



Documento finale Tavolo di Lavoro presso il Ministero della Salute tra Laureati in Fisioterapia e Laureati in Scienze Motorie.

Publicato dal Ministero della Salute il documento finale del gruppo di lavoro che aveva l'obiettivo di chiarire le competenze del Laureato in Scienze Motorie riguardo la c.d. "Attività Fisica Adattata".
Ribadito il concetto che l'attività fisica è necessaria per tutti, il documento si concentra sulle modalità per garantire la giusta dose di movimento anche per quelle categorie di soggetti "fragili", come persone anziane e con diverse abilità...



DOCUMENTO FINALE DEL TAVOLO DI LAVORO ISTITUITO PRESSO IL MINISTERO DELLA SALUTE TRA LAUREATI IN FISIOTERAPIA E LAUREATI IN SCIENZE MOTORIE

E' stato istituito il tavolo di confronto presso il Ministero della Salute con la partecipazione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, delle Regioni e delle rappresentanze professionali, tra i laureati in scienze motorie e fisioterapisti per meglio delineare l'ambito di competenza professionale dei primi ed evidenziare le modalità di lavoro integrato per la salvaguardia della tutela della salute.

Questo lavoro si inserisce nell'ambito delle scelte di programmazione nazionale e regionali che hanno introdotto la sperimentazione della cosiddetta "AFA" (attività fisica adattata) prevedendo che tale attività non rientri tra le prestazioni sanitarie bensì abbia il compito di ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita più corretti.

E' preliminare ricordare la distinzione degli ambiti tra fisioterapista e laureato in scienze motorie; a chiarirlo basti la precisazione, all'interno del D.Lgs. n° 178/98, istitutivo della laurea in Scienze Motorie, al settimo comma dell'articolo 2: "*il diploma di laurea in scienze motorie non abilita all'esercizio di attività professionali sanitarie di competenza dei laureati in medicina e chirurgia, e di quelle di cui ai profili professionali disciplinati ai sensi dell'articolo 6 comma tre del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni*".

Si evidenzia che la legge 18 giugno 2002, n.136 ha equiparato il diploma in educazione fisica alla laurea in scienze delle attività motorie e sportive ai fini dell'accesso ai pubblici concorsi ed alle attività professionali; giova ricordare che il percorso formativo del laureato in scienze motorie è orientato allo sport ed all'esercizio fisico, mentre quello del fisioterapista ha l'obiettivo di formare un professionista sanitario in grado di prendere in carico problemi di salute che incidono sull'autonomia delle persone, con strumenti sanitari che includono l'esercizio terapeutico e la rieducazione motoria.

Ciò premesso, appare necessario precisare che il laureato in scienze motorie è figura ritenuta importante per i fini di promozione della salute; il laureato in scienze motorie durante il percorso di studi triennale sostiene esami per un totale di cfu, a seconda delle singole Facoltà (per lo più le stesse nelle quali si svolgono i corsi delle lauree in medicina ed in fisioterapia), da 6 a 9 sulla "*ginnastica adattata e compensativa*" e nella successiva laurea magistrale in "*Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative*", approfondiscono la loro formazione.

Per quanto riguarda i laureati in scienze motorie, è necessario utilizzare al meglio le competenze di cui sono portatori anche al fine di una migliore e più qualificata valorizzazione nelle proprie competenze professionali; a tal fine è opportuno premettere che il movimento e l'attività fisica sono da sempre necessità dell'essere umano.

Nel corso dell'evoluzione della specie umana, a livelli ineguali di sviluppo nelle diverse aree geografiche, l'uomo ha progressivamente abbandonato attività che includevano necessariamente una certa quota di movimento per sostituirla almeno una parte con aiuti di tipo tecnologico.

Nella nostra società attuale, infatti, sedentarietà e stili di vita che non contemplano il movimento sono ormai molto diffusi; pertanto al fine di compensare l'assenza o riduzione di un'attività motoria normale e necessaria, si rende necessario re-inserire quanto è stato, in maniera ab-norme, eliminato, sia per la prevenzione di problemi di salute che per il mantenimento di uno stato di salute accettabile, nonostante vi possano essere problemi di salute già presenti con i quali la persona, sostanzialmente, convive.

Il Ministero della Salute, recependo l'invito dell'OMS a promuovere la ripresa di una corretta attività motoria in tutte le categorie di popolazione, intende utilizzare a questo scopo in primis la rete dei Medici di Medicina Generale e Specialisti, da sempre figure cardine per indirizzare i comportamenti dei Cittadini in fatto di salute.

Analizzando i bisogni di movimento delle diverse categorie di persone, poi, si è rilevato da più parti come ve ne siano alcune che non possono giovare di interventi di promozione dell'attività motoria "standard", ma necessitano di un approccio più specifico, in virtù delle specifiche caratteristiche.

Sono state definite categorie "fragili", a causa del fatto che il sistema deve organizzarsi per consentirne la massima inclusione e partecipazione, eliminando tutte le condizioni di restrizione e di ostacolo: gli anziani e le persone con diversa abilità sono fra queste.

Diversi studi scientifici hanno dimostrato che (re-)introdurre l'attività motoria in questi soggetti riduce la quantità e l'entità dei problemi di salute cui possono incorrere, migliorando nel contempo globalmente lo stato di salute, anche dal punto di vista della socializzazione e del tono dell'umore; certo, la proposta motoria per questi soggetti deve essere attentamente progettata; a tal fine l'Università ha istituito la laurea in Scienze Motorie identificando anche una specifica laurea magistrale su queste tematiche.

Le competenze di questo percorso formativo, come suggerisce la denominazione, si rivolgono all'utilizzo del movimento per prevenire problemi di salute e per adattare l'attività motoria allo specifico di persone che, come abbiamo descritto, non possono essere facilmente "standardizzate" e presentano caratteristiche di "fragilità", cioè anziani e persone con disabilità.

Persone che, comunque e nonostante la loro condizione di fragilità, mantengono la necessità umana di praticare attività motoria e cui deve essere consentito, nell'ambito del possibile, di farlo; quali soggetti, fra quelli definiti "fragili" sono "in grado" di essere inclusi in programmi di attività motoria allo scopo di prevenire ulteriori problemi di salute e mantenere lo stato di salute attuale?

Si tratta del confine, difficile da delineare, fra promozione della salute e attività sanitaria: la seconda, infatti, utilizza strumenti e professionisti altamente specializzati per prevenire problemi di salute in categorie a rischio, trattare problemi di salute acuti allo scopo di evitare o contenere gli esiti, riabilitare questi ultimi al fine di consentire il massimo livello di autonomia e partecipazione possibile da parte del soggetto.

La presa in carico sanitaria non può essere prolungata oltre misura e non deve coinvolgere tutte le attività delle persone: esistono occasioni, periodi, necessità e luoghi dell'intervento sanitario, dopo di che ogni persona deve vivere e agire nel mondo, anche praticando attività motoria come, in realtà, è sempre necessario per il suo organismo fare.

È interesse di questo Ministero indicare le modalità di promozione della salute attraverso il movimento da proporre in questi soggetti ancora interessati da problemi di salute; vi sono alcuni criteri che guidano tali scelte:

- lo scopo dell'attività motoria: la terapia è competenza riservata alle professioni sanitarie e la presa in carico, con l'obiettivo di risolvere/migliorare il problema di salute (che include autonomia e partecipazione) di una persona attraverso il movimento, è attività sanitaria e nella fattispecie propria del Fisioterapista; quando, invece, una persona anche con diversa abilità, richiede un'attività motoria perché percepisce il bisogno di farlo o gli è consigliato perché, banalmente, "tutti devono farla" e quindi anche questa persona, l'attività motoria va "adattata" alle possibilità dell'individuo in modo che gli si consenta di praticarla, anche se l'obiettivo non è la risoluzione o la presa in carico di un problema specifico di salute o autonomia;
- la tipologia dell'attività motoria: il Fisioterapista utilizza il movimento, come altri mezzi fisici, per riabilitare le persone e la disciplina ha codificato nel tempo una serie di interventi motori di valutazione e trattamento finalizzati alla cura ed alla riabilitazione; per questo motivo si caratterizzano come sanitari, tanto è vero che sono necessari percorsi di studio specifici e specializzati; fra questi la rieducazione motoria e la rieducazione posturale.
- la stabilità clinica: la persona con instabilità clinica non può essere sollecitata con interventi motori che non siano inclusi in un programma sanitario e sotto la guida ed il controllo di personale sanitario, che conosce e sa trattare i problemi di salute e le modalità di gestione del rischio clinico; le persone con instabilità clinica non possono in alcun modo essere inclusi in percorsi di attività fisica adattata;
- la stabilità riabilitativa: la riabilitazione delle disfunzioni richiede spesso tempi lunghi di intervento e, fintanto che il soggetto presenta dei cambiamenti nella propria risposta alle cure, è necessario proseguire il trattamento sanitario; l'attività fisica adattata non può essere proposta a persone che non hanno ancora completato il proprio percorso riabilitativo, che possono cioè ancora migliorare anche se a distanza di tempo dall'iniziale presa in carico o dall'evento acuto che ha originato il problema di salute.

Vi sono inoltre condizioni determinate da stati patologici che variano nel tempo per le caratteristiche proprie della malattia; le persone che ne sono affette sono di solito etichettate all'interno della categoria della cronicità. E' sicuramente vero che per queste patologie non si può rilevare un esordio acuto e che non se ne intravede la risoluzione, accompagnando per tutta la vita le persone che ne sono affette; tuttavia questi Cittadini sono assolutamente lontani dal concetto di stabilità, presentando invece andamenti a volte progressivi, a volte ciclici (remissivo - progressivi), piuttosto che variazioni poco prevedibili nel tempo, come per il M. di Parkinson o le malattie demielinizzanti, giusto per fare qualche esempio.

Per questi soggetti non è possibile prescindere da un modello di cure che li prenda in carico e ne segua le variazioni, ponendo la persona al centro di un sistema di competenze sanitarie e sociali che sappiano capire quando è il caso di un intervento sanitario e quando, invece, è consigliato un intervento, ad esempio, di attività motoria adattata. Nella sostanza, non si può privare queste

persone della presa in carico sanitaria e non si può includerli in programmi di promozione della salute che siano privi della capacità di rilevare modifiche che renderebbero necessario il "rientro" in programmi sanitari.

L'attività motoria anche adattata è un'esigenza di ogni Cittadino e non una risposta personalizzata a problemi di salute; esistono categorie di Cittadini per i quali la proposta di promozione della salute attraverso il movimento è più semplice: pur con tutti gli screening e la necessità di essere adeguatamente testati in ambito sanitario, la prevenzione in ambito di lotta all'obesità, all'involuzione muscolo-scheletrica ed al diabete è comunemente accreditata di efficacia e di un bassissimo livello di rischio.

Riteniamo invece esistano alcune categorie di bisogni che non possono essere incluse in programmi standardizzati di attività e per i quali l'attività fisica adattata non può sostituire, in alcuna maniera, la presa in carico riabilitativa individuale, capace di adattarsi fra l'altro ai differenti periodi di ri-acutizzazione dei problemi.

Non è possibile costruire percorsi standardizzati per persone con esiti di ictus cerebrali, ad esempio, anche se a distanza di mesi dall'evento acuto; la letteratura scientifica internazionale mostra, senza ombra di dubbio, recuperi sicuramente fino ad un anno dall'acuzie.

E lo stesso si può dire delle patologie demielinizzanti, con i loro andamenti così poco prevedibili e le pesanti implicazioni di un problema che colpisce tutte le sfere dell'essere umano proprio nel periodo di vita più produttivo, così come dei disturbi del movimento ascrivibili alla malattia di Parkinson.

Appare evidente, che i programmi regionali di attività fisica adattata non possano comprendere le seguenti categorie di problemi:

- esiti di Ictus cerebrali entro l'anno dall'esordio;
- malattia di Parkinson e parkinsonismi "instabili": andranno utilizzati appositi strumenti di misura di autonomia e specifici per il problema (FIM, Barthel, UPDRS) che costituiscano un cut-off specifico come criterio di esclusione;
- Malattie demielinizzanti;
- esiti recenti (entro l'anno dall'intervento) di sostituzioni protesiche articolari (la specifica è necessaria al fine della gestione del rischio clinico).
- esiti recenti (entro 3 mesi dall'intervento) di qualsiasi intervento chirurgico, nel rispetto dei tempi biologici di riparazione dei tessuti, come da Linee Guida Scientifiche.

Nel programmare l'attività fisica adattata, le amministrazioni dovranno anticipatamente dichiarare ai Cittadini quali risposte sanitarie e nella fattispecie riabilitative offrono e hanno organizzato per tutti i tipi di bisogno sanitario, in tutte le sue fasi di acuzie, post-acuzie e mantenimento. Solo successivamente potranno offrire ai Cittadini una proposta ulteriore, non sanitaria, che contribuisca a mantenere e possibilmente migliorare lo stato di salute, grazie al movimento.

È nell'ottica di queste scelte programmatiche che si propone l'utilizzo del laureato magistrale in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative, laureati in scienze motorie e diplomati ISEF nel progetto "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento e terapia" che il Ministero della Salute sta sperimentando in diversi contesti territoriali, tramite programmi di prevenzione e cura basati sull'esercizio fisico secondo modalità organizzative che prevedono la somministrazione dell'attività fisica e che in questo contesto ha richiesto alle Regioni Veneto,

Emilia Romagna, Lombardia e Sicilia di effettuare la sperimentazione del suddetto progetto a cui ha anche attribuito uno specifico finanziamento.

Anche il recente piano di "indirizzo per la riabilitazione" approvato il 10/2/2011 suggerisce l'AFA (attività fisica adattata) come attività non rientrante tra le prestazioni sanitarie bensì con il compito di ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita più corretti (prevenzione).

Tale progetto si indirizza alla popolazione a rischio o affetta da patologia che può trarre giovamento dall'esercizio fisico e le cui condizioni cliniche siano stabili e non necessitino di monitoraggio clinico (che non necessiti di ospedalizzazione); inoltre, la riabilitazione deve aver esaurito il proprio potenziale di miglioramento, in accordo alle linee-guida ed alle conoscenze scientifiche a disposizione.

E' un'affermazione, infatti, che trova fondamento scientifico nel sapere medico e sanitario il fatto che l'attività fisica regolare e di intensità adeguata sia un fattore di cruciale importanza per il mantenimento di un buono stato di salute e per la prevenzione di numerose malattie croniche non trasmissibili, con particolare riguardo alla patologia cardiovascolare.

L'attività fisica così svolta riduce la morbilità e la mortalità per diverse malattie di grande rilevanza socio-sanitaria, tra cui la cardiopatia ischemica, l'ipertensione, il diabete, l'obesità, l'osteoporosi, la depressione ed alcune forme tumorali: la mancanza di attività fisica è una delle maggiori cause di morte, malattie e disabilità.

Invece il poter svolgere un'attività fisica con regolarità ed intensità correlata alle proprie possibilità e condizioni di salute non solo è consigliabile a tutti, ma in particolare il consiglio e l'incoraggiamento devono essere rivolti soprattutto alle persone sedentarie, tenendo conto che la tendenza alla sedentarietà comincia a manifestarsi fin dall'adolescenza per raggiungere il suo massimo nella terza età.

I benefici di una regolare attività fisica interessano sia direttamente le singole persone che indirettamente la collettività; la sedentarietà ha infatti una notevole importanza nella diminuzione dell'autonomia delle persone e nell'insorgenza e/o aggravamento di numerose patologie croniche con conseguente ricaduta sui costi per l'assistenza sia sociale che sanitaria.

Tra gli effetti positivi ricordiamo tra gli altri sostanziali e duraturi miglioramenti della funzione cardiaca, della pressione arteriosa, del metabolismo lipidico e glucidico, del rapporto tra massa muscolare e massa adiposa, del tono muscolare e della capacità di equilibrio, senza dimenticare gli importanti effetti benefici a livello psicologico, con miglioramento in particolare dell'umore e dell'auto-stima.

D'altro canto uno stile di vita sedentario, a qualunque età, può condurre all'isolamento dal contesto della vita sociale; questo allontanamento comporta, in particolare nella terza età, un grave rischio per il mantenimento della propria autonomia ed autosufficienza; l'attività fisica, soprattutto quando viene esercitata all'aperto e ancor più quando si svolge a gruppi, contribuisce in modo rilevante all'integrazione sociale e alla creazione di nuovi legami di amicizia e solidarietà.

A causa delle sempre maggiori difficoltà nella sostenibilità del sistema di tutela della salute, da un lato, e della disponibilità odierna di operatori con conoscenze superiori in fatto di esercizio fisico, anche nelle diverse condizioni di salute, cioè i laureati magistrali in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattive, i laureati in scienze motorie e i diplomati ISEF, si rende oggi

necessario una riflessione sul ruolo positivo dell'esercizio fisico anche in alcune condizioni di patologia, al di fuori del sistema sanitario.

Vi sono poi molte evidenze scientifiche sull'efficacia dell'esercizio fisico anche nelle diverse condizioni patologiche; di questo si è sempre occupata la Fisioterapia.

Per quanto riguarda invece l'utilizzo del movimento come strumento di prevenzione per come è stato descritto, è necessario approntare concrete modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la segnalazione dei casi che necessitano di attività fisica sia la sua somministrazione tutorata, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività necessaria.

E' quindi auspicabile che i Piani Sanitari Regionali intensifichino la lotta alla sedentarietà e promuovano l'attività fisica affermandone l'importanza ai fini del miglioramento della salute dei cittadini: in questo senso va indicato che, tra i compiti dei Servizi di Medicina dello sport, che si auspica siano presenti in ogni Azienda Usl, si prevedano la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale ed in quei soggetti che, pur in condizioni di patologia ma con condizioni cliniche stabili e per i quali il potenziale riabilitativo abbia raggiunto i traguardi sanitari ipotizzati, possano beneficiare dell'esercizio fisico.

A tal fine attraverso gli specifici Piani Regionali della Prevenzione le Regioni dovrebbero attuare programmi di promozione dell'esercizio fisico, rivolti a persone che presentino problemi di salute per i quali questo approccio sia di dimostrata efficacia costruendo a tal fine percorsi integrati, finalizzati a sperimentare modalità innovative di presa in carico di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione.

Per realizzare ciò, il modello attuativo della fase sperimentale potrebbe delinearsi come segue:

- la presa in carico della persona e l'avvio all'attività fisica sono sempre da considerarsi un intervento sanitario a carico del Servizio sanitario regionale che si realizza attraverso un'integrazione professionale e organizzativa tra il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta ed il medico specialista (Medico dello sport, Cardiologo, Diabetologo, Fisiatra,...);
- la somministrazione, cioè il concreto svolgimento, dell'attività fisica avverrà al di fuori dell'ambito di intervento del Servizio Sanitario Regionale, ma con modalità e in strutture riconosciute e legate da partnership con lo stesso.

Il sistema deve prevedere lo sviluppo sul territorio di una rete di strutture per la "somministrazione-erogazione" dell'attività fisica, che deve avvenire in realtà specificamente attrezzate (palestre e centri sportivi pubblici e privati), contraddistinte da una buona gestione complessiva e con la presenza di personale laureato magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative, laureati in Scienze Motorie e diplomati ISEF.

Tutti, dal soggetto sano alle persone con uno o più fattori di rischio fino agli individui con problemi di salute cronici non trasmissibili e clinicamente stabili e una volta concluso il percorso di recupero riabilitativo (sanitario) dovrebbero poter essere indirizzati presso specifiche strutture, quali palestre o centri sportivi, "riconosciute" dal Servizio Sanitario Regionale attraverso un processo di selezione tale da garantire la qualità e la sicurezza degli interventi per le persone: in queste strutture

dovrebbe operare personale qualificato, laureato magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative, laureati in Scienze Motorie e diplomati ISEF.

La selezione sul territorio di strutture riconosciute e certificate dal Servizio Sanitario Regionale dovrebbe avvenire sulla base di uno specifico progetto e dalle conseguenti risultanze che si ponga l'obiettivo di rendere la palestra quale luogo sicuro per la prevenzione ed il benessere.

Il primo obiettivo (preliminare e conditio sine qua non per la prevista selezione) di tale progetto dovrebbe essere quello di prevenire e contrastare, tra gli sportivi amatoriali e gli atleti frequentatori delle palestre, l'utilizzazione e la diffusione delle sostanze dopanti, promuovendo un modello di buona gestione complessiva mirato al miglioramento dello stato di salute e di benessere degli utenti.

Ne consegue che con questo progetto, attraverso la responsabilizzazione nelle attività di promozione della salute dei gestori e del personale specializzato delle palestre (laureato magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative, laureati in Scienze Motorie e diplomati ISEF), si valorizzerebbe il ruolo delle palestre nella promozione di uno stile di vita sano in sinergia con il Servizio Sanitario Regionale e nella realizzazione di una rete di collaborazioni tra Regione e Palestre pubbliche e private, finalizzata, tramite azioni di informazione dei clienti e di aggiornamento dei gestori e dei tecnici delle palestre, alla tutela della salute, in particolare attraverso azioni di contrasto dell'uso improprio ed inutile di farmaci, integratori alimentari e sostanze psicoattive in ambito sportivo e di promozione di alimentazione e comportamenti salutari.

Si darebbe, così, vita ad un circuito regionale di palestre e strutture sportive, certificato ed istituzionalmente riconosciuto, con azioni di aggiornamento, condivisione di valori etici e un sistema di valutazione della qualità degli interventi; tali palestre e strutture sportive, fidelizzate ai valori del Servizio Sanitario Regionale e con esso cooperanti, saranno strutturalmente idonee ad accogliere soggetti che possono ridurre i fattori di rischio o trarre beneficio per la propria condizione patologica attraverso un'attività fisica opportunamente avviata ed erogata.

IL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE DELLE PALESTRE E DELLE STRUTTURE SPORTIVE

1. CODICE ETICO

Per ottenere il riconoscimento pubblico delle palestre che promuovono il benessere il primo passo potrebbe esser dato dall'adesione volontaria ad un specifico "Codice Etico" che contenga alcuni principi generali ed alcuni impegni specifici caratterizzanti la missione dei soggetti che realizzano attività sportive e motorie, in collaborazione con gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie.

L'adesione al Codice Etico sarebbe, ovviamente, volontaria da parte dei gestori delle palestre pubbliche e private che siano in possesso dei requisiti strutturali, di personale qualificato (presenza di laureati magistrali in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative, laureati in Scienze Motorie e diplomati ISEF, di dotazioni igienico-sanitari previste dalle normative nazionali, regionali e dai regolamenti locali vigenti: l'accertamento dei requisiti sarebbe di competenza dei Comuni e delle AUSL competenti territorialmente.

L'adesione comporterebbe l'accettazione di ispezioni e controlli senza preavviso da parte di Enti Locali e Aziende Sanitarie per verificare il rispetto dei requisiti e degli impegni sottoscritti; l'obbligo di partecipazione ad attività di aggiornamento organizzate a livello regionale e locale nell'ambito della programmazione regionale; l'obbligo di esporre al pubblico il "Codice Etico" ed il materiale informativo condiviso.

L'adesione al "Codice Etico" dovrebbe dare diritto alla collaborazione con la Regione, gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie nell'attuazione di interventi di informazione e prevenzione e nel supporto ai professionisti che operano nella palestra (responsabili, allenatori ecc).

In tal modo si paleserebbe e si concretizzerebbe l'impegno concreto del Servizio Sanitario Regionale nella tutela del diritto dei cittadini a svolgere una pratica sportiva e motoria priva di rischi ed utile per promuovere un corretto stile di vita e costituisce costituirebbe un esempio di alleanza di reciproco vantaggio tra Pubbliche Istituzioni, Sistema Sanitario, Università e mondo imprenditoriale/associativo del movimento umano attivo.

Il vantaggio per la Comunità Locale e le sue istituzioni risiederebbe nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute (corrette abitudini alimentari, corretto uso dei farmaci, riduzione dei rischi legati al consumo di alcol ed altre sostanze psicoattive) e nella qualità e sicurezza dell'attività fisica proposta agli utenti, in particolare se portatori di patologie croniche non trasmissibili in condizioni cliniche stabili e non suscettibili di ulteriori miglioramenti con la fisioterapia e/o di fattori di rischio.

Il vantaggio per i gestori delle palestre sarà dato dalla visibilità tra i cittadini, possibili utenti dei centri sportivi, e dal sostegno degli Enti locali e delle AUSL: le palestre che aderirebbero al "Codice Etico" acquisirebbero il riconoscimento di "Palestra Etica".

Lo svolgimento dell'attività fisica prescritta dal Servizio Sanitario Regionale dovrebbe avvenire soltanto nelle palestre e nelle strutture sportive in possesso del riconoscimento di "Palestra Etica" ed in cui operino laureati magistrali in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattative, laureati in Scienze Motorie e diplomati ISEF, appositamente aggiornati al fine di somministrare un'attività fisica personalizzata e tutorata, in soggetti con patologia e e/o fattori di rischio ma in condizioni cliniche stabili e per i quali non è previsto ulteriore miglioramento nei percorsi sanitari di riabilitazione.

2. ISTITUZIONE DEGLI ELENCHI DELLE PALESTRE E DEI PROFESSIONISTI

Affinché i cittadini nonché tutti gli operatori che a vario titolo siano impegnati nella promozione di stili di vita sani e di contrasto alla sedentarietà, possano sapere dove rivolgersi in sicurezza, dovrebbero essere predisposti i seguenti elenchi:


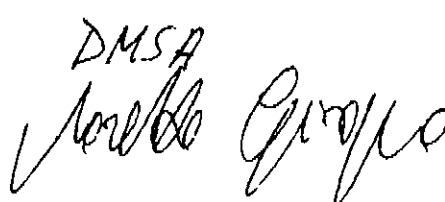

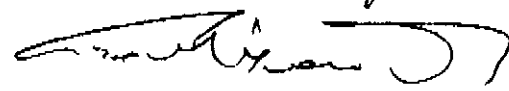
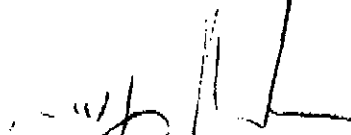


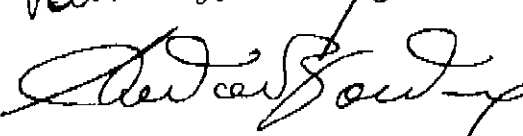
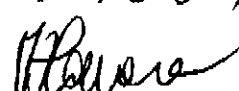
- elenco delle Palestre e strutture sportive riconosciute come "Palestra Etica". Tale elenco sarà regionale e composto dalle palestre che aderiscono al Codice Etico ed in possesso dei requisiti previsti dalle normative nazionali, regionale e locali. La richiesta di adesione al Codice Etico dovrà essere inviata al Comune territorialmente competente, che, compiuti i necessari accertamenti, comunicherà alla Regione il nulla osta all'iscrizione nell'elenco.

- Elenco dei professionisti che operano nelle Palestre Etiche in possesso dei requisiti previsti di formazione .

I costi per lo svolgimento, nelle palestre e strutture sportive, dell'attività fisica tutorata o prescritta sono a carico dei singoli cittadini e non comportano oneri aggiuntivi a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Superata la fase di sperimentazione, nessun onere dovrà essere sostenuto dai Servizi Sanitari Regionali, eccezion fatta per la necessaria campagna di informazione e promozione degli stili di vita salutari.

Alle persone potrà essere consigliato dal medico, al pari delle analoghe indicazioni sugli stili di vita salutari, ad esempio alimentari, l'avvio delle attività fisiche adattate.

UNC		DMSA	
UNC			
UNC	Feida Santini		
P.A.S.S.I.		CAPDI & LSM	
AGIF P.A.S.S.I.	Alfussini		
MIUR	Vandone Sammarino		
AIFI			
MINISTERO SALUTE		Leveschi	
		FSP	