno. Consiste nell'identificare nelle trascrizioni i frammenti di testo ritenuti significativi e associare loro un'etichetta che ci aiuti a descriverne il significato, per poterli poi raggruppare per affinità. Il senso ultimo dell'attività è abbandonare del tutto le trascrizioni e procedere nel lavoro sui frammenti etichettati e smistati in gruppi affini.

Vengono identificati dei pattern, degli schemi che si ripetono tra le persone che sono state intervistate, ripetizioni che riguardano la routine, rituali, regole, ruoli e relazioni. Per rispondere

²¹ wikiHow, *Come Fare Ricerca Qualitativa*, <https://www.wikihow.it/Fare-Ricerca-Qualitativa#/Immagine:Do-Qualitative-Research-Step-6-Version-3.jpg>. Visitato il 5 ottobre 2023

alla domanda su quanto codificare e su quali frammenti meritano di essere etichettati, la regola viene da Jonny Saldana che afferma “code smart, not hard”, cioè codifica in modo intelligente, non pedissequo, quindi non tutto e per intero, ma frammenti che ci colpiscono e che colgano il minimo di contesto utile a non dover tornare sulle trascrizioni per recuperarlo, se è stato eliminato per eccesso di sintesi.

Per decidere come codificare i dati grezzi delle analisi qualitative non c'è un criterio giusto o sbagliato, dipende delle esigenze del ricercatore e dal suo modello mentale. Quel che è certo è che il criterio che viene scelto influenzerà le azioni successive del ricercatore, rendendole più semplici.²²

Lo studio qualitativo viene spesso considerato precursore della ricerca quantitativa, che è un approccio più logico, fondato su dati e uso di tecniche statistiche, matematiche e/o informatiche. La ricerca qualitativa spesso si utilizza per generare possibili cammini da seguire e formulare un'ipotesi lavorabile, che viene poi valutata con metodi quantitativi.²²

3.4 Aspetti autorizzativi

Per quanto riguarda gli aspetti autorizzativi nella sede di Gemona del Friuli, il 29 maggio 2023, è stata data l'autorizzazione alla raccolta dati da parte del direttore della medicina dello sport, con la relativa firma e timbro dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Dipartimento di Prevenzione, Centro di prescrizione dell'esercizio fisico. Mentre, per quanto riguarda la sede di Treviso, il 13 luglio 2023 è stato espresso parere favorevole alla raccolta dati da parte del Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS2, Marca Trevigiana, Regione del Veneto, con la relativa firma e timbro. Inoltre per la sede di Treviso è stato compilato, firmato e timbrato un apposito modulo denominato “Richiesta di autorizzazione alla raccolta dati per tesi di diploma/laurea/dottorato/master/ corso di perfezionamento” nel quale sono stati riportati i nominativi del relatore e del correlatore, il periodo di rilevazione dei dati, l'Unità Operativa coinvolta, la firma del relatore per confermare che la tipologia dei dati raccolti e gli strumenti di indagine sono stati verificati e approvati dallo stesso, i nominativi del direttore dell'Unità Operativa coinvolta con la relativa autorizzazione e firma, il nominativo del coordinatore dell'Unità Operativa coinvolta, nuovamente l'autorizzazione da parte del Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS2 Marca Trevigiana con la firma e il timbro, la firma

²² Università degli studi di Torino, Facoltà di Scienze della Formazione, Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione, Dispensa per il corso di Pedagogia Sperimentale, Paola Rogora, *L'OSSERVAZIONE, uno strumento operativo per “conoscere” e per costruire relazioni i contesti educativi e formativi*, 2000-2001. Tratto da <https://www.far.unito.it/trincheropsd/rogora.htm>.

dello studente il quale assicura che la raccolta dati viene effettuata nel rispetto delle norme di garanzia della privacy e che i dati raccolti vengono utilizzati in modo anonimo ed aggregato, esclusivamente per la realizzazione del lavoro di tesi. Infine, la firma del coordinatore del corso di laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova per presa visione.

Per quanto riguarda l'intervista in profondità a dei testimoni chiave, nella presentazione iniziale viene riferito, alla persona selezionata, che alcune parti delle risposte saranno riportate all'interno del testo della tesi, tuttavia ogni informazione sensibile, ad esempio il nome, non verrà rilevato e resterà tutto anonimo. Inoltre, viene ricordato che l'intervista verrà registrata e si chiede il consenso a partecipare.

3.5 Limiti dello studio

Nello studio ci sono alcuni limiti, dovuti in primis al fatto che sono state interpellate solamente due Aziende Sanitarie. Sebbene le domande proposte forniscano informazioni diverse, per consentire una più dettagliata analisi dovrebbero essere ulteriormente somministrate, magari in altre regioni.

Le interviste in profondità sono state progettate in modo sintetico in quanto è stato compreso il poco tempo a disposizione delle persone coinvolte. Nonostante le domande proposte abbiano analizzato gli argomenti maggiormente meritevoli di approfondimento, sarebbe interessante poter analizzare e approfondire ulteriormente i quesiti scelti, anche somministrando l'intervista a un campione più ampio.

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

Nell'arco temporale intercorso tra il 18 luglio e il 28 agosto 2023 sono stati raccolti i questionari compilati online dall'équipe del Servizio di medicina dello sport della sede di Gemona del Friuli e di Treviso. Il 57% del campione è costituito da infermieri, il 29% da medici dello sport, il 7% da assistenti sanitari e il 7% da laureati in Scienze Motorie, come riportato nel grafico (Grafico 1). Della sede di Treviso hanno partecipato 7 infermieri, 3 medici dello sport, 1 assistente sanitario e 1 laureato in Scienze Motorie; mentre della sede di Gemona del Friuli hanno partecipato 2 medici dello sport e 1 infermiere.

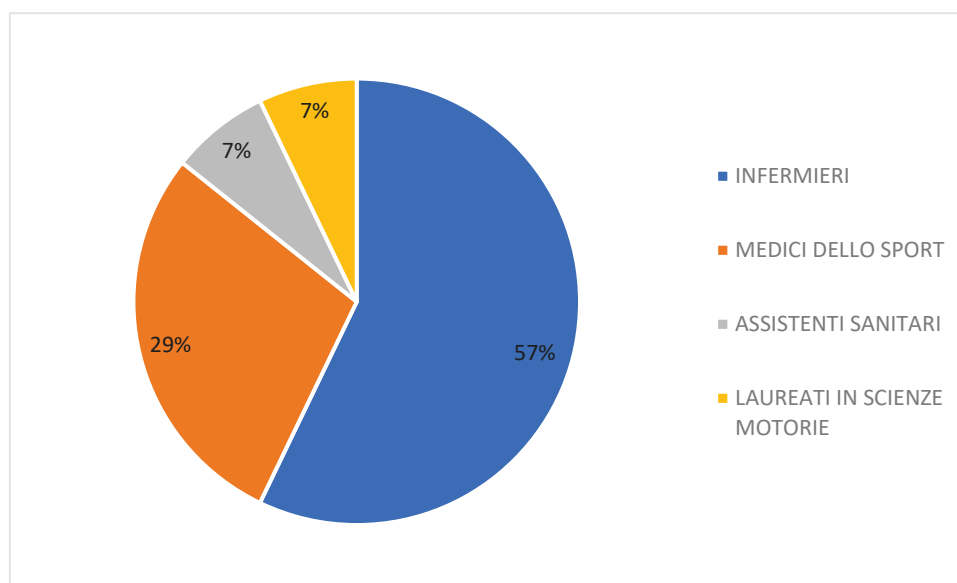
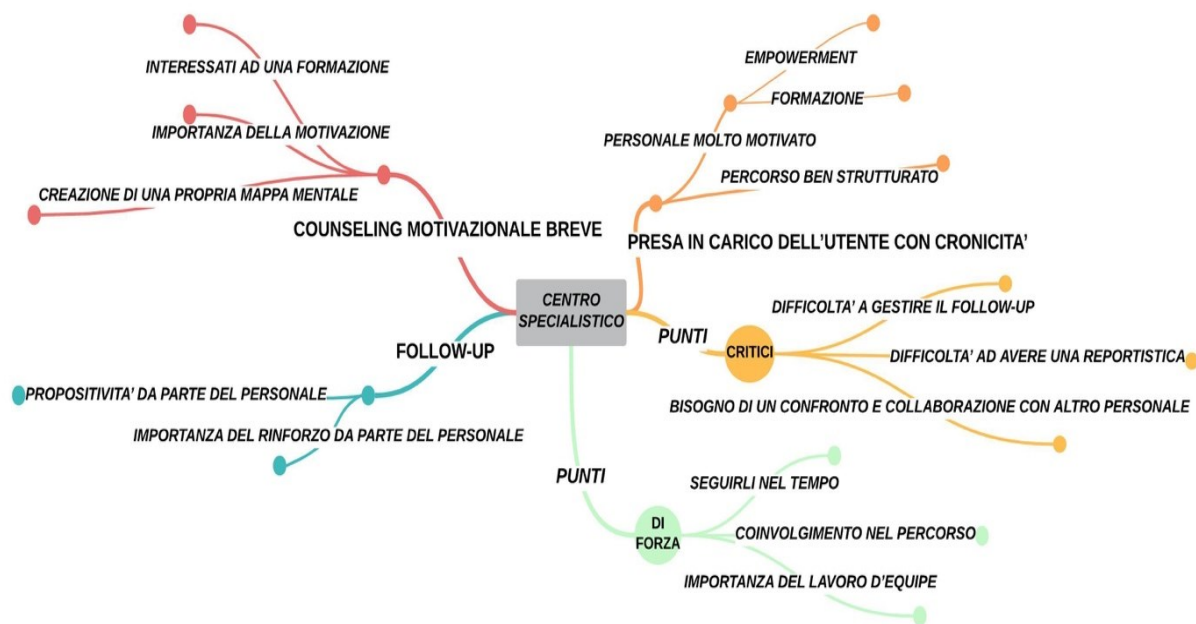


Grafico 1: Percentuale di professionisti presenti nei due centri

Successivamente a partire dall'8 Settembre 2023 sono state somministrate delle interviste a dei "testimoni chiave" di cui 3 medici dello sport, un assistente sanitario e un laureato in scienze motorie.

Dall'analisi delle informazioni raccolte dagli operatori, sia nei questionari che nelle interviste, sono emersi alcuni ambiti di maggior attenzione, quali: il counseling motivazionale, il tipo di presa in carico dell'utente con cronicità, i centri accreditati del territorio, il follow-up e i punti di forza e di debolezza del percorso.



Schema 1: Centro specialistico

Di seguito viene brevemente analizzato, in riferimento alla relazione operatore-percorso-utente il tema delle percezioni, del vissuto, delle aspettative degli operatori coinvolti, come delineabile dai questionari e dalle interviste.

Per quanto riguarda il counseling motivazionale è emerso quanto segue:

- L'interesse da parte degli operatori a svolgere un corso specifico, in quanto la formazione sull'argomento è risultata carente. Il personale ha affermato che è a conoscenza di alcuni corsi ma ancora non ha deciso di partecipare, mentre alcuni operatori si sono dimostrati più motivati in quanto hanno già preso accordi per un corso all'interno dell'azienda con una psicologa formata. Anche se alcuni di loro hanno affermato che si sono creati una mappa mentale per seguire l'utente e motivarlo, allo stesso tempo è emersa la percezione di bisogno di un corso di formazione, in quanto sono consapevoli che questo aspetto è fondamentale per l'efficacia del percorso;
- La comprensione da parte del personale dell'importanza della motivazione per la realizzazione del percorso e del cambiamento dello stile di vita dell'utente;
- Gran parte degli operatori fanno affidamento alla propria esperienza e sensibilità;

Mentre per quanto riguarda la presa in carico dell'utente con cronicità è emerso che:

- Gli operatori sono molto formati e seguono delle linee guida internazionali;
- Il percorso è ben strutturato ed organizzato con la partecipazione di diversi professionisti;

- C'è una buona motivazione da parte degli operatori e una grande fiducia nell'efficacia del percorso;
- Gli operatori credono molto nell'empowerment, quindi nella capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita. È emerso infatti che gli operatori mettono a disposizione degli utenti diversi strumenti per poter cambiare il proprio stile di vita.

Per il follow-up è emerso:

- L'importanza della continua motivazione e rinforzo da parte degli operatori;
- Gli operatori di entrambi i servizi sono risultati essere propositivi e ottimisti per quanto riguarda questo ambito;
- Che il vero problema è farli continuare, quindi per fare prevenzione bisogna evitare l'abbandono.

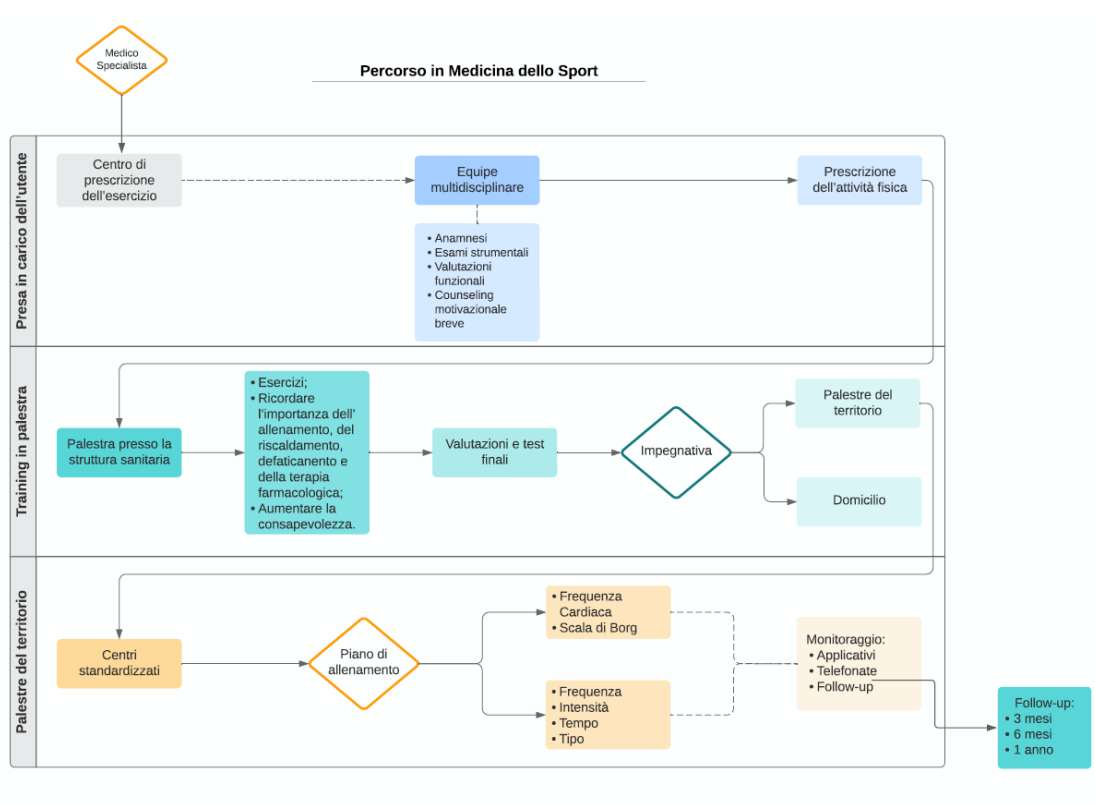
Infine, sono emersi i punti di forza e i punti di debolezza del percorso. Gli operatori di entrambi i servizi sono molto coinvolti nel percorso che gli utenti devono seguire e motivati nel loro lavoro. Al momento hanno riferito che riescono a seguirli nel tempo ma è emersa la paura che questo non sia sempre possibile, in quanto il personale e il tempo a disposizione sono limitati. Allo stesso tempo tutti gli intervistati hanno riferito l'importanza e l'efficacia del lavoro d'equipe e della divisione dei compiti tra gli operatori.

Gli operatori hanno fatto emergere dalle interviste la difficoltà di seguire le persone nel follow-up e la loro paura di perdere le persone, in quanto se i soggetti non trovano una struttura adeguata nel territorio, possono perdere la motivazione e di conseguenza abbandonano il percorso. Inoltre, hanno affermato che sarebbe molto utile avere una reportistica sistematica, proprio per comprendere come stanno andando le persone, se vanno regolarmente e con che frequenza; se così non fosse si sono proposti ad agire maggiormente con un rinforzo all'utente. Inoltre, è stato affermato il bisogno di un confronto con operatori diversi e quindi una maggiore collaborazione con personale formato in questo campo.

Un ultimo aspetto che molti operatori hanno riferito è l'importanza della 'standardizzazione' delle palestre del territorio e che abbiano dei protocolli di comportamento adeguati per le persone che si trovano di fronte. Infatti, la paura di qualche operatore è che le persone vadano in palestre con operatori non adeguatamente formate e che con il tempo ci sia il rischio di abbandono degli utenti in quanto non vengono opportunamente seguiti.

4.1 Percorso dell'utente dalla presa in carico alla palestra del territorio

Sia nel questionario che nelle interviste è stato indagato il percorso dell'utente, dalla sua presa in carico dal servizio di medicina dello sport fino all'orientamento alle palestre del territorio.



Schema 2: Percorso dell'utente al centro specialistico

Come si può vedere dallo schema 2, l'utente viene inviato principalmente da un medico specialista, in particolare dal cardiologo o pneumologo. Il soggetto, quando accede al centro di prescrizione dell'esercizio fisico, viene valutato da un'équipe multidisciplinare la quale è composta da medici, infermieri, assistenti sanitari e laureati in scienze motorie.

Inizialmente viene fatto un "pre-arruolamento" da parte dell'assistente sanitario il quale svolge un counseling motivazionale breve con la persona che si trova di fronte. L'operatore in questo caso cercherà di capire cosa pensa la persona, le sue difficoltà, le resistenze e gli obiettivi che si pone. Facendo riferimento al modello di Di Clemente e Prochaska possiamo dire che l'assistente sanitario deve comprendere in quale stadio del cambiamento si trova l'utente.

Dai dati analizzati emerge che la formazione del personale sul counseling motivazionale breve è carente ma allo stesso tempo gli operatori intervistati affermano che questo aspetto per loro risulta fondamentale e che sarebbero interessati a svolgere una formazione specifica. Tutta l'équipe è coinvolta nell'aspetto motivazionale e per il momento si basano in gran parte sulla propria esperienza e sulla propria sensibilità, creandosi una traccia mentale per affrontare questo aspetto; sono inoltre consapevoli che ci siano dei modelli, in particolare, il più noto è il

modello di Di Clemente e Prochaska, e che sia disponibile attualmente un corso “Fad” nella piattaforma regionale Veneta.

È importante che gli operatori motivino gli utenti dall’inizio del percorso fino all’accesso nelle palestre del territorio e anche nel follow-up, a conferma di ciò dall’analisi dei dati è emerso che l’assistente sanitario si occupa di counseling solamente nella prima parte del percorso, mentre successivamente questo aspetto è maggiormente a carico del medico e dell’infermiere.

Il secondo step della presa in carico prevede che il medico assieme all’infermiere effettui una vera e propria visita che comprende un’anamnesi, un ECG di base e una valutazione della terapia farmacologica; inoltre in base alle caratteristiche e alle problematiche del soggetto vengono effettuati ulteriori esami e test come l’holter, un eco TSA, una prova da sforzo, un test cardiopolmonare, il test del km, il test dei 500 metri e il test dei 200 metri. In aggiunta vengono effettuati anche test di forza, di mobilità articolare, di equilibrio e il test per valutare il grado di autonomia. Dalle interviste è emerso che anche la figura dell’assistente sanitario potrebbe essere una figura idonea anche per assistere il medico nell’anamnesi e nella valutazione funzionale, in quanto adeguatamente formato attraverso il suo percorso di studio.

Da quanto emerso dall’anamnesi, dagli esami e dalla motivazione del soggetto il medico fa una vera e propria “prescrizione” dell’esercizio nella quale è riportata la frequenza cardiaca allenante, il tipo di training, la terapia che il soggetto sta assumendo e se ci sono delle indicazioni specifiche a cui fare attenzione durante la pratica dell’esercizio fisico.

L’utente a questo punto potrà accedere al percorso, ma come ha riportato un operatore in un’intervista “*non è detto che entri nel vero e proprio percorso del Servizio*” perché può succedere che ad alcuni utenti venga detto “*guarda tu non hai bisogno di andare in palestra, ti diamo solo le frequenze cardiache allenanti e puoi andare direttamente fuori*”. L’operatore nell’affermazione “andare in palestra” intende la palestra specialistica del Servizio di medicina dello sport.

Se il soggetto viene arruolato nel centro specialistico gli viene chiesto il turno di preferenza per poi poter iniziare il percorso e gli viene spiegato l’occorrenza per lo svolgimento dell’attività. La durata del percorso all’interno del centro è variabile, in media dura 1-2 mesi, con una frequenza di 3 volte a settimana. Durante il percorso, oltre a eseguire gli esercizi prescritti, gli viene continuamente sottolineata l’importanza dell’allenamento, del riscaldamento, del defaticamento e della terapia farmacologica. Oltre a questo, gli operatori hanno anche l’obiettivo di aumentare la consapevolezza dell’utente. Un operatore durante un’intervista ha infatti affermato l’importanza che il percorso venga visto come un farmaco da parte degli utenti

ma al tempo stesso è necessario fare attenzione a non medicalizzare troppo l'intervento in palestra.

Durante il percorso all'interno della palestra specialistica gli utenti sono seguiti dal medico, dagli infermieri e dai laureati in scienze motorie; se emergono dubbi o problematiche gli operatori si confrontano tra di loro per capire le difficoltà che incontra la persona e risolverle. Al termine del percorso è prevista un'ulteriore valutazione per stilare un bilancio finale, e successivamente un passaggio di consegna con lettera di prescrizione dell'esercizio e le indicazioni "FITT" al chinesiologo o al fisioterapista di riferimento e quindi uno scambio diretto di informazioni tra il centro di prescrizione e la palestra eventualmente scelta. All'utente viene rilasciata anche un'impegnativa per un controllo programmato (follow-up).

Una volta concluso il percorso sanitario è cruciale l'offerta, da parte del territorio, di programmi dedicati nell'ambito di politiche di equità e di riduzione delle diseguaglianze. A tal fine è necessaria la collaborazione tra strutture diverse del Servizio Sanitario, degli Enti locali, delle Associazioni di promozione sportiva e sociale, e gli operatori sanitari ed altri attori che hanno un importante ruolo di stimolo e coordinamento per la realizzazione di un contesto favorevole alla promozione dell'attività fisica.⁶ È in genere preferibile l'opzione di indirizzare l'utente presso le palestre accreditate del territorio, anche se utenti con cronicità stabilizzata possono accedere a qualsiasi altra palestra o svolgere l'attività presso il proprio domicilio.

Le palestre del territorio individuate dalla Regione sono definite '*Centri standardizzati*', in Veneto "Palestre della salute", i quali hanno dei protocolli specifici da seguire. In queste palestre sono presenti dei laureati in scienze motorie con un'adeguata formazione, i quali hanno le competenze per assistere alla frequenza cardiaca e alla percezione della scala di Borg riportata nella prescrizione del medico. Se le condizioni della persona sono stabili e l'attività prescritta non dà sintomi, il chinesiologo, in accordo con l'équipe del centro specialistico, può variare nel tempo la frequenza, l'intensità, il tempo e il tipo di allenamento.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'utente, è emerso, sia dai questionari che dalle interviste, che la sede di Gemona del Friuli risulta essere maggiormente all'avanguardia in quanto ha ideato un'app per monitorare gli allenamenti del soggetto. Un operatore della sede di Gemona del Friuli ha infatti affermato "*noi abbiamo un'app che il soggetto una volta che va in palestra o va a casa registra i suoi allenamenti e tramite l'app sono condivisi con il nostro centro. Noi li monitoriamo direttamente, sia quelli che lo fanno a domicilio, sia quelli che lo fanno nelle palestre. Si allenano, hanno il cardiofrequenzimetro, hanno l'app sul cellulare e ci inviano quei dati*". Tramite questa app quindi vengono monitorati i parametri vitali e viene

registrata la seduta di allenamento, inoltre, agli utenti vengono inviati delle immagini e dei video con la spiegazione degli esercizi ed effettuati dei video colloqui.

Questo aspetto nella sede di Treviso ancora non è stato preso in considerazione ma c'è comunque l'intenzione di provare a sviluppare delle app per seguire l'allenamento degli utenti. Al momento in questa sede vengono effettuate delle "telefonate di rinforzo", effettuate dagli infermieri e dall'assistente sanitario, per capire se gli utenti si sono iscritti in palestra, se ci sono state delle variazioni cliniche nel tempo e per motivare il soggetto a continuare il percorso.

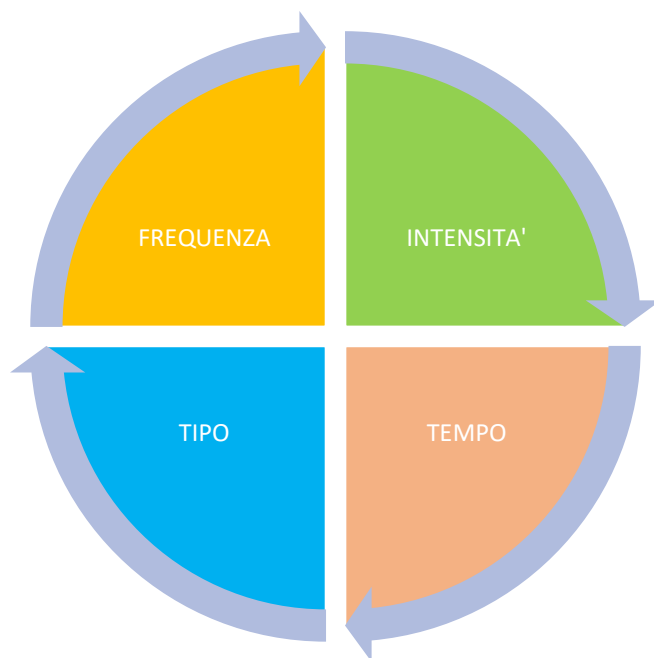
A Treviso, al termine del percorso, viene chiesto al soggetto di portare al successivo controllo una reportistica degli allenamenti effettuati, ma purtroppo gli operatori del Servizio hanno riferito che non tutti gli utenti lo fanno, per questo motivo l'idea di un applicativo universale sarebbe utile sia per l'utente che per gli operatori.

Al termine del programma svolto nel centro specialistico è previsto un follow-up attivo dell'utente a tre mesi, a sei mesi e a un anno. Nella sede di Gemona del Friuli stanno provando a rivedere quasi tutti i soggetti in modo sistematico ogni 3 mesi, un operatore ha infatti affermato *"Ci fa perdere mezz'ora di tempo tra farlo e parlare, ma al momento stiamo facendo così e non sappiamo se riusciremo a farlo ogni tre mesi o saremo costretti a fermarci."* Inoltre, ha aggiunto *"Poi una cosa che facciamo, ad esempio, ci sono delle persone di cui siamo sicuri che sono super convinti che l'attività fisica va fatta e che continuano a farla, in queste persone sicure noi invece del controllo trimestrale lo spostiamo a sei mesi o anche più. Perché ci assicura e dice <<guardi dottore io so che vado a camminare ogni giorno, faccio questo ogni giorno, faccio questo tre volte a settimana, non smetto >> e quindi con queste persone con le quali abbiamo una certa sicurezza della progressione, del mantenimento, dell'allenamento non facciamo tre mesi facciamo di più"*.

È quindi indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra i Servizi di Medicina dello Sport di alta specializzazione e le diverse strutture e attività sportive presenti nel territorio.

4.2 Prescrizione dell'esercizio fisico

Dall'analisi è emerso che le caratteristiche individuali per prescrivere un programma di esercizio adatto alla persona sono le capacità funzionali e quelle motorie, le attitudini del soggetto, le limitazioni fisiche ed eventuali patologie, le preferenze dell'utente sull'attività fisica, il grado di allenamento, l'attività più efficace per il soggetto, i parametri vitali, i risultati dei test strumentali e le modalità di proseguimento del percorso da parte dell'utente.



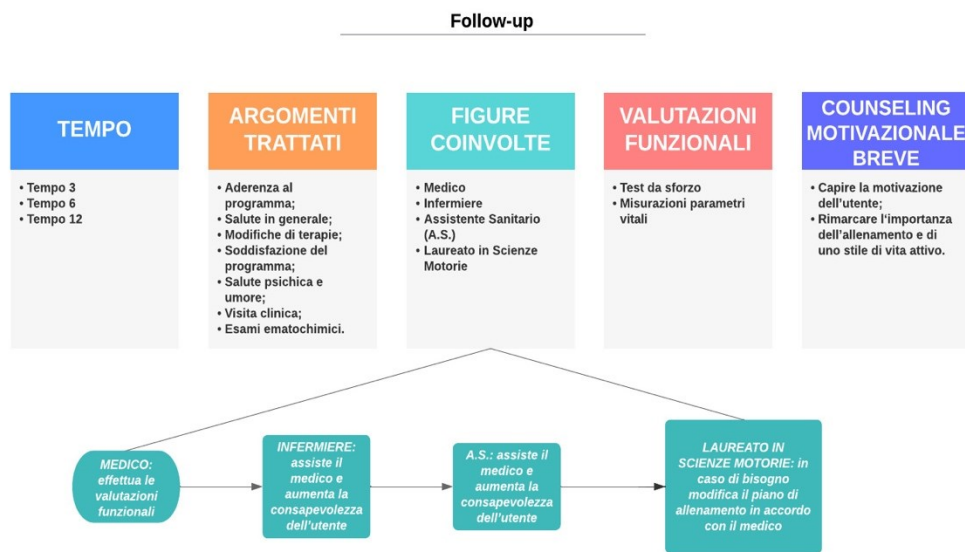
Schema 3: Programma di attività fisica (FITT)

Attraverso un programma di attività fisica adeguato alle caratteristiche del soggetto e personalizzato, in cui sia esplicitato il tipo (dipende dal programma e/o obiettivo del cliente), l'intensità (prescrizione che si basa sul test da sforzo, con il monitoraggio della FC e con la Scala di Borg), il tempo (almeno 6/8 settimane) e la frequenza dell'attività da svolgere (con sessione di 3-4 volte a settimana, con un adeguato recupero), previo consenso medico, è possibile contrastare gli effetti della sedentarietà e ottenere miglioramenti non solo di tipo motorio e antropometrico, ma anche di tipo clinico, con ripercussioni positive sulla percezione dello stato di benessere.

La prescrizione all'esercizio fisico dovrebbe essere individualizzata e allo stesso tempo flessibile tenendo conto delle fluttuazioni dello stato clinico dei soggetti. Qualsiasi modifica significativa dello stato di salute della persona richiede una nuova valutazione degli obiettivi e dei rischi riguardo il programma di esercizio.

Nel caso ci sia una resistenza o un rifiuto da parte della persona è emerso che in queste circostanze è importante ascoltare l'utente, utilizzare il rinforzo motivazionale per cercare di comprendere le resistenze del soggetto e fargli capire l'importanza di cambiare, dare il tempo necessario alla persona, non imporre il cambiamento e se necessario inserire l'utente in un percorso psicologico per aumentare la motivazione e l'aderenza al percorso, dare inoltre la possibilità di effettuare degli accessi prova, informare il MMG, presentare il caso in discussione collegiale ed eventualmente rivalutarlo in futuro.

4.3 Follow-up



Schema 4: Follow-up

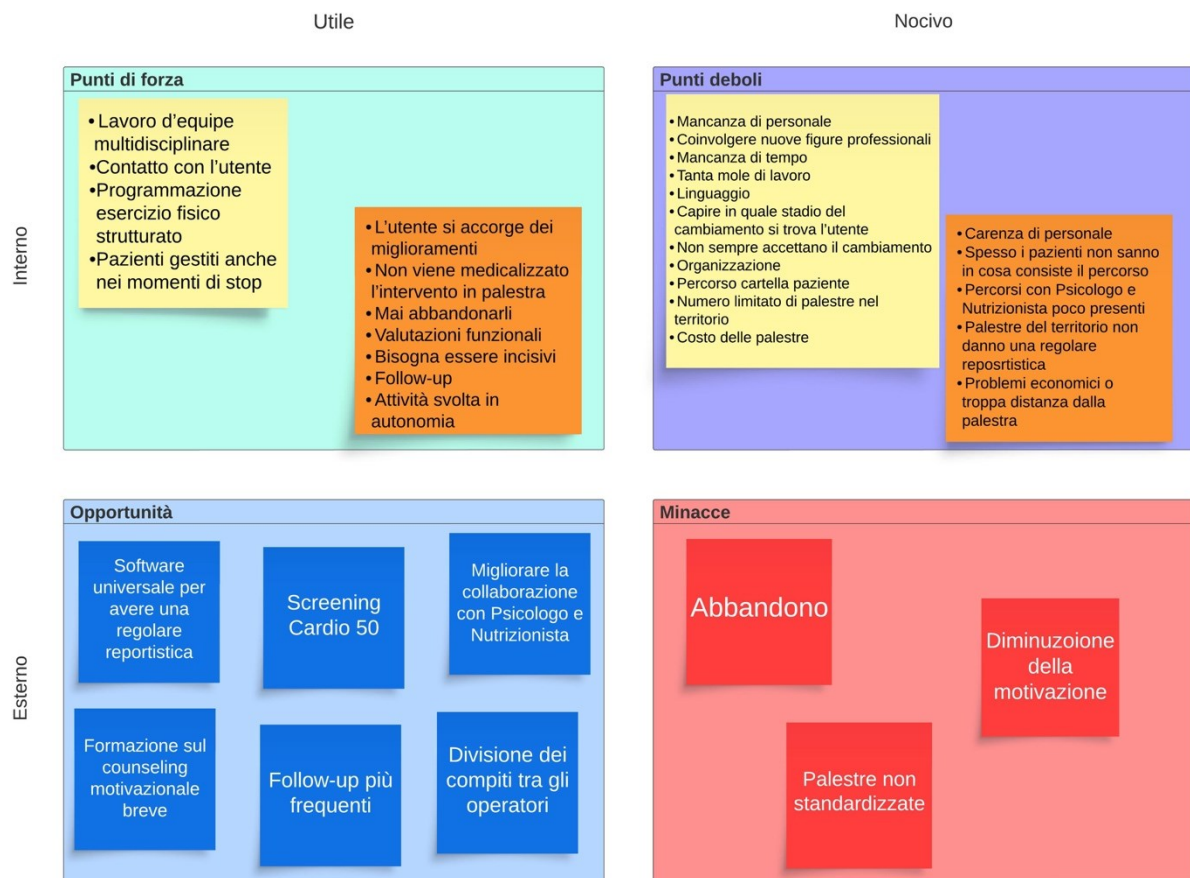
Come affermato precedentemente, il follow-up viene effettuato con tempistiche diverse nei due centri presi in considerazione: a Gemona cercano di eseguirlo ogni 3 mesi (T3) e in alcuni casi ogni 6 mesi (T6), mentre a Treviso il follow-up viene fatto inizialmente a 6 mesi e poi a un anno (T12). Gli argomenti maggiormente trattati sono:

- L'aderenza al programma, quindi viene chiesto al soggetto quale attività sta svolgendo, se secondo lui va meglio oppure se le cose sono peggiorate;
- Salute in generale, quindi se ci sono state delle variazioni cliniche nel tempo;
- Modifiche della terapia;
- Soddisfazione del programma;
- Salute psichica;
- Visita clinica ed esami ematochimici.

Il medico, a seconda del caso, decide se effettuare un semplice controllo oppure se rivalutare nuovamente l'utente con dei test. Durante un'intervista un operatore, in merito a questo argomento, ha affermato *“noi abbiamo delle valutazioni alle quali corrispondono dei numeri. Sono valutazioni standard per cui da quello partiamo e successivamente la ripetizione dei test fa vedere come questa persona è migliorata o quasi sempre è così. Anche la persona stessa scopre in autonomia che nel tempo migliora progressivamente”*.

Le figure coinvolte nel follow-up, come detto precedentemente sono il medico e l'infermiere, ma anche il laureato in scienze motorie e l'assistente sanitario, il quale, quest'ultimo, ha il compito di consolidare gli obiettivi e aumentare la consapevolezza dell'utente sull'importanza di cambiare il proprio stile di vita. Il laureato in scienze motorie, in accordo con il parere del medico, può effettuare delle modifiche al piano di allenamento.

4.4 Punti di forza, punti di debolezza e opportunità del servizio



Schema 5: Analisi SWOT sui punti di forza, punti di debolezza e opportunità del servizio

Sia nel questionario che nelle interviste effettuate sono emersi dei punti di forza e dei punti di debolezza del percorso, ma allo stesso tempo gli operatori hanno espresso delle indicazioni interessanti sulle opportunità per migliorare il servizio; di conseguenza è stata formulata un'analisi swot (Schema 4).

I punti a favore emersi maggiormente nel questionario sono:

- Il lavoro d'equipe multidisciplinare,
- Il contatto con l'utente,

- La programmazione dell'esercizio fisico strutturato;
- La gestione dei pazienti anche nei momenti di stop.

Mentre nell'intervista hanno affermato che:

- L'utente si accorge dei miglioramenti;
- L'intervento in palestra non viene medicalizzato;
- È importante non abbandonarli mai,
- Le valutazioni funzionali effettuate prima, durante e dopo il percorso;
- L'importanza di essere incisivi;
- Il follow-up;
- La possibilità di svolgere l'attività anche in autonomia.

I punti critici emersi nel questionario sono:

- La mancanza di personale;
- Il bisogno di coinvolgere nuove figure professionali;
- La mancanza di tempo;
- Tanta mole di lavoro;
- Il linguaggio da utilizzare con l'utente;
- Capire in quale stadio del cambiamento si trova l'utente;
- Il fatto che le persone non sempre accettano il cambiamento;
- L'organizzazione e il percorso della cartella del paziente;
- Il numero limitato di palestre nel territorio e il costo delle palestre.

Nelle interviste è stato sottolineato nuovamente l'aspetto della carenza di personale e i problemi economici, in aggiunta è stato affermato:

- La distanza dalla palestra;
- Il fatto che spesso i pazienti non sanno in cosa consiste il percorso;
- I percorsi con lo psicologo e il nutrizionista sono poco presenti nel servizio e non così di facile accesso;
- Le palestre del territorio non danno una regolare reportistica.

Come conseguenza a questi fattori emergono tre minacce principali:

- Il rischio di abbandono del percorso;
- La diminuzione della motivazione;
- Il fatto che l'utente acceda a palestre non standardizzate.

In merito a questi aspetti un operatore ha affermato *“il vero problema è farli continuare a fare attività nel corso della vita futura, questo è il vero problema. Perché tutti fanno, però poi ci dimentichiamo quando questi vanno via, sono un po' abbandonati a sé stessi”*. Inoltre, ha aggiunto *“tu devi fare in modo di evitare l'abbandono se vuoi fare prevenzione. Se li mandi nelle palestre del territorio questi vanno, si trovano male e poi non tornano più”*. In merito a questa ultima frase l'operatore faceva riferimento alle palestre del territorio non standardizzate e quindi non collegate con il servizio di prescrizione dell'esercizio fisico.

Infine, sono emerse delle interessanti opportunità per migliorare il servizio, come:

- La creazione di un software universale per avere una regolare reportistica degli allenamenti. In merito a questo un operatore ha affermato: *“nella mia testa io avevo pensato che quando la persona va ad allenarsi in una palestra qualsiasi o che sia una palestra della salute, viene dato un software per cui l'istruttore, insomma il chinesologo, inserendo il codice del paziente, può mettere dei dati, tipo ogni allenamento, riportare se l'allenamento è stato moderato piuttosto che vigoroso, in modo da avere un software che ti fa già la statistica e quando poi, vai alla visita, il medico basta che apra il software e viene fuori tipo un report, quindi diciamo una cosa universale per tutti”*. Inoltre, ha aggiunto *“eventualmente, se c'è bisogno, mandare questi dati, che ne so alla parte sanitaria della regione, che così vedi già un report, diciamo nel senso per essere anche un pò più veloci. Anche un'idea magari sulle ospedalizzazioni e il numero di patologie, quindi vedere un attimo potenzialmente le ricadute che hanno queste persone con patologie croniche e quanto magari va ad incidere sul sistema sanitario se fai esercizio oppure no”*;
- Screening Cardiovascolare, questo aspetto è stato affermato da un operatore in un'intervista, il quale ha affermato che è a conoscenza di questo progetto nella regione Veneto ma non sa se viene attuato, affermando anche che, a parere suo, la figura dell'assistente sanitario è una figura idonea per svolgere questa funzione;
- Migliorare la collaborazione con Psicologo e Nutrizionista. Il percorso psicologico nella sede di Gemona del Friuli non è presente, mentre gli operatori della sede di Treviso hanno affermato che è presente e viene raccomandato su indicazione del medico nella valutazione iniziale, se il soggetto risulta positivo al test psicologico o se rientra nel percorso *“Il secondo tempo di Julian Ross”*. Nella sede di Treviso infatti viene utilizzato il questionario SF-12, il quale ha la finalità di indagare la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui; la sintesi dei punteggi consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico, l'altro quello psicologico. Mentre per il

percorso alimentare entrambi i servizi hanno riferito che è previsto solo in casi particolari specifici quali l'obesità, diabete, su richiesta del medico o se lo richiede l'utente;

- Formazione sul counseling motivazionale breve, in quanto il personale riferisce di non essere adeguatamente formato in merito a questo argomento, ma dall'analisi emerge che sono molto interessati a fare una formazione specifica;
- Follow-up più frequenti per evitare l'abbandono dell'utente e consolidare gli obiettivi;
- Divisione dei compiti tra gli operatori, in quanto con l'aggiunta di personale oltre ad avere la possibilità di confrontarsi c'è la possibilità di dividersi i compiti per seguire l'utente in tutti gli aspetti.

Facendo riferimento a quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ci sono ostacoli riconducibili al soggetto nel singolo contesto socio-ambientale che impediscono l'adozione di uno stile di vita fisicamente attivo; tra questi vengono citati la preoccupazione di farsi male, la mancanza di motivazione, di tempo, di opportunità o di conoscenza di quelle a disposizione, il contesto urbano sfavorevole per assenza di palestre o strutture adatte, la scarsa promozione dell'attività fisica da parte del personale competente. L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita e condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni e necessita quindi di interventi sistemici, integrati e multicomponenti.

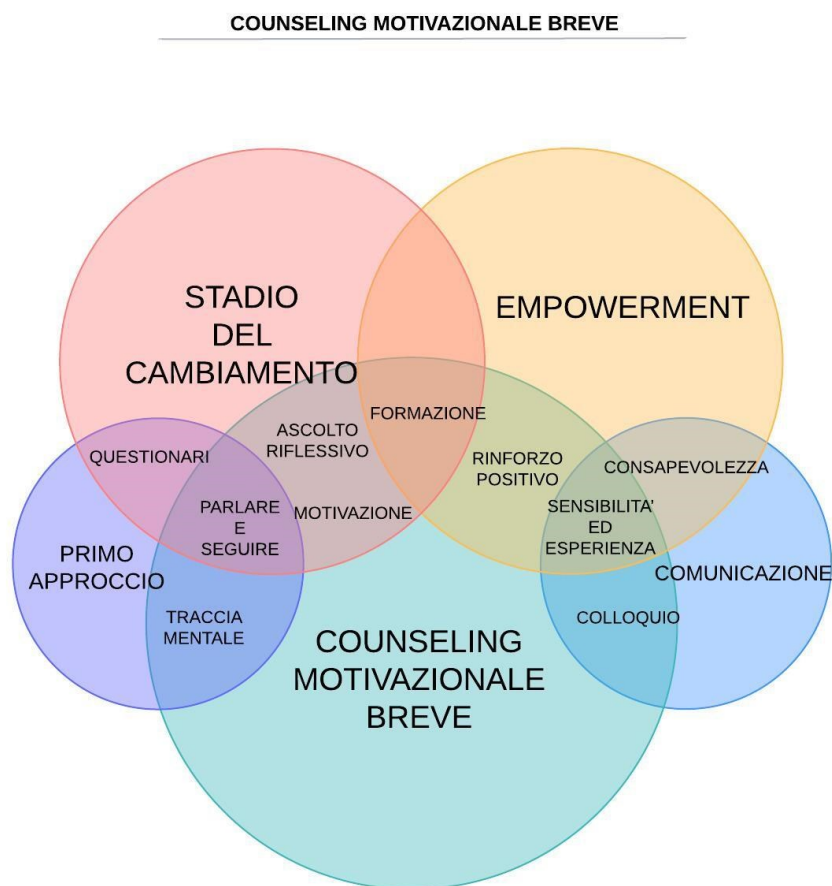
Nonostante, la consapevolezza scientifica e popolare che lo svolgimento dell'attività fisica in modo costante e adeguato rappresenti un potente fattore di salute, esistono molte difficoltà che ostacolano l'espansione di tali conoscenze.⁴

4.5 Counseling motivazionale breve

È stato analizzato l'aspetto del counseling e le abilità comunicative degli operatori, i quali sono degli strumenti strategici per aumentare la conoscenza e l'empowerment. Questi aspetti servono inoltre a promuovere degli atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire le modifiche a norme sociali, favorire l'accesso e l'adesione ai programmi di prevenzione e di cura, infine ad aumentare il coinvolgimento attivo del cittadino (engagement). Dall'analisi è emerso che una buona parte degli operatori utilizza tecniche definite per formulare la proposta all'utente, ma al tempo stesso gran parte di loro non utilizza delle linee guida a cui fare riferimento.

Nel PNP 2020-2025, si parla di formazione, la quale è finalizzata a permettere l'acquisizione di competenze nuove per il personale dei dipartimenti di prevenzione ma anche a fornire nuovi input alla formazione, di base e specialistica, di tutte quelle figure della prevenzione che sono coinvolte nella declinazione regionale e locale delle strategie del PNP. L'attività di formazione si rende, inoltre, necessaria per rinforzare la collaborazione intersettoriale e rendere realmente applicativo il principio One Health.

La trasversalità delle competenze di base del counseling e l'integrazione delle diverse figure professionali sono fondamentali per la promozione della salute in generale e dell'attività fisica in particolare, in quanto creano le condizioni per interventi anche brevi, ma strategicamente pianificati, omogenei nell'approccio relazionale, realizzati da più operatori impegnati sul territorio in differenti contesti e rivolti a persone diverse per quanto riguarda l'età, gli stili di vita, la percezione del rischio e la disponibilità al cambiamento.²



Schema 6: Counseling motivazionale breve

Per quanto riguarda il tema del counseling motivazionale breve la maggior parte degli operatori coinvolti non ha seguito alcun corso specifico. Le persone che hanno risposto in modo affermativo hanno specificato che hanno seguito una formazione FAD aziendale sull'esercizio fisico, una formazione sulla motivazione al cambiamento, una formazione sul counseling motivazionale per smettere di fumare, altri corsi sulla comunicazione e ricevuto dei feedback da parte dei colleghi nella fase di inserimento nel servizio.

Per costruire un rapporto di fiducia e facilitare la persona nel percorso decisionale (empowerment), sia nella scelta iniziale del cambiamento e sia nelle fasi successive di mantenimento, è necessario ascoltare prima di informare, focalizzare l'attenzione sul contesto di vita della persona, sulle sue specifiche esigenze di salute, i suoi bisogni, i suoi vissuti, le sue effettive motivazioni e quindi sulla sua disponibilità ad effettuare eventuali cambiamenti nelle abitudini di vita.² Lo studio del cambiamento di comportamento ha portato all'elaborazione di diversi modelli teorici, che hanno sottolineato sia la dimensione cognitiva che l'influenza del contesto ambientale. La posizione condivisa oggi è che un intervento di promozione della salute efficace deve tener conto sia della dimensione cognitiva sia dell'influenza del contesto. Il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente è utile per mappare il posizionamento e la reale disponibilità della persona rispetto al cambiamento e per trovare le modalità di intervento più efficaci²³, ma è importante altresì considerare sempre l'influenza dell'ambiente sociale e fisico su cui la persona vive.

Nell'ambito dei servizi sanitari è possibile lo sviluppo di interventi rivolti alla popolazione generale e a target specifici, al fine di promuovere stili di vita sani e interventi rivolti agli operatori sanitari per migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni fornite e contribuire a potenziare l'empowerment dei cittadini attraverso la promozione di atteggiamenti protettivi per la salute. Durante il percorso di presa in carico dell'utente tutti gli operatori hanno infatti affermato che nel percorso di presa in carico viene promosso l'empowerment dell'utente, ossia vengono forniti alla persona strumenti critici adeguati a prendere le decisioni migliori per il proprio benessere.

Il personale formato coinvolto ha affermato che l'approccio comunicativo cambia in base allo stadio del cambiamento in cui si trova la persona e che durante il colloquio viene utilizzato l'ascolto riflessivo e un rinforzo positivo a sostegno dell'utente.

²³ Guadagnare salute, *Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari*. Tratto da https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf.

Più della metà non utilizza questionari standard per collocare l'utente nello stadio del cambiamento: quelli utilizzati sono il questionario sf-36, il questionario per valutare lo stato di salute psicologico, il questionario per valutare il livello di attività fisica praticata e dei questionari formulati dal proprio Servizio di medicina dello sport sulla prescrizione dell'esercizio fisico.

Dall'analisi è stata inoltre indagata la strategia migliore per far capire all'utente l'importanza di cambiare il proprio stile di vita, è quindi emerso che secondo gli operatori le strategie migliori sono:

- Utilizzare testimonianze e altri dati di pazienti che sono migliorati;
- Effettuare un buon colloquio sullo stato di salute in cui vengono analizzati i rischi dell'inattività fisica, i vantaggi e i benefici dell'attività fisica e l'importanza di cambiare lo stile di vita;
- Far raggiungere la consapevolezza;
- Ampliare le conoscenze sui fattori di rischio e aumentare le informazioni su questi argomenti;
- Far comprendere l'importanza dell'esercizio costante come terapia;
- Coerenza da parte dell'équipe sulle informazioni date;
- Tutti gli operatori devono motivare e rinforzare i comportamenti positivi;
- Ascoltare;
- Trovare le strategie migliori per la persona che si ha di fronte.

4.6 Figure professionali e lavoro d'équipe

La promozione dell'attività fisica è una tematica prioritaria che può essere sviluppata in un contesto congiunto, in relazione alle rispettive competenze degli attori coinvolti, che veda la partecipazione di figure chiave del mondo sanitario e non sanitario, in modo che possano condividere strategie e indicazioni, differenziate per setting e per target dell'intervento. Nei setting di intervento individuale per la promozione dell'attività fisica il valore aggiunto è rappresentato da un intervento definito mediante l'integrazione delle competenze tecnico-scientifiche specifiche del ruolo professionale, con competenze di base del counseling e che, quindi, valorizzi ed utilizzi il ruolo strategico della relazione, considerando la persona nella sua complessità.

Favorire la creazione di sinergie multidisciplinari e il lavoro in team e in rete è essenziale per la programmazione e la progettazione condivisa e partecipata degli interventi, nonché per

promuovere, come elemento di efficacia, il monitoraggio in itinere, la verifica della coerenza tra obiettivi iniziali e risultati finali e la valutazione d’impatto sulla popolazione target.⁶



Schema 7: Equipe multidisciplinare

Nel presente studio si è voluto comprendere e identificare il ruolo dell’assistente sanitario, con l’obiettivo di proporlo come figura chiave nel Servizio della medicina dello sport e in particolare nei programmi di prescrizione dell’esercizio fisico. Nella sede di Gemona del Friuli gli operatori hanno affermato che l’assistente sanitario non è presente nel Servizio, mentre nella sede di Treviso è presente un solo assistente sanitario, i cui compiti sono la rilevazione dei parametri vitali, la collaborazione con il medico per l’esecuzione dei test, l’attuazione di interventi educazionali e counseling sugli stili di vita sani, sull’alimentazione corretta, sull’astensione dal fumo e dall'alcol, sull'esercizio fisico, l’adattamento terapeutico, valutazione

dell'aderenza ai programmi di attività fisica e corretti stili di vita, infine monitoraggio e valutazione dei risultati. Nonostante, per ora, la scarsa presenza di questa figura in centri specializzati del tipo indagato, l'analisi svolta ha permesso di delineare alcuni compiti elettivi ed alcune funzioni che l'assistente sanitario sarebbe in grado di svolgere.

CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI

Dallo studio si conferma l'importanza di attivare nel territorio programmi strutturati e pianificati per lo svolgimento di esercizio fisico, al fine di prevenire e trattare diverse patologie croniche. In Italia i progetti per la presa in carico del paziente con cronicità e per il successivo invio a un programma di esercizio fisico sono attivi nelle regioni Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Puglia, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo e Sardegna.

Tra gli obiettivi del PRP per la regione Friuli-Venezia Giulia è prevista la promozione dell'attività fisica e l'adozione di stili di vita sani per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche o ridurre le complicanze migliorando la qualità della vita, anche attraverso percorsi di esercizio fisico come terapia, prescritti dal medico dello sport o cardiologo, poi attuati da fisioterapisti e/o da laureati in scienze motorie. Attualmente il progetto è già avviato presso la sede di Gemona del Friuli mentre per il 2023 è previsto l'avvio della prescrizione dell'attività fisica in due centri regionali e nel 2024 l'estensione del progetto ad un altro centro. Uno di questi centri regionali comprende la sede di Pordenone, per questo lo scopo generale dello studio è stato quello di delineare un insieme di indicazioni per un percorso *'tipo'* di presa in carico delle persone con cronicità nell'ambito dell'esercizio fisico come terapia, definendo il ruolo dell'assistente sanitario in questo contesto, e da cui poter prendere spunto per iniziare il progetto nella sede di Pordenone.

Dall'analisi è emerso che i Centri presi in considerazione nello studio, presentano un'elevata coerenza per quanto riguarda gli aspetti tecnici che fanno riferimento a delle linee guida, e per l'importanza attribuita alla multidisciplinarietà dell'équipe.

Gli aspetti che hanno meritato maggiore approfondimento sono stati la relazione con l'utente, la sua motivazione e il suo engagement. È quindi emersa l'importanza per il personale di una formazione specifica, ma allo stesso tempo di come l'esperienza e la sensibilità dell'operatore siano fondamentali. Con una formazione specifica si andrebbe a migliorare il colloquio motivazionale iniziale e l'engagement progressivo dell'utente; di conseguenza la persona aumenterebbe la fiducia verso gli operatori del servizio e la sua motivazione nell'intraprendere il percorso e proseguire l'allenamento nel tempo.

Il modo in cui ci si pone con l'utente non è da sottovalutare, ed è importante fare attenzione ai suoi vissuti, ai suoi bisogni ed esigenze. Per questo motivo una formazione continua per gli operatori renderebbe più efficace il lavoro svolto.

L'assistente sanitario (A.S.) è il professionista sanitario della prevenzione, della promozione e dell'educazione per la salute. Questa professione si fonda sul valore della promozione della salute come processo che mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Secondo il profilo professionale dell'A.S. esso può svolgere le proprie funzioni con autonomia professionale, anche mediante l'uso di tecniche e strumenti specifici quali: il colloquio/counseling, l'intervista e la consulenza, la raccolta di dati anamnestici e di informazioni sulla salute e il benessere della popolazione, la partecipazione alla comunicazione del rischio, l'analisi dei bisogni di comunità, l'educazione sanitaria individuale e di gruppo; il controllo dell'assunzione di farmaci e della chemioprevenzione e più in generale ogni altro atto o condotta comunque riconducibile agli obiettivi della prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute. L'A.S. esplica la sua competenza professionale per promuovere l'autodeterminazione, l'autonomia e le potenzialità della persona creando le condizioni per farla partecipare in modo consapevole alle fasi dell'intervento professionale.

Per le funzioni descritte in questo studio, la figura dell'A.S. risulta essere una figura idonea e necessaria per un Servizio di Medicina dello sport nell'ambito della prescrizione all'esercizio fisico, grazie al suo percorso formativo e alle competenze acquisite.

Il lavoro d'équipe in questi ambiti è un aspetto centrale in quanto il confronto tra professionisti che possiedono qualifiche, formazione e metodi di lavoro diversi comporta l'integrazione di esperienze e conoscenze che permettono di raggiungere il risultato atteso e arricchire notevolmente le potenzialità del percorso.

Una continua formazione del personale e il continuo confronto con la letteratura di riferimento è inoltre sempre fondamentale per aumentare le competenze specifiche e allo stesso tempo assimilare nuove informazioni al fine di potenziare tutte le fasi del percorso, anche quelle che richiedono un lavoro meno tecnico e più esotopico.

Concludendo, si può affermare che attraverso le interviste si è riuscito, in modo più approfondito, a cogliere e a percepire la motivazione degli operatori coinvolti nella medicina dello sport e di quanto sia per loro fondamentale saper individuare la collocazione dell'utente rispetto al cambiamento, per poterlo aiutare ad integrare nel programma terapeutico l'esercizio fisico e a modificare e migliorare la propria vita.

L'analisi qualitativa, in un lavoro di questo tipo, ha dato un senso alla grande quantità di dati emersi e ha avuto una funzione descrittiva ed esplicativa. Ha permesso, infatti, di mettere in evidenza i concetti emersi dai dati e le relazioni tra loro, di confrontare i risultati con i quadri teorici di riferimento e delineare alcune indicazioni operative.

Sono state sviluppate descrizioni ampie e sfaccettate del fenomeno, quindi, oltre ai fatti, sono stati presi in considerazione anche il contesto, le intenzioni e i significati.

Uno dei vantaggi di questo metodo è la grande opportunità di raccogliere informazioni su ciò che le persone credono e sulle loro motivazioni in relazione alla medesima prassi, dando 'vita' così alle informazioni quantitative con l'integrazione di prospettive diverse.

BIBLIOGRAFIA

- Chi Pang Wen¹, Jackson Pui Man Wai, Min Kuang Tsai, Yi Chen Yang, Ting Yuan David Cheng, Meng-Chih Lee, Hui Ting Chan, Chwen Keng Tsao, Shan Pou Tsai, Xifeng Wu, *Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study*, 2011. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21846575/>;
- Dàvid Pòcs, Csaba Hamvai, Oguz Kelemen, [*Health behavior change: motivational interviewing*], 2017. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28823210/>;
- Garante della protezione dei dati personali. (2003). *Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 recante il “Codice in materia di protezione dei dati personali” (in S.O n. 123 alla G.U. 29 luglio 2003, n. 174)*. Roma, Garante della protezione dei dati personali. Tratto da [https://www.garanteprivacy.it/documents/10160/0/Codice+in+materia+di+protezione+dei+dati+personali+%28Testo+coordinato%29](https://www.garanteprivacy.it/documents/10160/0/Codice+in+materia+di+protezione+dei+dati+personali+%28Testo+coordinato%29;);
- Guadagnare salute, *Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari*. Tratto da https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf.
- Helen Frost¹, Pauline Campbell, Margaret Maxwell, Ronan E. O’Carroll², Stephan U. Dombrowski, Brian Williams, Helen Cheyne¹, Emma Coles¹, Alex Pollock, *Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews*, 2018. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335780/>;
- JAMD, THE JOURNAL OF AMD, G. Corigliano, F. Stollo, R. Assaloni, C. de Fazio, *Il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per l’attività fisica nella persona con diabete*, Edizioni Idelson Gnocchi 1908 s.r.l., 2018. Tratto da https://www.jamd.it/wp-content/uploads/2018/11/AMD_file-unico_2018_03.pdf;
- Linda Long, Ify R Mordi, Charlene Bridges, Viral A Sagar, Edward J Davies, Andrew Js Coats, Hasnain Dalal, Karen Rees, Sally J Singh, Rod S Taylor, *Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure*, 2019. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30695817/>;
- McArdle W.D., Katch F.I., Katch V.L. *Fisiologia applicata allo sport*. Casa Editrice Ambrosiana 1998;

- Ministero della Salute, *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*, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio 8, 2019;
- Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria;
- Regione del Veneto, ALLEGATO B, Proposta n.197/2018, *INDIRIZZI PER LA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO. ASPETTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE*. Attuazione dell'art.21, comma 3 della Legge Regionale 11 maggio 2015 n.8. Tratto da <http://www.regioni.it/cms/file/Image/dalleRegioni/2-Regioni/VENETO/palestre%20salute%20allegato%20B.pdf>, 2018. Visitato il 13 luglio 2023;
- Università degli studi di Torino, Facoltà di Scienze della Formazione, Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione, Dispensa per il corso di Pedagogia Sperimentale, Paola Rogora, *L'OSSERVAZIONE, uno strumento operativo per "conoscere" e per costruire relazioni i contesti educativi e formativi*, 2000-2001. Tratto da <https://www.far.unito.it/trincherro/psd/rogora.htm>;
- Yuqin Zeng, Fen Jiang, Yan Chen, Ping Chen, Shan Cai, *Exercise assessments and trainings of pulmonary rehabilitation in COPD: a literature review*, 2018. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29983556/>;

SITOGRAFIA

- Dors, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, *Il counseling motivazionale breve nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute*, <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=264>, ultimo aggiornamento 2016. Visitato il 25 ottobre 2023;
- Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, *DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101*, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg>, 2018 Visitato il 7 agosto 2023;
- Guendalina Graffigna & Serena Barello, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano, *Patient engagement come qualificatore dello scambio tra la domanda e l'offerta di salute: il caso della cronicità*, https://www.researchgate.net/profile/Serena-Barello/publication/283725516_Patient_engagement_come_qualificatore_dello_scambio_tra_la_domanda_e_l'offerta_di_salute_il_caso_della_cronicita/links/5677cf1308aebcdda0eb927e/Patient-engagement-come-qualificatore-dello-scambio-tra-la-domanda-e-lofferta-di-salute-il-caso-della-cronicita.pdf, 2015 Visitato il 13 luglio 2023;
- Istat, *La popolazione cala ancora ma non al livello del biennio 2020-21. Aumentano gli stranieri*, <https://www.quotidinaosanita.it/allegati/allegato1680858531.pdf>, 2023. Visitato il 23 giugno 2023;
- Istituto Superiore di Sanità, *Indicatori Passi d'Argento: secondo le raccomandazioni dell'OMS e il PASE*, <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms#indicatori>, 2022 Visitato il 25 giugno 2023;
- Istituto Superiore di Sanità, *Malattie croniche non trasmissibili. I numeri che non vediamo*, <https://www.epicentro.iss.it/croniche/oms-report-invisible-numbers-2022>, 2022. Visitato il 23 giugno 2021;
- Ministero della Salute, *Attività fisica e salute*, [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=3668](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=5567&area=stiliVita&menu=attivita#:~:text=L'OMS%20consiglia%20di%20svolgere,almeno%20%20volte%20a%20s,ettimana,ultimo aggiornamento 2023.Visitato il 7 luglio 2023;- Ministero della salute, <i>Prime linee di indirizzo nazionali sull'attività fisica</i>, <a href=), 2019. Visitato il 25 giugno 2023;

- Regione Lombardia, Sistema Socio Sanitario, ATS Brescia, *IL COUNSELING MOTIVAZIONALE BREVE*, https://www.ats-brescia.it/documents/3432658/68583135/Sintesi_Counselling_Motivazionale_Breve.pdf/db68d65c-76f7-1ec8-7d48-221b5c69ed12, Visitato il 25 ottobre 2023;
- wikiHow, *Come Fare Ricerca Qualitativa*, <https://www.wikihow.it/Fare-Ricerca-Qualitativa#/Immagine:Do-Qualitative-Research-Step-6-Version-3.jpg>. Visitato il 5 ottobre 2023.

ELENCO DEGLI SCHEMI

| | |
|--|----|
| Schema 1: Centro specialistico | 32 |
| Schema 2: Percorso dell'utente al centro specialistico | 34 |
| Schema 3: Programma di attività fisica (FITT) | 38 |
| Schema 4: Follow-up | 39 |
| Schema 5: Analisi SWOT sui punti di forza, punti di debolezza e opportunità del servizio ... | 40 |
| Schema 6: Counseling motivazionale breve | 44 |
| Schema 7: Equipe multidisciplinare..... | 47 |

ELENCO DEI GRAFICI

| | |
|---|----|
| Grafico 1: Percentuale di professionisti presenti nei due centri..... | 31 |
|---|----|

ALLEGATI

ALLEGATO 1



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI
STUDENTE ALESSIA CASTELLO **MATRICOLA 2015047**

| | | |
|---|--|---|
| ARGOMENTO DI TESI | Definizione di un modello di presa in carico ed avvio ad un programma di esercizio fisico per il paziente con cronicità presso l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) | |
| TIPOLOGIA DI TESI | Tecnico pratica | |
| FRAMEWORK E PROBLEMA | <p>L'incremento delle patologie croniche negli ultimi decenni e l'esigenza di avviare efficaci programmi di prevenzione sono il presupposto per l'attivazione di progetti e percorsi di prescrizione dell'esercizio fisico. In Italia i progetti per la presa in carico del paziente con cronicità per il successivo invio a un programma di esercizio fisico sono attivi nelle regioni Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, Puglia, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo, Sardegna.</p> <p>Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili per quasi il 70% delle morti. L'Istat afferma che nel 2018 il 49% dei 65-74enni riferisce almeno due patologie croniche a fronte del 65,7% degli ultra 75enni. In Europa si stima che siano imputabili all'inattività fisica il 5% delle affezioni coronariche, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 9% dei tumori al seno e il 10% dei tumori del colon.</p> <p>Uno studio, svolto sulla popolazione taiwanese, ha calcolato la quantità di esercizio settimanale correlata al rischio di morte. È stato dimostrato che ogni 15 minuti di esercizio quotidiano riduce la mortalità per tutte le cause del 4% e la mortalità per tutti i tumori dell'1%. Negli individui inattivi è risultato un aumento del rischio di mortalità del 17%.</p> <p>L'articolo di Corigliano G, et al <i>"Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per l'attività fisica nella persona con diabete"</i>, afferma l'importanza di elaborare e mettere a disposizione delle persone con diabete percorsi ben strutturati e realizzabili basati su prove.</p> <p>Tra gli obiettivi del PRP per la regione FVG, è prevista la promozione dell'attività fisica e l'adozione di stili di vita sani per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche. Viene ideata la programmazione di percorsi di attività fisica, prescritti dal MMG e/o specialista di riferimento del paziente cronico, attuati da fisioterapisti e/o da laureati in scienze motorie, su indicazione del medico sportivo. Attualmente il progetto non è ancora in azione ma il cronoprogramma prevede per il 2023 l'avvio della prescrizione dell'attività fisica in due centri regionali e nel 2024 l'estensione del progetto ad un altro centro regionale. Si rende quindi necessario coinvolgere sia gli operatori di Gemona sia quelli di Treviso, per l'analisi del percorso sulla prescrizione dell'esercizio fisico e la presa in carico del paziente con cronicità.</p> | |
| QUESITI DI TESI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quali sono le evidenze a supporto dell'efficacia dell'esercizio fisico per il miglioramento della cronicità? 2. Esistono progetti che dimostrino l'efficacia dei percorsi di attivazione dell'esercizio fisico per la tipologia di utenza valutata nel progetto? 3. Quali sono gli operatori, interni ed esterni all'azienda, coinvolti nel progetto? 4. Qual è tra gli operatori il livello di consapevolezza dell'efficacia del loro contributo? 5. Gli operatori coinvolti nella progettualità si sentono formati a svolgere la tecnica di counseling richiesta? 6. Quali sono i criteri di identificazione della popolazione definita "cronica" per l'inserimento nel programma? 7. Quali potrebbero essere i criteri per determinare l'efficacia e i successi del progetto? | |
| OBIETTIVI DI TESI | <p>OBIETTIVO GENERALE: Delinare un 'PDTA tipo' per la presa in carico delle persone con cronicità nell'ambito dell'esercizio fisico come terapia, definendo il ruolo dell'Assistente Sanitario.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descrivere il livello di consapevolezza dell'efficacia del contributo che hanno gli operatori sanitari coinvolti nel servizio; 2. Analizzare il percorso che l'utente deve intraprendere per accedere a un programma di esercizio fisico strutturato; 3. Analizzare le modalità per la presa in carico della persona con cronicità; 4. Guida alla scelta di un percorso adatto alla persona; 5. Supportare l'utente nella prosecuzione di un programma di esercizio fisico adattato; 6. Rilevare le opinioni e il grado di coinvolgimento degli operatori dei servizi riguardo la presa in carico delle persone con cronicità per la prescrizione dell'esercizio fisico | |
| MATERIALI E METODI | CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO | Operatori coinvolti nella presa in carico del paziente con cronicità riguardo la prescrizione dell'esercizio fisico: <ul style="list-style-type: none"> • Servizio di Medicina dello Sport di Treviso, Gemona del Friuli e Pordenone CRITERI INCLUSIONE: <ul style="list-style-type: none"> • Personale sanitario della sede di Treviso, Gemona del Friuli e Pordenone |
| | STRUMENTI | <ul style="list-style-type: none"> • Questionario al personale coinvolto nel servizio; • Intervista in profondità a stakeholder selezionati; • Analisi swot partecipata |
| | DURATA | DA Maggio A Ottobre 2023 |
| METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI | Analisi qualitativa delle interviste con riferimento a principi di Grounded theory, ricerca fenomenologica e narrativa. | |
| UU.OO. COINVOLTE | Dipartimento di Prevenzione - Servizio di medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria di Treviso, Gemona del Friuli e Pordenone | |

ALLEGATO 2

QUESTIONARIO PER RILEVARE LE MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON CRONICITA'

Salve, sono Alessia Castello, studentessa del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova. Prima di tutto voglio ringraziarla per il tempo che dedicherà a svolgere il questionario. Desidero informarla che il questionario viene somministrato per lo svolgimento di una tesi di laurea sul tema della prescrizione dell'esercizio fisico nelle patologie croniche.

Lo scopo del questionario consiste nel rilevare caratteristiche ed esperienze dell'applicazione dei modelli di presa in carico ed avvio ad un programma di esercizio fisico di pazienti con cronicità, attivi in alcune Aziende sanitarie, al fine di evidenza.

Ricordo che il questionario è anonimo e garantisce il rispetto della privacy e la riservatezza delle informazioni raccolte secondo il D.Lgs 30 giugno 2002, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" integrato con le modifiche del D.Lgs 10 agosto 2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). La sua partecipazione è volontaria e può decidere di interrompere la compilazione in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo.

Potrà inoltre decidere di interrompere la compilazione in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. (tempo di compilazione ca. 15-20 min)

SEZIONE A - Modalità di presa in carico dell'utente con cronicità

1. Quale figura professionale ricopre nel Servizio?
 - Medico dello Sport
 - Medico Specialista
 - Infermiere
 - Fisioterapista
 - Assistente sanitario

- Nutrizionista
- Dietista
- Psicologo
- Laureato in Scienze Motorie
- Altro

2. L'utente che accede al vostro Servizio da quale professionista viene inviato?

- Medico di Medicina Generale
- Medico Specialista
- Pediatra di Libera Scelta
- Altro

3. Quali sono le figure professionali che partecipano al primo colloquio?

- Medico dello Sport
- Medico Specialista
- Infermiere
- Fisioterapista
- Assistente sanitario
- Nutrizionista
- Dietista
- Psicologo
- Laureato in Scienze Motorie
- Altro

SEZIONE B - Counseling-abilità comunicative

1. Utilizza tecniche definite per formulare la proposta all'utente (ad esempio counseling motivazionale breve)?

- Sì
- No

Se sì, può specificare quali?

2. Se utilizza il counseling motivazionale breve o altra tecnica strutturata, fa riferimento a delle linee guida?

- Sì
- No

Se sì, può specificare?

3. Se utilizza il counseling motivazionale breve, ha seguito una specifica formazione per effettuarlo?

- Sì
- No

Se sì, può riportare una breve descrizione e la durata della formazione?

4. Il suo approccio comunicativo cambia in base allo stadio del cambiamento in cui si trova la persona?

- Sì
- No

5. Durante il colloquio utilizza l'ascolto riflessivo?

- Sì
- No

6. Durante il colloquio utilizza rinforzi positivi a sostegno dell'utente?

- Sì
- No

7. Per collocare l'utente nello stadio del cambiamento usa dei questionari standard?

- Sì
- No

Se sì, quali?

8. Ci sono delle difficoltà che da operatore incontra nel colloquio di presa in carico?

9. Quanti colloqui vengono fatti all'utente prima della presa in carico?

- 1

- 2
- 3
- 4
- 5
- > 5

10. Quanti colloqui vengono fatti durante la presa in carico dell'utente?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- > 5

11. Gli argomenti trattati nel colloquio iniziale quali temi riguardano?

- Attività fisica
- Alimentazione
- Lavoro
- Farmaci/Terapie
- Hobby
- Percezione della salute
- Percezione del proprio corpo
- Aspetto psicologico
- Altro

12. Se il colloquio analizza le difficoltà a condurre una vita attiva, quali sono quelle più comunemente espresse?

- Mancanza di tempo
- Mancanza di interesse
- Distanza da palestre, piscine, etc
- Distanza da aree verdi
- Distanza da percorsi camminabili o ciclabili protetti
- Costo eccessivo
- Motivi correlati allo stato di salute

- Questo aspetto non viene indagato

13. Nel percorso di presa in carico viene promosso l'empowerment dell'utente, ossia vengono forniti alla persona strumenti critici adeguati a prendere le decisioni migliori per il proprio benessere?

- Sì
- No

SEZIONE C - Strumenti utilizzati per la presa in carico dell'utente con cronicità

1. Quali sono i test che utilizzate per valutare la capacità del soggetto?

- Test Cardiopolmonare
- Test dei 200 mt
- Test dei 500 mt
- Test del Km
- 6MWT
- Altro

2. Successivamente vengono eseguiti altri test?

- Sì
- No

3. Se sì, quali?

- Test di forza
- Test di mobilità articolare
- Test di equilibrio
- Test del grado di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana

4. Quali sono i parametri di riferimento fondamentali da tenere in considerazione per poi fare la prescrizione dell'esercizio fisico?

- FC
- PA
- SpO2
- ECG

- Spirometria
- Altezza
- Peso
- Valutazione composizione corporea
- Glicemia
- Prelievi ematici
- Altro

5. Viene indagato il livello medio di attività fisica al momento della presa in carico?

- Si
- No

SEZIONE D - Figure professionali e lavoro d'équipe

1. Quali sono i compiti dell'Assistente Sanitario nel percorso?

- Rilevazione parametri vitali
- Misure antropometriche
- Test glicemici
- Prelievi ematici
- ECG
- Spirometria di base
- Valutazione composizione corporea
- Collabora con il medico per l'esecuzione dei test
- Intervento educativo e counseling agli stili di vita sani, alimentazione corretta, astensione dal fumo e dall'alcol, sull'esercizio fisico, adattamento terapeutico, andamento della glicemia
- Valuta l'aderenza ai programmi di attività fisica e corretti stili di vita
- Monitora e valuta i risultati
- Non è presente nel servizio
- Altro _____

2. Quali sono i compiti dell'Infermiere nel percorso?

- Rilevazione parametri vitali
- Misure antropometriche

- Test glicemici
- Prelievi ematici
- ECG
- Spirometria di base
- Valutazione composizione corporea
- Collabora con il medico per l'esecuzione dei test
- Intervento educativo e counseling agli stili di vita sani, alimentazione corretta, astensione dal fumo e dall'alcol, sull'esercizio fisico, adattamento terapeutico, andamento della glicemia
- Valuta l'aderenza ai programmi di attività fisica e corretti stili di vita
- Monitora e valuta i risultati
- Non è presente nel servizio
- Altro _____

3. Per lei quanto è efficiente il lavoro nella sua équipe da 1 a 5?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

4. Secondo lei qual è la strategia migliore per far capire all'utente l'importanza di cambiare il proprio stile di vita? _____

SEZIONE E - Prescrizione dell'esercizio fisico

1. In base a quali caratteristiche individuali scegliete il programma di esercizio più adatto per la persona?
2. Il tipo di allenamento più adatto viene prescritto per frequenza, intensità, tempo e tipo (FITT)?
 - Si
 - No

3. In che modo agite nel momento in cui ci sia una resistenza o un rifiuto da parte della persona?
4. Quali sono le figure professionali che seguono nel tempo l'utente?
 - Medico dello Sport
 - Medico Specialista
 - Infermiere
 - Fisioterapista
 - Assistente Sanitario
 - Nutrizionista
 - Dietista
 - Psicologo
 - Laureato in Scienze Motorie
 - Altro
5. Le sedute di esercizio fisico presso il centro sono svolte in gruppi?
 - Si
 - No
6. Chi supervisiona le attività di esercizio fisico?
 - Medico dello Sport
 - Medico Specialista
 - Infermiere
 - Fisioterapista
 - Assistente Sanitario
 - Nutrizionista
 - Dietista
 - Psicologo
 - Laureato in Scienze Motorie
 - Altro
7. È previsto un percorso psicologico per supportare l'utente?

- Si
- No
- Solo in casi particolari

Specificare, per cortesia, in quali casi _____

8. È previsto un percorso alimentare specifico per l'utente?

- Si
- No
- Solo in casi particolari

Specificare, per cortesia, in quali casi _____

SEZIONE F - Conclusione del percorso sanitario e follow-up

1. Al termine del percorso sanitario, per stilare un bilancio finale, l'utente viene valutato nuovamente?

- Si
- No

2. All'utente, al termine del programma sanitario, viene proposto di proseguire il programma di esercizio?

- Sì a domicilio
- Sì presso delle palestre specifiche
- Sì, a sua preferenza
- No

3. Proponete un monitoraggio tramite telemedicina?

- Si
- No

4. Se sì, con quali modalità?

- Video colloquio
- Applicazioni per registrare la seduta di allenamento
- Applicazioni per monitorare i parametri vitali
- Telefonata
- Altro

5. Al termine del percorso il medico effettua il passaggio di consegna con lettera di prescrizione dell'esercizio e le indicazioni "FITT" al chinesiologo o al fisioterapista di riferimento?
- Sì
 - No
6. Avviene uno scambio diretto di informazioni tra il centro di prescrizione e la palestra eventualmente scelta?
- Sì
 - No
7. Quanto, nella sua esperienza personale, sono influenti nella sfera personale dell'utente i familiari/parenti/amici?
- a. Nell'intraprendere il percorso di cambiamento:
- Per niente
 - Poco
 - Abbastanza
 - Molto
- b. Nella fase di mantenimento del cambiamento
- Per niente
 - Poco
 - Abbastanza
 - Molto
8. Secondo lei da cosa dipende la decisione dell'utente di cambiare il proprio stile di vita?
- Fattori sociali e culturali (ad esempio livello di istruzione e il tipo di professione)
 - Fattori sanitari
 - Fattori personali (ad esempio per la famiglia)
 - Fattori economici
 - Percezione del cambiamento del proprio stato di salute

9. E' previsto un follow-up attivo dell'utente dopo il termine del programma svolto presso il vostro centro?

- Si
- No

10. Se si, con quali scadenze di follow-up?

- 2-3 mesi
- 4-6 mesi
- 7-9 mesi
- 10-12 mesi
- > 12 mesi

11. Quali aspetti indaga?

- Stato di salute generale
- Aderenza al programma di esercizio fisico a domicilio o presso le palestre
- Modifiche della terapia farmacologica
- Salute psichica/umore
- Soddisfazione sul programma di allenamento seguito
- Altro

12. Avete attivato una collaborazione ufficiale con delle palestre del territorio?

- Si
- No

13. Se sì, le palestre a cui indirizzate gli utenti vi forniscono una regolare reportistica sulle persone inviate?

- Si
- No

SEZIONE G - Spunti di riflessione

1. Quali sono secondo lei i punti di forza del vostro percorso?
2. Ci sono invece dei punti di debolezza che secondo lei potrebbero essere migliorati?
3. L'utente attraverso questo percorso diventa più consapevole della propria condizione?

- Sì
- No

La ringrazio per il tempo dedicato al questionario.

Il presente studio contemplerà alcune brevi interviste a dei 'testimoni' selezionati.

Lei sarebbe disponibile per una breve intervista?

- Sì
- No

Se sì, le indico la mia e-mail per prendere eventuali accordi: alessia.castello@studenti.unipd.it

Oppure indichi sotto la sua e-mail.

La ringrazio della disponibilità.

ALLEGATO 3

INTERVISTA IN PROFONDITA'

Buongiorno, sono Alessia Castello laureanda in Assistenza Sanitaria presso l'università degli studi di Padova. Il mio interesse nel realizzare questo studio qualitativo nei percorsi di presa in carico dell'utente con cronicità nella palestra specialistica ha una duplice valenza in quanto, possiedo una laurea con formazione specialistica in Scienze e Tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata e da alcuni anni lavoro nelle palestre del territorio.

Queste mie esperienze formative e lavorative mi portano ad avere una visione olistica della multidisciplinarietà di collaborazioni che necessitano per il raggiungimento di ottimi obiettivi di salute, pertanto ritengo che l'Assistente Sanitario potrebbe avere un ruolo importante in questo specifico contesto.

Prima di tutto voglio ringraziarla per il tempo dedicato a partecipare a questa intervista. Desidero ricordarle che l'intervista viene condotta per la parte pratica di una tesi di laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova.

Dal questionario è emerso che tutti i rispondenti dei due centri considerati sono molto coerenti per quanto riguarda gli aspetti tecnici (facendo riferimento anche a delle linee guida), inoltre è emersa l'importanza dell'equipe multidisciplinare, un punto di forza da tenere in considerazione.

Mentre, gli aspetti a mio avviso più meritevoli di approfondimento riguardano la relazione, la motivazione e l'engagement dell'utente.

Ora le proporrò quindi delle domande che vanno ad approfondire questi temi.

Alcune parti delle sue risposte saranno riportate all'interno del testo della tesi, tuttavia ogni informazione sensibile, ad esempio il nome, non verrà rilevato e resterà tutto anonimo.

Inoltre, desidero ricordarle che l'intervista verrà registrata. Acconsente a partecipare all'intervista?

1) IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE BREVE BASATO SU TECNICHE DI COUNSELLING LO RITIENE IMPORTANTE PER LA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE CON CRONICITÀ?

- Ritieni utile usare un modello? Ad esempio il modello TransTeorico di Prochaska e DiClemente
- Lei o altri componenti dell'equipe avete fatto su questo una formazione specifica?

- Quanto pensa sia importante fare una formazione su temi che guidano a comunicare efficacemente con l'utente come ad esempio il counselling motivazionale breve al personale del servizio?
- Vi sarebbe interesse a farla?
- Che figure secondo lei sono le più idonee a svolgere il counselling motivazionale breve sul paziente?

Le precedenti nello specifico solo se vengono fuori da sole.

- Nel questionario è emerso che l'elemento tempo e le risorse umane sono carenti. Potrebbe essere più sostenibile una formazione breve con re-training periodico?
- Se sì, come immagina il modello del re-training? Meglio una formazione sola o delle formazioni brevi ma più frequenti per poi applicarle subito all'utente?

2) SECONDO LEI COME SAREBBE POSSIBILE FACILITARE L'ACCOMPAGNAMENTO DELL'UTENTE A INTRAPRENDERE QUESTO PERCORSO? E DA QUALI FIGURE PROFESSIONALI?

- Secondo lei quanto sono importanti la relazione e la comunicazione rispetto ad altri fattori motivazionali?
- Nel percorso di motivazione dell'utente pensa che l'Assistente Sanitario sia una figura adatta per questo processo?
- Potrebbe considerare di inserire un Assistente Sanitario nella sua equipe? E con quali funzioni specifiche?
- Se ha già un Assistente Sanitario nella sua equipe, svolge queste funzioni? Se sì, è stato formato per poter svolgere queste funzioni?

3) SECONDO LEI COME È POSSIBILE MIGLIORARE L'AGGANCIO DELL'UTENTE AL TERRITORIO UNA VOLTA CONCLUSO IL PERCORSO SANITARIO?

- Come vedrebbe l'idea di creare legami con altri servizi? Ad esempio, con il servizio di Promozione alla Salute?
- Oppure, secondo la sua esperienza, ci sono altre modalità per legare l'esperienza della palestra specialistica alle palestre accreditate del territorio?

- Cosa ne pensa di offerte anche meno specializzate, ma che possono ampliare la possibilità di praticare, in particolare per i pazienti che non accedono per distanza o per scelta, alla palestra della salute?
- Secondo lei l'Assistente Sanitario può essere considerato una figura idonea per fare questo raccordo?
- Secondo lei si potrebbe creare una rete con le palestre del territorio con cui relazionarsi con una certa frequenza per monitorare e guidare l'utente?
- Siete a conoscenza di reti territoriali simili nel vostro territorio?

La ringrazio per il tempo che mi ha dedicato.

Le auguro una buona giornata.

RINGRAZIAMENTI

Ho iniziato questo percorso tre anni fa, un po' inconsapevole a cosa stavo andando incontro, ma di una cosa ero certa, volevo occuparmi di prevenzione e promozione alla salute.

Questo corso di laurea mi ha permesso di conoscere nuove sfaccettature della prevenzione e promozione alla salute e scoprire la professione dell'assistente sanitario.

Ringrazio i docenti del Corso di laurea per aver mantenuto in me la voglia di conoscenza.

Ringrazio la mia relatrice e la mia correlatrice per il lavoro svolto e il tempo che mi hanno dedicato.

Ringrazio le Aziende Sanitarie che hanno aderito a questo progetto di tesi e agli operatori coinvolti che mi hanno dedicato il loro tempo.

Un grazie di cuore anche ai servizi di tirocinio che mi hanno accolto in questi tre anni, i quali mi hanno trasmesso molte informazioni e la voglia continua di conoscenza. Grazie a loro sono riuscita a mettermi in gioco in vari contesti.

Un grazie di cuore a mio padre che, anche se da lontano, mi ha dato la forza di continuare questo percorso. Un grazie a tutta la mia famiglia e al mio fidanzato per la pazienza dimostrata in questi ultimi tre anni.

