



PRESCRIZIONE DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA (AFA)

secondo DGRV n. 1464 del 27 Novembre 2023

Il/la Sig./Sig.ra

nato/a il

residente a

in Via

N.

Tel.

In base alla valutazione clinica da me effettuata, può partecipare ad un programma di Attività Fisica Adattata per:

- ☐ **Mal di schiena**
☐ **osteoporosi**
☐ **linfedema primitivo o secondario cronico**
☐ **fibromialgia**
☐ **sindrome algo-disfunzionali su base degenerativa artrosica**
☐ **altro:**

A tal fine, confermo che la persona non presenta condizioni cliniche di esclusione da tale tipo di attività. Si richiede che presso la sede di erogazione avvenga una valutazione standardizzata effettuata dal professionista, al fine di confermare il rispetto dei criteri clinici per l'attività. **Se da tale valutazione emergesse una limitazione funzionale moderato-severa, ostativa al programma AFA, si prega di riaffidare l'utente al proprio Medico Curante per gli eventuali approfondimenti del caso.**

Data

Dott./Dott.ssa

CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono criteri di esclusione all'AFA la presenza di:

- Qualsiasi condizione di instabilità clinica (cardiovascolare, infettiva, respiratoria ecc.) in atto;
- Qualsiasi condizione che il MMG o lo specialista ritengano controindicare un programma di attività fisica di moderata-lieve intensità;
- Frattura vertebrale recente;
- Lombalgia in fase acuta infiammatoria;
- Stenosi canale vertebrale con sintomi neurologici o sindrome della cauda equina;
- Grave patologia dolorosa osteoarticolare, dolore reno-ureterale, dolore utero-annessiale o ogni altra sdr. dolorosa che interferisca con l'esercizio;
- Alterazioni cognitive e/o della comunicazione e/o degli apparati sensoriali così gravi da rendere impossibile la comprensione e/o l'esecuzione delle istruzioni date dall'insegnante (demenza, afasia, cecità, sordità) o le valutazioni previste;
- Depressione maggiore non trattata

