



Il Progetto Lifestyle Gym

<http://www.lifestylegym.it/progetto.php>

AUSL RIMINI

Paolo Mazzuca



Intervento multidisciplinare integrato – Medico, Istr.EF, Dietista
- IN PALESTRA

➤ Per persone con diabete mellito T2 e/o obesità e/o ipertensione arteriosa e/o dislipidemia

Finalizzato a

- avviamento all'esercizio fisico dosato e somministrato,
- educazione alimentare monitorata

Lifestyle Gym *intervento multidisciplinare integrato*

*per **facilitare il cambiamento dello stile di vita alimentare e motorio***

..dalla prescrizionealla somministrazione



Autore ed estensore:

- Paolo Mazzuca – Medicina Interna 2 - Ospedale Infermi Rimini

In collaborazione con:

- Pasqualino Maietta e Claudio Tentoni - Facoltà di Scienze Motorie di Bologna

Promozione e realizzazione a cura di :

- Fondazione Carlo Rizzoli per le Scienze Motorie di Bologna
- Alma Mater Studiorum di Bologna – Facoltà di Scienze Motorie
- La A.S.D. Polisportiva Comunale Riccione
- UNI. Rimini SpA - Società Consortile per l'Università nel Riminese
- Azienda USL Rimini – Medicina Interna 2



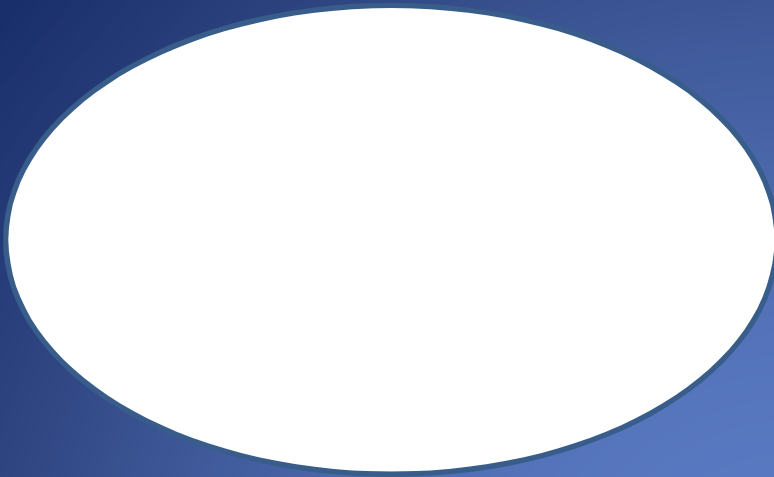
ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



POLISPORTIVA COMUNALE Riccione



Newsletter SMS - EMAIL



Spesso
Professionisti
sanitari e del
fitness sono
non informati e
motivati



Sedentario non
informato e motivato,
con sistema
osteomuscoloarticolare
e
cardiometabolico
disfunzionanti

Lifestyle Gym

... con l'obiettivo di

Lifestyle
Coach?



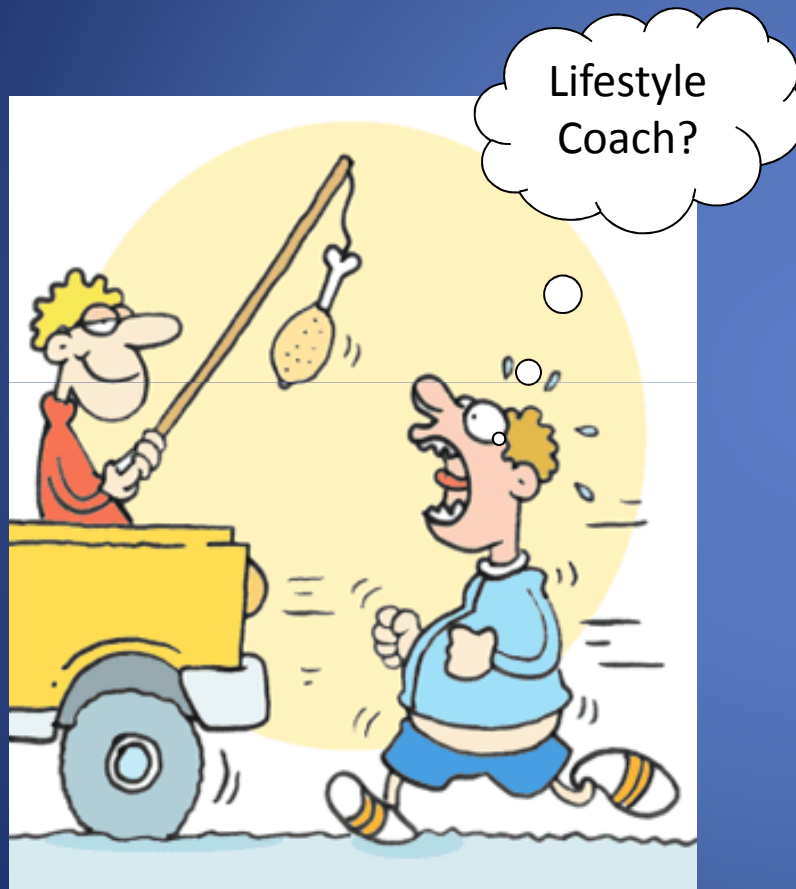
Avviamento all'Esercizio Fisico,
dosato e somministrato, e di
Educazione alimentare
personalizzata e assistita

RENDERE ABILI i Pazienti
dismetabolici nella gestione
quotidiana della propria malattia

Ricerca e Formazione
Facoltà di Scienze Motorie -
Bologna

Lifestyle Gym

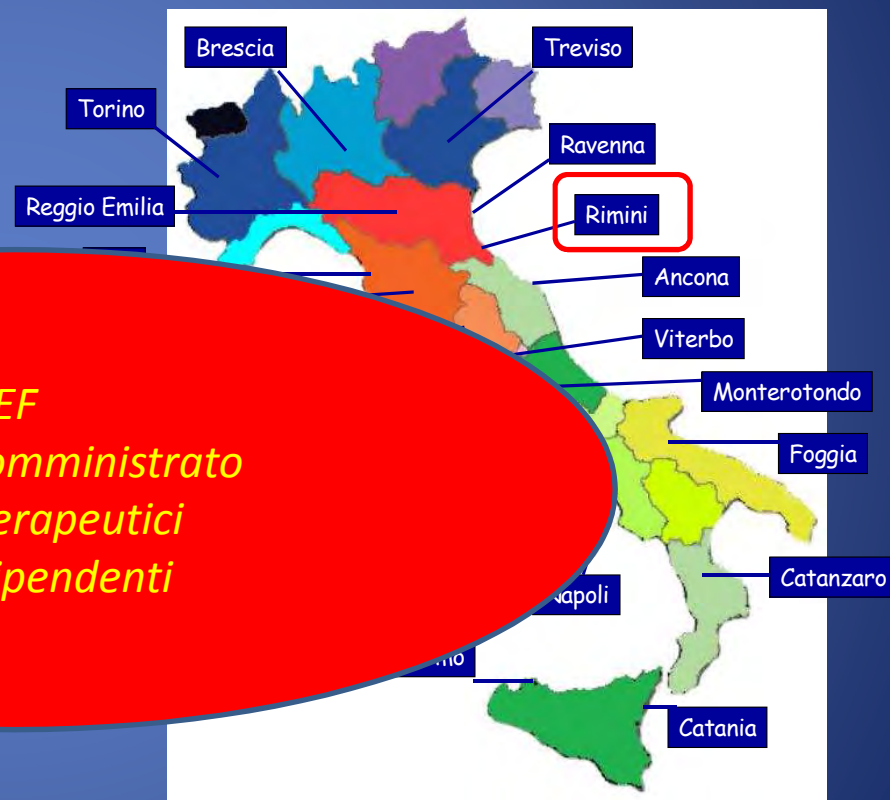
... con l'obiettivo di



SENSIBILIZZARE le professionalità , a tutti i livelli (medico, infermieristico, dietologico, LSM), in grado di "allenare" con competenza

FAR INTERAGIRE l'Universo Medico/Dismetabolico con il Mondo del Fitness perché possano acquisire l'adeguata sensibilità e competenza

IDES: trial clinico randomizzato. che ha dimostrato come l'EF dosato e somministrato è capace di dare *effetti terapeutici dose/dipendenti* in DMT2 con SM



Arch Intern Med. 2010 Nov 8;170(20):1794-803..

Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial: the Italian Diabetes and Exercise Study (IDES).

Progetto Lifestyle Gym - AUSL Rimini

Indagine conoscitiva mediante questionario con risposta multipla per individuare le possibili cause della ridotta attività fisica in persone con il diabete mellito tipo 2

3° Convegno Centro Studi e Ricerche AMD, Ancona 2006

Le barriere percepite alla pratica della AF 3vv/week sono

- **attività sconsigliata,**
- non sentirsi fisicamente all'altezza,
- mancanza di tempo
- pigrizia,
- problemi respiratori

La maggior parte dei NIDDM

- Il 77,1% ritiene utile la figura del IEF nel CAD
- Il 93,8% dei NIDDM userebbe strumenti per la AF se il CAD ne fosse provvisto



Indagine conoscitiva mediante questionario con risposta multipla per individuare le possibili cause della ridotta attività fisica in persone con il diabete mellito tipo 2

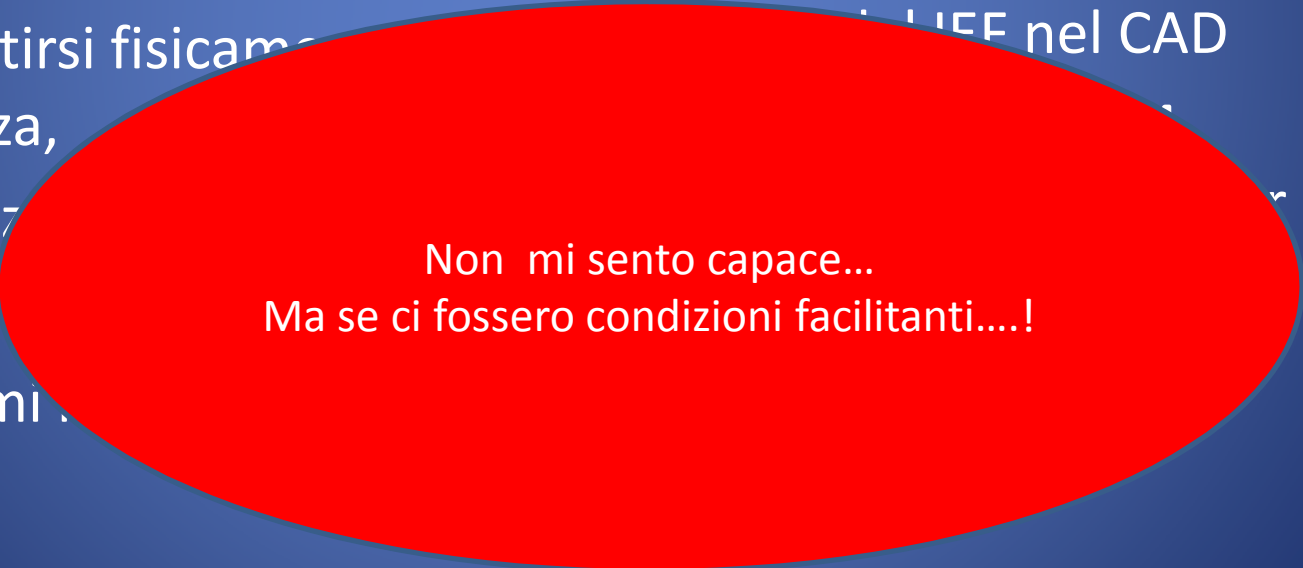
3° Convegno Centro Studi e Ricerche AMD, Ancona 2006

Le barriere percepite alla pratica della AF 3vv/week sono

- **attività sconsigliata,**
- non sentirsi fisicamente all'altezza,
- mancanza di tempo,
- pigrizia,
- problemi di salute.

La maggior parte dei NIDDM

- Il 77,1% ritiene utile la
- il 55% nel CAD



Evidenze Scientifiche

RIDUZIONE ATEROGENESI

- ↓ Adiposità
- ↓ Infiammazione
- ↑ Sensibilità insulinica
- ↑ Funzione endoteliale

EFFETTO ANTITROMBOTICO

- ↓ Fibrinogeno
- ↑ Attivatore tissutale plasminogeno
- ↓ Inibitore dell'attivazione del

PROFILO LIPIDICO

- ↓ Colesterolo Tot
- ↓ Trigliceridi
- ↑ Colesterolo HDL

MIGLIORE COMPLIANCE PER

- Smettere di fumare
- Alimentazione salutare
- Gestione dello stress

EFFETTO ANTI-ISCHEMICO

- ↑ Flusso coronario
- ↑ Capacità metabolica tessuto miocardico
- ↑ Periodo diastolico
- ↓ Frequenza cardiaca e pressione arteriosa ad esercizio submassimale

AZIONE SU SISTEMA NERVOSO AUTONOMO

- ↑ Tono vagale
- ↑ Guadagno meccanismi baroriflessi
- ↓ Tono simpatico
- ↓ Pressione arteriosa
- ↓ Aritmie
- ↓ Spasmo coronario

EFFETTO PSICOLOGICO

- ↑ Capacità cognitive
- ↑ Percezione del controllo
- ↑ Tono dell'umore
- ↑ Percezione del benessere
- ↑ Autostima
- ↑ Senso d'indipendenza
- ↓ Ansia, stress

EFFETTO OSTEOGENICO

- ↑ Massa ossea

BENEFICI ESERCIZIO FISICO

FUNZIONE ENDOTELIALE

- ↑ Produzione ossido nitrico

METABOLISMO GLUCIDICO

- ↑ Sensibilità insulinica
- ↑ Uptake di glucosio della cellula muscolare
- ↓ Gluconeogenesi epatica
- ↓ Emoglobina glicata

AZIONE SUL SISTEMA IMMUNITARIO E ORMONALE

- ↓ Infiammazione
- ↓ Proteina C reattiva
- ↑ β endorfine
- ↑ GH, cortisolo

EFFETTO ANTINEOPLASTICO

- ↑ Funzione immunologica
- ↑ Capacità di riparazione del DNA

Ma.... solo BENEFICI?
E... RISCHI?



Il rischio più frequente correlato all'attività fisica nell'adulto è rappresentato da *lesioni muscolo-scheletriche*



Aumenta

- l'obesità,
- con l'aumento del volume ed in particolare dell'intensità dell'EF

Diminuisce

- la forma fisica ,
- la supervisione durante l'esecuzione dell'EF,
- se vengono svolti esercizi di stretching,
- se gli ambienti sono ben disegnati
- Aumento graduale del volume dell'EF
- Aumento della durata dell'EF - in particolare il cammino nell'anziano riduce il rischio di cadute

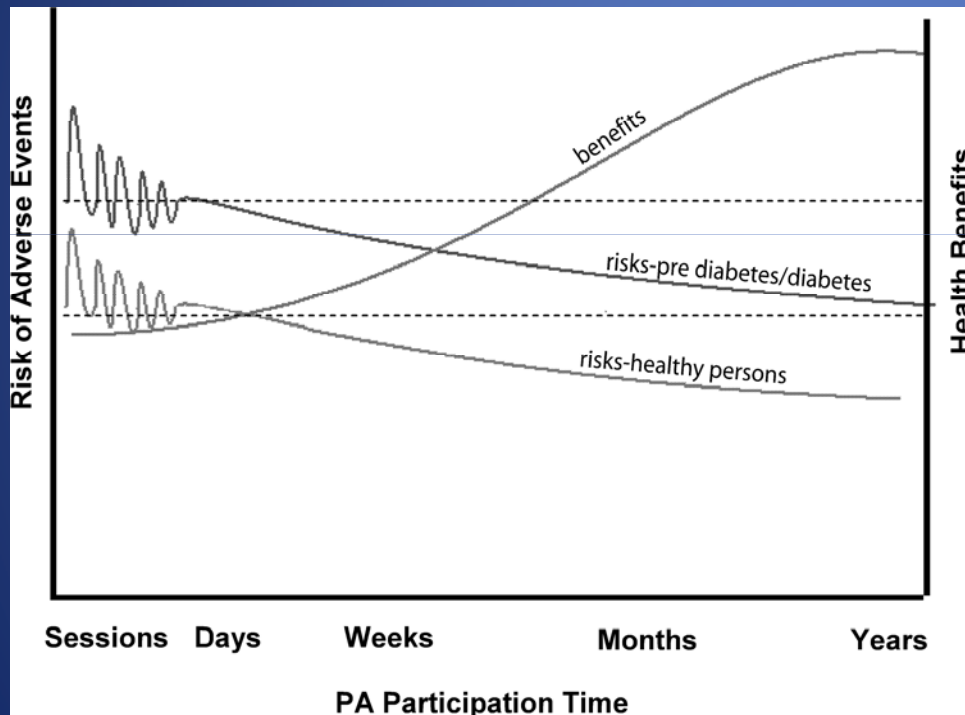
Hootman JM, Macera CA, Ainsworth BE, et al. Epidemiology of musculoskeletal injuries among sedentary and physically active adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2002;34: 838–844.

Sutton AJ, Muir KR, Mockett S, et al. A case-control study to investigate the relation between low and moderate levels of physical activity and osteoarthritis of the knee using data collected as part of the Allied Dunbar National Fitness Survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60: 756–764.

Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49: 664–672.

Rischi eventi avversi **CV** correlati con EF nelle persone con diabete e pre-diabete

Con il tempo il rischio relativo diminuisce e aumentano i benefici



È anche importante notare che se, con il tempo, le stesse persone rimanessero sedentarie, aumenterebbe il loro rischio basale per complicazioni legate al diabete, tra cui le malattie cardiovascolari,

Rischio eventi avversi aumenta

- Età
- Durata diabete
- Controllo glicemico
- Altri fattori rischio cardiovascolare
- Intensità vigorosa (> 6 METs)
- **Nelle fasi iniziali dell'EF**

Le abilità
ostemuscoloarticolari
e
cardiometaboliche
MISURARE?



Piramide dell'attività motoria



(*Circulation*. 2009;119:3244-3262.)

© 2009 American Heart Association, Inc.

AHA Scientific Statement

Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus

Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association

Table 8. Summary of Exercise Prescription for Patients With T2DM

Mode of Exercise	Frequency	Intensity	Duration	Class and Level of Evidence
Cardiorespiratory (large-muscle activities)	3–7 d/wk	Moderate intensity OR	150 min/wk	I (A)
Cardiorespiratory (large-muscle activities)	3 d/wk	Vigorous intensity AND ENCOURAGE	90 min/wk	I (A)
Resistance (large-muscle group, multijoint exercises)	3 d/wk	Moderate to high intensity: 2–4 sets of 8–10 repetitions at a weight that cannot be lifted >8–10 times, with 1–2 minute rest periods between sets		I (A)

(*Circulation*. 2009;119:3244-3262.)
 © 2009 American Heart Association, Inc.
AHA Scientific Statement
Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus
Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association

Table 8. Summary of Exercise Prescription for Patients With T2DM

Mode of Exercise	Duration	Class and Level of Evidence
Cardiorespiratory (large-muscle activities)	150 min/wk	I (A)
Cardiorespiratory (large-muscle activities)	90 min/wk	I (A)
Resistance (large-muscle group, multijoint exercises)		I (A)

Dose di EF
 TIPO
 INTENSITA'
 DURATA
 FREQUENZA

that cannot be timed >8-10 times, with 1-2 minute rest periods between sets

(Circulation. 2009;119:3244-3262.)

© 2009 American Heart Association, Inc.

AHA Scientific Statement

Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus

Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association

Table 9. Classification of Exercise Intensity, Based on Exercise Lasting up to 60 Minutes

Intensity	Cardiorespiratory or Endurance-Type Training			Resistance-Type Training*: Maximal Voluntary Contraction, % (1RM)
	$\dot{V}O_2R$ (%) HRR (%)	%HR _{max}	RPE†	
Very light	<20	<35	<10	<30
Light	20–39	35–54	10–11	30–49
Moderate	40–59	55–69	12–13	50–69
Hard (vigorous)	60–84	70–89	14–16	70–84
Very hard	≥85	≥90	17–19	≥85
Maximal	100	100	20	100

$\dot{V}O_2R$ indicates oxygen uptake reserve; HRR, heart rate reserve; HR_{max}, maximum heart rate; RPE, rating of perceived exertion; and 1RM, maximum weight that can be lifted in 1 repetition.

Adapted from the American College of Sports Medicine Position Stand.¹⁴¹

*Based on 8 to 12 repetitions for persons under age 50 to 60 years and 10 to 15 repetitions for persons 50 to 60 years old and older.

†Borg rating of perceived exertion, scale ranging from 6 to 20.

(Circulation. 2009;119:3244-3262.)

© 2009 American Heart Association, Inc.

AHA Scientific Statement

Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus

Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association

Table 9. Classification of Exercise Intensity, Based on Exercise Lasting up to 60 Minutes

Intensity	Cardiorespiratory or Endurance-Type Training			Resistance-Type Training*: Maximal Voluntary Contraction, % (1RM)
	$\dot{V}O_2R$ (%) HRR (%)	%HR _{max}	RPE†	
Very light	<20			<30
Light	20–39			30–49
Moderate	40–59			50–69
Hard (vigorous)	60–84			70–84
Very hard	≥85			≥85
Maximal	100			100

INTENSITÀ
EF Aerobico
EF contro resistenza

$\dot{V}O_2R$ indicates oxygen uptake; HRR, heart rate reserve; HR_{max}, maximum heart rate; RPE, rating of perceived exertion; and 1RM, maximum weight that can be lifted in 1 repetition.

Adapted from the American College of Sports Medicine Position Stand.¹⁴¹

*Based on 8 to 12 repetitions for persons under age 50 to 60 years and 10 to 15 repetitions for persons 50 to 60 years old and older.

†Borg rating of perceived exertion, scale ranging from 6 to 20.

(Circulation. 2009;119:3244-3262.)

© 2009 American Heart Association, Inc.

AHA Scientific Statement

Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus

Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association

Table 7. Guidelines for Stress Testing Before Exercise Training in Asymptomatic Individuals With T2DM [IIB (C)]

Stress Testing Not Necessary
(All Criteria Should Be Present)

Stress Testing Recommended
(If ≥ 1 Criteria Present)

No clinical history of CAD

History of CAD; no stress test within past 2 years

Asymptomatic

Symptoms of chest discomfort or dyspnea

No evidence of PAD or CVD

Clinical or laboratory evidence of PAD or cerebrovascular disease

ECG normal

ECG evidence of infarction or ischemia

Light to moderate exercise program

Vigorous exercise program

PAD indicates peripheral arterial disease.

Quale/quanto EF

- Migliora il controllo glicemico
- Favorisce il mantenimento di un peso corporeo ottimale e
- Riduce il rischio di malattia cardiovascolare

almeno 150 minuti/wk di attività fisica aerobica di intensità moderata (50-70% Fc max)

e/o

almeno 90 minuti/wk di esercizio fisico intenso (> 70% Fc max).

Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a metanalysis of controlled clinical trial. *JAMA* 2001;286:1218-227.

Boule NG, Kenny GP, Haddad E, Wells GA, Sigal RJ. Metanalysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia* 2003;46:1071-1081..

Church TS, Cheng YJ, Earnest CP, Barlow CE, Gibbons LW, Priest EL, Blair SN. Exercise capacity and body composition as predictors of mortality among men with diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:83-88.

Wei M, Gibbons LW, Kampert JB, Nichaman MZ, Blair SN. Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type 2 diabetes. *Ann Intern Med* 2000;132:605-611.

Hu FB, Stampfer MJ, Solomon C, Liu S, Colditz GA, Speizer FE, Willett WC, Manson JE. Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic women. *Ann Intern Med* 2001;134:96-105.

L'attività fisica deve essere distribuita in almeno

- 3 giorni/wk

e non ci devono essere più di

- 2 giorni consecutivi senza attività

(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)



Quale/quanto EF

Nei diabetici tipo 2
l'esercizio fisico contro
resistenza (ISOMETRICO)
migliora il controllo glicemico
così come la **combinazione di
attività aerobica e contro
resistenza, 3 volte/wk**



(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

L'introduzione di un programma di attività fisica in soggetti *non allenati, gravemente obesi* e con *vario grado di Sarcopenia relativa* tramite **esercizi gradualmente contro resistenza quali piccoli pesi**, può consentire l'avvio di attività aerobiche, favorendo il potenziamento muscolare, l'aumento della capacità aerobica e il calo ponderale



(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

Quale/quanto EF

- automonitoraggio glicemico **prima**, eventualmente **durante** (esercizio di durata > 1 ora), e **dopo** l'esercizio fisico
- indicazioni relative alla necessità di **integrazione** con carboidrati
- Indicazioni alla **gestione** della terapia ipoglicemizzante
- La presenza di chetosi sconsiglia l'attività fisica.
- indicazioni relative al rischio di **ipoglicemia in corso** di attività e in riferimento al rischio di **ipoglicemia tardiva** post-esercizio fisico.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)



Quale/quanto EF



Le raccomandazioni sono supportate principalmente da metanalisi di studi condotti in diabetici tipo 2.

L'effetto sul compenso glicemico dell'

EF aerobico e dell'EF contro resistenza

è indipendente dalle variazioni del peso corporeo

Boule NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trial. *JAMA* 2001;286:1218-227.

Boule NG, Kenny GP, Haddad E, Wells GA, Sigal RJ. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia* 2003;46:1071-1081.

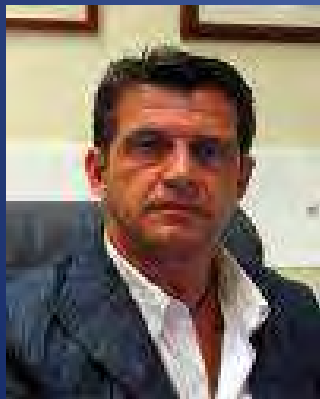
Esercizio fisico

strumento preventivo e terapeutico da aggiungere
culturalmente e strutturalmente
a disposizione della pratica clinica

La sua introduzione richiede
tuttavia di approntare
concrete modalità
organizzative all'interno
delle quali possano avvenire

- sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo,
- sia la sua somministrazione, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta





Percorso di valutazione clinica medica, nutrizionale e motoria

AHA Scientific Statement - Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus - Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association (Circulation. 2009;119:3244-3262.)

Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, Chasan-Taber L, Albright AL, Braun B; American College of Sports Medicine; American Diabetes Association.- Diabetes Care. 2010 Dec;33(12):e147-67

Educazione Terapeutica, Attività fisica, Terapia medica nutrizionale - SID – AMD – Edizioni Infomedica - Standard Italiani per la cura del diabete mellito – 2009-2010;39-46

Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: diabetes mellitus and related comorbidities This paper is one of a selection of papers published in this Special Issue, entitled Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance, and has undergone the Journal's usual peer review process. Riddell MC, Burr J. Appl Physiol Nutr Metab. 2011 Jul;36 Suppl 1:S154-89

Obiettivi Lifestyle Gym

Avviare
Rendere abili
Formare
Sensibilizzare
Far interagire

Spesso
Professionisti
sanitari e del
fitness sono
impreparati
Non informati e motivati



Sedentario non
informato e motivato,
con sistema
osteomuscoloarticolare
e
cardiometabolico
disfunzionanti

..dalla prescrizione ... alla somministrazione...

Esercizio fisico e Programma alimentare



Un prescrittore
(post-scrittore)
di EF e
Programma
Alimentare



Un produttore
consapevole di
EF



Un
somministratore
ed Istruttore
di EF



Educatore ed
istruttore
alimentare



Una sede
etica e sicura
dove
somministrare
ed istruire



Un paziente che
aderisca alla
terapia



Relatori e Moderatori:

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Attività Unica e Sanitaria Locale di Rimini



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

in collaborazione con:



ASSOCIAZIONE ROMAGNOLA PER LA CURA E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ



Seminario formativo per la prescrizione e somministrazione di una dose di esercizio fisico e di un programma di educazione alimentare monitorata

30 Novembre – 1 Dicembre 2012
“Oratorio degli Artisti”, Rimini

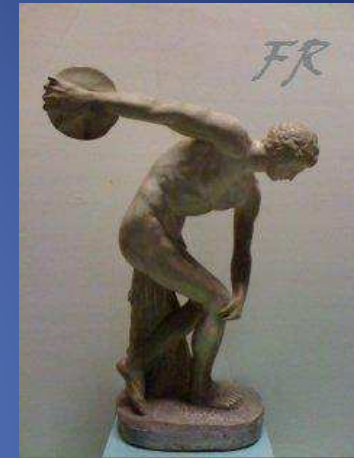
DESTINATARI

Medici, Psicologi, Dietisti/ Biologi nutrizionisti, Infermieri della riabilitazione cardiovascolare, della medicina dello sport, della diabetologia, Laureati in Scienze Motorie referenti della salute, Fisioterapisti

Palestra Sicura
SICUREZZA & BENESSERE



*Fondazione Carlo Rizzoli
per le Scienze Motorie*



**CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA
“GIROLAMO MERCURIALE”
PER LAUREATI IN SCIENZE MOTORIE
E DIPLOMATI ISEF**

Patrocinato da :



Assessorato Politiche per la Salute



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
FACOLTÀ DI SCIENZE MOTORIE

3° MODULO

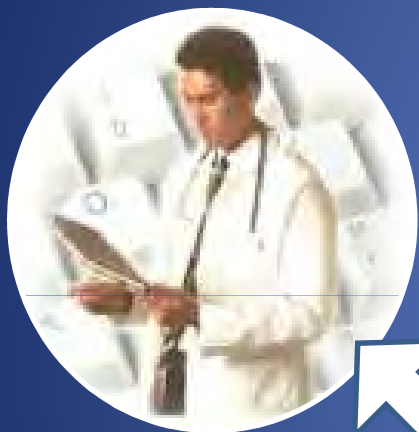
29-30 Ottobre 2011

SOGGETTI DISMETABOLICI

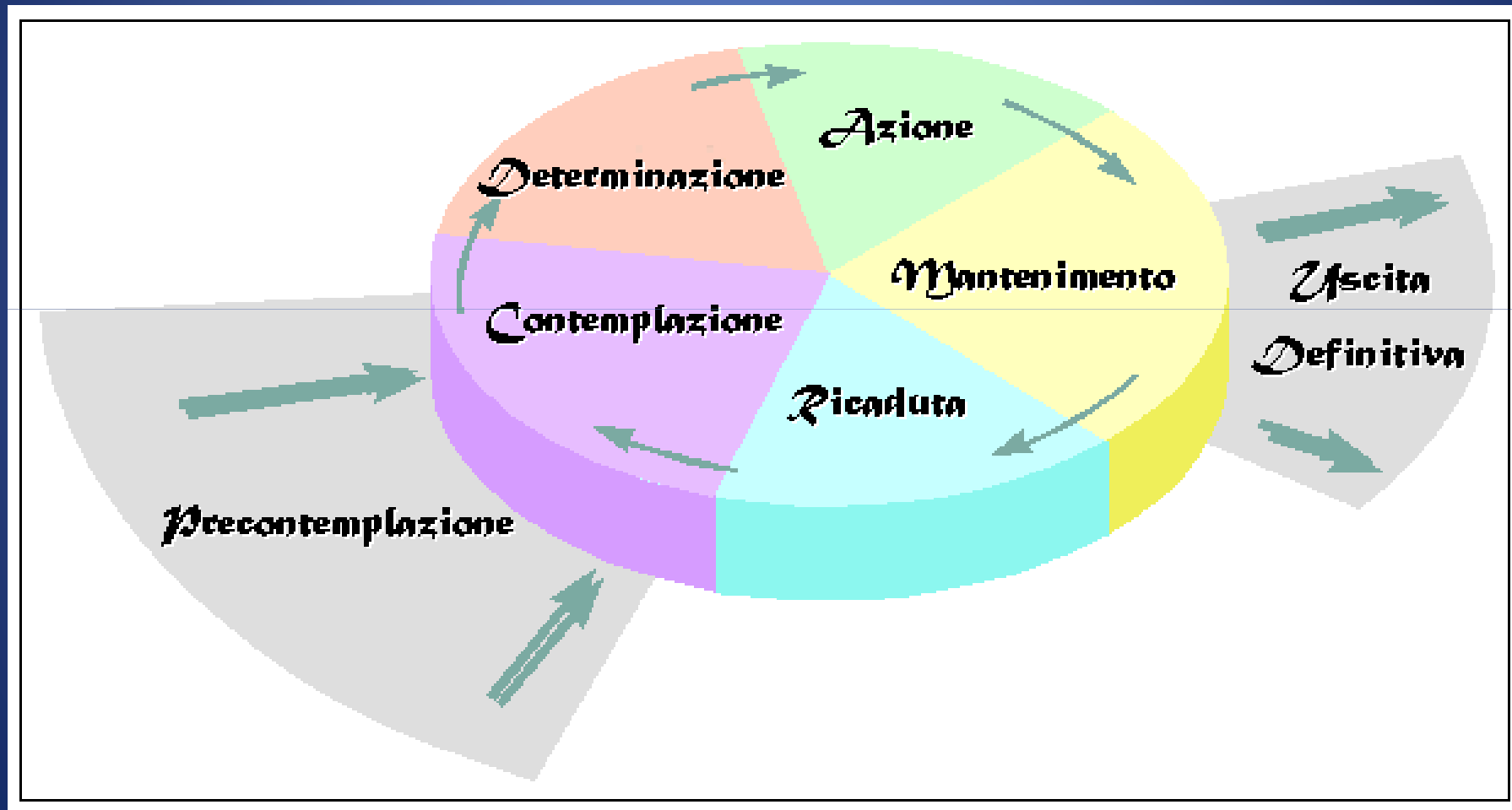
Sabato 29.10.2011 dalle ore 09:00 alle ore 13:00
dalle ore 14:00 alle ore 18:00

Domenica 30.10.2011 dalle ore 09:00 alle ore 13:00

Responsabile del modulo : Dr. P. Mazzuca
con l'ausilio del Dr.Mazzoni



Il modello transteorico



Il modello transteorico



Strumento per il cambiamento

Counseling individuale **COLLOQUIO MOTIVAZIONALE**

Relazione tra medico e paziente in cui
il medico opera da consulente

Credibilità
competenza

EMPATIA =
capacità e volontà del medico di calarsi
umilmente nella condizione altrui,
rimanendo consapevole della
propria identità

entusiasmo

Trasmettere l'importanza terapeutica
(motivazione)

Promuovere l'autoefficacia

Consigli pratici (piacere)

Facilitazioni ambientali (supporto)

Capire se il paziente è cosciente dell'efficacia terapeutica
(consapevolezza)

Capire la presenza di impedimenti
(assenza di impedimenti)

Diario attività fisica

MeDia 2008; 8:148-152

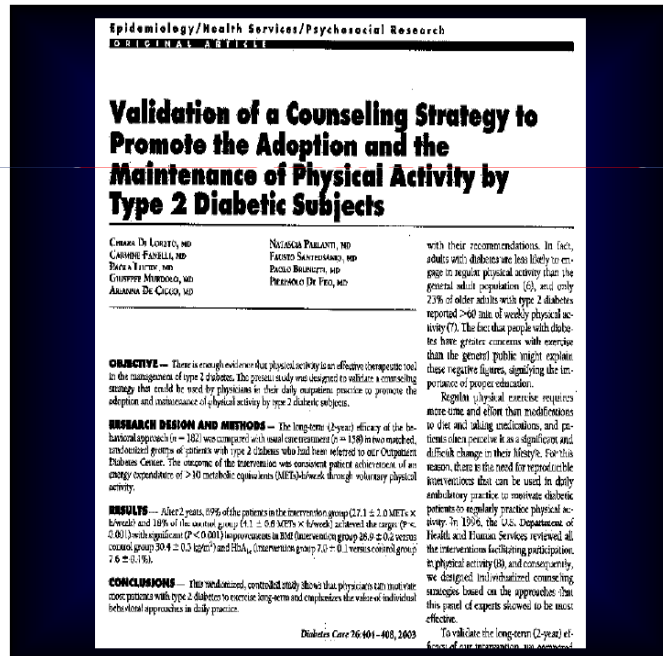
Pierpaolo De Feo et al.
CURIAMO, Università Perugia

Progetto Lifestyle Gym - AUSL Rimini

Strumento per il cambiamento

Counseling individuale COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Relazione tra medico e paziente in cui
il medico opera da consulente



Trasmettere l'importanza terapeutica
(motivazione)

Promuovere l'autoefficacia

Promuovere e mettere
in luce:

- La motivazione
- L'autoefficacia

Capire

Capire

(assenza di impedimenti)

Diario attività fisica

MeDia 2008; 8:148-152

Pierpaolo De Feo et al.
CURIAMO, Università Perugia

Progetto Lifestyle Gym - AUSL Rimini

Gli **stadi del cambiamento** (Prochaska e Di Clementi) nei confronti dell'attività fisica e le **strategie di counseling** appropriate per ciascun stadio

Stadio	Definizione	Strategia appropriata
Pre-contemplativo	Sedentario, non intende cambiare nei successivi 6 mesi	Informazioni e consigli sui rischi della condizione di sedentarietà e sui benefici dell'attività motoria
contemplativo	Sedentario, ma pensa di diventare attivo nei successivi 6 mesi	Bilancio decisionale (analisi dei pro e dei contro della modifica). Colloquio motivazionale
In preparazione	Ha già fatto qualche tentativo per diventare attivo	Programmare degli obiettivi realistici e stabilire il supporto
In azione	Attivo, da meno di 6 mesi	Rinforzo dei risultati e dei benefici ottenuti. Consigli sul superamento di eventuali ostacoli
Mantenimento	Attivo da più di 6 mesi	Prevenzione delle ricadute, di infortuni e proposta di attività alternative

Elementi da sottolineare – **rinforzo** –
per promuovere **l'ADESIONE A LUNGO TERMINE**

Miglioramenti metabolici	Glicemia, insulinemia, glicosuria, assetto lipidico (ed epatico) HbA1c, riduzione farmaci
Miglioramenti estetici e antropometrici	Peso corporeo. c/v, impedenziometria per composizione corporea
Miglioramenti dei sistemi cardiovascolare e respiratorio	Riduzione rischio c/v (sec. carta), FC basale e PAO, scala di Borg, V02, MET
Miglioramenti nella relazione con se stesso	autostima
Miglioramenti nella relazione con gli altri	socializzazione

Prescrizione programma Educazione Alimentare monitorata

sostegno alla *motivazione* del cambiamento del comportamento, non solo alimentare;
occasione per “*soffici momenti critici di riflessione sui propri interessi*”;
riabilitazione del senso del gusto, della fame e della sazietà

Analisi quantitativa del comportamento alimentare

Storia del PESO e correlazioni con eventi fisiologici e patologici

Abitudini alimentari: numero dei pasti e suoi orari, condizioni ambientali, velocità di consumo dei cibi,

Colazione ore ____
Metà mattina ore ____
Pranzo ore ____
Pomeriggio ore ____
Cena ore ____
Dopo cena ore ____

Preferenze (primi, secondi, verdura, frutta, dolci, spuntini): ____
Pasto più abbondante (Col.- Pr.- C.): ____
Bevande (alcolici) : ____

DIARIO ALIMENTARE

Proposta di dieta: Kcal/die (1200-1800/2000) _____ (latte, yoghurt- - sì - no) (n° pasti: _____)
P = (15-20%) ____ G = (55-60%) ____ L = (20-30%) ____

Attività fisica (LTPA): no / sì (minuti/die) **CONTAPASSI**

Analisi emotiva del comportamento non solo alimentare Avvio relazione empatica

- *Cosa intende per fame:*
- *Cosa intende per sazietà:*
- *Cosa intende per gusto:*
- *Il cibo è gratificante?: SI/NO*
- *Il cibo è ansiolitico?: SI/NO*
- *E' consapevole di avere un comportamento alimentare obesiogeno: SI/NO*
- *E' consapevole di vivere in un ambiente (familiare lavorativo sociale, ecc) obesiogeno: SI/NO*
- *Autostima psicointellettuale/fisica = da 1 a 10 = o / o*
- *Autoefficacia = SI/NO*
- *Ritiene di avere disponibile il supporto familiare/amicale?: SI/NO*
- *Svolge attività fisica nel tempo libero: attualmente = SI/NO in passato = SI/NO*
- *Obiettivi ponderali, motivazioni e ostacoli al loro raggiungimento:*
- **Kg =**
- **Motivazioni =**
- **Ostacoli =**
- *Attività lavorativa , ricreativa .*

Prescrizione programma Educazione Alimentare monitorata

sostegno alla *motivazione* del cambiamento del comportamento, non solo alimentare;
occasione per “*soffici momenti critici di riflessione sui propri interessi*”;
riabilitazione del senso del gusto, della fame e della sazietà

Analisi quantitativa del comportamento alimentare

Storia del PESO e correlazioni con eventi fisiologici e patologici

Abitudini alimentari: numero dei pasti e suoi orari, condizioni ambientali, velocità di consumo dei cibi,

Colazione ore ____
Metà mattina ore ____
Pranzo ore ____
Pomeriggio ore ____
Cena ore ____
Dopo cena ore ____

Preferenze (primi, secondi)
Pasto più abbondante (Col.)
Bevande (alcolici) : ____

DIARIO ALIMENTARE

Proposta di dieta: Kcal/die (1200-1800/2000)
yoghurt- - si - no) (n° pasti: ____)
P = (15-20%) ____ G = (55-60%) ____ L = (20-30%) ____

Attività fisica (LTPA): no / sì (minuti/die) **CONTAPASSI**

Analisi emotiva del comportamento non solo alimentare Avvio relazione empatica

- Cosa intende per fame:
- Cosa intende per sazietà:
- Cosa intende per gusto:
- Il cibo è gratificante?: **SI/NO**




...olitico?: **SI/NO**

Conoscere L'USO che il
paziente fa del cibo e, se non
salutare, si facilita il suo
cambiamento

- **Kg =**
- **Motivazioni =**
- **Ostacoli =**
- Attività lavorativa , ricreativa .

Comportamento alimentare

Diario degli alimenti aggiunti e/o sostituiti al programma alimentare
(porzioni/grammi) post-scritto

Data 	Ora 	Luogo (Casa/ Fuori casa)	Con chi (soli/ compagnia)	Alimento  (grammi/ porzione)	Ha <i>fame</i> di quello che sta mangiando? (SI/NO)	Ha <i>gusto</i> di quello che sta mangiando? (SI/NO)
---	--	-----------------------------------	---------------------------------	--	---	--

Il diario strumento di comunicazione

Aumenta la consapevolezza del proprio comportamento

Rappresenta uno strumento di auto-aiuto



Serve ad esprimere i segni e i sintomi della malattia che sottende allo squilibrio energetico

Occasione di momenti di riflessione sui propri interessi

Aiuta a strutturare la memoria alimentare

Comportamento alimentare

Diario degli alimenti aggiunti e/o sostituiti al programma alimentare
(porzioni/grammi) post-scritto

Data	Ora	Luogo		Ha fame di che	Ha gusto di quello che sta mangiando? (SI/NO)
			<p>Mettere in luce alcune variabili modificabili emotive ed ambientali che incidono sul comportamento alimentare</p>		

Il diario strumento di comunicazione

Aumenta la consapevolezza del proprio comportamento

Rappresenta uno strumento di auto-aiuto

Serve ad esprimere i segni e i sintomi della malattia che sottende allo squilibrio energetico

Occasione di momenti di riflessione sui propri interessi

Aiuta a strutturare la memoria alimentare

Tappe del Progetto LIFESTYLE GYM

Avviamento all'EF
dosato e somministrato
ed Ed.Al. assistita



Svezzamento
Medico
EF ed EdAl assistita



Counselling medico
trimestrale
EF ed EdAl non assistita,
autosomministrata
- Avviamento all'Att. Sportiva



3 mesi

3 mesi

6 mesi

//1 anno

Rilievo ed analisi
dati iniziali

Rilievo ed Analisi
dati intermedi

Rilievo ed Analisi
dati intermedi

Rilievo ed Analisi
dati finali

FASE INTENSIVA

**FASE
POST-INTENSIVA**

**FASE
OSSERVAZIONALE**



Il paziente diabetico riceve istruzioni ed addestramento per



- avere le abilità necessarie per effettuare la rilevazione della propria glicemia.
- saper interpretare i risultati come base per intraprendere una azione.
- percepire i collegamenti tra specifici comportamenti (alimentazione, esercizio fisico) e i risultati della misurazione glicemica, prendendo da questi la motivazione al cambiamento dei comportamenti.
- mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico.



Il paziente diabetico riceve istruzioni ed addestramento per



- avere le abilità necessarie per effettuare la rilevazione della propria glicemia.
- saper interpretare i risultati come base per intraprendere una azione.
- percepire i collegamenti tra i comportamenti (alimentazione, misurazione glicemica) e al cambiamento di questi.
- mettere in atto autonomamente i comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico.

Aumentare l'abilità alla gestione della propria salute

Percorso di valutazione clinica medica, nutrizionale e motoria

CARTELLA CLINICA “Lifestyle Gym”

Prescrizione **dose** Esercizio Fisico somministrata

Prescrizione **programma** Educazione Alimentare monitorato

AHA Scientific Statement - Exercise Training for Type 2 Diabetes Mellitus - Impact on Cardiovascular Risk: A Scientific Statement From the American Heart Association (Circulation. 2009;119:3244-3262.)

Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, Chasan-Taber L, Albright AL, Braun B; American College of Sports Medicine; American Diabetes Association.- Diabetes Care. 2010 Dec;33(12):e147-67

Educazione Terapeutica, Attività fisica, Terapia medica nutrizionale - SID – AMD – Edizioni Infomedica - Standard Italiani per la cura del diabete mellito – 2009-2010;39-46

Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: diabetes mellitus and related comorbidities This paper is one of a selection of papers published in this Special Issue, entitled Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance, and has undergone the Journal's usual peer review process. Riddell MC, Burr J. Appl Physiol Nutr Metab. 2011 Jul;36 Suppl 1:S154-89

ANAGRAFICA E DATI ANTROPOMETRICI

Cognome Nome _____ Tel _____

nato/a il _____ a _____

Recapito _____

Professione _____ titolo di studio _____

Celibe/nubile coniugato/a divorziato/separato/a vedovo/a

Coabita in famiglia sì no _____ Convive no sì _____

Alvo regolare sì no _____ diuresi regolare sì no _____

Sonno regolare sì no _____

Russamento no sì _____ fumo no sì _____

Ciclo mestruale _____ U.M. _____ Figli _____

Alcool no sì _____

(meno di 20 gr/die per le donne e 30 gr/die per gli uomini, che equivalgono circa a: 1 boccale di birra, 1 bicchiere e ½ di vino, 1 bicchierino di superalcolici).

Attività sessuale regolare sì no _____

Età: _____ Peso _____ Altezza _____ BMI _____ C/V _____

Fc a riposo (al mattino a letto x2/2 o ECG) _____ Fc max (sec. Tanaka = $208 - 0,7 \times \text{età}$) _____

LIVELLO di ATTIVITÀ FISICA ATTUALE : sedentario non sedentario

(> 30' EF moderato per maggior numero di gg/wk) _____

ESAME OBIETTIVO

normosfigmia pedide e tibiali posteriori sì no _____

sensibilità monofilamento plantare sì no _____

PAO clino _____ Fc clino _____ PAO orto _____ Fc orto _____

epatomegalia no sì _____

Altro _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:

Beta-bloccante no sì _____

Altri Antipertensivi no sì _____

Ipoglicemizzanti no sì _____

Insulina no sì _____

Altra terapia farmacologica no sì _____

RISCHIO CARDIOVASCOLARE:

storia di CAD - dispnea, cardiopalmo, angor, lipotimia no sì _____

ECG no sì _____

storia di AOCP e/o CVD - no sì

NO SI (SE PRESENTI 1 o + >>= TEST DA SFORZO)

PATOLOGIE OSTEO-MUSCOLO-ARTICOLARI

Assenti o presenti anche anamnesticamente, ed esame manuale della forza muscolare: misurazione comparativa dei movimenti completi – vedi allegato elenco movimenti -, senza e contro resistenza, di articolazioni simmetriche – Flessibilità

AASS no sì _____

AAll no sì _____

RACHIDE no sì _____

PRECEDENTI ESPERIENZE SPORTIVE no sì _____

ABILITA' MOVIMENTI (VEDI ALLEGATO) sì no _____

ALTRE PATOLOGIE no sì

DISMETABOLISMI:

DIABETE no sì dal _____ Compenso (HbA1c <7%) si no dal _____

Complicanze: Macro no ? sì _____

Complicanze: Micro no ? sì _____

OBESITA' no sì dal _____ Complicanze: no sì

macroangiopatie no ? sì dal _____

osas no ? sì dal _____ - nafld/nash no ? sì dal _____

- CompAlimDisf. no ? sì dal _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA no sì dal _____ Complicanze no ? sì

macroangiopatie no ? sì dal _____

cardiopatia no ? sì dal _____

DISLIPIDEMIA no sì dal _____ Complicanze no ? sì dal _____

IpoHDL no sì dal _____ IperTRIGL no sì dal _____ IperLDL no sì dal _____

FAMILIARITA CARDIOMETABOLICA no sì _____

ORIENTAMENTO/SINTESI DIAGNOSTICA

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Analisi comportamento alimentare sì no per il _____

Analisi attività motoria sì no per il _____

Patologie no sì

Terapia in atto no sì

Allergie o intolleranze alimentari: no sì

Quantità e qualità del sonno: soddisfacente sì no

Fuma no sì n°/die _____ dal _____

ATTIVITA' FISICA

Come considera il suo livello di attività fisica ?:

- Assente
- Normale
- Moderatamente attivo
- Molto attivo

Cognome nome	Data nascita	Tel	data
--------------	--------------	-----	------

Scheda valutazione abilità motoria con dati anamnestici correlati

Segmento corporeo	N°	R M	Movimenti in ortostatismo e/o in clinostatismo	Abilità (e/o se dolore)					
				Arruolamento			F. Intensiva		
				si	no	+/-	si	no	+/-
Spalle	1		Elevazione / Abbassamento						
	2		Anteposizione / Retroposizione						
Braccia	3		Abduzione ed elevazione in alto – da 0° a 90° - da 90° a 150° - da oltre 150°						
	4		Adduzione - da 90° a 0° - da oltre 90° a 0°						
	5		Anteposizione ed elevazione in alto – da 0° a 60° - da 60° a 120° - da oltre 120°						
	6		Abbassamento - da 90° a 0° - da oltre 90°						
	7		Retroposizione						
	8		Flessione orizzontale						
	9		Estensione orizzontale						
	10		Rotazione esterna						
	11		Rotazione interna						
Avambraccio	12		Flessione						
	13		Estensione						
	14		Pronazione						
	15		Supinazione						
Polsi	16		Flessione del polso						
	17		Estensione del polso						
	18		Flessione delle dita						
	19		Estensione delle dita						

Cognome nome	Data nascita	Tel	data
--------------	--------------	-----	------

Scheda valutazione abilità motoria con dati anamnestici correlati

Segmento corporeo	N°	R M	Movimenti in ortostatismo e/o in clinostatismo	Abilità (e/o se dolore)					
				Arruolamento			F. Intensiva		
				si	no	+/-	si	no	+/-
Cosce	20		Flessione						
	21		Estensione						
	22		Abduzione						
	23		Adduzione						
	24		Rotazione esterna						
	25		Rotazione interna						
Gambe	26		Flessione						
	27		Estensione						
Piede	28		Flessione dorsale						
	29		Flessione plantare						
	30		Pronazione						
	31		Supinazione						
Tronco	32		Flessione						
	33		Estensione						
	34		Rotazione						
	35		Inclinazione laterale						

Commenti e dati anamnestici correlati all'eventuale inabilità dei movimenti

Nome cognome	Data di nascita	Tel
--------------	-----------------	-----

Scheda valutazione circonferenze – FLESSIBILITA'

Data: _____

- se si misurano gli arti, valutare sempre lo stesso lato del corpo;
- RILEVARE LE CIRCONFERENZE TRE VOLTE PER PUNTO e considerare la media aritmetica come valore reale;
- La circonferenza del **torace** viene misurata con il paziente in piedi, con le braccia rilassate ai lati del corpo; i palmi delle mani sono rivolti verso le cosce. La cordella metrica, flessibile ma anelastica, va posizionata appena al di sotto dei capezzoli nell'uomo e subito al di sotto delle mammelle nella donna
- La circonferenza **vita** viene misurata nel punto più stretto dell'addome – metà altezza tra la spina iliaca superiore e l'arcata costale
- La circonferenza **fianchi** viene misurata nel punto più largo dell'addome – all'altezza dei grandi trocanteri
- La circonferenza **coscia** viene misurata nella posizione di attenti ginocchio, in piedi, ma caricando il proprio peso preferenzialmente sull'arto controlaterale (in modo da mantenere rilassata la muscolatura da esaminare). La circonferenza della coscia viene rilevata a livello della sua radice, vale a dire circa 1 cm al di sotto della piega glutea.
- La circonferenza del **polpaccio** viene misurata con le seguenti modalità: il soggetto esaminato si trova in posizione supina con il ginocchio piegato ad angolo retto. La circonferenza viene quindi misurata nel punto di maggior diametro del polpaccio. Un'altra tecnica di misurazione prevede che il soggetto si trovi in posizione seduta con la gamba che pende liberamente; anche in questo caso la misura viene rilevata a livello della circonferenza massima del polpaccio.
- La circonferenza del **braccio** viene misurata col soggetto in posizione eretta, le braccia pendenti liberamente ai lati del tronco ed il palmo delle mani è rivolto verso le cosce. La circonferenza del braccio dev'essere misurata esattamente a metà distanza tra acromion e olecrano, a gomito flesso di 90°, nel braccio non dominante. Di conseguenza, occorre localizzare il punto medio del braccio con il gomito flesso a 90° e con il palmo della mano rivolto in alto; una volta individuato (con l'ausilio nel nastro metrico), tale punto va contrassegnato con un tratto orizzontale di pennarello. Si invita il soggetto a riposizionare il braccio a lato del tronco e si procede con la rilevazione (senza comprimere i tessuti molli e mantenendo il metro perpendicolarmente all'asse longitudinale dell'arto, la cui muscolatura deve essere rilassata). Circonferenza media del braccio in adulti sani: MASCHI: 32 ± 5 cm - FEMMINE: 28 ± 6 cm

		Arruolamento	F. intensiva al termine	F. post- intensiva al termine	F. osservazionale al termine
Circonferenza del torace					
Circonferenza vita					
Circonferenza fianchi					
Circonferenza coscia					
Circonferenza polpaccio					
Circonferenza Braccio contratto					
Circonferenza braccio rilassato					
Test flessibilità	In piedi (distanza dito medio terreno)				
	In piedi (distanza C7- Sacro)				
	Seduto (distanza C7-sacro)				

Commenti e note

Nome cognome	Data di nascita	Tel
--------------	-----------------	-----

Scheda valutazione circonferenze – FLESSIBILITA'

Data. _____

- se si misurano gli arti, valutare sempre lo stesso lato del corpo;
- RILEVARE LE CIRCONFERENZE TRE VOLTE PER PUNTO e considerare la media aritmetica come valore reale;
- *La circonferenza del torace* viene misurata con il paziente in piedi, con le braccia rilassate ai lati del corpo; i palmi delle mani sono rivolti verso le cosce. La cordella metrica, flessibile ma anelastica, va posizionata appena al di sotto dei capezzoli nell'uomo e subito al di sotto delle mammelle nella donna
- *La circonferenza vita* viene misurata nel punto più stretto dell'addome – metà altezza tra la spina iliaca superiore e l'arcata costale
- *La circonferenza fianchi* viene misurata nel punto più largo dell'addome – all'altezza dei grandi trocanteri
- *La circonferenza coscia* viene misurata nella posizione di attenti ginnico, in piedi, ma caricando il proprio peso preferenzialmente sull'arto controlaterale (in modo da mantenere rilassata la muscolatura da esaminare). La circonferenza della coscia viene rilevata a livello della sua radice, vale a dire circa 1 cm al di sotto della piega glutea.
- *La circonferenza del polpaccio* viene misurata con le seguenti modalità: il soggetto esaminato si trova in posizione supina con il ginocchio piegato ad angolo retto. La circonferenza viene quindi misurata nel punto di maggior diametro del polpaccio. Un'altra tecnica di misurazione prevede che il soggetto si trovi in posizione seduta con la gamba che pende liberamente; anche in questo caso la misura viene rilevata a livello della circonferenza massima del polpaccio.
- *La circonferenza del braccio* viene misurata col soggetto in posizione eretta, le braccia pendenti liberamente ai lati del tronco ed il palmo delle mani è rivolto verso le cosce. La circonferenza del braccio dev'essere misurata esattamente a metà distanza tra acromion e olecrano, a gomito flesso di 90°, nel braccio non dominante. Di conseguenza, occorre localizzare il punto medio del braccio con il gomito flesso a 90° e con il palmo della mano rivolto in alto; una volta individuato (con l'ausilio nel nastro metrico), tale punto va contrassegnato con un tratto orizzontale di pennarello. Si invita il soggetto a riposizionare il braccio a lato del tronco e si procede con la rilevazione (senza comprimere i tessuti molli e mantenendo il metro perpendicolarmente all'asse longitudinale dell'arto, la cui muscolatura deve essere rilassata). Circonferenza media del braccio in adulti sani: MASCHI: 32 ± 5 cm - FEMMINE: 28 ± 6 cm

		Arruolamento	F. intensiva al termine	F. post- intensiva al termine	F. osservazionale al termine
Circonferenza del torace					
Circonferenza vita					
Circonferenza fianchi					
Circonferenza coscia					
Circonferenza polpaccio					
Circonferenza Braccio contratto					
Circonferenza braccio rilassato					
Test flessibilità	In piedi (distanza dito medio terreno)				
	In piedi (distanza C7- Sacro)				
	Seduto (distanza C7-sacro)				
Commenti e note					

INDAGINE ALIMENTARE qualitativa e quantitativa

Conoscere l'uso che il paziente fa del cibo e, se non salutare, facilitare con modalità cognitive⁽¹⁾ il suo cambiamento verso un uso nutrizionale secondo la nuova dieta mediterranea

⁽¹⁾La modalità cognitiva non cerca di risolvere i problemi del paziente e nemmeno tenta rispettosamente di aiutarlo a risolverli; invece lo aiuta a capire come mai lui ha questo problema

orari, condizioni ambientali, velocità di consumo dei cibi, sensazioni regolatorie del consumo alimentare

gusto sì no fame sì no sazietà sì no

COLAZIONE (ore = _____ dove = _____ durata = _____)

META' MATTINA (ore = _____ dove = _____ durata = _____)

PRANZO (ore = _____ dove = _____ durata = _____)

META' POMERIGGIO (ore = _____ dove = _____ durata = _____)

CENA (ore = _____ dove = _____ durata = _____)

DOPO CENA (ore = _____ dove = _____ durata = _____)

CONSUMO ALIMENTARE NOTTURNO: no sì

Olio no sì (n° cucchiaini _____) Zucchero no sì (n° cucchiaini _____)

Vino no sì _____ n° bicchieri /die/sett Birra no sì _____ n° bicchieri /die/sett

Superalcolici no sì _____ n° bicchierini/die/sett

Latte no sì _____ n° tazze/die Dolci no sì _____ n° porzioni/die/sett

Bevande zuccherate no sì _____ n° bicchieri/die/sett

Porzioni di verdura _____ n°/die/sett Porzioni di frutta _____ n°/die/sett

Pasto più abbondante: colazione pranzo cena interprandiale

Pasti (Col-Pranz-Cena) consumati/sett. fuori casa: no sì n° ____ / settimana

Come percepisce/considera il suo apporto alimentare? :

Scarsissimo - Scarso - Normale - Abbondante - Molto abbondante

CONSUMO ALIMENTARE DISFUNZIONANTE (perdita di controllo e stati emozionali relativi)

- impulso a mangiare perdendo il controllo sulla quantità/qualità del cibo ingerito - no sì
- assumere cibo troppo rapidamente - no sì
- mangiare fino a sentirsi eccessivamente pieni - no sì
- ingurgitare grandi quantità di cibo anche senza fame - no sì
- mangiare soli per la vergogna della quantità di cibo che si sta assumendo - no sì
- senso di colpa e di disgusto intensi ed umore rabbioso o depresso - no sì

SINTESI Nutrizionale:

CALORIE TOTALI presunte consumate/die _____

errori quantitativi iperproteici	no	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	_____
errori quantitativi iperlipidici	no	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	_____
errori quantitativi iperglucidici	no	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	_____
basso contenuto fibre	no	<input type="checkbox"/>	sì	<input type="checkbox"/>	_____

ANALISI COMPOSIZIONE CORPOREA = Impedenziometria

PLICOMETRIA _____

Note di CompAIDisf no sì _____

TERAPIA NUTRIZIONALE

(secondo condizioni soggettive/oggettive e indirizzi della nuova dieta mediterranea):

Metabolismo Basale (Harris-Benedict) = _____

Maschi = $66 + (13,7 \times \text{peso}) + (5 \times \text{altezza in cm}) - (6,8 \times \text{età})$

Femmine = $655 + (9,6 \times \text{peso}) + (1,8 \times \text{altezza in cm}) - (4,7 \times \text{età})$

Fabbisogno calorico medio = (20-35 kcal/Kg peso) = 27 kcal x Kg (peso attuale) _____

Programma alimentare Kcal. _____

DIARIO Comportamento Alimentare _____

INDAGINE ALIMENTARE EMOTIVA LsG

(da somministrare ad una tappa iniziale della fase intensiva dell'analisi del diario alimentare)
identità, ruolo, bisogni del paziente coincidono?

Con modalità empatiche (calarsi umilmente nella condizione altrui, rimanendo consapevole della propria identità) e con curiosità terapeutica, non giudicante, porre al paziente le seguenti domande

Cosa ne pensa della possibilità che il cibo sia gratificante? ascolto Ritiene di SI o NO

Cosa ne pensa della possibilità che il cibo sia ansiolitico? ascolto Ritiene di SI o NO

Cosa ne pensa della possibile difficoltà a parlare del proprio
comportamento alimentare? ascolto Ritiene di SI o NO

Cosa ne pensa della possibilità che il proprio comportamento
alimentare sia obesigeno ? ascolto Ritiene di SI o NO

Cosa ne pensa della possibilità che le situazioni ambientali,
alimentari e non, siano obesigene ? ascolto Ritiene di SI o NO

Svolge attività ricreative?: NO SI _____

Cosa ne pensa della sua attività lavorativa? ascolto
è soddisfacente? Ritiene di SI o NO

Cosa ne pensa delle sue relazioni familiari? ascolto
sono soddisfacenti? Ritiene di SI o NO

Autostima psico/intellettuale = da 1 a 10 = _____ fisico/estetica = da 1 a 10 = _____

Si sente capace di seguire un programma alimentare?: SI NO _____

Ritiene di avere disponibile supporto familiare/amicale?: SI NO _____

Svolge/ha svolto attività fisica nel tempo libero: NO SI _____

Obiettivi:

- Quanti Kg vorrebbe perdere = Kg _____ = _____% del peso attuale

- In quanto tempo: _____

- Motivazioni: _____

- Ostacoli: _____

SCHEDA MONITORAGGIO COMPORTAMENTO ALIMENTARE
secondo nuova dieta mediterranea e DCA

COGNOME/NOME _____

	Arruolamento		F. intensiva (termine)				F. post-intensiva (termine)				F. osservazionale (termine)			
	si	no	si	no	+	-	si	no	+	-	si	no	+	-
Nuova dieta mediterranea														
Cereali integrali ad ogni pasto (pasta, pane, fette biscottate, crackers, riso, farro, orzo, kamut, segale)														
Grassi vegetali ad ogni pasto (olio d'oliva extravergine, pesce, frutta secca oleosa con guscio, come noci, mandorle, nocciole, pinoli...)														
Frutta (2-3 porzioni al giorno)														
Vegetali (in abbondanza)														
Frutta secca e legumi (1-3 porzioni al giorno)														
Pesce pollame uova (0-2 porzioni al giorno)														
Alimenti ricchi di calcio (1-2 porzioni al giorno)														
Carni rosse e burro (con moderazione)														
Cereali raffinati (pane pasta riso) patate dolci (con moderazione)														
NOTE di CAD														
impulso a mangiare perdendo il controllo sulla quantità/qualità del cibo ingerito														
assumere cibo troppo rapidamente														
mangiare fino a sentirsi eccessivamente pieni														
ingurgitare grandi quantità di cibo anche senza fame														
mangiare soli per la vergogna della quantità di cibo che si sta assumendo														
senso di colpa e di disgusto intensi ed umore rabbioso o depresso														

Prescrizione *Esercizio Fisico* (secondo AHA, 2009)

Data: _____

Obiettivo: raggiungere gradualmente la dose di
150'/sett. al 35-69% della Fcmax (208 - 0.7 x età)
o 90'/sett al 70-89% (per pz. allenati e dopo test ergometrico)
+ 60'/sett. al 30-69% di 1RM* (dopo la 7^a- 15^a sessione)

* 2-4 set di 8-10 ripetizioni, con 1-2 minuti di recupero tra i sets, ad un peso che non può essere sollevato più di 8-10 volte.

Cognome Nome _____		sedentario <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	nato/a il _____	Kg _____	BMI _____	Telefono _____
FC riposo (media di 3)	FC max Tanaka _____	45-60% Fc max _____	60-70% Fc max _____	Età _____	h/cm _____	c/v _____
Scala di BORG (6-20)		11-13 Borg molto legg.	14-16 Borg un po' pesante			Schema alimentare (di kcal) _____
Sintesi Diagnostica				Terapia		
Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		Dislipidemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		BETABLOCCANTI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Diabete mellito <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				ALTRI ANTIPERTENSIVI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Obesità <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				IPOGLICEMIZZANTI		
Cardiovascolopatie <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				secretagoghi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Disabilità motorie <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				insulina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
				insulinosensibili <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
				IPOLIPEMIZZANTI <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
LIVELLO 1 ^a INT = 01 ^a -06 ^a accesso - ipertrofia memoria muscolo-articolare _____						
LIVELLO 2 ^a INT = 09 ^a -14 ^a accesso - sveglia memoria cardiometabolica _____						
LIVELLO 3 ^a INT = 15 ^a -16 ^a accesso - test sub-massimali _____						
LIVELLO 4 ^a INT = 17 ^a -26 ^a accesso - ovvia EF mista, aerobica e contro resistenza, ad intensità graduale _____						
LIVELLO 5 ^a PINT = 01 ^a > 15 ^a accesso - Esercizio fisico misto ad intensità graduale _____						
LIVELLO 6 ^a PINT = 16 ^a > 26 ^a accesso - EF mista + EF domiciliare prescritto _____						

TIPO di Esercizio Fisico	Frequenza /sett	Intensità %Fcmx/Scala Borg	Durata /min	Recupero Attivo (A)/Passivo(P)
Riscaldamento <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Flessibilità <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Respirazione <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Propriocezione <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Di Forza (contro resistenza) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
TEST SUBMASSIMALE* <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
II _____				
AASS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
AAll <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Toraco - Addomino - Lombare <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Aerobico (cardiorespiratorio/endurance) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
I: SUBMASSIMALE (<85% Fcmx /15 Borg) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
II _____				
Tapis roulant <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Bike <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Bike reclain <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Nordic Walking/Podismo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Acquagym <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				
Stiramento/allungamento <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>				

_____ timbro e firma

Cognome Nome

età

DOSE di Esercizio Fisico **dalla 1° alla 8° sessione**

LIVELLO 1° - INTENSIVO risveglio memoria muscolo-articolare

	1° data	2° data	3° data	4° data	5° data	6° data	7° data	8° data	
Sessione 1°>8° 70'	EF 1° Risc/Fless/Resp/Prop Borg = 2-4 Tanaka <50%	EF 3° Aerobico Borg = 5-7 Tanaka = 60-70%	EF 4° Allungam. Muscolare	EF 3° Piscina	EF Isotonico/Isometrico 2°				
					M I N	Carico kg = % RP	Ripetizio ni n°	Serie n°	Recu pero (sec.)
1-8	45'	15'	10'	0	0	0	0	0	

Cognome Nome						età					
DOSE di Esercizio Fisico dalla 9° alla 14° sessione											
LIVELLO 2° - INTENSIVO <i>risveglio memoria cardiometabolica</i>											
9° data		10° data		11° data		12° data		13° data		14° data	
Sessione 9°>14	EF 1° Risc/Fless/Resp/Prop Borg = 2-4 Tanaka <50%		EF 3° Aerobico Borg = 5-7 Tanaka = 60-70%		EF 4° Allungam. muscolare	EF 3° Piscina	EF Isotonico/Isometrico 2°				
	70'						M I N	Carico kg = % 1RM	Ripe ti zioni n°	Se rie n°	Recu pero Attivo Passivo
9-12	25'		20'		10'	(30')	15'	2-10Kg	10	2	30" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
13-14	20'		25'		10'	(30')	15'	=/+ 2-10Kg	10	2	1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P

Cognome Nome					età			
DOSE di Esercizio Fisico dalla 15° alla 16° sessione								
LIVELLO 3° - INTENSIVO <i>test submassimali</i>								
15° data					16° data			
Sessione 15°>16°	EF 1° Riscaldamento Borg = 2-4 Tanaka <50%	EF 3° Aerobico Borg = 5-7 Tanaka = 70-75%	EF 4° Allungam. muscolare	EF 3° Piscina	EF Isotonico/Isometrico 2°			
					M I N	Carico kg = % RP	Ripetizioni n°	Recu pero (sec.)
70'								
durata 2 Km Walking test	5-10'	2 Km Walking test PAO Fc sO2 Pre/In/Post	5-10'	0	0	0	0	0
TEST MASSIMALI INDIRETTI		0		0	submassimale		n° 8-10	Att.
<p>- Calcolo della forza massimale teorico secondo l'equazione di Brzycky : carico massimale teorico = carico sollevato / 1,0278 - (0,0278 x N° ripetizioni effettuate) (ricerca del massimo numero di ripetizioni possibili – max 8/10 AHA 2009 - con un carico submassimale - Recupero attivo tra i segmenti muscolo-articolari esaminati) - PAO Fc sO2 Pre/In/Post -</p> <p>- Per il test degli addominali si userà il metodo delle ripetute ad esaurimento</p> <p>- COMPILAZIONE SCHEDA – vedi allegato</p>								

Cognome Nome					età					
DOSE di Esercizio Fisico dalla 17° alla 26° sessione										
LIVELLO 4° - INTENSIVO - <i>avvio EF misto, aerobico e contro resistenza, ad intensità graduale</i>										
17° data		18° data		19° data		20° data		21° data		
22° data		23° data		24° data		25° data		26° data		
Sessione	EF 1°		EF 3°	EF 4°	EF 3°	EF Isotonico/Isometrico 2°				
17°>26	Risc/Fless/Resp/Prop Borg = 2-4 Tanaka <50%		Aerobico Borg = 5-7 Tanaka = 60-70%	Allungam. muscolare	Piscina	M N	Carico kg = % 1RM	Ripe ti zioni n°	Se rie n°	Recu pero Attivo Passivo
75'										
17-21	10'		30'	10'	(40')	20'	40%	12	3	1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
22-26	10'		30'	10'	(40')	20'	40%	15	3	1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P

Cognome Nome					età									
DOSE di Esercizio Fisico dalla 1° alla 15° sessione Post-Intensiva <i>LIVELLO 5° - POSTINTENSIVO - <u>Esercizio fisico misto ad intensità graduale</u></i>														
1° data		2° data		3° data		4° data		5° data		6° data				
7° data		8° data		9° data		10° data		11° data		12° data				
13° data		14° data		15° data										
Sessione 1°>15° 75'	EF 1° Risc/Fless/Resp/Prop Borg = 2-4 Tanaka <50%			EF 3° Aerobico Borg = 5-7 Tanaka = 60-70%		EF 4° Allungam. muscolare		EF 3° Piscina		EF Isotonico/Isometrico 2°				
	M I N	Carico kg = % 1RM	Ripe ti zioni n°	Se rie n°	Recu pero Attivo Passivo									
1-8	10'			35'		10'		(45')		20'	50%	12	3	1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
9-15	10'			35'		10'		(45')		20'	50%	15	3	1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P

Cognome Nome					età								
DOSE di Esercizio Fisico dalla 16° alla 26° sessione Post-Intensiva													
LIVELLO 6° - POSTINTENSIVO - <u>EF misto + EF domiciliare prescritto</u>													
16° data		17° data		18° data		19° data		20° data		21° data			
22° data		23° data		24° data		25° data		26° data					
+16Aer domic		+17Aer domic		+18Aer domic		+19Aer domic		+20Aer domic		+21Aer domic			
+22Aer domic		+23Aer domic		+24Aer domic		+25Aer domic		+26Aer domic					
Sessione 16°>26 75'	EF 1° Risc/Fless/Resp/Prop Borg = 2-4 Tanaka <50%		EF 3° Aerobico Borg = 5-7 Tanaka = 60-70%		EF 4° Allungam. muscolare		EF 3° Piscina		EF Isotonico/Isometrico 2°				
	M I N	Carico kg = % 1RM	Ripe ti zioni n°	Se rie n°	Recu pero Attivo Passivo								
16-26	10'		40'		10'		(50')		20'	50%	15	3	1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
+ 16-26 Aer domic	10' domic		50' domic		10' domic		(50') domic						1-2' <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P

DATA _____		TAPPE MISURE PROGETTO LsG											
Sia. _____		NATO IL _____											
		Arruola menta Data		1° trimestre Data			2° trimestre Data			4° trimestre Data			
Visita Medica													
ECG				no			no						
PAO sist/diast (media 2 rilev. a riposo)													
FC (a riposo x 1')													
Analisi Alimentare				Compart. Alim.			Compart. Alim.			Compart. Alim.			
Analisi motoria				Abilità motorie			Avviamento AF domiciliare			Incremento AF domiciliare			
Esami ematici	Glicemia												
	Insulinemia												
	HbA1c (se diabete)												
	Col Tot/ HDL-C												
	Trigliceridi												
	ALT/GGT												
Terapia farmacologica	Antipertensivi (no/si/-/+/=)		no	si	+	-	=	+	-	=	+	-	=
	Ipoglicemizzanti (no/si/-/+/=)		no	si	+	-	=	+	-	=	+	-	=
	Ipolipemizzanti (no/si/-/+/=)		no	si	+	-	=	+	-	=	+	-	=
Parametri antropometrici	Peso	BMI											
	Alt.												
	C/V (punto di mezzo tra ultima costa e cresta iliaca)												
	CC/AA (coscia, gamba, braccio)												
	Bioimpedenziometria (in programma)												
	LTPA/ METs/sett				no								
	Walking test				no								
SF-36				no									
Colloquio	motivazionale individuale												
	motivazionale di gruppo (proposto)												

Parametri	Tempi
Visita medica sec. LsG	T0-T3
Indagine Alimentare medica emotiva sec LsG	T0
ECG	T0-T3
Indici ematici metabolici	T0-T1-T2-T3
Fc a riposo (autorilevata)	T0-T1-T2-T3
Indagine Attività Motoria (?)	T0-T3
Valutazione parametrici antropometrici e abilità motoria	T0-T3
Indagine Alimentare qualitativa e quantitativa	T0
Diario Alimentare	T>>
SF-36	T0-T2-T3
Terapia farmacologica (ipotensiva, ipoglicemica ipolipemica)	T>>

STAFF DEL PROGETTO LIFESTYLE GYM

MEDICO *endocrinologo/diabetologo*
post-scrittore

Coordina, visita e “prescrive”

Dottore in Scienze Motorie
Istruttore Esercizio Fisico

Elabora e somministra l'esercizio fisico, coordinato e strutturato da un docente della Facoltà di Scienze Motorie

Dottore in Dietistica
Educatore Istruttore alimentare

Elabora il programma alimentare ed assiste e monitorizza il paziente nella sua applicazione

Paziente
dottore dei propri interessi/bisogni

Produce il “farmaco” esercizio fisico ed induce una offerta di prestazione di qualità

MODALITA' di ARRUOLAMENTO

**MMG
e/o
Medico Specialista**



**Obeso
Iperteso
Dislipidemico
Diabetico tipo 2**

Criteri di inclusione

- pazienti affetti da DMT2 e/o Sindrome Metabolica - secondo i criteri IDF (centrati sull'obesità viscerale)
- pazienti di età >18
- pazienti senza limiti di durata di malattia
- capacità di cammino prolungato senza assistenza
- BMI ≥ 27 Kg/m²
- senza limitazioni terapeutiche all'arruolamento

Criteri di esclusione

storia clinica o evidenza all'esame obiettivo di condizioni che limitino o controindichino l'esercizio, ovvero:

- disfunzioni del sistema nervoso centrale (emiparesi, mielopatie, atassia cerebellare);
- disfunzione vestibolare;
- deformità muscolo-scheletriche significative (amputazione, dismetrie, scoliosi grave);
- artropatia o dolore agli arti inferiori;
- ulcere plantari;
- retinopatia pre-proliferante o proliferante;
- malattia cardiovascolare grave, con particolare riferimento ad angina ed ipotensione posturale definita come una caduta della PA >20 mmHg sistolica o >10 mmHg per la diastolica in risposta a cambiamenti della postura da supina ad eretta.

MODALITA' di ARRUOLAMENTO e di ACCESSO - T0/T1

MMG
e/o
MSp

- Illustra e/o propone, riceve adesione LsG
- Compila richiesta visita Endocrinologica per "inserimento progetto LsG"



Paziente
Segreteria
CAD

- telefona al CAD 0541 705036 (9-13 Lun-Ven) per inserimento in lista di attesa progetto LsG
- Verrà contattato per appuntamento visita medica LsG

Medico e
Dietista
LsG

- Medico = Visita (+ accertamenti) e arruola il paziente sec. criteri Incl/Escl – programma accoglienza del paz. in palestra
- Dietista = indagine conoscitiva comportamento alimentare

Paziente
I.EF LsG
Medico
Dietista

- Viene accolto in Palestra dagli Operatori LsG per la presentazione struttura
- Riceve la valutazione motoria, l'SF-36, il programma alimentare e di attività fisica, indagine alimentare emotiva, il calendario appuntamenti in palestra
- Paga - per palestra, I.EF, follow-up comport.Alim. - alla Reception Palestra 10 € ad accesso (x 26/3 mesi /Int + 26/3 mesi /post-Int)

MODALITA' di svolgimento LsG IN PALESTRA - T2 (merc. pom/sab.matt) MODULO di 10-12 Pz x 2.5h

MEDICO
DIETISTA
PAZIENTE

- AMBULATORIO 1 e 2 Monitoraggio = PAO Fc s02 c/v, anamnesi soggettiva, revisione terapia, consegna diario alimentare,
- ANTIAMBULATORIO = DTX, Peso

MEDICO
PAZIENTE
ISTRUTTORE EF

- PALESTRA : assistenza somministrazione EF (75') con eventuale monitoraggio di PAO, s02 Fc DTX – supervisione modalità esecuzione EF

Dietista

- AMBULATORIO 2 = Analisi Diario Alimentare

MEDICO
DIETISTA
PAZIENTE

- AMBULATORIO 1 e 2 = risposte alimentare - qualitativa quantitativa ed emotiva - motoria e farmacologica - richiesta esami ematici a 3 mesi (Intensiva) e 6 mesi (post-Intensiva)



MODALITA' di follow-up in CAD - T3 (martedì)

MODULO 12 Pz/6h

MEDICO
PAZIENTE
TRIMESTRE
Fase INT

- AMBULATORIO CAD = visione esami ematici alla **13°** settimana, misurazione presenze/aderenza -Valutazione clinica antropometrica

MEDICO
PAZIENTE
SEMESTRE
Fase POSTINT

- AMBULATORIO CAD = visione esami ematici alla **26°** settimana, misurazione presenze/aderenza -Valutazione clinico antropometrico sierologica alla 26° settimana, relazione finale, stimolo LTPA, appuntamento controllo clinico a 3 mesi e 6 mesi "Osservazionali"

I.EF
Dietista
Pz./Utente
Fase OSSERV.

- PALESTRA = libera contrattazione attività fisica/educazione alimentare, non medicalizzate, tra pz/utente e Team Palestra - I.EF Dietista Gestore -

MEDICO
PAZIENTE
Fase OSSERV..

- AMBULATORIO CAD = valutazione clinico antropometrica "osservazionale" a 3 e 6 mesi > conclusione del progetto LsG con riserva di disponibilità secondo i percorsi clinici specialistici usuali



Struttura (SPAZI di Servizio) Lifestyle Gym

Ambulatorio medico	Valutazione clinica e strumentale: Arruolamento Analisi parametri Pre/In/Post Esercizio fisico Colloquio motivazionale
Ambulatorio di dietologia – "cibo affettivo" -	INDAGINE ed analisi del comportamento alimentare e degli eventi emozionali ad esso correlati – Monitoraggio ed educazione comportamento alimentare salutare
Ambulatorio di antropometria e abilità motoria	INDAGINE ed analisi delle abilità motorie, test di flessibilità, misure antropometriche, programmazione dei test di performance fisica
Sala Esercizio corpo libero Piscina	Somministrazione esercizio fisico a corpo libero (<i>di flessibilità, di equilibrio, aerobici, di resistenza/forza</i>) e suo monitoraggio
Sala Esercizio con attrezzi	Somministrazione esercizio fisico con attrezzi

Cognome nome						altezza	Data di nascita	telefono			
Diagnosi						Terapia/data					
Terapia/data						Terapia/data					
data											
Disturbi?											
Peso											
C/V											
DTX pre											
DTX In/post											
PAO pre											
PAO In/post											
S02 pre											
S02 In/post											
Fc pre											
Fc In/post											

Esercizio fisico domicilio - Podismo

≥ 3 volte Settimana	Cammino lento = 50% </bpm	Stretching e mobilità articolare	Cammino veloce – corsa > 60 < 70%/bpm In progressione	Cammino lento = 50%< /bpm	Stretching	Freq.card. a riposo/ distanza
1° settim.	5-7' min.	8-10'	20' minuti	5-7' min.	10'	
2°	5-7'	8-10'	25'	5-7'	10'	
3°	5-7'	8-10'	30'	5-7'	10'	
4°	5-7'	8-10'	35'	5-7'	10'	
≥ 3 volte Settimana	Cammino lento = 50% </bpm	Stretching e mobilità articolare	Cammino veloce – corsa > 60 < 75%/bpm In progressione	Cammino lento = 50%< /bpm	Streching	Freq.card. riposo/ distanza
5°	5-7'	8-10'	35'	5-7'	10'	
6°	5-7'	8-10'	40'	5-7'	10'	
7°	5-7'	8-10'	45'	5-7'	10'	
8°	5-7'	8-10'	50'	5-7'	10'	

LIFESTYLE GYM



DATA _____

Nome _____

APPUNTAMENTI :

_____ ore _____

Anni _____

_____ ore _____

Fc a riposo _____

INTENSITA' EF prescritta

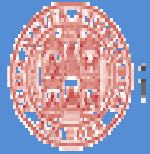
TERAPIA IN CORSO

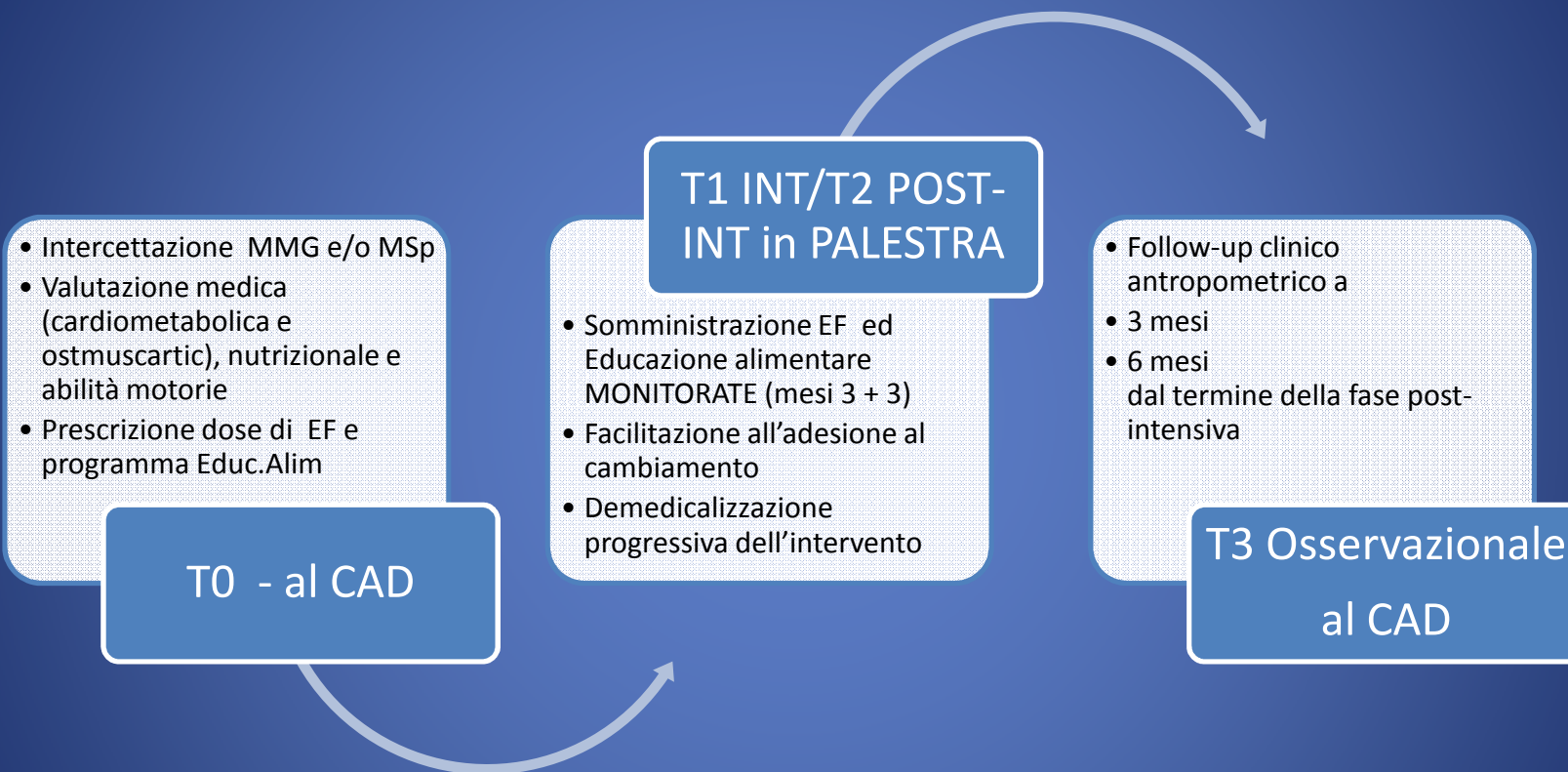
- Betabloccanti
- altri Antipertensivi
- Ipoglicemizzanti
- Insulina

Fc riattiv. x 5-10' _____

Fc allen. x _____

Fc defatic x 5-10' _____





Analisi descrittiva

Variazioni statisticamente significative

A 3/6 mesi

- Peso (-4/-5 kg),
- BMI (-2/-2 Kg/m²),
- circonferenza vita (-3/-3cm),
- PA sistolica (-5/-5 mmHg),
- PA diastolica (-4/-4 mmHg)

A 3 mesi

- HbA1c (-0.5%)

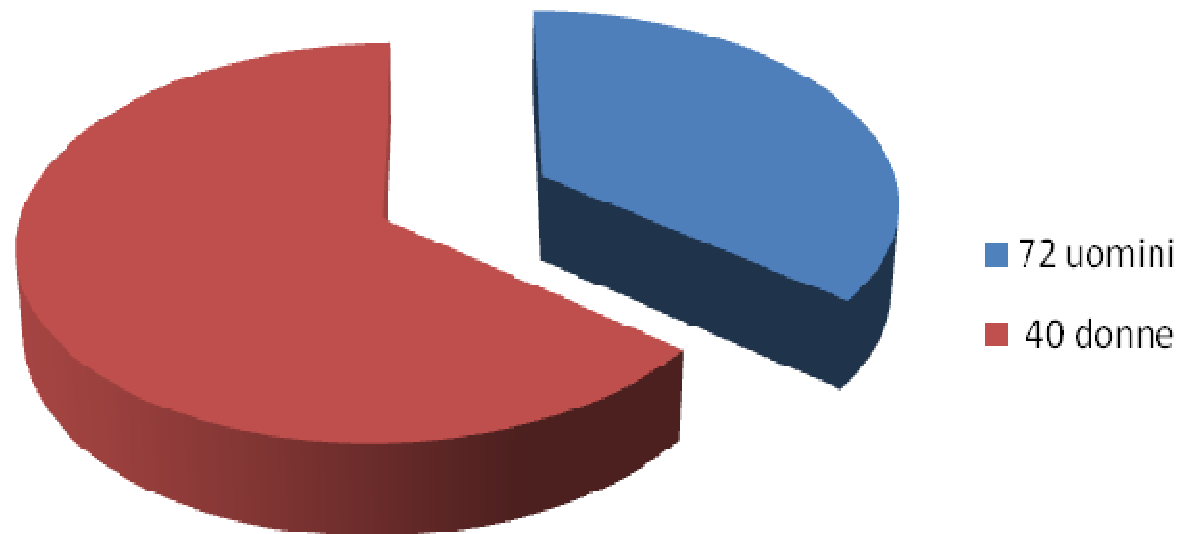
A 6 mesi

- HDL-C (+4mg/dl)

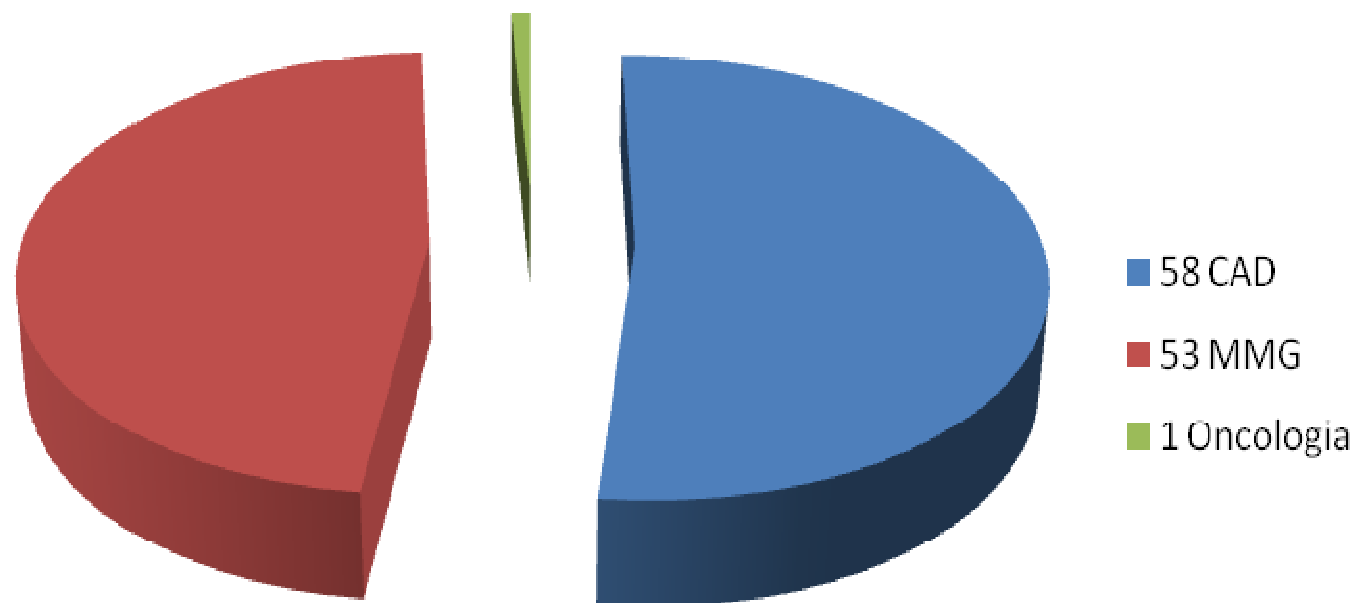
Variazioni Statisticamente non significative

- Colesterolo totale
- LDL-C
- Trigliceridi.

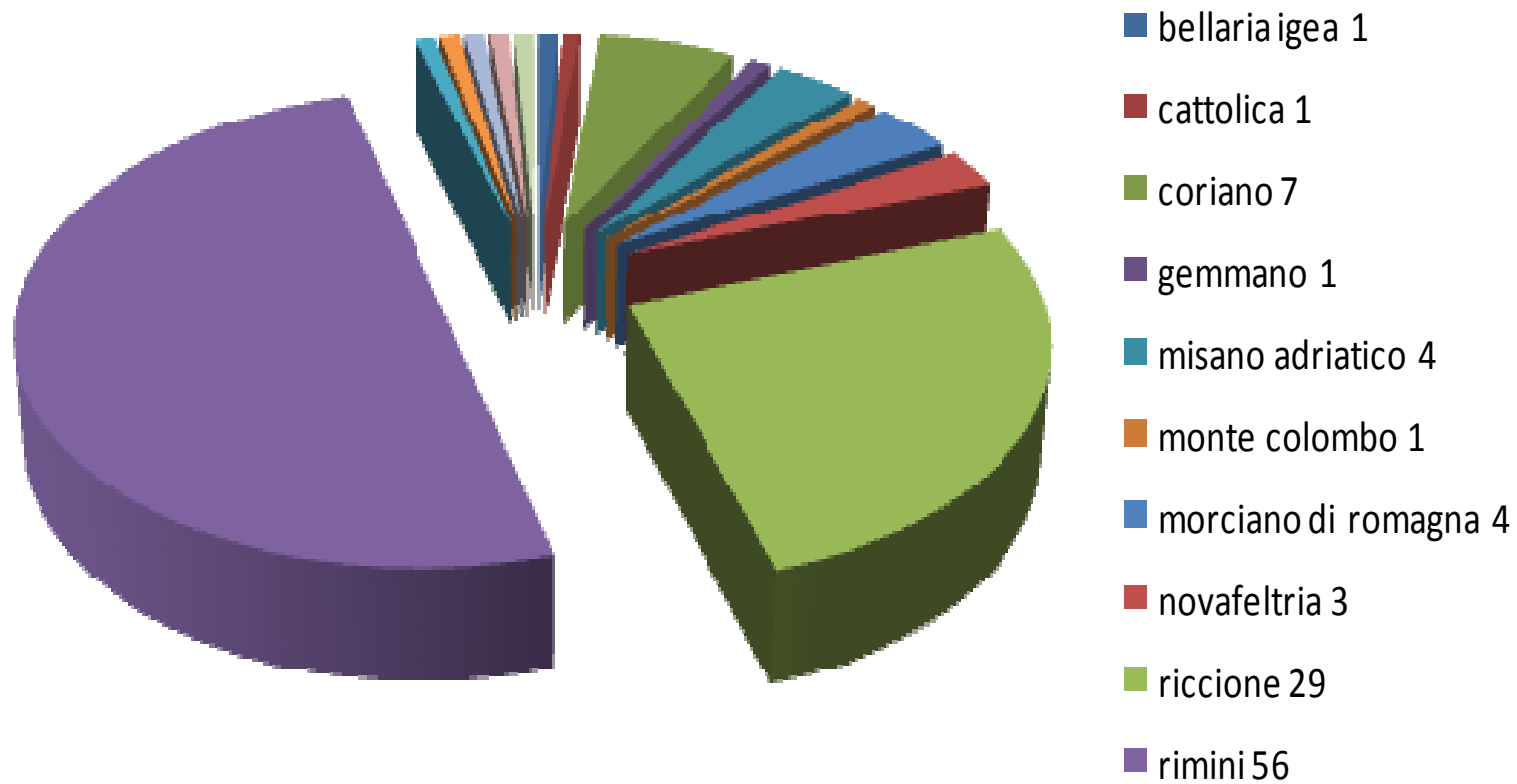
112 Soggetti



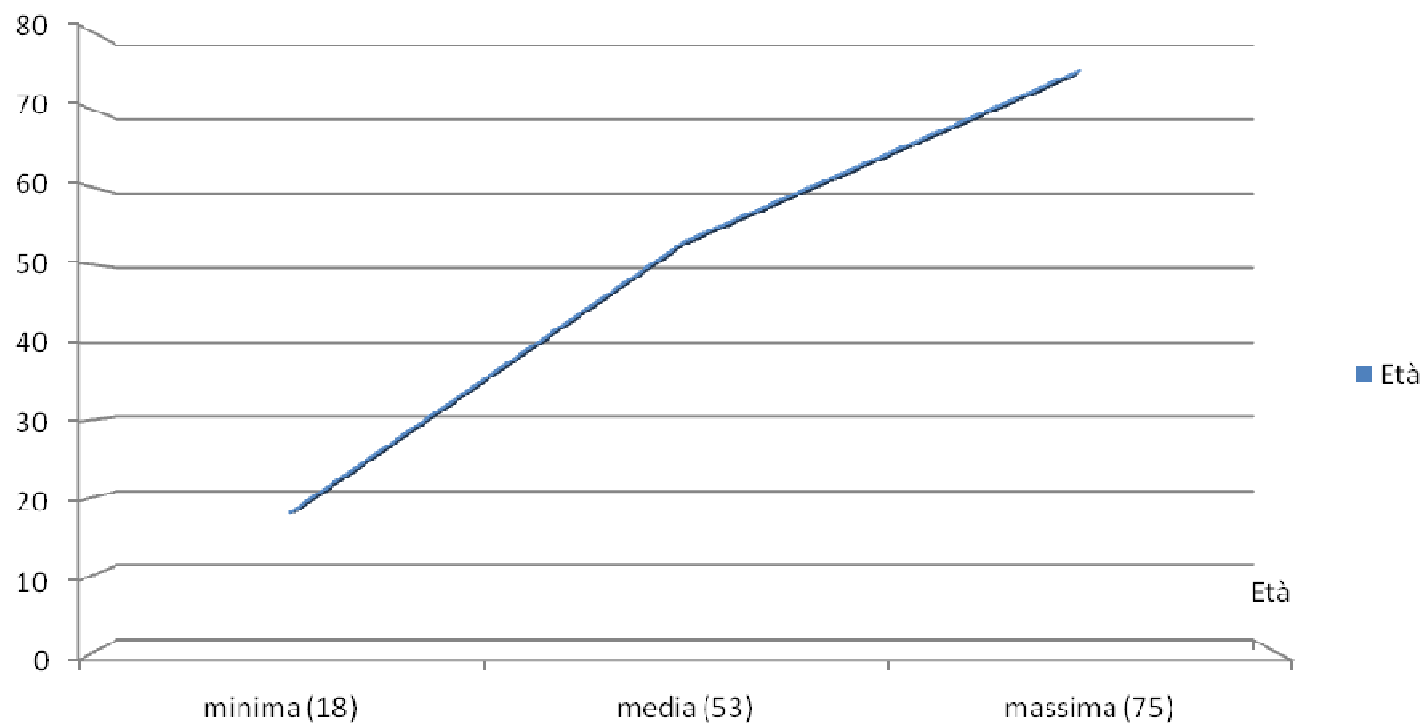
U.O. di provenienza



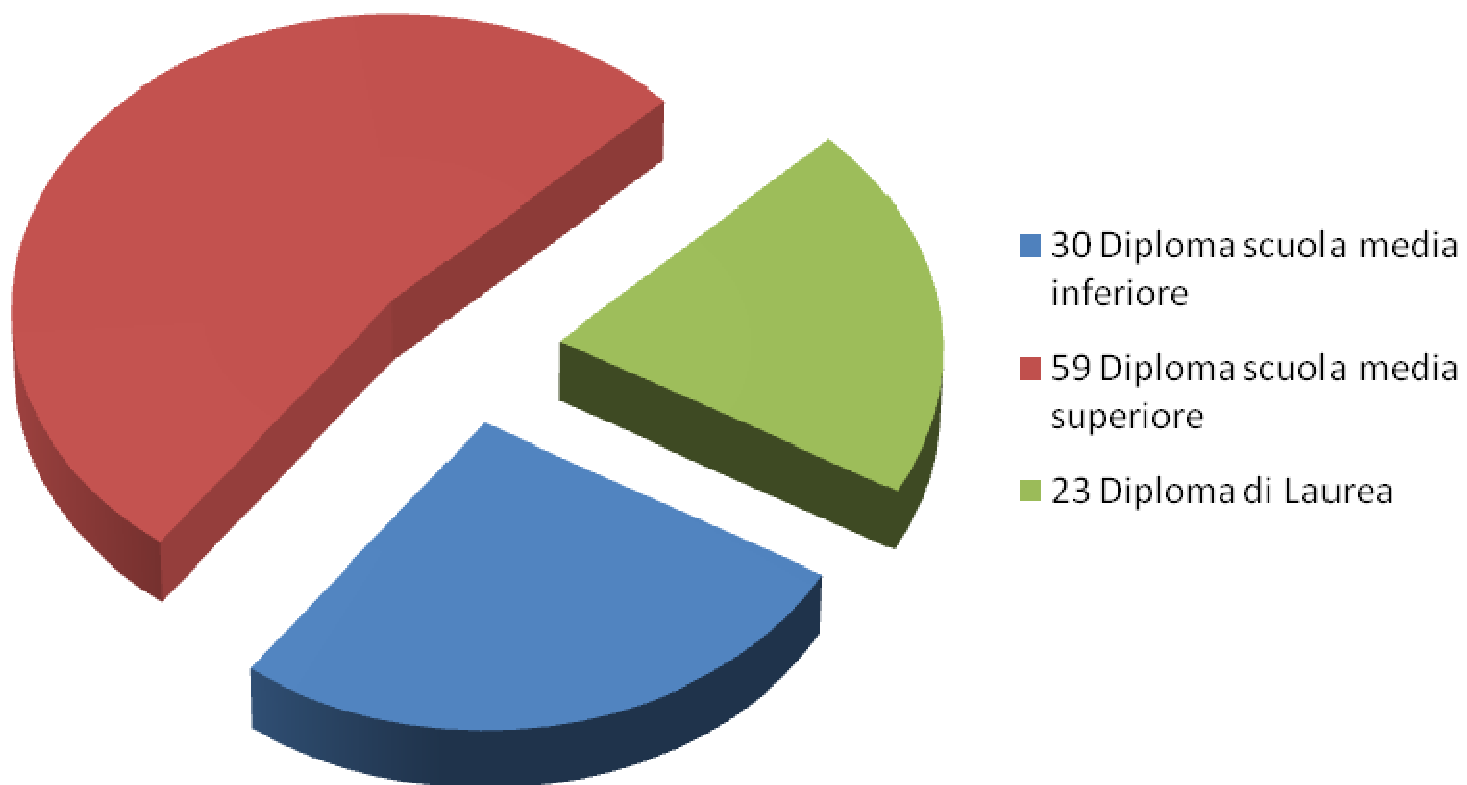
ZONA di provenienza



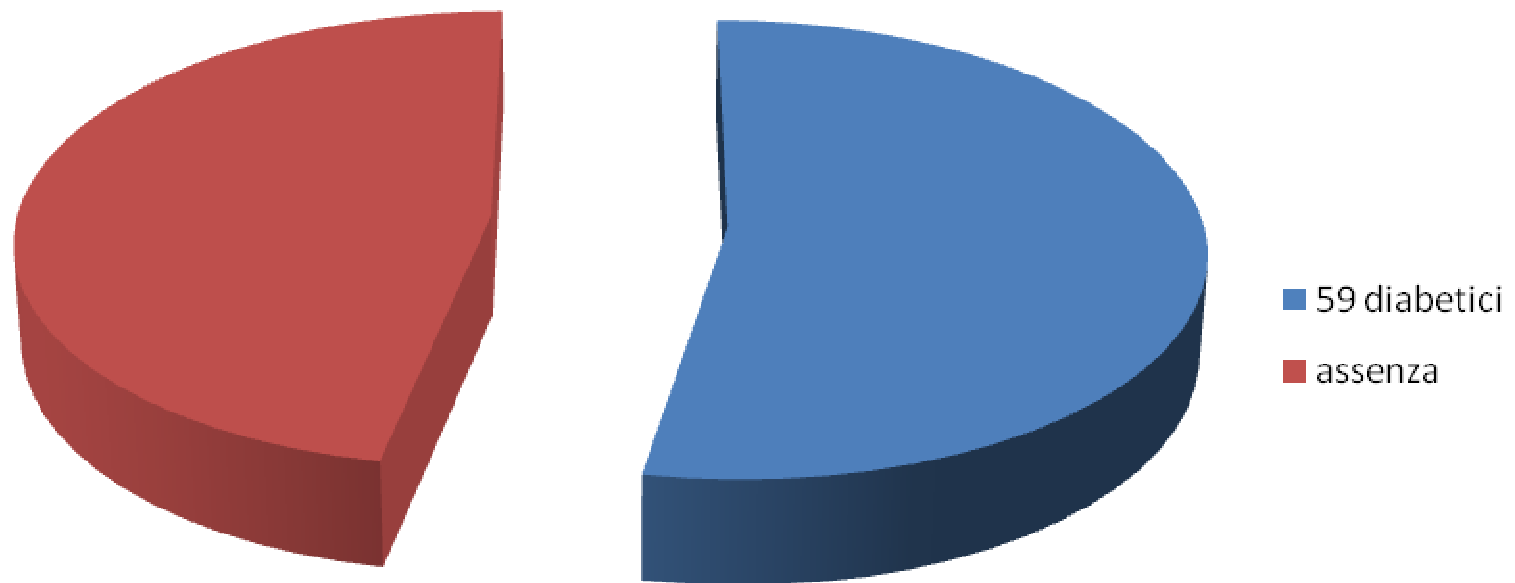
Età



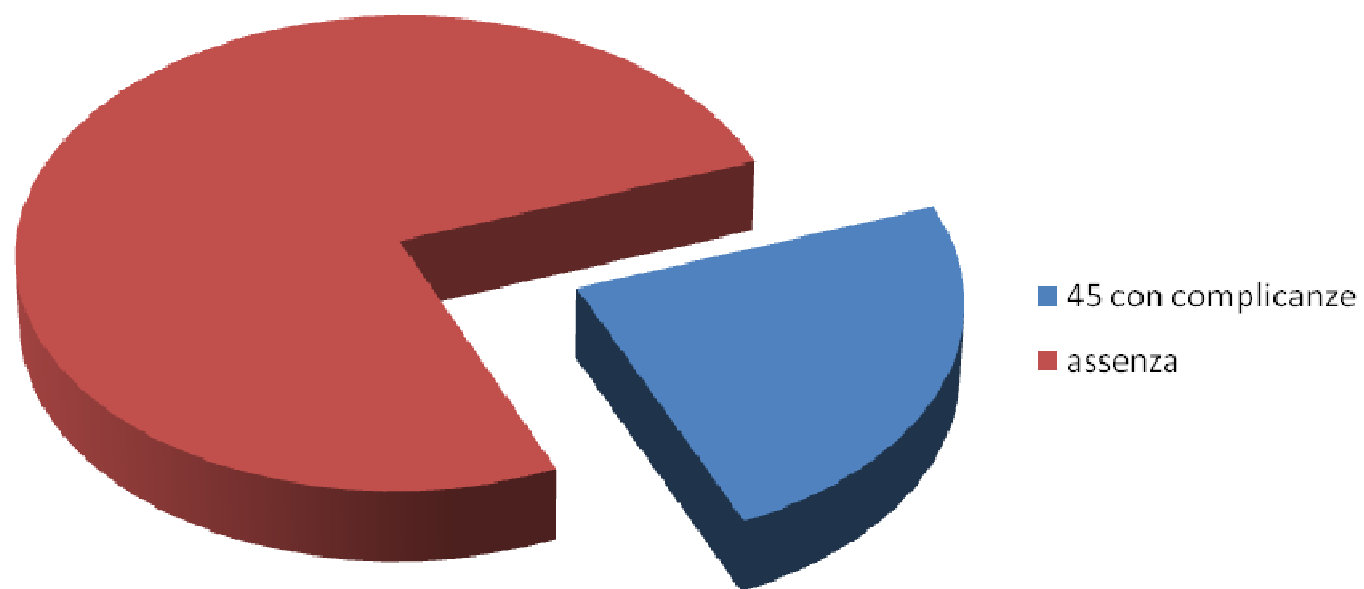
Istruzione



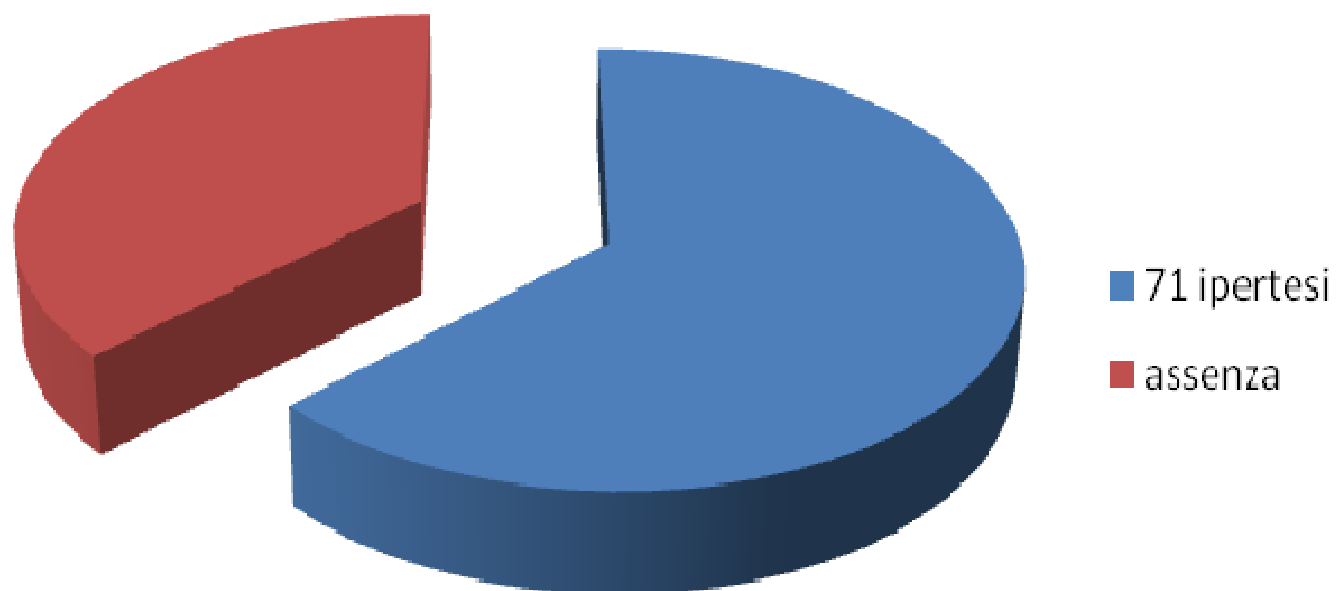
Diabete



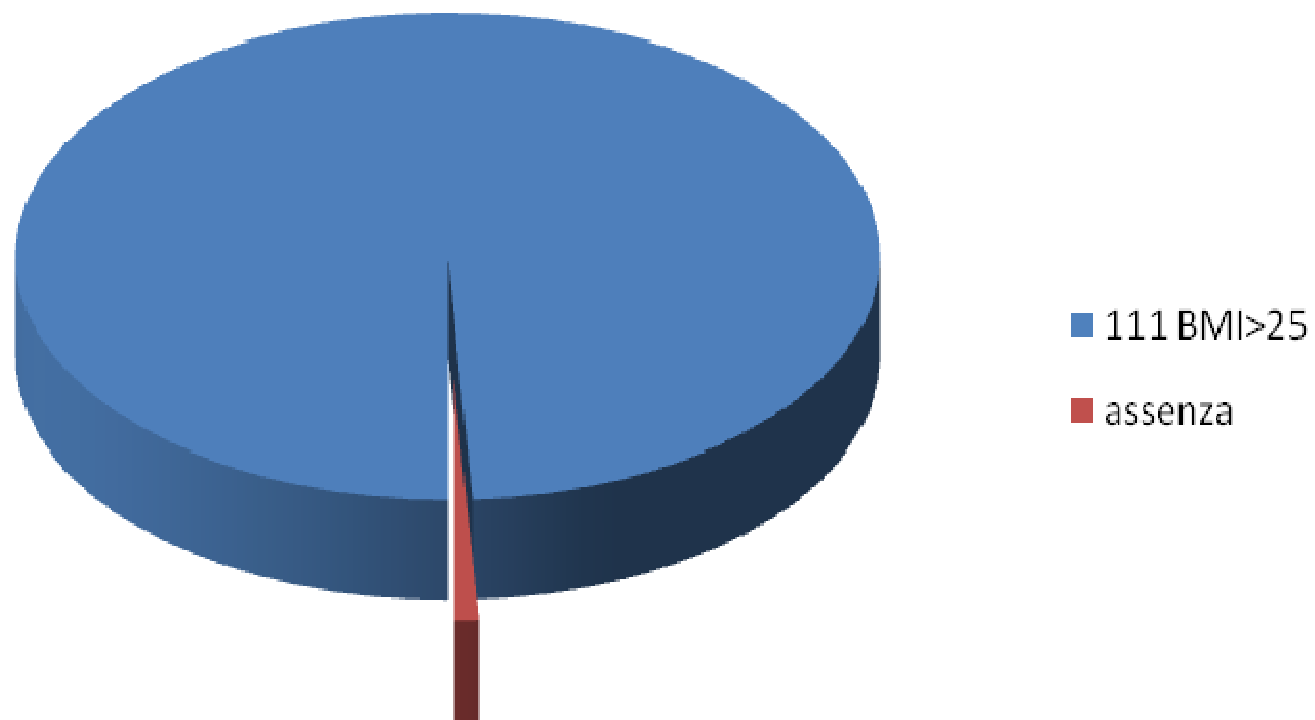
Complicanze diabetiche



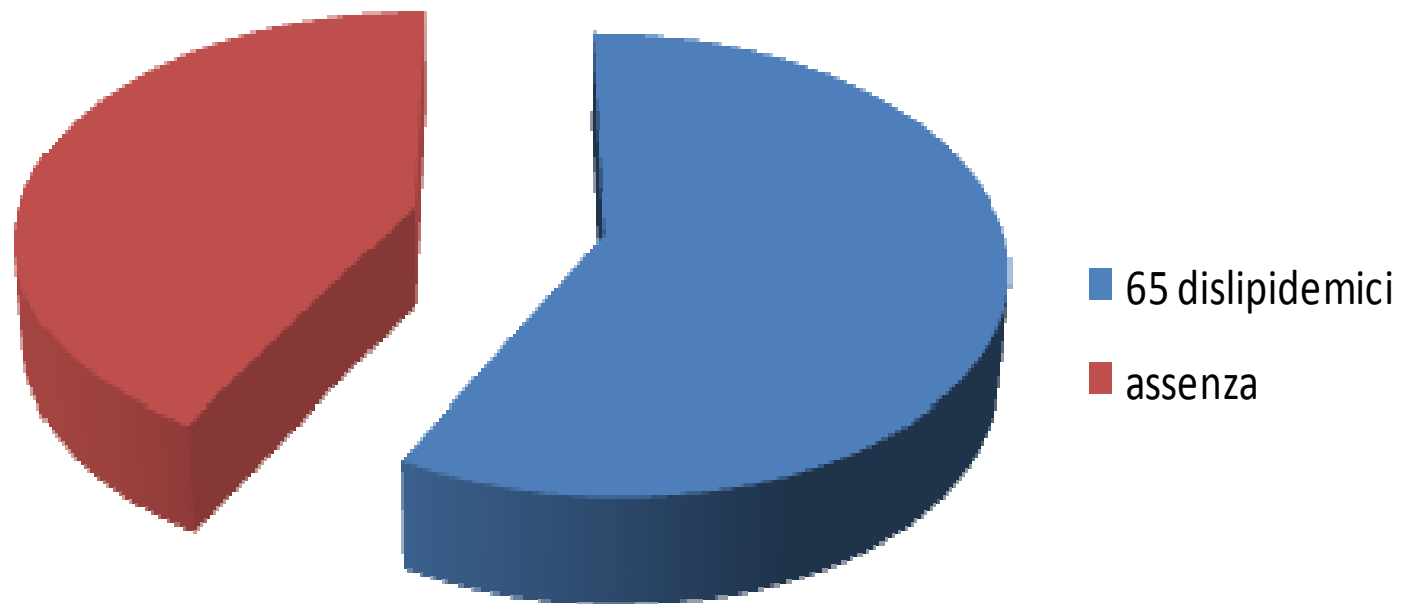
Ipertensione Arteriosa



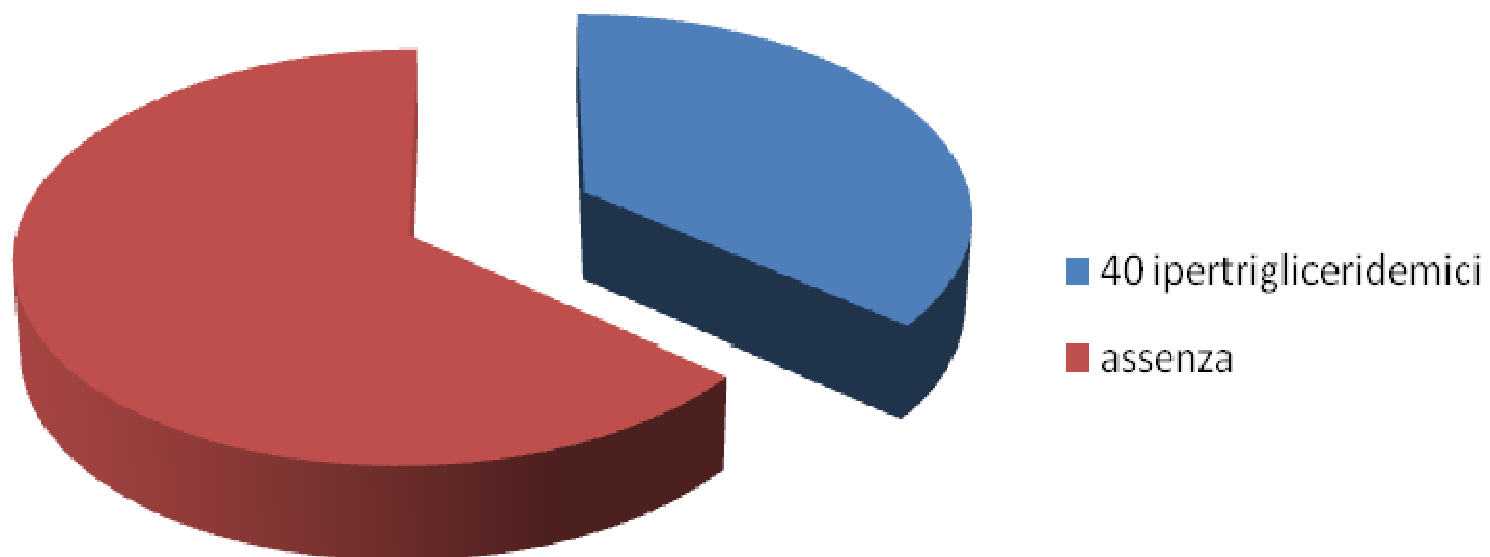
Obesità e sovrappeso



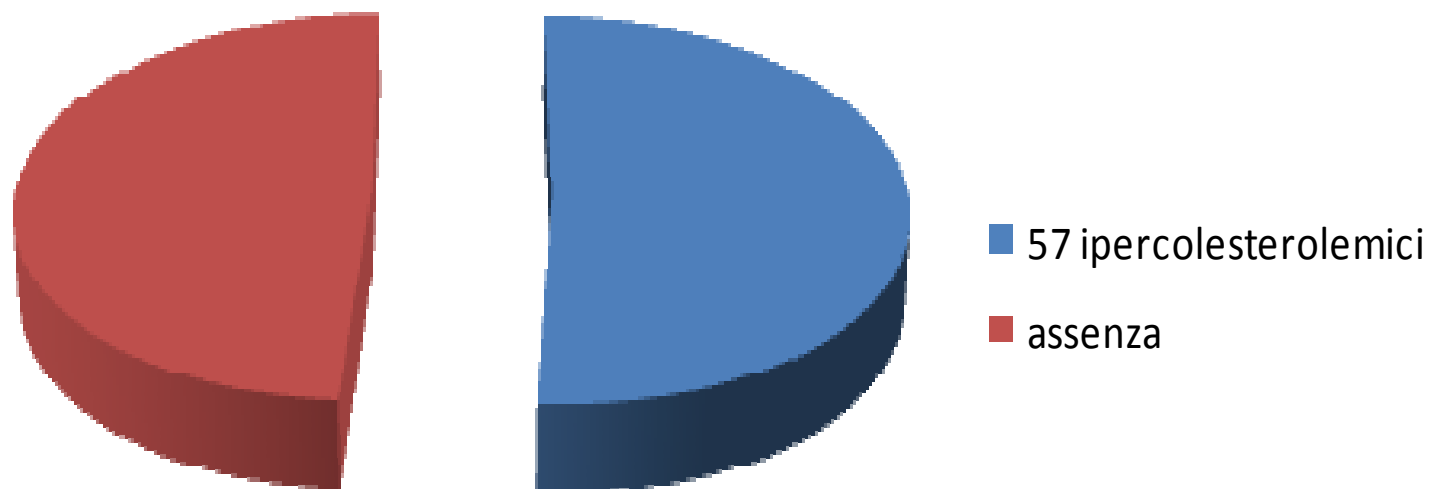
dislipidemie



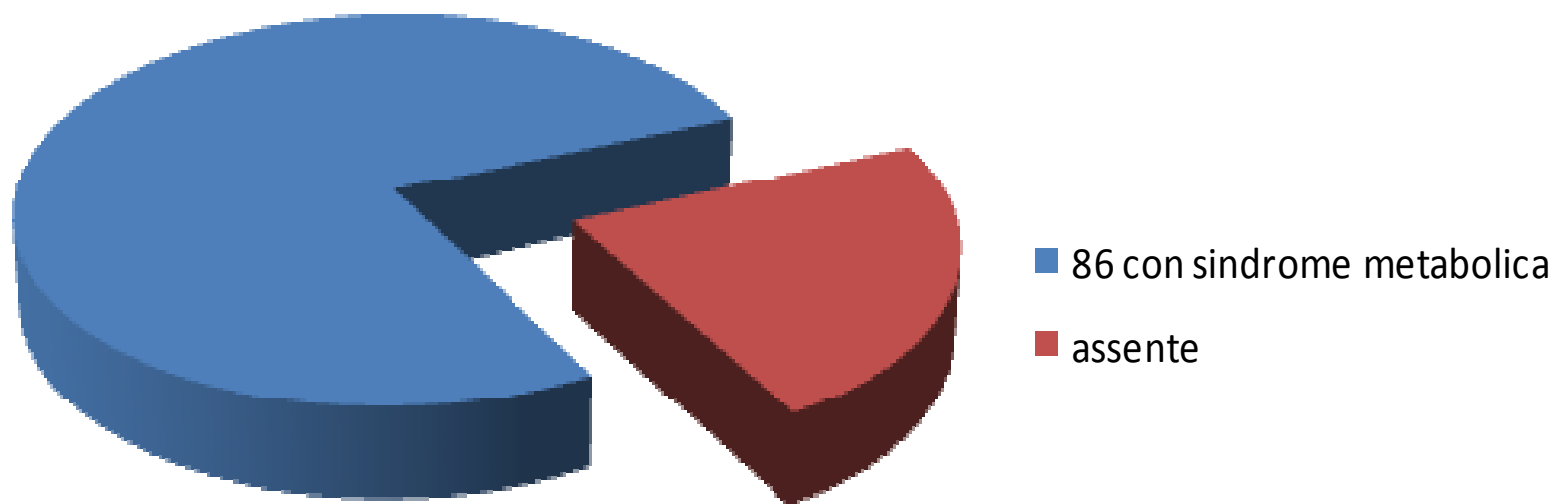
ipertrigliceridemia



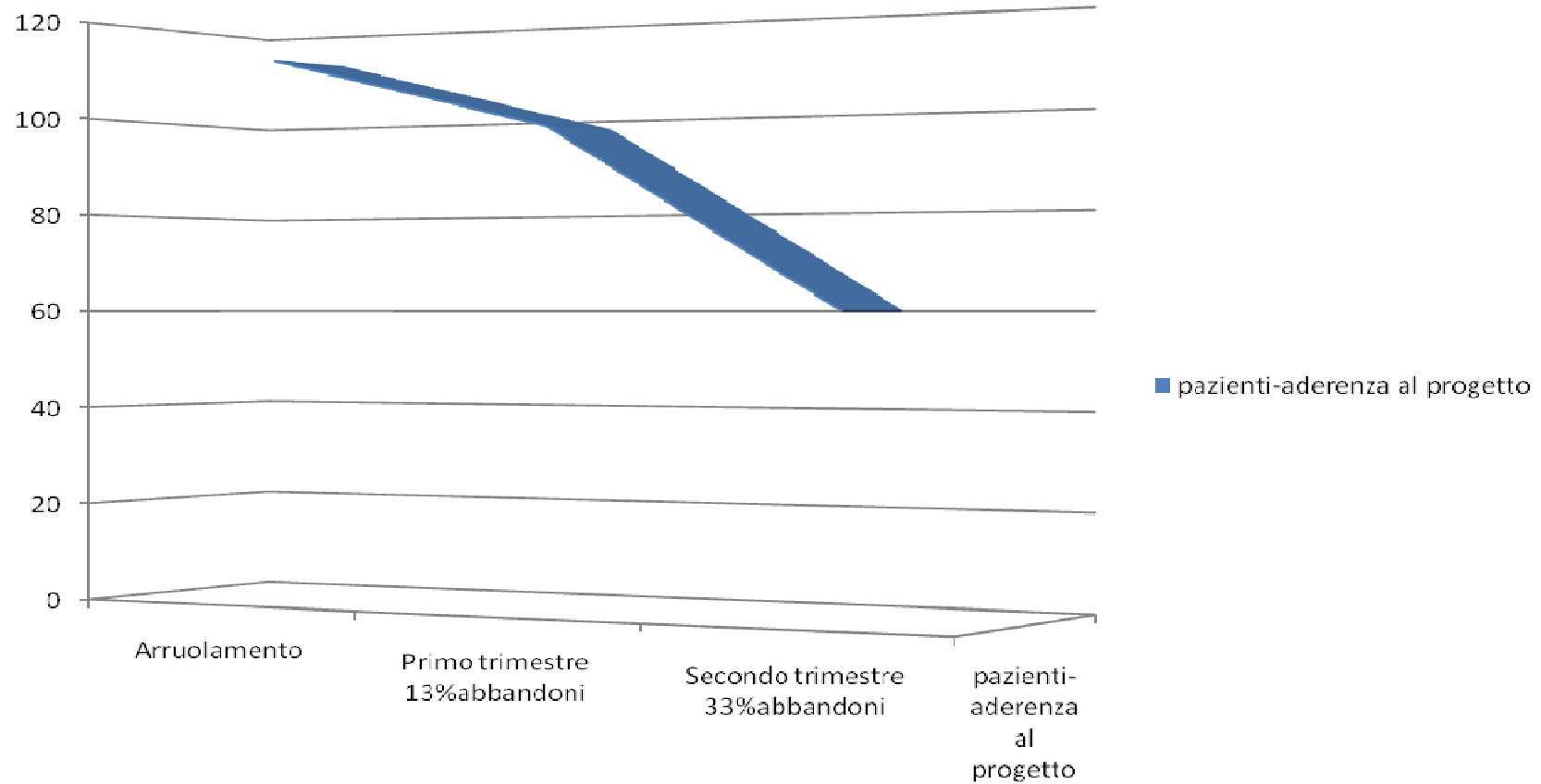
Ipercolesterolemia



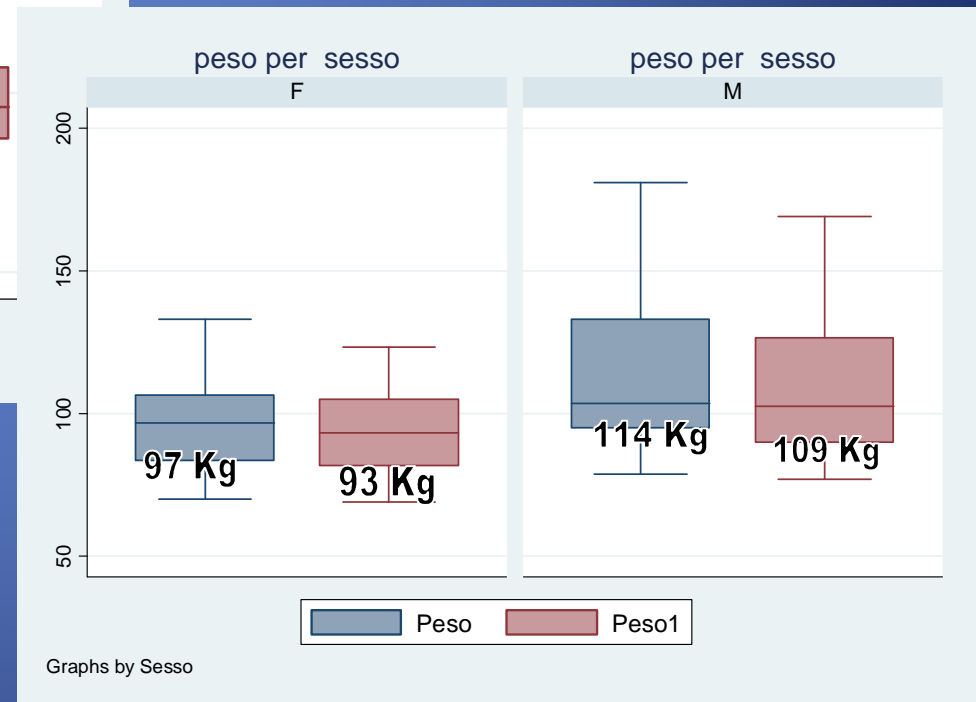
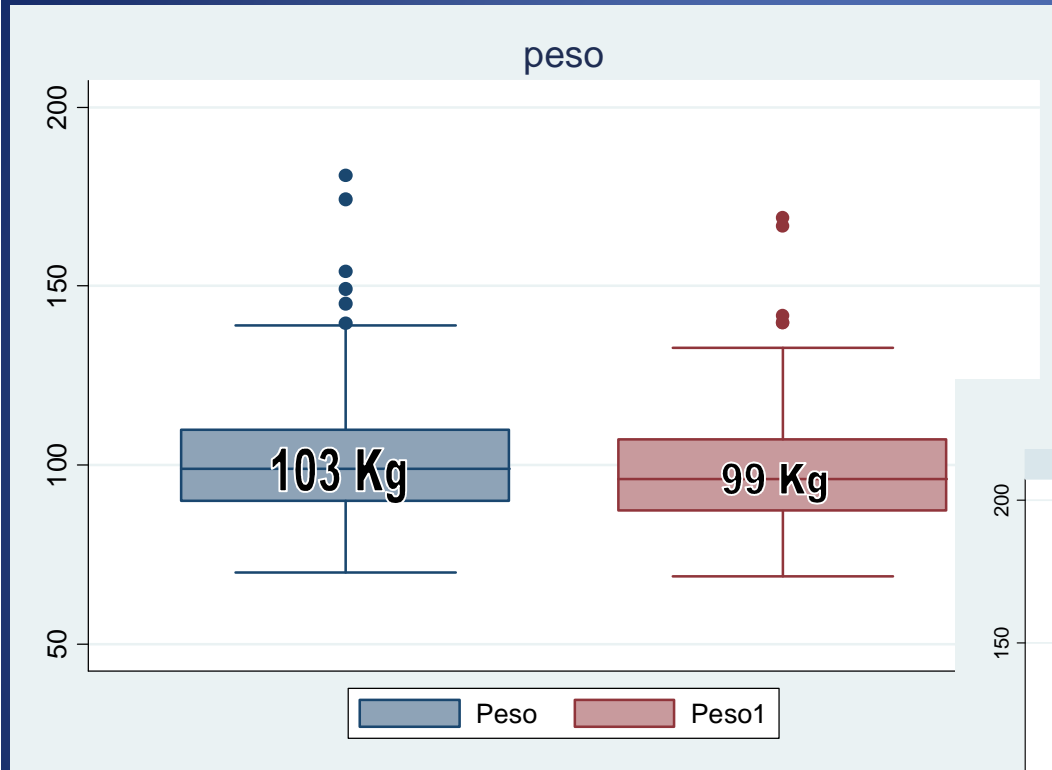
sindrome metabolica (secondo IDF 2005)



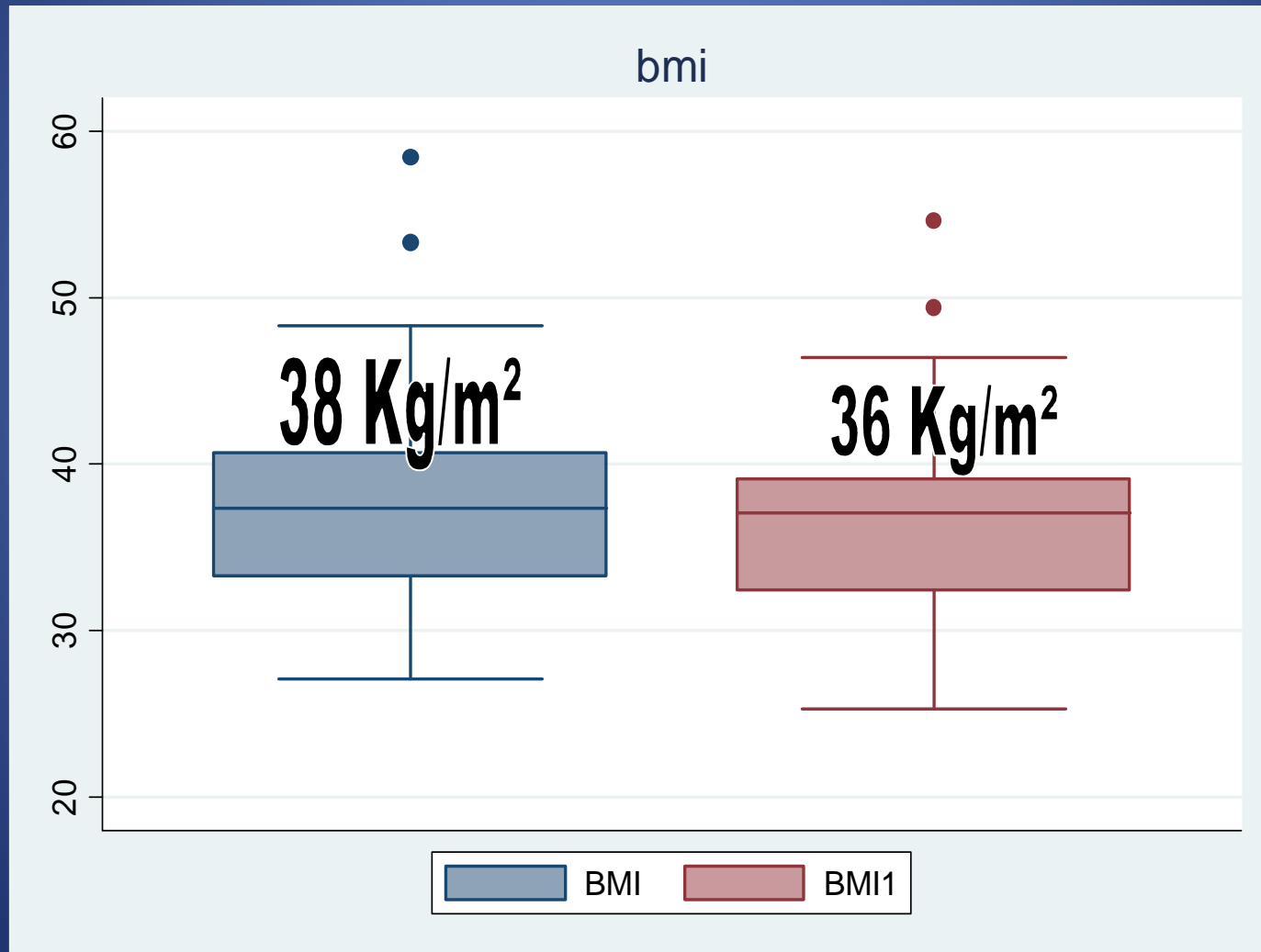
pazienti-aderenza al progetto



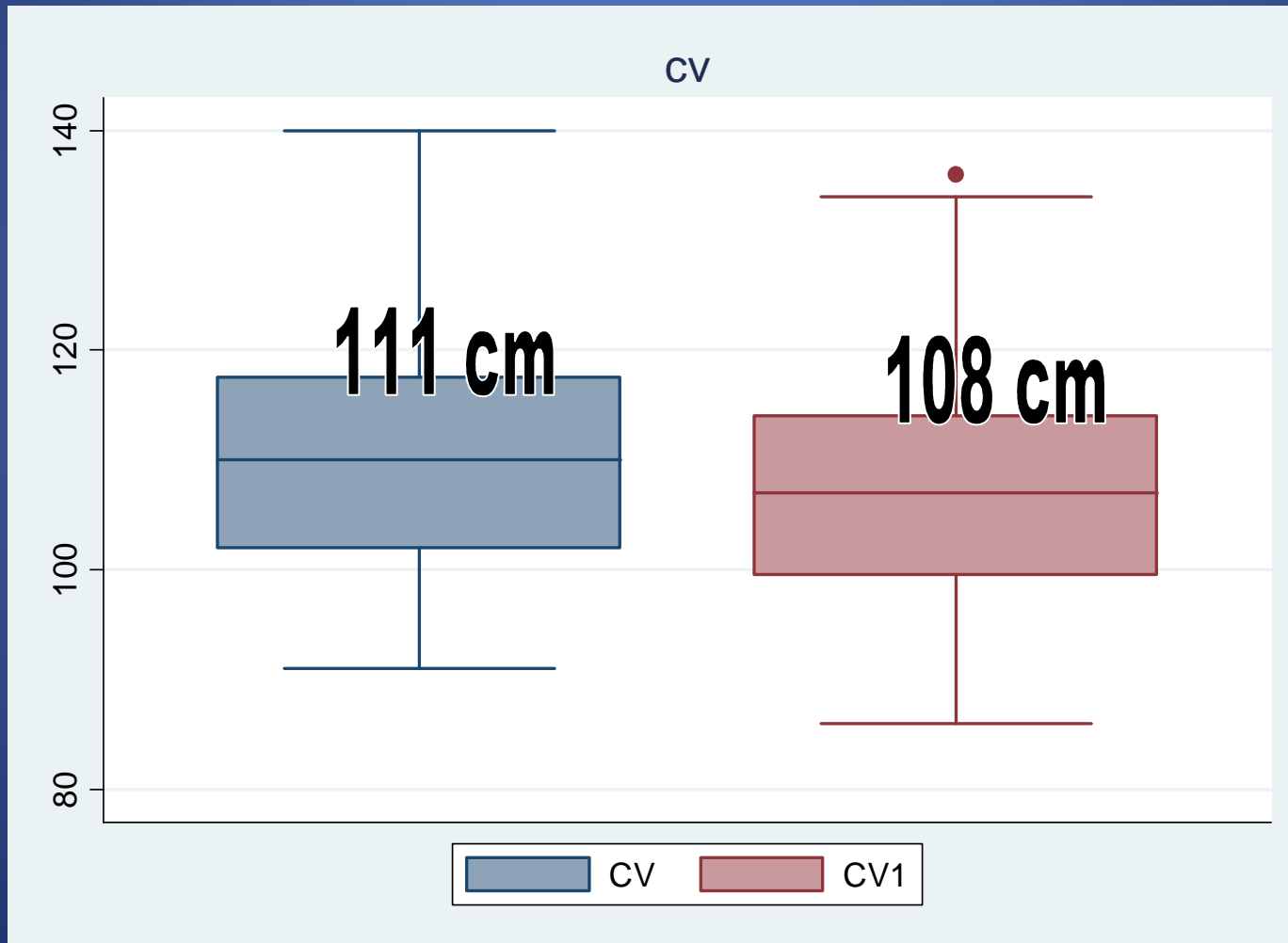
Risultati al primo trimestre



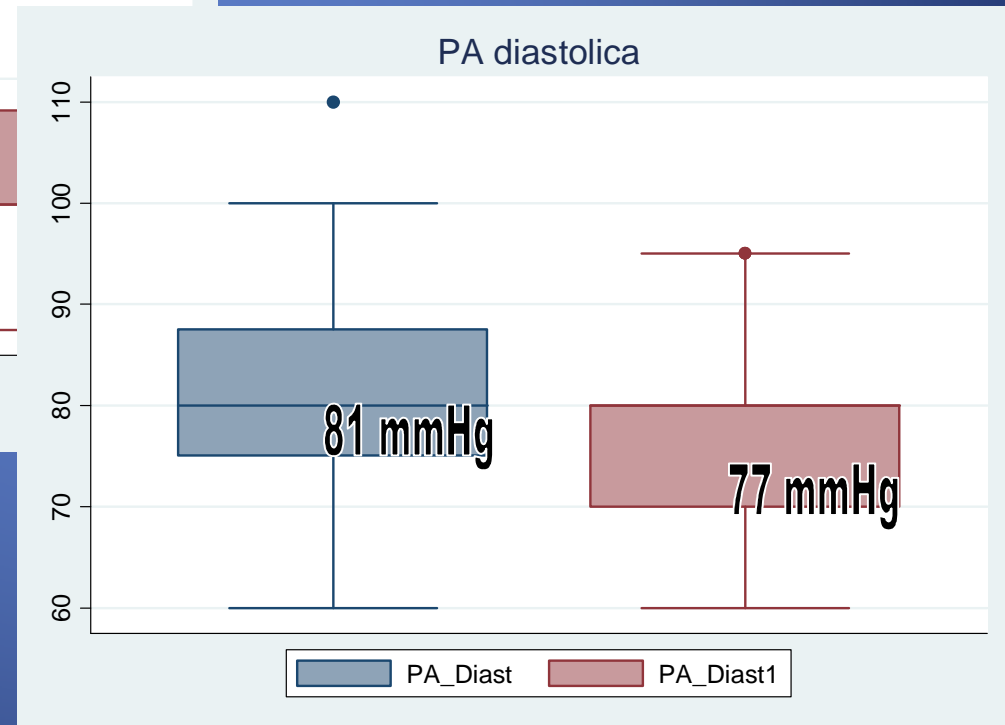
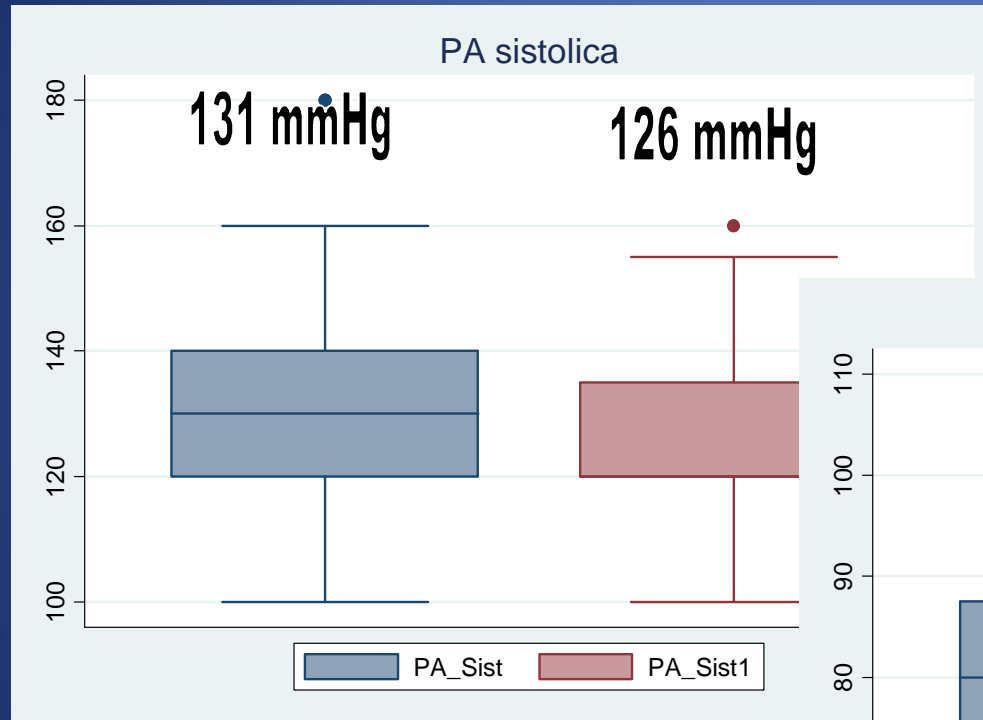
Risultati al primo trimestre



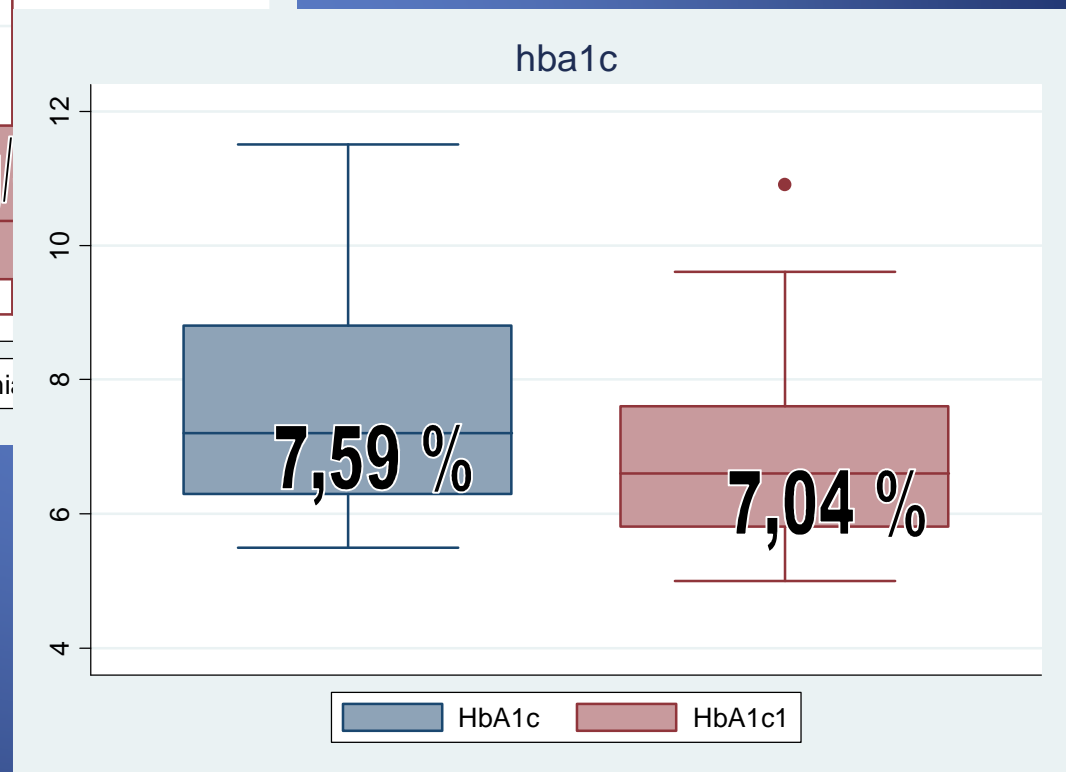
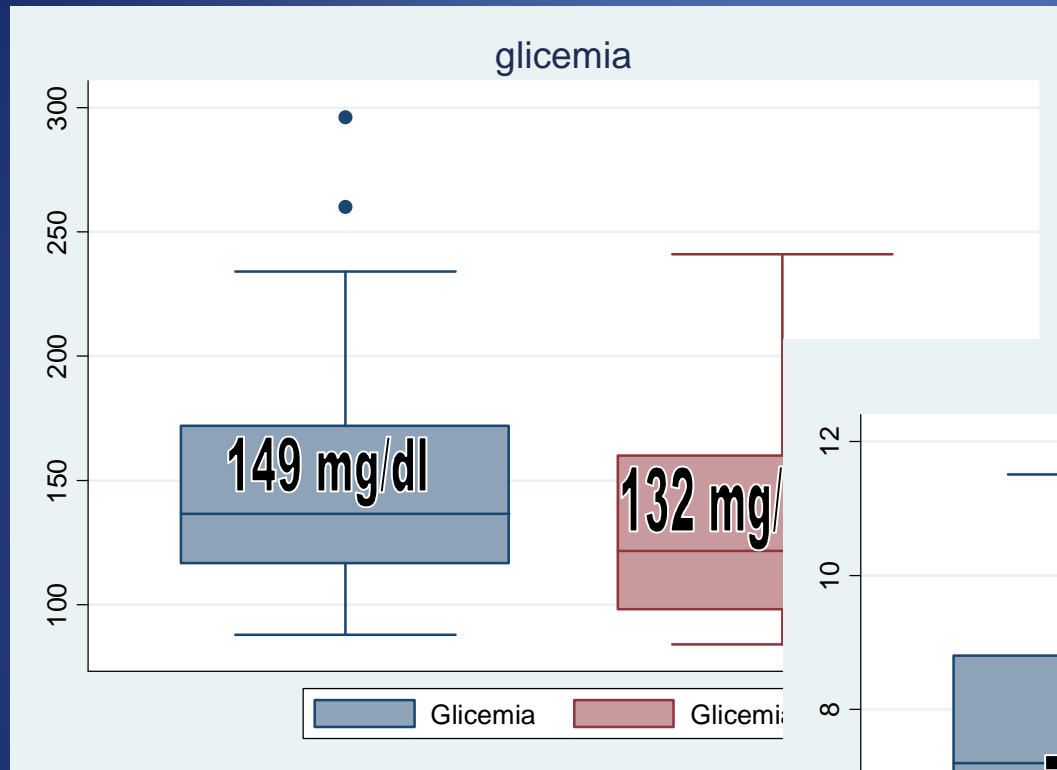
Risultati al primo trimestre



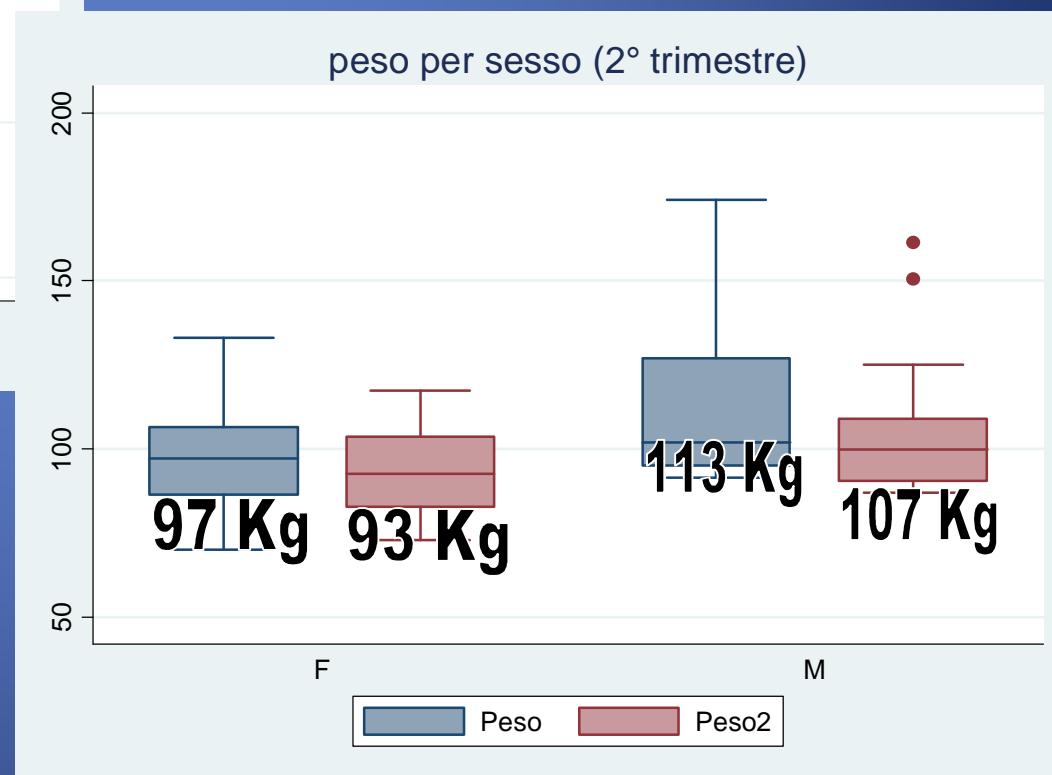
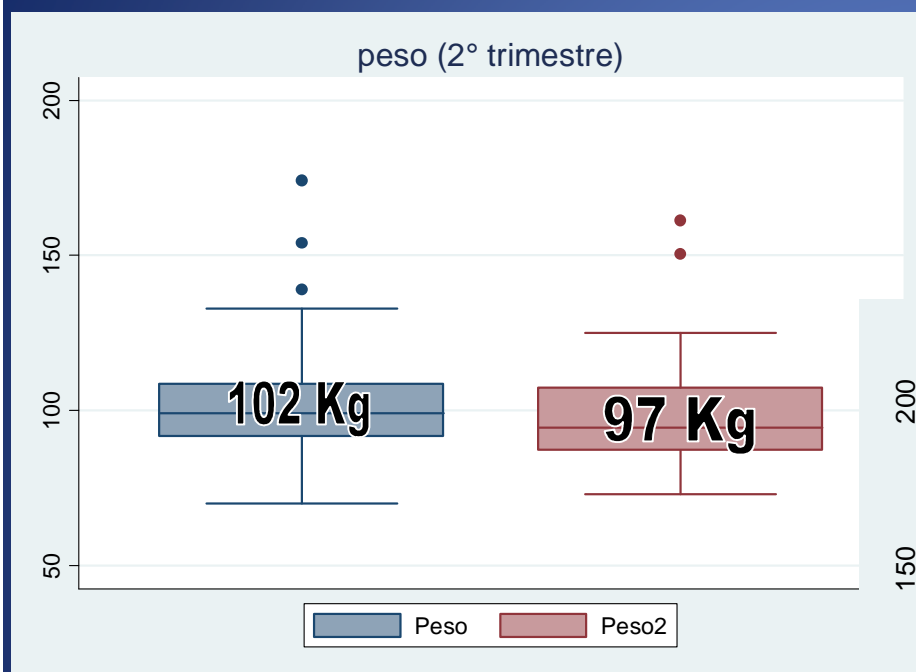
Risultati al primo trimestre



Risultati al primo trimestre

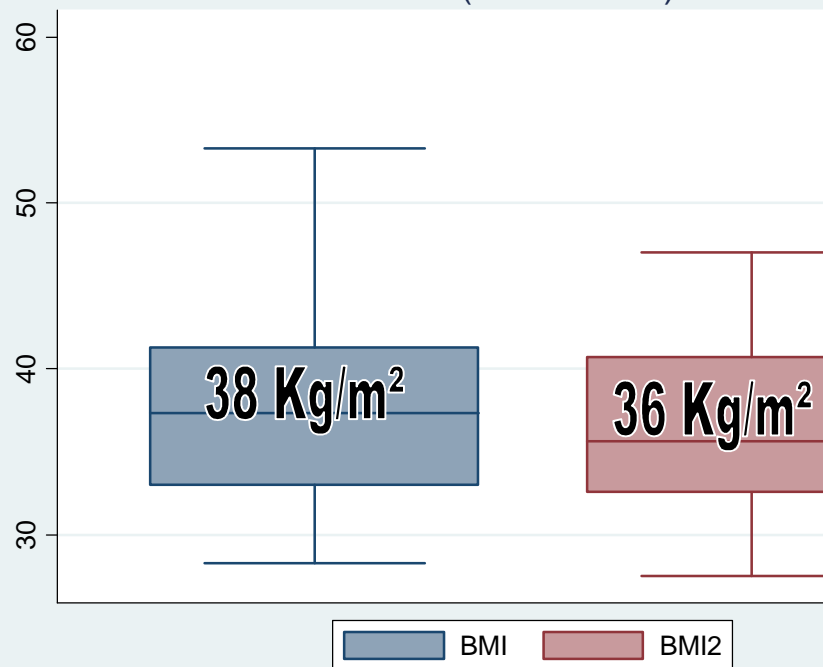


Risultati al secondo trimestre

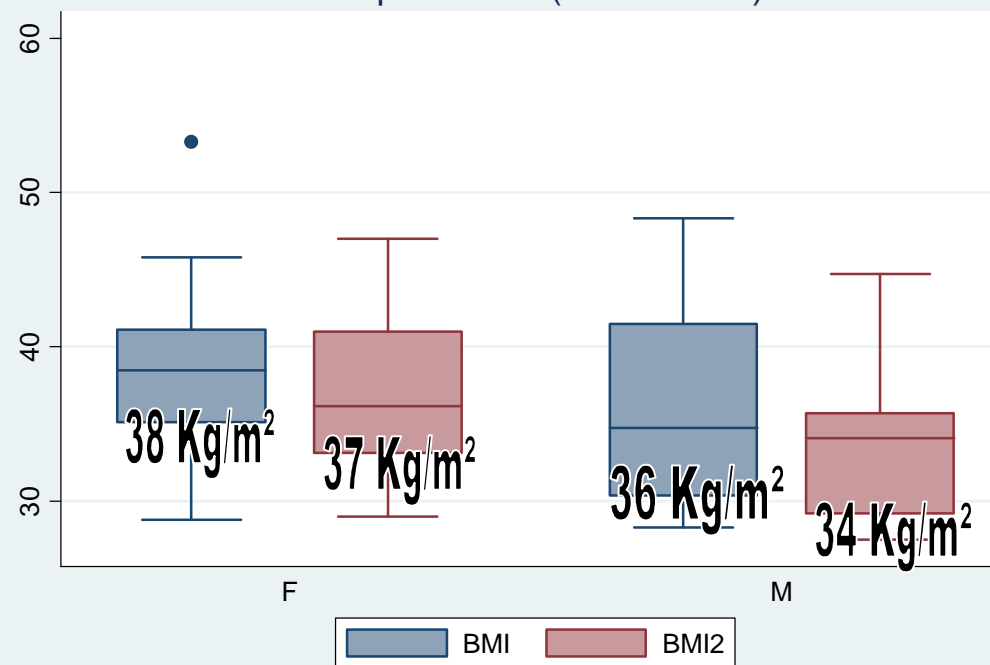


Risultati al secondo trimestre

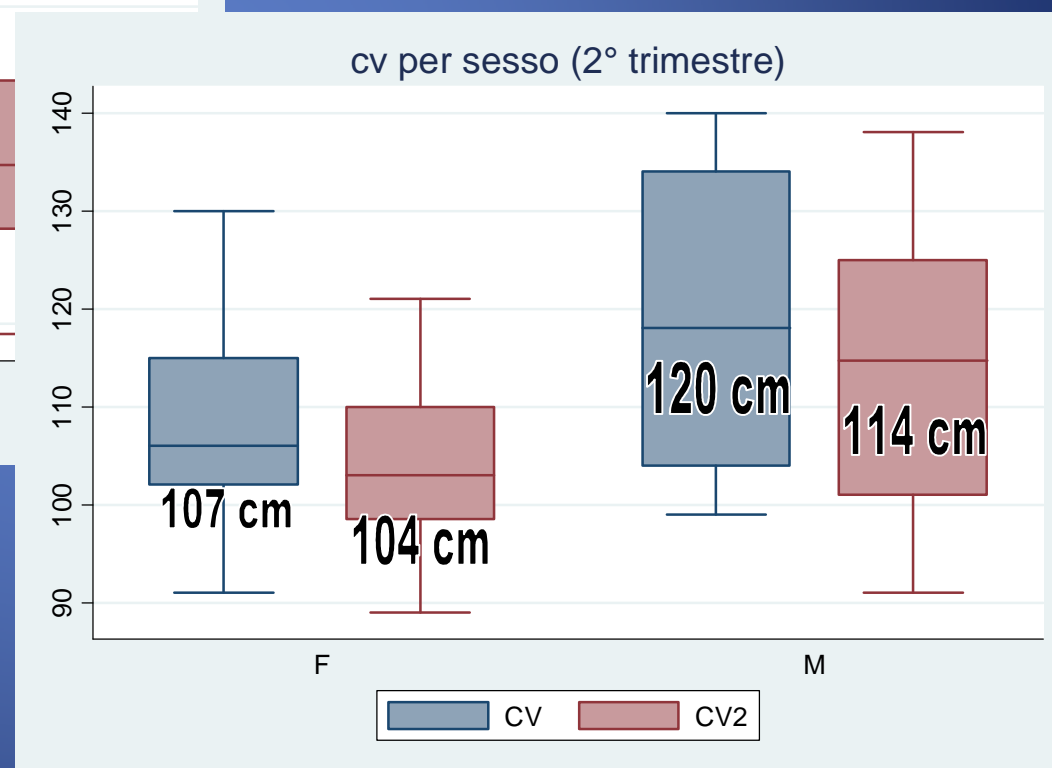
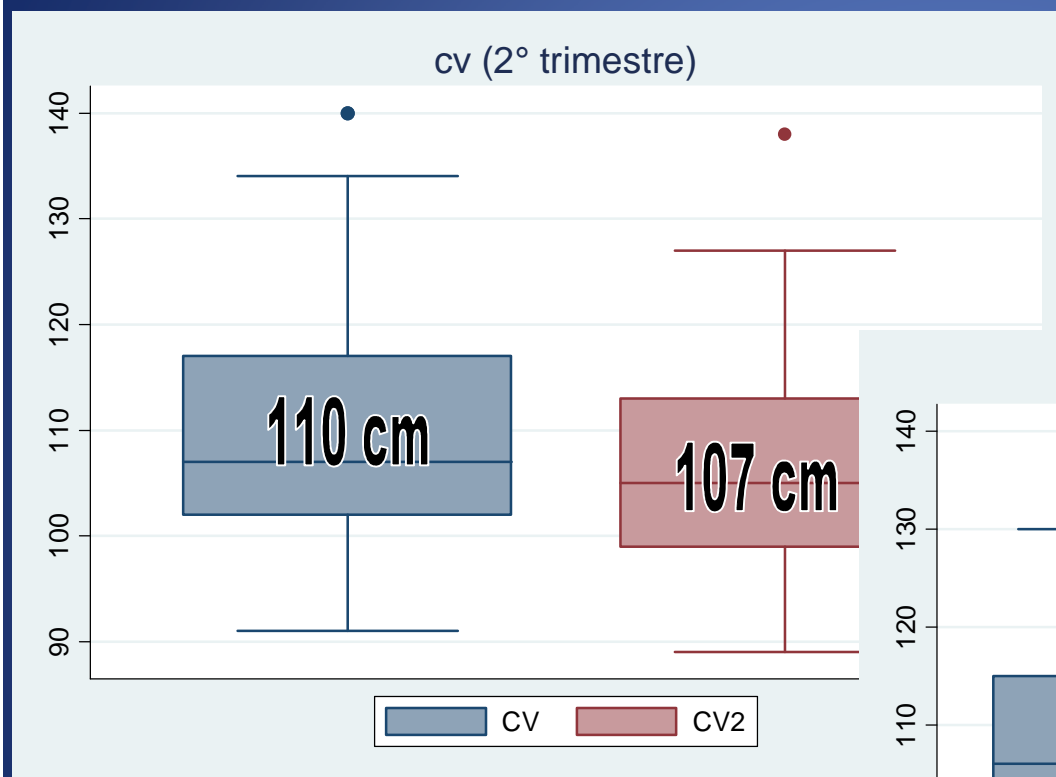
bmi (2° trimestre)



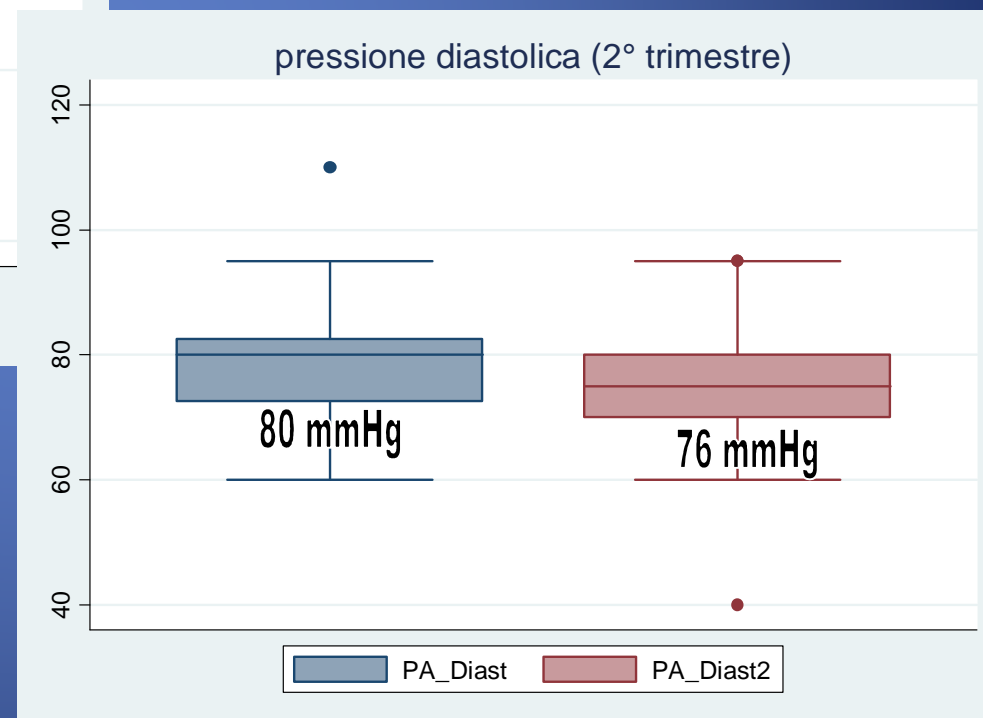
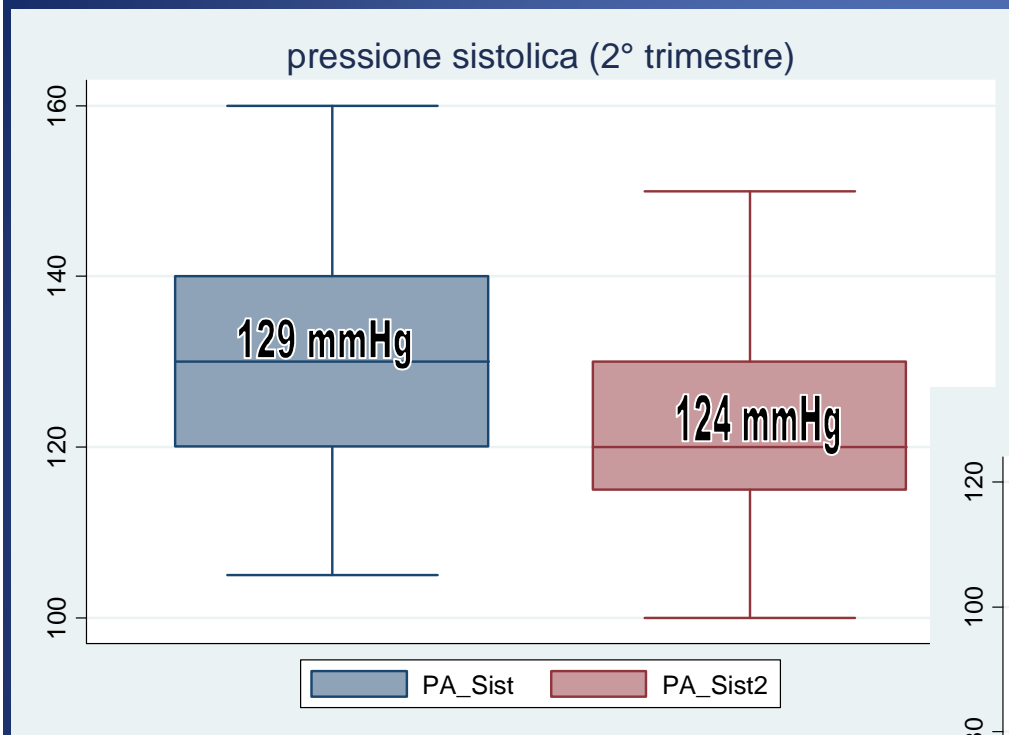
bmi per sesso (2° trimestre)



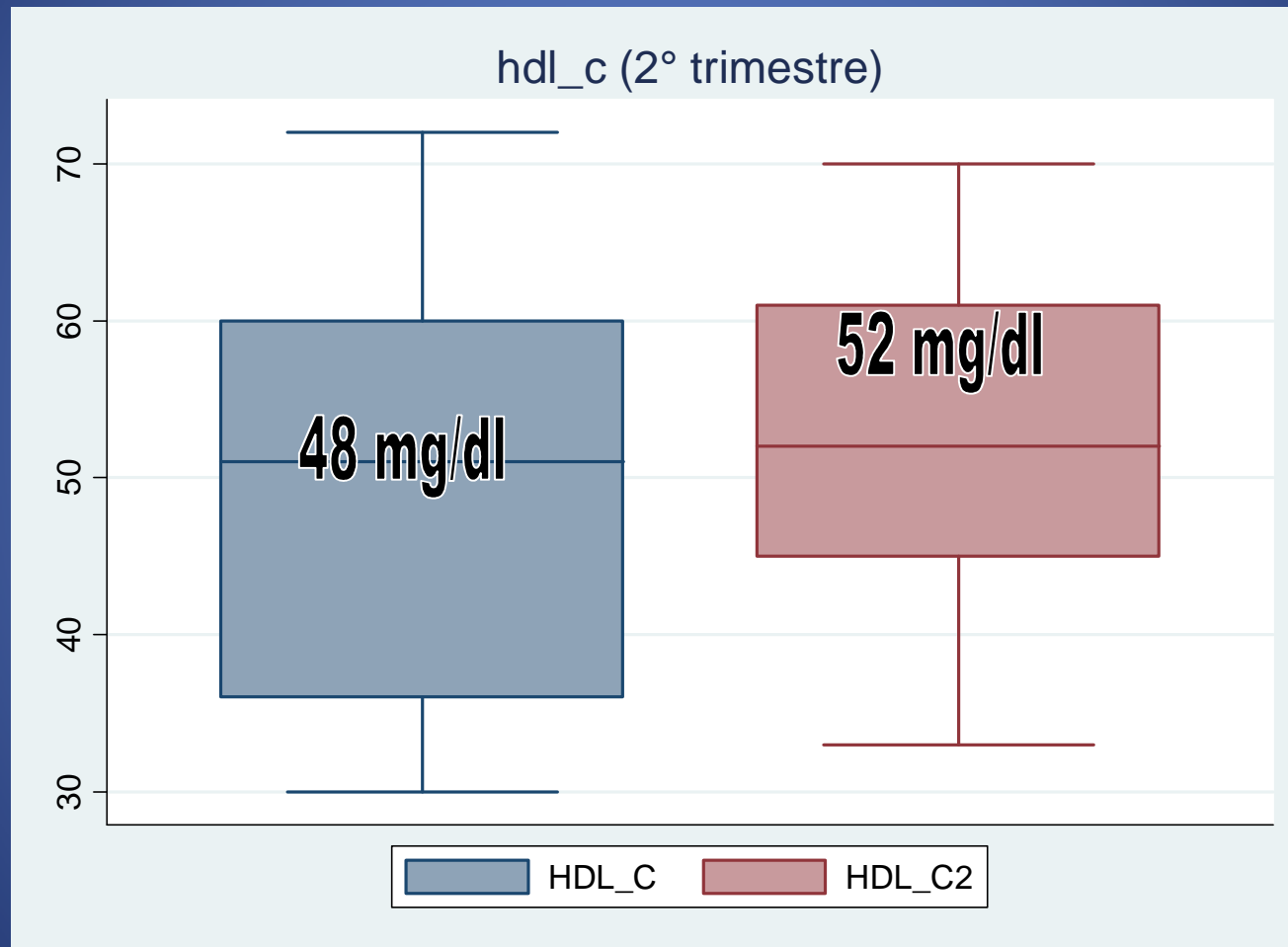
Risultati al secondo trimestre



Risultati al secondo trimestre



Risultati al **secondo trimestre**



Delibere regionali ER e AUSL Rimini

- la DGR Emilia Romagna n. 2071 del 27.12.2010 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012”, che ha approvato il Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia Romagna (allegato 1), il quale al Capitolo 2.4.b “I programmi per la prevenzione delle malattie croniche” distingue un’articolazione basata sui seguenti quattro progetti: 1. **La prescrizione dell’attività fisica**; 2. La prevenzione dell’obesità; 3. La prevenzione delle malattie cardiovascolari; 4. La prevenzione delle complicanze del diabete.
- La DGR Emilia Romagna n. 1154 del 01.08.2011 “Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia - Romagna - “**La prescrizione dell’attività fisica**”: **primi indirizzi per l’attuazione del progetto “Palestra sicura. Prevenzione e benessere”**”.
- La Deliberazione del Direttore Generale dell’Azienda USL di Rimini n. 737 del 07.12.2011 “Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: la prescrizione dell’attività fisica attuazione del “Progetto palestre sicure””, che nel recepire le indicazioni regionali ha approvato il primo strumento di riconoscimento pubblico delle palestre che promuovono il benessere, denominato “codice etico” ed i seguenti due progetti: 1) percorso integrato di prevenzione e trattamento dell’obesità infantile; 2) **progetto Lifestyle Gym per il trattamento di pazienti affetti da diabete di tipo 2 e/o sindrome metabolica**.
- La Determinazione del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda USL di Rimini n. 114 del 07.02.2012 “Avviso adesione per la collaborazione con l’Azienda “Progetto palestre sicure””, con la quale è stato approvato l’Avviso Pubblico per l’adesione dei soggetti interessati (Palestre ed Enti Sportivi) ad intraprendere una collaborazione con l’Azienda USL di Rimini per l’attuazione dei progetti di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 737 del 07.12.2011, oltre ad approvare lo schema di modulo utilizzabile dai soggetti interessati per formalizzare la propria richiesta di adesione.

Delibera AUSL Rimini

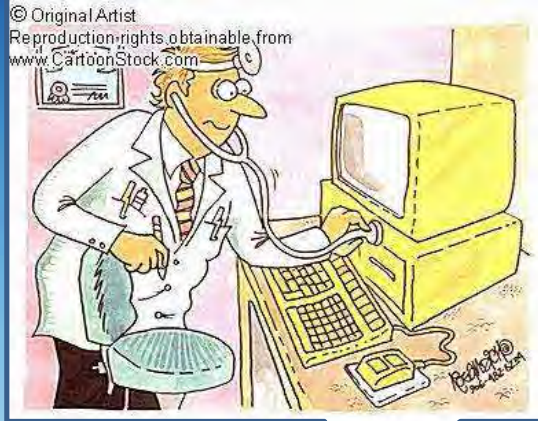
Convenzione annuale tra l'azienda USL di Rimini e *Rimini Terme Spa* per l'attuazione del Progetto “Lifestyle Gym”.



ART. 1 OGGETTO

- Oggetto della presente convenzione è l'attuazione da parte di *Rimini Terme Spa* per conto dell'Azienda USL di Rimini, del progetto Lifestyle Gym, come da allegato c) alla Deliberazione del Direttore Generale n. 737 del 07.12.2011, indirizzato a persone con patologie dismetaboliche, identificate dai Medici di Medicina Generale e dalle Unità Operative Ospedaliere sulla scorta di criteri di inclusione e con richiesta di visita specialistica endocrinologica, alla Medicina Interna II Diabetologia – Endocrinologia del Presidio Ospedaliero di Rimini. Il medico Referente della Medicina 2 per questo progetto è il dott. Paolo Mazzuca, che potrà essere in caso di necessità, sostituito da un altro medico della Medicina 2.

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



... dobbiamo
riprendere contatto
con il malato e
smettere di "visitare
la malattia"

Grazie per l'attenzione