



Società della Salute

zona fiorentina sud-est

Sede legale: Via dell'Antella, 58 – 50011 Antella (FI) - Tel. 055-2496250/267 – Fax 055-2496462  
[www.sds-sudest.fi.it](http://www.sds-sudest.fi.it) – e-mail: [sds.sudest@asf.toscana.it](mailto:sds.sudest@asf.toscana.it) - Partita I.V.A. /Codice Fiscale 05473060480

## ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA)

### AVVISO PUBBLICO

**RIVOLTO AGLI ENTI DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTI CONI, LE ASSOCIAZIONI SPORTIVE, ALTRI ENTI PRIVATI NO-PROFIT E ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PER ASSICURARE LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' FISICA ADATTATA NEL TERRITORIO DI FIRENZE SUD EST.**

#### PROGRAMMI

- **Attività Fisica Adattata (AFA A) - “PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘BASSA DISABILITÀ’ PER LE SINDROMI CRONICHE CHE NON LIMITANO LE CAPACITÀ MOTORIE DI BASE O DELLA CURA DEL SÉ (SINDROMI ALGICHE DA IPOMOBILITÀ E/O CON RISCHIO DI FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA ED OSTEOPOROSI)**
- **Attività Fisica Adattata (AFA B) - “PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘ALTA DISABILITÀ’ PER LE SINDROMI CRONICHE STABILIZZATE CON LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ MOTORIA E DISABILITÀ STABILIZZATA**

Il seguente Avviso pubblico viene bandito a seguito della deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Firenze n. 255 del 19.4.2010 avente ad oggetto “Attuazione DGRT 45972009 – Attività Fisica Adattata (AFA) – Adozione Regolamento aziendale” ed in esecuzione del provvedimento del Direttore della SdS Sud Est n. 7 del 21/04/10.

Con deliberazione n. 459 del 3.6.2009 la Giunta Regionale Toscana, ha indicato le linee di indirizzo per il percorso AFA, Attività Fisica Adattata, come programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. I percorsi individuati sono basati su programmi di esercizio disegnati per rispondere alle specifiche esigenze derivanti dalle differenti condizioni croniche, in particolare nella popolazione anziana.

I percorsi AFA non sono compresi nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Regionale e sono rivolti alla popolazione in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta o con riduzione delle capacità funzionali da condizioni cliniche pregresse con esiti funzionali stabilizzati.

L'attività è svolta da personale adeguatamente formato, in forma di gruppo, in luoghi deputati ad attività di socializzazione, fitness o in palestre.

### **Soggetti erogatori che possono presentare domanda**

Possono partecipare al presente Avviso i soggetti profit e no-profit (istituzioni, associazioni, privati) vocati all'attività motoria ed allo sport operanti nel territorio fiorentino della zona Sud Est che abbiano:

- disponibilità e accessibilità di luoghi deputati ad attività fisica di socializzazione, fitness, piscine, palestre o altre strutture non sanitarie
- i requisiti igienico-sanitari, di sicurezza e di accessibilità previsti dalle normative vigenti per gli ambienti frequentati al pubblico, con particolare attenzione, per le AFA di tipo B, alla accessibilità da parte dei disabili.
- personale adeguatamente formato.

I soggetti competenti all'erogazione dell'AFA sono i laureati in Scienze Motorie e Diplomatici ISEF o in Fisioterapia oppure laureandi in Scienze Motorie o Fisioterapia nell'ambito del tirocinio previsto nel piano di studio, sotto la responsabilità del proprio tutor. Ogni istruttore dovrà aderire strettamente ai programmi di esercizio concordati. Gli istruttori possono essere titolari della struttura.

Saranno promossi aggiornamenti continui degli istruttori sui problemi relativi ai programmi AFA e adeguata formazione nelle procedure di manovre rianimatorie di base (Basic Life Support – BLS) testimoniata da apposito attestato.

### **Ogni erogatore si impegnerà a:**

- Garantire l'offerta dei programmi AFA in modo omogeneo e diffuso secondo i protocolli-programmi di esercizio concordati con gli operatori sanitari della Azienda Sanitaria di Firenze e la SdS Sud Est, attivando, in presenza di condizioni logistiche adeguate, almeno n. 1 corso di AFA "B" rivolto alle persone con alta disabilità per le sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata,
- Partecipare alla revisione periodica dei programmi di esercizio;
- Sottoscrivere un documento di adesione con il quale dichiara di conoscere ed osservare quanto stabilito nel Regolamento dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Il firmatario si farà garante della sicurezza dei programmi di esercizio, della pulizia e dell'igiene delle palestre, piscine o altre strutture;
- Garantire l'adesione dei propri istruttori ai programmi di esercizio AFA;
- Trasmettere la disponibilità dei posti relativi ai corsi attivati al Coordinatore del Coordinamento Operativo
- Inviare report al Gruppo di monitoraggio AFA della Società della Salute Sud Est;
- Applicare le tariffe definite dall'Accordo regionale.

### **Programmi di esercizio AFA**

I programmi sono definiti, per ogni tipologia, dal Coordinamento Strategico AFA aziendale sulla base della letteratura scientifica, alla cui definizione concorre il personale sanitario della Azienda/SdS e rappresentanti degli istruttori di cui ai punti precedenti

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

Le sedute di esercizio, della durata di un'ora, con una frequenza di 2 o 3 volte la settimana, sono svolte in gruppo la cui numerosità dipende dalla gravità della disabilità motoria e dalle dimensioni della palestra/piscina/struttura dedicata, con un massimo 20 partecipanti.

## **Costi**

Ogni erogatore deve stipulare un'assicurazione contro eventuali infortuni il cui premio annuale è a carico del partecipante.

La quota di riferimento per la partecipazione al programma AFA, definita a livello regionale, è pari a 2,00 euro (2,50 euro per i programmi svolti in piscina) ad accesso, con modalità di pagamento mensile ed è valida per tutte le sedi di erogazione.

La suddetta tariffa non è comprensiva degli oneri assicurativi i quali sono da porre a carico del cittadino.

## **Accesso**

L'AFA è classificata come attività motoria e ricreativa, svolta per "esclusivi fini igienici e ricreativi", per lo svolgimento della quale non è richiesta certificazione medica.

Il cittadino potrà accedere ai corsi su consiglio del Medico di Medicina Generale, sulla base della conoscenza che egli ha dello stato di salute del proprio assistito, altresì su consiglio dei Medici specialisti, dalle équipes di riabilitazione nel contesto dei progetti riabilitativi ovvero, alla fine di essi, dai Fisioterapisti della Azienda Sanitaria di Firenze alla fine dei programmi di cura ex L.R. 595/05 percorso 2, sentito il Medico di Famiglia, tramite il report di fine trattamento.

Il Coordinamento Operativo valuterà solo gli elementi connessi alle limitazioni dello stato funzionale della persona in relazione alla partecipazione alle attività AFA ed assegnerà i cittadini alla sede adeguata curando il costante mantenimento del numero dei partecipanti.

## **Come presentare domanda**

I soggetti erogatori che intendono rendersi disponibili ad assicurare la suddetta attività dovranno presentare domanda in carta libera, indirizzata al Direttore della Società della Salute Sud Est, secondo il modulo allegato e farla pervenire alla Segreteria della Società della Salute Sud Est, Via Dell'Antella, n. 58- 50011 Antella, entro e non oltre le ore 12.00 del 22 Novembre 2010, farà fede il timbro di ricezione apposto dal protocollo della SdS zona Sud Est.

### **Non fa fede il timbro postale**

Le domande di partecipazione saranno successivamente valutate in relazione alle garanzie e alle modalità di erogazione definite nel Regolamento aziendale.

In seguito saranno individuati i soggetti con i quali la Società della Salute stipulerà specifici Accordi di adesione previa valutazione della disponibilità dei locali e formazione degli operatori.

L'Accordo di adesione avrà la durata di 2 anni, rinnovabile, salvo quanto previsto dall'art. 14 dell'Accordo stesso.

Le domande che perverranno successivamente alla scadenza sopraindicata non potranno essere valutate nell'immediato ma saranno comunque tenute in considerazione per gli sviluppi futuri dei programmi AFA.

Per quanto non previsto nel presente Avviso si rinvia alla deliberazione di GRT n. 459 del 3.6.2009.

Per richiedere eventuali informazioni relative al presente Avviso è possibile telefonare alla SdS Sud Est ai seguenti numeri: Tel. 055-2496/303 Sig.ra Elena Sereni od inviare una mail a: [elena.sereni@asf.toscana.it](mailto:elena.sereni@asf.toscana.it).

Antella, lì 15 ottobre 2010

Il Direttore SdS Sud Est  
Dott.ssa Laura Peracca

All.to n. 1 domanda di partecipazione  
FAC SIMILE DOMANDA

Al Direttore  
Società della Salute Sud Est  
V. Dell'Antella, 58  
50011 - Antella

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE per

**“PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘BASSA DISABILITÀ’ PER**

‘LE SINDROMI CRONICHE CHE NON LIMITANO LE CAPACITÀ MOTORIE DI BASE O DELLA CURA DEL SÉ’ (SINDROMI ALGICHE DA IPOMOBILITÀ E/O CON RISCHIO DI FRATTURE DA FRAGILITÀ OSSEA ED OSTEOPOROSI) – AFA A

**“PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘ALTA DISABILITA’ PER**

‘LE SINDROMI CRONICHE STABILIZZATE CON LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ MOTORIA E DISABILITÀ STABILIZZATA” – AFA B

Il/L sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov. .... il .....  
domiciliato per la carica presso la sede dell’Ente/Associazione, non in proprio ma quale legale rappresentante dell’Ente/Associazione di volontariato/Altro (indicare la denominazione sociale)  
.....  
con sede legale in .....  
Via.....n.ro ..... Tel  
..... Cell.....

**CHIEDE**

di partecipare All’ Avviso pubblico per (*indicare con una X*)

- PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘BASSA DISABILITÀ’**
- PROGRAMMI AFA PER PERSONE CON ‘ALTA DISABILITA’**

**DICHIARA**

- ↪ Di conoscere ed osservare quanto stabilito nel Regolamento dell’Azienda Sanitaria di Firenze adottato con deliberazione n. 255/2010. Il firmatario si farà garante della sicurezza dei programmi di esercizio, della pulizia e dell’igiene delle palestre, piscine o altre strutture;
- ↪ Di assicurare, per lo svolgimento dell’attività indicata, personale idoneo e la loro specifica competenza e preparazione (Laureati in Scienze Motorie e/o in Fisioterapia, Diplomi ISEF);
- ↪ Di garantire i requisiti di adesione dei propri istruttori ai programmi di esercizio concordati;

- ↳ Di promuovere l'aggiornamento continuo degli istruttori sui problemi relativi ai programmi AFA;
- ↳ Di promuovere per tutti gli istruttori una adeguata formazione nelle procedure di manovra rianimatorie di base (Basic Lif Support – BLS);Di partecipare alla revisione periodica dei programmi di esercizio;Di garantire l'aderenza dei programmi AFA secondo i protocolli-programmi di esercizio concordati con gli operatori sanitari della Azienda Sanitaria di Firenze;
- ↳ Di raccogliere i dati anagrafici e demografici dei partecipanti;
- ↳ Di trasmettere la disponibilità dei posti relativi ai corsi attivati al Coordinatore del Coordinamento Operativo
- ↳ Di segnalare eventuali eventi avversi avvenuti durante le sessioni di esercizio o segnalazioni da parte dei cittadini;
- ↳ Di monitorare l'attività inviando report trimestrali al Gruppo di monitoraggio AFA della SdS Sud-Est secondo la modulistica predisposta;
- ↳ Di fornire le informazioni necessarie al corretto svolgimento delle attività;
- ↳ stipulare un'assicurazione contro eventuali infortuni il cui premio annuale è a carico del partecipante il programma AFA ;
- ↳ Di impegnarsi a fare partire l'attività entro 15 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo firmato con il Direttore della Società della Salute Sud-Est e darne comunicazione al Coordinatore del Coordinamento Operativo (anita.gallorini@asf.toscana.it)
- ↳ Di mettere a disposizione del Coordinamento Operativo tutta la documentazione utile ai fini delle verifiche in itinere;
- ↳ Di mettere a disposizione per l' attività AFA indicata le seguenti sedi (palestre, piscine, luoghi di aggregazione e ambienti frequentati da pubblico con requisiti igienico sanitari e di sicurezza e accessibilità, altre strutture NON sanitarie) come sotto riportato: .

1) Struttura utilizzata per AFA A (indicare se palestra, piscina, altro).....

Via/Piazza.....

Comune .....

Frazione.....

n. locali destinati AFA .....

metri quadri .....

n. istruttori .....

n. corsi da potere attivare da subito .....(indicare orari)

n. corsi da potere attivare entro .....

2) Struttura utilizzata per AFA ...B.....

Via/Piazza.....

Comune .....

Frazione.....

n. locali destinati AFA .....

metri quadri .....

n. istruttori .....

n. corsi da potere attivare da subito .....(indicare orari)

n. corsi da potere attivare entro .....

3) Struttura utilizzata per AFA .....

Via/Piazza.....

Comune .....

Frazione.....

n. locali destinati AFA .....

metri quadri .....  
n. istruttori .....  
n. corsi da potere attivare da subito .....(indicare orari)  
n. corsi da potere attivare entro .....

4) Struttura utilizzata per AFA .....  
Via/Piazza.....  
Comune .....  
Frazione.....  
n. locali destinati AFA .....  
metri quadri .....  
n. istruttori .....  
n. corsi da potere attivare da subito .....(indicare orari)  
n. corsi da potere attivare entro .....

5) Struttura utilizzata per AFA .....  
Via/Piazza.....  
Comune .....  
Frazione.....  
n. locali destinati AFA .....  
metri quadri .....  
n. istruttori .....  
n. corsi da potere attivare da subito .....(indicare orari)  
n. corsi da potere attivare entro .....

- Autocertifica che i locali messi a disposizione per l’AFA corrispondono a requisiti igienico sanitari previsti per i locali aperti al pubblico e che per l’AFA per persone con alta disabilità sono privi di barriere architettoniche
- di operare nel pieno rispetto della normativa sulla privacy
- di facilitare gli adempimenti richiesti dal Gruppo di monitoraggio AFA della SdS Sud Est e/o dal Coordinamento Operativo dell’Azienda Sanitaria di Firenze anche in termini di monitoraggio e vigilanza;
- sottoscrivere apposita convenzione con il Direttore della SdS Sud Est.  
Il firmatario si fa garante della sicurezza dei programmi di esercizio, della pulizia e dell’igiene delle palestre, piscine o altre strutture.
- Dichiaro di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla selezione al seguente indirizzo:  
.....  
n. telefonico ..... cell. ..... fax  
.....posta elettronica .....

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

..... lì .....

FIRMA (in originale)

.....