

# SENATO DELLA REPUBBLICA

XV LEGISLATURA

N. 1658

## DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori ROSSA, MARINO, BENVENUTO, BIANCO, TREU, BODINI, EMPRIN GILARDINI, GHIGO, IOVENE, CAPELLI, CARLONI, NEGRI, RANIERI, BATTAGLIA Giovanni, BELLINI, DIVINA, FAZIO, FILIPPI, FUDA, LIVI BACCI, MONGIELLO, NIEDDU, PAPANIA, PIGNEDOLI, PISA, ROSSI Paolo, RUBINATO e VILLECCO CALIPARI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 GIUGNO 2007

Disposizioni in materia di riconoscimento e regolamentazione delle figure professionali del responsabile della organizzazione e gestione delle attività motorie e sportive preventive e adattate e dell’operatore delle attività motorie e sportive preventive e adattate

ONOREVOLI SENATORI. - Nelle università europee in cui sono attivati corsi di laurea in educazione fisica e sport, l'APA (*Adapted Physical Activity*) costituisce da tempo un attivo settore di studio e di ricerca.

In Italia, i nuovi corsi nell'ambito della riforma del sistema universitario di formazione in scienze motorie prevedono una laurea di II livello (specialistica) in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate.

Il termine APA ha avuto origine nel 1974 in Canada, ad opera di Clermond Simard, in risposta alle esigenze reali della popolazione anziana del Québec ed è frutto di proposte nate nel tentativo di normalizzare e migliorare la qualità di vita delle persone anziane e delle persone con bisogni speciali ovvero dei soggetti diversamente abili.

Tale evento ha portato alla precisazione del rapporto tra APA e riadattamento, implicando importanti fattori di ricerca quali la conoscenza delle caratteristiche di quella specifica popolazione, nonché un nuovo atteggiamento nel programmare e realizzare le attività motorie per tali utenze.

Nel 1975 Jean Claude De Potter importò in Europa le tematiche e le esigenze delle persone con *handicap* e il Consiglio d'Europa nel 1986 mise a punto la «Carta europea dello sport per tutti: le persone disabili».

In seguito l'accessibilità alla pratica sportiva da parte di utenti portatori di *handicap* diventò sempre più condizione indispensabile per fare dello sport un servizio ed un fenomeno rispondente alle attese della società.

Nel 1989 a Berlino fu data la definizione di APA: «L'*Adapted Physical Activity* comprende ogni movimento, attività fisica o sport che può essere praticato da individui limitati nelle loro capacità da *deficit* fisici, psi-

cologici, mentali o da alterazioni di alcune grandi funzioni».

Il principio portante si poggia su ciò che l'individuo può fare, sulle sue potenzialità e capacità residue, nonché sulla possibilità di modificare, aggiustare il contesto per favorire l'espressione del miglior benessere per l'individuo.

Recentemente l'*International Council of Sport Science and Physical Education* (ICSSPE), nel Vademecum pubblicato nel 2000, ha aggiornato il settore e la definizione dell'APA. Attualmente le ricerche e l'utilizzo dell'APA riguardano molte tipologie di soggetti: portatori di *handicap* fisici, sensoriali e mentali, anziani e grandi anziani, malati organici (affetti da diabete, asma, obesità, anoressia). E non solo: vi sono ricompresi anche altri soggetti disagiati, come quelli affetti da AIDS e i malati terminali.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un importante cambiamento nella concezione della salute e della malattia. Gli approcci più recenti adottano una prospettiva molto più ampia: il cosiddetto modello bio-psico-sociale (Engel, 1977). Dall'idea di salute intesa come «assenza di malattia» si passa a quella di salute come «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» (Zani & Cicognani, 2000).

La connessione tra attività motorie e benessere psicofisico è stata approfondita con studi che rinviano da un lato alla psicologia dello sport e dell'esercizio fisico (Gauvin & Spence, 1995) e dall'altro alla psicologia della salute (Bouchard, Shepard & Stephens, 1994). Quando tali studi vengono condotti su popolazioni di soggetti diversamente abili, anziani o affetti da patologie, l'ambito di indagine si configura nel campo interdisciplinare e pluralista delle attività fisiche adattate

in cui convergono le conoscenze scientifiche sia della sfera bio-medica sia di quella umanistica.

Le attività motorie adattate, definite come «tutte le esperienze di movimento motivate da terapia, riabilitazione, educazione, tempo libero o competizione» (De Pauw, 2002), propongono programmi di lavoro in grado di incentivare stili di vita attivi, rivolti alle persone diversamente abili o anziane per il controllo e la gestione dell'autonomia, per l'incremento delle capacità e abilità psicofisiche (*World Health Organization*, 2002), per il mantenimento e la prevenzione del decondizionamento psicofisico.

I concetti chiave sono: attività fisica lungo l'arco di vita della persona, dignità e diritti umani, partecipazione, integrazione ed inclusione delle persone disabili in termini di autonomia, libertà e uguaglianza di opportunità (UN, 2006; IFAPA, 2007).

I benefici, in termini medici e psico-sociali, che derivano dallo svolgimento di una attività motoria regolare ed equilibrata per la popolazione in genere e per gli anziani in particolare sono ormai riconosciuti a livello internazionale (*U.S. Department of Health and Human Services*, 1999). L'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2002, nella 2ª Assemblea sull'invecchiamento svoltasi a Madrid, ha posto enfasi sulla necessità, da non ritenersi quindi un lusso, di azioni politiche mirate su stili di vita attivi per prevenire i danni causati dalle migliorate condizioni di vita sull'invecchiamento. Il bisogno e il desiderio degli anziani si realizza nel «dare vita agli anni» (Antonini, 1983), ovvero nel rallentare il declino funzionale prevenendo la fragilità ed evitando la dipendenza da terzi e nel realizzare un invecchiamento di successo.

L'analisi e la programmazione delle attività di prevenzione primaria e secondaria, così come la protezione e la cura lungo l'intero arco di vita delle persone diversamente abili non devono affrancarsi da queste considerazioni e non possono compiersi al di fuori

del campo della integrazione sociale e sanitaria che rappresenta un campo di tutela della salute e della qualità della vita.

Le politiche della prevenzione non possono più rimanere solo sociali o sanitarie, bensì debbono trasformarsi in politiche socio-sanitarie.

Esse devono realizzare il controllo e la protezione dai principali fattori di rischio riconosciuti come fondamentali per modulare l'incidenza dei livelli di disabilità o di *handicap* sulla persona.

Il campo delle attività motorie e adattate e delle finalità preventive e di mantenimento rappresenta un ambito elettivo, nel quale l'integrazione socio-sanitaria può e deve realizzarsi.

Gli obiettivi socio-sanitari legati alla realizzazione di uno stile di vita attivo richiedono il suffragio e il sostegno di progettualità mirate allo sviluppo della percezione positiva di sé, che consentano a soggetti anziani, a soggetti fragili o disabili di realizzare adattamenti vantaggiosi pur nell'alternanza malessere-benessere e al di fuori di comportamenti viziosi o stereotipati.

Occorre una risposta socio-sanitaria realmente integrata, collegata al «bisogno-diritto-dovere» di una migliore qualità della vita, non estranea alle tematiche del risparmio di bilancio sul comparto sanitario e su quello del *welfare*. In questa direzione vanno altresì le norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e la legge 8 novembre 2000, n.328 (Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), che ha delineato un riequilibrio delle responsabilità politiche nella valutazione e nella pianificazione delle attività per la salute dei cittadini.

Per i suddetti motivi il disegno di legge prevede all'articolo 1, ai fini della rieducazione motoria attiva, della socializzazione e della prevenzione, nonché del mantenimento della migliore efficienza fisica nelle differenti fasce d'età e nei confronti delle diverse abilità, il riconoscimento delle figure profes-

sionali del responsabile della organizzazione e gestione delle attività motorie e sportive preventive e adattate e dell'operatore delle attività motorie e sportive preventive e adattate.

L'articolo 2 definisce i compiti delle suddette figure professionali.

Compiti del responsabile della organizzazione e gestione delle attività motorie e sportive preventive e adattate sono la progettazione, l'organizzazione e la valutazione:

*a)* di programmi di attività motorie finalizzati al raggiungimento, al recupero e al mantenimento delle migliori condizioni di benessere psicofisico per gli adulti, gli anziani e i disabili;

*b)* di attività per la prevenzione delle malattie ed il miglioramento della qualità della vita mediante l'esercizio fisico;

*c)* di attività per la prevenzione dei vizi posturali e il recupero motorio post-riabilitativo finalizzato al mantenimento dell'efficienza fisica;

*d)* di attività motorie adattate a soggetti diversamente abili o con limitazioni funzionali stabilizzate derivanti da patologie che possono trarre vantaggio dall'esercizio fisico.

L'operatore delle attività motorie e sportive preventive e adattate si occupa dell'attuazione dei suddetti programmi e attività.

L'articolo 3 infine stabilisce il compito per le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano di promuovere l'istituzione e l'attivazione delle suddette figure professionali all'interno delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private, delle case di riposo, dei centri socio-educativi e delle comunità di recupero.

**DISEGNO DI LEGGE**  

---

## Art. 1.

*(Finalità)*

1. Ai fini della rieducazione motoria attiva, della socializzazione e della prevenzione, nonché del mantenimento della migliore efficienza fisica nelle differenti fasce d'età e nei confronti delle diverse abilità, la presente legge prevede il riconoscimento delle figure professionali del responsabile della organizzazione e gestione delle attività motorie e sportive preventive e adattate, di seguito denominato «responsabile», e dell'operatore delle attività motorie e sportive preventive e adattate, di seguito denominato «operatore».

## Art. 2.

*(Definizioni)*

1. L'esercizio delle attività professionali di responsabile e di operatore è subordinato, rispettivamente, al possesso del diploma di laurea specialistica in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate e del diploma di laurea in Scienze motorie e sportive.

2. L'esercizio dell'attività professionale del responsabile ha per oggetto la progettazione, l'organizzazione e la valutazione:

a) di programmi di attività motorie finalizzati al raggiungimento, al recupero e al mantenimento delle migliori condizioni di benessere psicofisico per gli adulti, gli anziani e i disabili;

b) di attività per la prevenzione delle malattie ed il miglioramento della qualità della vita mediante l'esercizio fisico;

c) di attività per la prevenzione dei vizi posturali e il recupero motorio post-riabilitativo finalizzato al mantenimento dell'efficienza fisica;

d) di attività motorie adattate a soggetti diversamente abili o con limitazioni funzionali stabilizzate derivanti da patologie che possono trarre vantaggio dall'esercizio fisico.

3. L'esercizio dell'attività professionale dell'operatore ha per oggetto l'attuazione dei programmi e delle attività di cui al comma 2.

4. Lo svolgimento delle attività di cui ai commi 2 e 3 da parte delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private, delle case di riposo, dei centri socio-educativi e delle comunità di recupero di cui all'articolo 3 è subordinato alla presenza, all'interno del rispettivo organico di personale, delle figure professionali previste dalla presente legge.

#### Art. 3.

##### *(Promozione delle figure professionali)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono l'istituzione e l'attivazione delle figure professionali di cui alla presente legge all'interno delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private, delle case di riposo, dei centri socio-educativi e delle comunità di recupero.



