

Il Sig./La Sig.ra

- Dichiaro di essere stata inviato/a dal MMG/Specialista per una valutazione AFA
- Viene inviato/a a partecipare ai programmi AFA dai Servizi di Riabilitazione Funzionale della ASL Toscana Centro o dal proprio Infermiere di Sanità di Iniziativa
- Chiedo autonomamente di poter aderire ai programmi AFA, dichiarando di avvisare il proprio Medico e sentirne il parere

Data _____

Si consiglia di partecipare possibilmente al programma di esercizi:

- AFA **A**: autonomia conservata
- AFA **B**: Otago-rischio cadute
- AFA **C**: ridotta competenza funzionale

Firma professionista proponente

DOVE TROVARE LE INFORMAZIONI PER L'ISCRIZIONE?

Presso i presidi di riabilitazione ASL potrà ricevere informazioni sulle palestre del circuito AFA e sul programma più adatto a Lei.

Per ulteriori informazioni
www.uslcentro.toscana.it

NOTE PER L'EROGATORE



Cosa sono i programmi di esercizio AFA

L'Attività Fisica Adattata (AFA) rappresenta una strategia di intervento per sostenere l'attività fisica come azione di prevenzione e mantenimento e di educazione ai corretti stili di vita.

Le attività proposte nei corsi AFA sono basate su programmi di esercizio disegnati per rispondere a differenti condizioni funzionali, sono svolte in gruppo, in ambienti primariamente deputati alla socializzazione, nelle palestre, istituzioni o associazioni da personale adeguatamente formato.

L'AFA NON È ATTIVITÀ SANITARIA, non è compresa nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal SSR, pertanto i costi di partecipazione sono a carico dei cittadini partecipanti.



AFA

Attività Fisica Adattata

Modulo Invio Utente
all'erogatore AFA