

Padova, 9 maggio 2022

Relazione dell'intervento dell'Associazione Italiana Specialisti dell'Esercizio, in sigla AISE nell'ambito dell'audizione dell'esame del disegno di legge n. 913

La letteratura scientifica riporta sempre di più esempi di intervento di esercizio fisico finalizzati alla promozione della salute, prevenzione/cura di molte malattie croniche non trasmissibili (MCNT), stress e sindromi funzionali evidenziando come l'incidenza e l'evoluzione di queste patologie siano molto spesso positivamente influenzate dall'esercizio.

In ambito scientifico internazionale, il ruolo di un'attività fisica regolare nell'influenzare la salute è cresciuto di importanza tanto da essere stato considerato come possibile terapia^[1] già dalla fine degli anni novanta, e raggiungere un riconoscimento di trattamento ufficiale dieci anni dopo, quando l'American College of Sport Medicine lanciò lo slogan "Exercise is medicine"^[2].

Oggi l'esercizio fisico è universalmente ritenuto un mezzo per favorire la salute e il benessere non solo nei pazienti affetti da malattie croniche^[4] ma nella popolazione generale.

L'importanza dello stile di vita nella prevenzione e gestione delle MCNT è anche corroborata dalla dimostrata influenza che ha l'ambiente sulle scelte comportamentali individuali che a loro volta influenzano la salute^[5] sia in senso peggiorativo (ad esempio, i fenomeni di persuasione legati alla socialità sembrano essere rilevanti per lo sviluppo dell'obesità^[6]) che in senso migliorativo (ad esempio la partecipazione allo sport migliora la salute generale^[7]).

D'altra parte, i benefici di uno stile di vita sano, e in particolare della partecipazione a programmi di esercizio fisico, non si limitano alla prevenzione/gestione delle malattie croniche ma sono anche legati al miglioramento delle relazioni sociali, alla socializzazione, alla riduzione dei comportamenti illegali, alla riduzione dell'isolamento e depressione, alla gestione dello stress e miglioramento delle prestazioni lavorative e scolastiche^[8-12].

Nel 2020 l'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** ha pubblicato le nuove "**Linee guida 2020 su attività fisica e comportamento sedentario**" considerando le più aggiornate e autorevoli evidenze sull'impatto di comportamenti attivi o sedentari per diversi esiti di salute.

In continuità con le precedenti edizioni ha riaffermato alcuni messaggi chiave:

- fare un po' di attività fisica è meglio di niente;
- aumentarne la quantità permette di ottenere maggiori benefici per la salute;
- "every move counts", ossia qualsiasi tipo di movimento ha un suo valore nel creare salute.

Ha inoltre apportato alcuni importanti elementi di novità riassumibili nelle **raccomandazioni riguardanti la quantità (frequenza, intensità e durata) e il tipo di attività fisica** che bambini e adolescenti (5-17 anni), adulti (18+) e anziani (65+) **nelle diverse condizioni fisiche** dovrebbero svolgere per ottenere benefici significativi e ridurre i rischi per la salute^[a].

Già in precedenza con le raccomandazioni “**Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030**” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità aveva posto l’obiettivo di **ridurre del 15% l’inattività fisica entro il 2030** e invitava pertanto **ogni persona**, a prescindere da età e condizioni fisiche, a muoversi regolarmente^[b].

«Essere fisicamente attivi è essenziale per cuore, mente e corpo, a ogni età e con ogni abilità»: questa affermazione evidenzia ciò che viene approfondito in seguito adducendo l’importanza dell’**attività/esercizio fisico** nella prevenzione e nella gestione delle principali malattie croniche non trasmissibili (MCNT) quale “**strumento terapeutico**” necessario per migliorare lo stato di salute fisica e mentale, nonché per garantire un maggiore benessere della popolazione e una migliore qualità della vita.

Il **Piano di Prevenzione Nazionale (PNP) 2020 - 2025** declina le linee guida e le raccomandazioni, i principi dell’intersettorialità e dell’“Health in all policies” dell’OMS, condividendo l’**approccio strategico life-course, per setting e di contrasto alle disuguaglianze di genere e sociali**, evidenziando la necessità di **coinvolgere attivamente i MMG e PLS^[c]**. Ponendo come **primo Macro Obiettivo** del PNP la **prevenzione e trattamento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)**, l’Italia si allinea con gli obiettivi dei Governi e Istituzioni Mediche di tutto il mondo.

Nel 2021, la **Conferenza Stato-Regioni** ha approvato la revisione delle “**Linee di indirizzo sull’attività fisica per le differenti fasce d’età e situazioni fisiologiche con nuove raccomandazioni per specifiche patologie**” formulata dal Ministero della Salute. Queste Linee di indirizzo rappresentano un ulteriore passo indicando i fondamenti per **orientare a livello nazionale strategie, interventi e azioni di contrasto ai comportamenti sedentari e per facilitare la pratica di regolare attività fisica^[d]**.

Tutti gli interventi sopracitati concordano sull’evidenza che gli effetti positivi dello svolgimento di attività fisica ed esercizio fisico, per manifestarsi pienamente, necessitino non solo di un **generale aumento della quantità di attività motoria ma che una parte di essa sia consigliata, programmata e gestita in maniera appropriata in base agli obiettivi**.

Tutte queste posizioni prese a livello nazionale europeo e mondiale derivano dal nuovo concetto di “Global Health” che indica la medicina come uno degli attori che, insieme agli aspetti sociali ed ambientali, esercita un approccio non solamente terapeutico ma anche preventivo andando ad investire la sfera motivazionale e comportamentale dell’individuo.

Anche il CCNL relativo al personale del comparto sanità (2016-2018) evidenzia che la tutela della salute, intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia, debba essere **attuata** non solo in un sistema sanitario inteso in senso stretto, bensì **dando corso ad un’ articolata e complessa attività, coinvolgente una più ampia platea di professionisti ed operatori, nel contesto di congruenti, nuovi modelli organizzativi, anche con l’individuazione di eventuali profili non sanitari**.

È necessario però precisare che lo **sport e l’esercizio fisico inteso come Attività Fisica Adattata ed Esercizio Fisico Strutturato** presentano delle sostanziali differenze anche se talvolta sono usati per indicare lo stesso concetto, rischiando di confondere. In questo ci viene in aiuto il **Decreto Legislativo 36 del 2021**, definito anche “Legge dello Sport”, che all’articolo 2 lettere e) f) t) nn) ha fatto chiarezza nella terminologia. Entrambi i termini, infatti, si riferiscono a un’attività fisica che migliora la condizione fisica e psichica e favorisce le relazioni sociali. Perseguono però due obiettivi diversi: lo sport mira **all’ottenimento del risultato nella competizione definita da precise regole** mentre l’esercizio fisico ricerca il **miglioramento o mantenimento dello stato di salute al fine prolungare la vita innalzandone contemporaneamente la qualità^[e]**.

Per quanto fino ad ora esposto, sarebbe opportuno che tutta la componente medica, indipendentemente dal ruolo e dalla specializzazione, così come viene declinato anche nel DL 36 del 2021, art 2 comma e) t), fosse coinvolta nella sensibilizzazione dei pazienti e della popolazione generale sull'importanza dell'Attività Fisica Adattata (AFA) e dell'Esercizio Fisico Strutturato (EFS). Alcuni specialisti dell'area medica, grazie al proprio specifico percorso formativo, sono in grado anche di fornire indicazioni prescrittive sulla tipologia e dose di esercizio fisico, la cui applicazione e adattamento, alle condizioni variabili del soggetto spetta invece ad altri professionisti dell'esercizio quali i Laureati Magistrali in Scienze e Tecniche dell'attività motoria Preventiva ed Adattata LM-67^[14], definiti dallo stesso DL 36 "Chinesiologi delle Attività Motorie Preventive e Adattate" (di seguito Chinesiologi AMPA). Una reale collaborazione tra diversi professionisti con un interesse comune sulla prevenzione e sull'esercizio fisico, condividendo un apprendimento significativo, porterebbe a creare una nuova conoscenza, come ipotizzato nel documento di Gates^[15,16].

Il ruolo del medico quindi dovrebbe includere la capacità di consigliare o prescrivere l'esercizio e di rilevare problematiche cliniche (ad esempio la presenza di controindicazioni ad alcune modalità di esercizio o la necessità di considerare gli effetti di alcune cure farmacologiche) **obbligatorie per una efficace e sicura nonché su misura e inclusiva, prescrizione di programmi di esercizio.**

I Chinesiologi AMPA, individuati già da anni nella regione dove sono strutturate le Palestre della Salute come gli Specialisti dell'Esercizio Fisico, dovrebbero svolgere il ruolo specifico di seguire il soggetto/paziente nel tempo, adeguare il programma, progettare nuovi protocolli, inviare nuovamente il soggetto/paziente al medico competente in caso di destabilizzazione delle condizioni ecc.

La prescrizione dell'esercizio fisico, infatti, si traduce in un miglioramento di diversi meccanismi fisiologici ed omeostatici a livello endocrino, immunologico e di sistema nervoso autonomo, nonché nel sistema muscolo-scheletrico solo se il soggetto esegue correttamente ed effettivamente l'esercizio fisico prescritto.

Nel testo del DL 36 del 2021 vengono definite, oltre ai concetti su esposti, anche le competenze e il ruolo professionale di chi è incaricato di gestire i programmi di l'esercizio fisico, il Chinesiologo AMPA, e le indicazioni per porre in rete con il Sistema Sanitario Nazionale le strutture dove poter somministrare esercizio fisico in sicurezza, le Palestre della Salute.

È utile ricordare che il percorso accademico del Chinesiologo AMPA è già stato ben definito dal D.M. N. 270 del 22/10/2004 a cui poi venne integrato il D.M. N. 155 del 16/03/2007 che determinò le Classi delle Lauree Magistrali. Le Palestre della Salute potrebbero concretizzare la rete su tutto il territorio italiano.

Nello specifico, rilevanti sono gli Obiettivi Formativi Qualificanti che fungono a pieno titolo da "profilo professionale".

I laureati nei corsi di laurea magistrale della classe LM-67 Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (ex laurea specialistica 76/S avente l'omonima dicitura e valore sia della LM 67 che della Classe XXXIII quadriennale svolta prima del D.M. emanato il 28/11/2000) devono essere in grado, con ampi poteri decisionali e autonomia, di utilizzare avanzati strumenti culturali, metodologici e tecnico pratici necessari per:

- la progettazione e l'attuazione di programmi di attività motorie finalizzati al raggiungimento, al recupero e al mantenimento delle migliori condizioni di benessere psicofisico per soggetti in varie fasce d'età e in diverse condizioni fisiche, con attenzione alle specificità di genere;
- l'organizzazione e la pianificazione di particolari attività e stili di vita utili per la prevenzione delle malattie ed il miglioramento della qualità della vita mediante l'esercizio fisico;
- la prevenzione dei vizi posturali e il recupero motorio post-riabilitativo finalizzato al mantenimento dell'efficienza fisica;
- la programmazione, il coordinamento e la valutazione di attività motorie adattate a persone diversamente abili o ad individui in condizioni di salute clinicamente controllate e stabilizzate.

L'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale richiede che **nel programma terapeutico siano incluse competenze multidisciplinari, obiettivo che si può effettivamente perseguire con il coinvolgimento di diversi professionisti (medici specialisti, medici di medicina generale, psicologi, dietologi, chinesologi AMPA) motivati ed organizzati per lavorare in team veramente collaborativi e orientati agli obiettivi per ottenere risultati positivi**^[14,18,20,21] perché un approccio mono disciplinare con il semplice rinvio ad altri professionisti senza responsabilità congiunta spesso si dimostra inefficace^[13,14], rappresentando paradossalmente una barriera a un risultato di successo.

Va ricordato che vi sono **esperienze regionali già attive e documentate** nelle quali già da alcuni anni in diverse regioni sono attuati programmi di esercizio fisico su prescrizione medica includendo con contratti atipici i laureati LM-67 nell'equipe delle medicine dello sport. Ultimo esempio è il Bando promosso da Azienda Tutela Salute Sardegna riguardante 8 incarichi di collaborazione esterna per lo svolgimento di attività nell'ambito della prescrizione e la somministrazione dell'esercizio fisico in pazienti con malattie croniche non trasmissibili^[f].

Inoltre si deve ricordare che nelle due regioni dove da più anni sono attive le Palestre della Salute (Emilia-Romagna e Veneto) le medicine dello Sport coinvolgono i Chinesiologi AMPA con contratti a progetto per poter meglio definire la prescrizione di esercizio attraverso i test di valutazione funzionale sub-massimali e per far sperimentare al paziente gli effetti di un regolare esercizio fisico sulla qualità della vita nei primi tre mesi di condizionamento dopo la diagnosi, l'intervento e la riabilitazione.

La realtà nazionale del Centro Nazionale Trapianti, uno dei sedici Centri Nazionali dell'Istituto Superiore di Sanità, da più di un decennio promuove il progetto "Progetto Occupazione Salute post-Trapianto, in sigla POST", collaborando attivamente con i Chinesiologi AMPA per somministrare esercizio fisico su prescrizione medica.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) punta su **nuove strutture socio-sanitarie**: le **Case di Comunità**, strutture socio-sanitarie, già presenti in alcune regioni, strutturandole per rispondere in modo capillare a livello territoriale alle esigenze socio-sanitarie fornendo servizi che interessano in modo particolare le persone con MCNT. Queste strutture potranno garantire l'assistenza primaria e le attività di prevenzione. In esse saranno presenti i MMG, i PLS

oltre a infermieri e altri professionisti della salute. Sarebbe fondamentale inserire all'interno di queste strutture anche il Chinesiologo AMPA per poter effettuare un counselling corretto sull'esercizio fisico e sulla rete di Palestre della Salute e ove possibile creare una struttura di palestra o di ambulatorio dove effettuare dei test funzionali sub-massimali. Sembrerebbe molto ragionevole nell'ambito del disegno di legge che oggi si discute considerare queste strutture come centri di primo livello, i centri di secondo livello potrebbero utilmente essere alle **Medicine dello Sport** mentre i centri di terzo livello possono essere individuati presso le **strutture RSA o DH** presso i quali svolgere quelle attività mirati ad una popolazione con patologie più recenti o più impegnative che richiedono un maggiore livello di attenzione. Per questa ultima attività sarebbe forse opportuno prevedere anche una integrazione delle attività formative secondo modelli integrati tra università e SSN su cui la Conferenza dei corsi di Scienze Motorie ha già avviato una riflessione operativa.

La Presidente di A.I.S.E.



RIFERIMENTI

- a) WHO - Guidelines on physical activity and sedentary behaviour.
- b) WHO - Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world.
- c) Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – Piano Nazionale della Prevenzione 2020 - 2025
- d) Ministero della Salute – Linee di Indirizzo sull’Attività Fisica, revisione delle raccomandazioni sulle differenti fasce d’età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie.
- e) D.Lgs. 28 febbraio 2021, n. 36 - Attuazione dell'articolo 5 della legge 8 agosto 2019, n. 86, recante riordino e riforma delle disposizioni in materia di enti sportivi professionistici e dilettantistici, nonché di lavoro sportivo.
- f) ATSSardegna Azienda Tutela Salute - Avviso procedura comparativa ex art. 7 comma 6 d.lgs. n. 165/2001 ss.mm.ii. per il conferimento fino a n. 8 incarichi di collaborazione esterna ai sensi dell’art. 7, comma 6, del d. lgs. n. 165/2001 ss.mm.ii. per lo svolgimento di attività nell’ambito della prescrizione e somministrazione dell’esercizio fisico in pazienti con malattie croniche non trasmissibili (m.c.n.t.) - codice progetto ATS 201608

BIBLIOGRAFIA

1. Shephard, R.J.; Balady, G.J. Exercise as cardiovascular therapy. *Circulation* 1999, 99, 963–972.
2. Sallis, R.E. Exercise is medicine and physicians need to prescribe it! *Br. J. Sports Med.* 2009, 43, 3–4, doi:10.1136/bjism.2008.054825. 4. Lucini, D.; Malacarne, M.; Gatzemeier, W.; Pagani, M. A Simple Home-Based Lifestyle Intervention Program to Improve Cardiac Autonomic Regulation in Patients with Increased Cardiometabolic Risk. *Sustainability* 2020, 12, 7671.
3. Sjøgaard, G.; Christensen, J.R.; Justesen, J.B.; Murray, M.; Dalager, T.; Fredslund, G.H.; Sjøgaard, K. Exercise is more than medicine: The working age population’s well-being and productivity. *J. Sport Health Sci.* 2016, 5, 159–165.
4. Allen, L.N.; Feigl, A.B. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *Lancet Glob. Health* 2017, 5, e644–e646.
5. Christakis, N.A.; Fowler, J.H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N. Engl. J. Med.* 2007, 357, 370–379, doi:10.1056/nejmsa066082.
6. Eime, R.M.; Harvey, J.T.; Charity, M.J.; Casey, M.M.; van Uffelen, J.G.; Payne, W.R. The contribution of sport participation to overall health enhancing physical activity levels in Australia: A population-based study. *BMC Public Health* 2015, 15, 806, doi:10.1186/s12889-015-2156-9.
7. Sharon-David, H.; Tenenbaum, G. The effectiveness of exercise interventions on coping with stress: Research synthesis. *Stud. Sport Hum.* 2017, 21, 19–29.
8. Lathia, N.; Sandstrom, G.M.; Mascolo, C.; Rentfrow, P.J. Happier People Live More Active Lives: Using Smartphones to Link Happiness and Physical Activity. *PLoS ONE* 2017, 12, e0160589, doi:10.1371/journal.pone.0160589.
9. Mitchell, R.J.; Ozminkowski, R.J.; Serxner, S. Improving employee productivity through improved health. *J. Occup. Environ. Med.* 2013, 55, 1142–1148, doi:10.1097/jom.0b013e3182a50037.
10. Smart, N.A.; Williams, A.; Lyndon, K. The role and scope of accredited exercise physiologists in the Australian healthcare system. *J. Clin. Exerc. Physiol.* 2016, 5, 16–20.
11. Thornton, J.S.; Fremont, P.; Khan, K.; Poirier, P.; Fowles, J.; Wells, G.D.; Frankovich, R. J. Physical Activity Prescription: A Critical Opportunity to Address a Modifiable Risk Factor for the Prevention and Management of Chronic Disease: A Position Statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. *Clin. J. Sport Med.* 2016, 26, 259–265, doi:10.1097/jsm.0000000000000363
12. Gates, A.B.; Kerry, R.; Moffatt, F.; Ritchie, I.K.; Meakins, A.; Thornton, J.S.; Rosenbaum, S.; Taylor, A. Movement for Movement: Exercise as Everybody’s Business? *BMJ Publishing Group Ltd: London, UK*, 2016.

13. Lianov, L.; Johnson, M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA* 2010, 304, 202–203, doi:10.1001/jama.2010.903.
14. Hivert, M.F.; Arena, R.; Forman, D.E.; Kris-Etherton, P.M.; McBride, P.E.; Pate, R.R.; Spring, B.; Trilk, J.; Van Horn, L. V.; Kraus, W. E. Medical Training to Achieve Competency in Lifestyle Counseling: An Essential Foundation for Prevention and Treatment of Cardiovascular Diseases and Other Chronic Medical Conditions: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2016, 134, e308–e327, doi:10.1161/cir.0000000000000442.
15. Trilk, J.; Nelson, L.; Briggs, A.; Muscato, D. Including Lifestyle Medicine in Medical Education: Rationale for American College of Preventive Medicine/American Medical Association Resolution 959. *Am. J. Prev. Med.* 2019, 56, e169–e175, doi:10.1016/j.amepre.2018.10.034.
16. Friedberg, M.W.; Schneider, E.C.; Rosenthal, M.B.; Volpp, K.G.; Werner, R.M. Association between participation in a multipayer medical home intervention and changes in quality, utilization, and costs of care. *JAMA* 2014, 311, 815–825, doi:10.1001/jama.2014.353.
17. Song, Z.; Baicker, K. Effect of a Workplace Wellness Program on Employee Health and Economic Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019, 321, 1491–1501.
18. Heath, G.W.; Parra, D.C.; Sarmiento, O.L.; Andersen, L.B.; Owen, N.; Goenka, S.; Montes, F.; Brownson, R. C. Evidence-based intervention in physical activity: Lessons from around the world. *Lancet* 2012, 380, 272–281, doi:10.1016/s0140-6736(12)60816-2.
19. Reis, R.S.; Salvo, D.; Ogilvie, D.; Lambert, E.V.; Goenka, S.; Brownson, R.C. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet* 2016, 388, 1337–1348, doi:10.1016/s0140-6736(16)30728-0.
20. Heath, G.W.; Parra, D.C.; Sarmiento, O.L.; Andersen, L.B.; Owen, N.; Goenka, S.; Montes, F.; Brownson, R. C. Evidence-based intervention in physical activity: Lessons from around the world. *Lancet* 2012, 380, 272–281, doi:10.1016/s0140-6736(12)60816-2.
21. Reis, R.S.; Salvo, D.; Ogilvie, D.; Lambert, E.V.; Goenka, S.; Brownson, R.C. Scaling up physical activity interventions worldwide: Stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet* 2016, 388, 1337–1348, doi:10.1016/s0140-6736(16)30728-0