REGIONE DEL VENETO
ULSS6 EUGANEA

Regione del Veneto

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

Dipartimento di Prevenzione
UOSD Servizio Attività Motoria

Padova,
Da consegnare al proprio
Medico di Medicina
Generale e/o specialista

Gentile Collega di Medicina Generale/Specialista,
presso la palestra del Complesso Socio Sanitario ai Colli si svolgono corsi di Attività Motoria Preventiva e Adattata (AFA ed EFS) per i soggetti affetti da malattia cronica non trasmissibile (come diabete di 2° tipo, ipertensione, obesità/sovrappeso, sindrome metabolica, sedentarietà, ecc..) o da rachialgie e patologie muscolo-scheletriche, per soggetti con un alto fattore di rischio per le cadute o con patologie quali fibromialgia, algodistrofia, artrosi/artrite e osteoporosi che provocano *fatigue* e sintomatologie dolorose.
I corsi nascono dalla collaborazione tra il Settore Servizi Sociali – Ufficio ACTE del Comune di Padova e l'Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale Servizio Attività Motoria - Dipartimento di Prevenzione AULSS 6 Euganea.
I corsi si distinguono in corsi di Attività Fisica Adattata (AFA) e corsi di Esercizio Fisico Strutturato (EFS) e sono tenuti da personale laureato in Attività Motorie Preventive e Adattate, con abilitazione regionale per poter lavorare anche nelle *Palestre della Salute* (rif. Legge Regionale n. 18 del 2016).
I corsi EFS, previa valutazione da parte degli Specialisti in Medicina dello Sport che operano all'interno della UOSD Servizio Attività Motoria, dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti ospedalieri e del territorio, si sviluppano in 24 lezioni, con frequenza bisettimanale, in orario mattutino e pomeridiano ed hanno durata trimestrale.
Anche i corsi AFA hanno durata trimestrale e frequenza bisettimanale, ma solo in orario pomeridiano.
Il costo per l'iscrizione e la partecipazione ai corsi per ciascun soggetto è modesto.
Qualora durante la Sua pratica clinica incontri, tra i suoi assistiti, portatori di una o più delle patologie sopraindicate, che possano beneficiare di tali corsi, potrà consigliare il/i corso/i adeguato/i secondo la diagnosi compilando il foglio allegato.

Distinti saluti

Il Responsabile
UOSD Servizio Attività Motoria
Dr.ssa Laura Brusamolin

UOSD Servizio Attività Motoria
Dipartimento di Prevenzione AULSS 6 EUGANEA
Complesso Socio Sanitario ai Colli
Tel. 049/549.6001 (dal lun al ven dalle 12:15 alle 13:15)
E-mail: medsport.csscolli@aulss6.veneto.it
Indirizzo: via dei Colli 4 – 35143 Padova
Orario di ricevimento: lun-ven 8.00-13,00 lun-giov 14.30-18.00

FAC SIMLE DA CONSEGNARE AL PAZIENTE

Padova data _____

Medico di Medicina Generale/specialista in _____

Dott. _____

In base alle patologie - sintomatologie presentate dalla/dal Sig.ra/Sig.:

_____ _____ _____

Cognome Nome Nato/a il

si prescrive il corso/i corsi:

PATOLOGIA - SINTOMATOLOGIA	***CORSO***	***CONTENUTI***	
CORSI AFA (Attività Fisica Adattata)			
Rachialgie e patologie muscolo-scheletriche, post trauma, osteoporosi, limitazione funzionale, sovraccarico e rigidità articolare, ipotonia e ipostenia muscolare	***OSTEO***	Esercizi per la riduzione del sovraccarico articolare, per il riequilibrio e la tonificazione muscolare, per la corretta respirazione, l'acquisizione di posizioni antalgiche e per la rieducazione funzionale post-riabilitativa	☐
Obesità/sovrappeso, neuropatie (diabetica, pre-parkinson), deficit di sensibilità propriocettiva AAII, rischio caduta, deficit di equilibrio, algodistrofia, osteoporosi regionale, artrosi, artrite	***PROPRIO-GYM***	Esercizi funzionali e propriocettivi per migliorare il controllo neuromuscolare, l'equilibrio e il cammino	☐
Fibromialgia, artrosi, artrite, depressione, sarcopenia, osteoporosi, *fatigue*, dolore diffuso, debolezza, sindrome ipocinetica	***GET-UP***	Esercizi volti ad aumentare il livello di attività fisica e migliorare le capacità funzionali per ritrovare il piacere di muoversi e comprendere il suo benefico effetto. La tipologia, l'intensità, la durata sono calibrate in un'ottica di riduzione del dolore e della debolezza	☐

CORSO EFS (Esercizio Fisico Strutturato)			
Malattie Croniche Non Trasmissibili in attuale condizione di stabilità clinica e fattori di rischio per la salute (es. diabete di 2° tipo, ipertensione, obesità/sovrappeso, sindrome metabolica, neoplasie, trapianto d'organo e insufficienza renale, sedentarietà), non in fase di valutazione clinico diagnostica per altre patologie	***AVVIAMENTO ALL'ATTIVITÀ MOTORIA***	• Esercizi di avviamento al movimento in costante monitoraggio della frequenza cardiaca, per specifiche patologie esercizio sensibili • **Previa** valutazione medica specialistica con **impegnativa** per "Prima visita per Prescrizione di Esercizio Fisico Strutturato" (cod. 89.7_42) e **questionario** (allegato) per Prescrizione di Esercizio Fisico debitamente compilato dal Medico di Medicina Generale/Specialista.	☐

I corsi verranno effettuati a corpo libero o con l'utilizzo di piccoli attrezzi al fine di:

1. mantenere o incrementare
   - ✓ la mobilità articolare,
   - ✓ la forza, la resistenza, l'elasticità muscolare,
   - ✓ la capacità cardio-respiratoria,
   - ✓ le capacità coordinative quali l'equilibrio e la coordinazione, …
   - ✓ le abilità motorie quali il saltare, lo strisciare, l'arrampicarsi, il lanciare, …
   - ✓ il controllo motorio in attività quotidiane quali il cammino o la salita e discesa di gradini;
2. acquisire:
   - ✓ posture antalgiche,
   - ✓ la corretta sequenza di azioni per passare dalla posizione supina a quella seduta, in quadrupedia, in piedi;
3. socializzare.

Dr./Dr.ssa

_____

Timbro e firma

ALLEGATO
QUESTIONARIO PER LA PRESCRIZIONE DI ESERCIZIO FISICO STRUTTURATO

Padova data _____

Medico di Medicina Generale/specialista in _____

Dott. _____

L'assistito/a Sig./Sig.ra _____ _____ _____
Cognome Nome Nato/a il

è affetto da:

- ☐ IPTS
- ☐ DM2T
- ☐ DISPLIPIDEMIA
- ☐ NEUROPATIA _____
- ☐ PATOLOGIA CARDIACA _____
- ☐ PATOLOGIA TUMORALE _____
- ☐ ENDOCRINOPATIA _____
- ☐ ALTRO _____

È in attuale condizione di stabilità clinica?

- ☐ SI
- ☐ NO

Se assume farmaci, ha raggiunto l'efficacia terapeutica?

- ☐ SI
- ☐ NO

È attualmente in fase di valutazione clinico diagnostica per qualche problematica in atto?

- ☐ NO
- ☐ SI _____

Ha recentemente eseguito esami ematochimici?

- ☐ SI
- ☐ NO

In caso affermativo, i valori sono risultati nella norma?

- ☐ SI
- ☐ NO _____

Dr./Dr.ssa

_____
Timbro e firma

NOTE: l'assistito dovrà inviare il presente documento all'indirizzo di posta elettronica corsimotoria@aulss6.veneto.it unitamente all'impegnativa "Prima visita per prescrizione di esercizio fisico strutturato" (codice 89.7_42, priorità P)