



Culture e Studi del Sociale

CuSSoc

ISSN: 2531-3975

*Attività fisico-motoria e malattie cronico-degenerative.
Riflessioni su strategie e azioni implementate in Italia*

PERINO ANNAMARIA & TOSINI MASSIMO

Come citare / How to cite

Perino, A. & Tosini, M. (2017). Attività fisico-motoria e malattie cronico-degenerative. Riflessioni su strategie e azioni implementate in Italia. *Culture e Studi del Sociale*, 2(1), 85-90.

Disponibile / Retrieved from <http://www.cussoc.it/index.php/journal/issue/archive>

1. Affiliazione Autore / Authors' information

Università di Trento, Italy

2. Contatti / Authors' contact

Annamaria Perino: annamaria.perino@unitn.it

Articolo pubblicato online / Article first published online: Giugno/June 2017



- Peer Reviewed Journal

Informazioni aggiuntive / Additional information

[Culture e Studi del Sociale](#)

Attività fisico-motoria e malattie cronico-degenerative. Riflessioni su strategie e azioni implementate in Italia

Annamaria Perino e Massimo Tosini***

*Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale - Università degli Studi di Trento
Email: annamaria.perino@unitn.it

**Sociologo
Email: tosmas@libero.it

Abstract

General objective of the article is to highlight the role that sport has on overall well-being of all ages' people. In particular, the reflection will focus on the potential effects that physical activity has on people with chronic degenerative diseases. The reference is to the policies implemented in Italy and to some projects made in some local contexts.

Keywords: Chronic disease, physical activity, Well-being.

Il presente è breve, il futuro incerto, il passato sicuro
Lucio Aneo Seneca

1. La salute come diritto e come compito

L'attuale sistema sanitario italiano, ormai fortemente condizionato dalla cultura dominante di tipo industriale, ha assunto le caratteristiche tipiche di un modello orientato al *marketing* e al consumismo, talvolta compulsivo, fino a contaminarlo. La sovradiagnosi, l'abbassamento progressivo dei parametri riferiti ad alcune patologie (diabete mellito di tipo 2, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa) e l'influenza della tecnologia sul momento organizzativo (vedi la diagnostica per immagini e l'informatica clinica ospedaliera) hanno fatto salire la spesa pubblica e incrementato i profitti delle case farmaceutiche, delle aziende produttrici di apparecchiature elettromedicali e sistemi informatici dedicati. Per contro, se da una parte è necessario prendere atto del fatto che risulta difficile dimostrarne l'utilità in termini di salute prodotta dalle suddette tecnologie (Welch, 2013), dall'altra, si evidenzia la costante riduzione delle risorse pubbliche, che rende lo stato sociale sempre meno generoso.

In forza di quanto detto, si rende necessario e urgente un cambio di paradigma non più incentrato sulla malattia, ma sulla salute e la sua conservazione. Ciò dovrebbe consentire, dal lato del gestore, di allocare in maniera migliore le risorse, riducendo significativamente gli sprechi; dal lato del cittadino, invece, dovrebbe indurre a un comportamento più responsabile che porterebbe ad adottare stili di vita positivi, con conseguente riduzione dei ricoveri ospedalieri, del consumo di farmaci e delle richieste di esami clinico-strumentali.

La proposta di chi scrive risiede nella necessità di fare *meno e meglio*, affinché si possa vivere in salute in un ambiente sano, in armonia in una società che prevede l'integrazione delle diverse etnie e la solidarietà tra le generazioni.

Infatti, in una società profondamente cambiata rispetto alla seconda metà del secolo scorso, non si può non tener conto della globalizzazione, intesa sia come mondializzazione della produzione sia come turbo capitalismo, che cambia profondamente le condizioni culturali e materiali del Paese. Se a ciò aggiungiamo il fenomeno dell'esodo migratorio e il modo più stringente di intendere la sicurezza dopo l'11 settembre 2001, diventa abbastanza facile capire che le risorse economiche da destinare allo stato sociale tendano ad affievolirsi ulteriormente, anche per effetto del loro spostamento, anche in questo caso compulsivo, sul settore sicurezza.

In un quadro socio-economico di questo tipo, a cui va aggiunta l'inversione del momento demografico dovuto all'aumento sensibile della popolazione anziana, risulta evidente che i bisogni della popolazione sono profondamente cambiati e che diventa urgente proporre nuove ed aggiornate risposte, in parte a carico dello Stato, in parte a carico del mercato, ma, soprattutto, occorre un cambio di paradigma che veda nel cittadino - singolo e organizzato - un soggetto attivo e co-produttore del cambiamento. Ciò comporta che il sistema di *welfare* vada quindi ripensato a partire dall'approccio culturale. Il cittadino, oltre ad essere titolare di diritti inviolabili (la salute e la sicurezza sociale sono fra questi), dovrà sentirsi sempre più titolare di doveri inderogabili. La salute, anche in forza delle patologie tipiche del mondo opulento, non può più essere vista solo come un diritto costituzionalmente prescritto, ma dev'essere vissuta anche come compito (Illich, 1976).

Il cambiamento culturale si ritiene debba avvenire anche sul piano organizzativo: una maggiore appropriatezza dei comportamenti dovrà informare l'agire quotidiano dei professionisti del sistema socio-sanitario. In Italia si sprecono circa 10 miliardi di euro per esami inutili; la medicina difensiva, che concorre in modo significativo a generare tale spreco, incide sulla spesa sanitaria per il 10,5% del totale. Corrisponde al 20% la crescita annuale degli esami clinici e a 300 mila il numero delle cause sanitarie all'anno (Malpelo, 2017).

Il futuro è incerto, ma nel 2040 è verosimile ritenere che avremo 460 mila nati all'anno, 600 mila anziani over 95, 5 milioni di persone in meno in età lavorativa (Marin, 2017). Urge, quindi, un cambio di paradigma.

2. Dalla patogenesi alla salutogenesi

Hans Jonas (1903-1993) sviluppando il tema *dell'etica della responsabilità* osservava che al formidabile sviluppo della tecnologia non ha avuto seguito un analogo sviluppo dell'etica. Il filosofo tedesco pone il problema della sostenibilità del mondo e della necessità, da parte dell'uomo, di consegnarlo alle generazioni future.

Le questioni legate all'ecologia dell'ambiente, il problema della biosfera, l'insostenibilità del sistema di produzione che crea insieme uno sfruttamento abnorme delle risorse naturali, grandi profitti per pochi e disoccupazione di massa, sembrano essere oggi ben lontane dal principio di responsabilità a cui Jonas (1990) ci richiama.

Se si vogliono creare davvero i presupposti perché l'uomo possa vivere in condizioni di benessere e su un territorio sano, è indispensabile un processo di riforme strutturali interdipendenti (Morin, 2012) Purtroppo il sistema è ancora troppo centrato sulla malattia e sull'ospedale, mentre si avverte la necessità di partire dal territorio e dalla salute e lavorare tutti insieme per conservarla il più a lungo possibile.

La priorità fondamentale dovrebbe essere quella di risanare l'ambiente e contemporaneamente ri-orientare il comportamento dell'uomo verso una visione più

sobria dei costumi, assumendo la salute come “compito”, senza aspettare l’insorgere della malattia. L’invito di Parini (1765) “Oh debil arte, oh mal secura scorta, Che il mal attendi e no ‘l previeni accorta!”, ancora attuale, dovrebbe orientare il comportamento di tutti.

Organizzare il sistema socio-sanitario secondo il paradigma salutogenico significa programmare spazi destinati all’attività motoria preventiva e adattata alle condizioni della persona cui essa è destinata, organizzando azioni di prevenzione primaria e/o secondaria. Si tratterebbe di intervenire ancor prima che si manifestino problemi di salute o che quelli già esistenti degenerino, utilizzando un approccio olistico che, facendo leva sulla pratica dell’attività motoria, cerchi di integrare aspetti fisici, psicologici e relazionali.

Per quanto concerne gli spazi si ritiene conveniente attingere ai luoghi già esistenti: case di riposo, ospedali riconvertiti, ospedali di comunità, aziende di servizi alla persona e, ovviamente, gli spazi all’aperto (*outdoor*), con percorsi dedicati e opportunamente organizzati.

L’organizzazione di gruppi per patologia (dismetabolici, ipertesi, cardiopatici stabilizzati, ecc.) permette di creare le condizioni per svolgere attività motoria finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni; in questo senso ai benefici di natura psicologica si aggiungerebbero quelli di natura fisica. È evidente che un’attività motoria avente caratteristiche preventive e adattate debba essere organizzata e guidata da professionisti adeguatamente formati e addestrati; non è casuale la creazione di una nuova figura professionale, quella del laureato in Scienze e Tecniche dell’Attività Motoria Preventiva e Adattata. A lui spetta il compito di guidare l’attività sopra descritta.

Al medico specialista, invece, si riserva il compito di prescrivere, in termini d’intensità e durata, l’attività motoria destinata alle persone con patologie stabilizzate; i giovani e gli adulti sani, che tali vogliono restare a lungo, possono rivolgersi direttamente al laureato in Scienze e Tecniche dell’Attività Motoria Preventiva e Adattata per svolgere, sempre in piccoli gruppi omogenei, l’attività più conveniente per il mantenimento dello stato di salute¹.

L’intervento sugli stili di vita delle persone diventa quindi strumento efficace sia per il trattamento di alcune patologie (diversamente da quello che riuscirebbero a fare, da soli, i farmaci), sia per evitare che le suddette patologie si manifestino nei soggetti sani.

3. Strategie e azioni di contrasto alle malattie cronico-degenerative: linee guida e piani regionali per la promozione dell’attività motoria

Nella direzione citata vanno le iniziative messe in programma in alcune Regioni del nostro Paese.

Se, da una parte, la letteratura scientifica internazionale fornisce evidenze ormai consolidate rispetto all’efficacia dell’esercizio fisico nelle fasce di popolazione af-

¹ Si può fare riferimento alle persone in sovrappeso e a coloro che svolgono attività a carattere prevalentemente sedentario. Anche gli obesi possono rientrare in questa fattispecie, ma la loro attività va accompagnata con una adeguata dieta ipocalorica che, com’è ovvio, va prescritta e seguita dal nutrizionista.

fette da malattie cronico-degenerative², dall'altra, alcuni provvedimenti emanati nel nostro Paese, spingono a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgenza delle suddette malattie. Il Ministero della Salute ha collaborato con la Regione Europea dell'OMS per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche, denominata "Guadagnare Salute"³, e ha cooperato alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità⁴; Ministero della Salute e Regioni sono impegnate, sin dal 2005, nel contrasto alle malattie croniche attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione; alcune Regioni forniscono indicazioni precise di azioni o programmi miranti a promuovere la pratica dell'esercizio fisico nei Piani regionali della prevenzione (ad es. l'Emilia-Romagna), altre si avvalgono di specifiche linee guida (la Toscana) o di piani regionali (il Veneto) in cui si sottolineano i benefici dell'attività fisica sulla salute, con particolare riferimento alle malattie croniche, alle patologie connesse all'invecchiamento, alla depressione e ai disturbi mentali.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 riconosce l'utilità della promozione dell'attività motoria e della prescrizione dell'esercizio fisico come strumento preventivo e terapeutico utile a contrastare l'insorgenza e l'evoluzione di quelle malattie croniche non trasmissibili che risentono positivamente dell'esercizio fisico, opportunamente prescritto e somministrato, e di un'adesione a uno stile di vita attivo. Si parte dall'assunto che la maggior parte delle malattie croniche è da ricondurre a fattori di rischio comuni e modificabili; secondo l'OMS la sedentarietà è causa di quasi 2 milioni di decessi a livello globale ed è divenuta una caratteristica dominante negli stili di vita delle popolazioni dei Paesi ricchi e di quelli in via di sviluppo. L'incremento del livello di attività fisica va quindi considerato come obiettivo sociale e deve essere messo al centro delle strategie di promozione e prevenzione.

In linea con questo obiettivo nel *Piano Regionale per l'Attività motoria nel Veneto*, si rinviengono indicazioni finalizzate a promuovere il movimento nell'adulto-anziano al fine di "preservare la salute il più a lungo possibile e ridurre gli anni vissuti in condizione di disabilità, piuttosto del mero prolungamento della durata di vita" (Regione Veneto, 2014, p. 4). A sostegno dell'anziano fragile, per ridurre la progressione verso la non autonomia e l'isolamento sociale, alle attività fisiche si affiancano iniziative di partecipazione e solidarietà sociale, ad esempio quella dei "gruppi di cammino"⁵. Con la L.R. n. 8 dell'11 maggio 2015, inoltre, vengono istituite le Palestre della Salute (art. 21) al fine di promuovere l'esercizio fisico strutturato e adattato come strumento di prevenzione e terapia destinate a persone affette da patologie croniche stabilizzate e non trasmissibili⁶.

In modo simile nel *Piano regionale della Prevenzione dell'Umbria* sono state inserite azioni destinate alla popolazione anziana. Il Progetto "Nonni Attivi" si pone l'obiettivo di favorire, su scala regionale, l'organizzazione di un sistema in gra-

² Fletcher, G.F., Blair, S.N., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., Epstein S. *et al.* (1992); Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A. *et al.* (2007); Lloyd-Jones, D.M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L.J., Van, H.L. *et al.* (2010).

³ È stata approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006.

⁴ È stata approvata ad Istanbul il 15 novembre 2006

⁵ Si tratta di un'attività motoria spontanea, realizzata collettivamente in specifici contesti locali. Il camminare, oltre a produrre vantaggi fisici, senza costi economici, consente di migliorare la qualità della vita grazie alla attivazione di nuove relazioni sociali.

⁶ In coerenza con la volontà del legislatore regionale veneto a settembre 2017, presso la casa Albergo di Lendinara (Rovigo), realtà sempre più orientata ad offrire servizi sul territorio comunale, sarà verosimilmente organizzata una Palestra della Salute.

do di promuovere, per le persone ultra 64enni con sindromi da ipomobilità, la fruizione della pratica motoria, attraverso un'offerta integrata di attività fisica adattata e ginnastica.

Nelle *linee guida della Regione Toscana*⁷ viene promossa l'attività motoria nei soggetti sani-sedentari o con fattori di rischio e nei soggetti con riduzione delle capacità funzionali (per età o patologia cronica). Si sottolinea che l'attività fisica nelle persone anziane ha l'importante funzione di creare motivazione e socializzazione, di aumentare la partecipazione grazie alle interazioni sociali e interculturali, di ridurre gli effetti che lo stile di vita sedentario produce, a lungo andare, sull'autosufficienza.

Numerosi anche i progetti implementati nella Regione Emilia-Romagna. Tra questi si evidenzia "*L'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia delle malattie croniche*", i cui risultati sono sintetizzati nella Dgr n. 316 del 25 marzo 2013. Interessante il riferimento alla Attività Motoria Adattata⁸, distinta in due tipologie: Attività Fisica Adattata (AFA) ed Esercizio Fisico Adattato (EFA). La prima è rivolta a persone affette da patologie muscolo-scheletriche e neuromuscolari, al termine del percorso riabilitativo classico e finalizzata al mantenimento delle funzionalità recuperate; la seconda è indirizzata a persone affette da altre patologie croniche (cardiovascolari, dismetaboliche, oncologiche e respiratorie) ed è finalizzata al miglioramento della capacità funzionale e della qualità della vita⁹.

E evidente che la promozione di iniziative come quelle descritte comporta benefici sia per la popolazione sia per l'economia nazionale.

La strada che porta a liberare le risorse da destinare ad un *welfare* più generoso, ma anche più virtuoso (Morin, 2012), sembra essere quindi quella che passa dalla promozione della cultura della salute e dell'ecologia integrale, nonché dall'investimento sulle nuove professioni e sulla responsabilizzazione dei singoli cittadini.

Osservazioni conclusive

Accertato che l'inattività e la riduzione del movimento fisico risultano essere un problema di sanità pubblica e che la pratica dell'esercizio fisico è diventata parte integrante della medicina preventiva e di quella terapeutica, va da sé che l'intervento sugli stili di vita delle persone assurga a strumento efficace sia in termini di prevenzione sia di trattamento e riabilitazione.

Per fare in modo che la popolazione inizi a considerare il movimento come parte integrante della vita quotidiana e si orienti in direzione della adozione di stili di vita attivi, però, è necessario che le politiche nazionali e locali si facciano promotrici dei suddetti stili di vita e che le comunità locali vengano stimolate ad incenti-

⁷ La Regione Toscana ha emanato, a partire dall'anno 2000, diverse leggi di riordino delle attività motorie e sportive.

⁸ Si tratta di protocolli di esercizio fisico - individuali o standardizzati per gruppi omogenei - attuati considerando le esigenze derivanti dalla presenza di una specifica patologia.

⁹ Si ritiene doveroso menzionare anche gli studi effettuati dai laureandi del corso di studio "Scienze e Tecniche dell'Attività Motoria Preventiva e Adattata" dell'Università di Ferrara, che testimoniano sia gli effetti della attività fisica su alcune patologie croniche (ad es, la sindrome metabolica), sia la riduzione dei costi ottenibile grazie al ricorso alle attività motoria preventiva e adattata (diminuzione del numero dei ricoveri e dell'uso di farmaci).

vare la partecipazione dei cittadini in direzione di comportamenti attivi e responsabili. Solo la sensibilizzazione della popolazione su problemi conseguenti la sedentarietà e la promozione dell'esercizio fisico come esperienza positiva e facilmente accessibile, possono produrre benefici sia sulla popolazione, con miglioramenti sul piano della salute, sia sulla economia nazionale, con notevoli risparmi di risorse.

Inoltre, non si può non tener conto del fatto che, nei casi di patologie complesse, gli interventi multidisciplinari permettono di integrare le competenze di diversi professionisti, unendo competenze professionali e disciplinari al fine di dare risposte complete e mirate ai bisogni delle persone. Accanto ai tradizionali professionisti della salute acquisiscono importanza sia i professionisti del sociale, chiamati a implementare progetti che vadano nella direzione citata, sia i laureati in scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata, con il compito di mettere a disposizione, in maniera trasversale, le loro competenze in tema di esercizio fisico adattato.

Bibliografia di riferimento

- Fletcher, G.F., Blair, S.N., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., Epstein, S. et al. (1992). Position statement – statement on exercise – benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans – a statement for health professionals by the committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology. American Heart Association. *Circulation*, 86, 340-344.
- Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A. et al. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1081-1093.
- Illich, I. (1976). *Nemesi medica. L'esposizione della salute. La paradossale nocività di un sistema medico che non conosce limiti*. Milano: Red.
- Jonas, H. (1990). *Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi.
- Lloyd-Jones, D.M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L.J., Van, H.L. et al. (2010). Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*, 121, 586-613.
- Malpelo, A. (2017, 6 febbraio). Medici in trincea. Esami inutili per 10 miliardi. *Il Resto del Carlino*, pp. 10-11.
- Marin, C. (2017, 6 febbraio). 2040, Declino Italia. Scuole vuote, anziani al lavoro. *Il Resto del Carlino*, pp. 2-3.
- Morin, E. (2012). *La via. Per l'avvenire dell'umanità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Parini, G. (1806). *Poesie di Giuseppe Parini. Milanese*. Tomo II, Firenze: Presso Morini Landi e c.
- Regione del Veneto (2014). Piano Regionale per la Promozione dell'Attività Motoria nel Veneto. Allegato alla Dgr n. 1563 del 26 agosto.
- Regione Emilia-Romagna (2015). Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.
- Regione Toscana (2005). Linee guida Regionali per la promozione della salute attraverso le attività motorie.
- Regione Umbria (2014). Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.
- Welch, H. (2013). *Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati*. Roma: Pensiero Scientifico Editore.