



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori FARAONE, SUDANO e LAUS

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 30 OTTOBRE 2018

Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. - Nei Paesi industrializzati la sedentarietà è divenuta il secondo più importante fattore di rischio per la salute, dopo il fumo di tabacco. Esiste una stretta relazione tra l'inattività fisica e le patologie cronico-degenerative, che rappresentano circa il 75 per cento delle cause di mortalità nei Paesi industrializzati.

Gli effetti positivi dell'attività fisica sulla patologia cronica non trasmissibile, da quella cardiovascolare, al diabete, all'obesità, alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella, sono solidamente documentati in diversi studi internazionali.

Al riguardo appare opportuno evidenziare le «*Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008 - U.S. Department of Health and Human Services*», pubblicate nel maggio del 2008, che rivoluzionando la letteratura internazionale in materia, riassumono le principali evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche e forniscono le indicazioni per l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica clinica.

L'attività fisica appare, pertanto, un efficace strumento di prevenzione e come tale rientra nella strategia di intervento nei confronti di persone sane o affette da svariate patologie, al punto che l'esercizio fisico dovrebbe essere inserito nel normale *iter* terapeutico per il trattamento di diverse patologie. Tuttavia, questa tipologia di intervento appare ancora largamente sottovalutata in ambito di Sistema sanitario nazionale.

Lo scopo del presente disegno di legge è, dunque, quello di definire principi e criteri generali al fine di introdurre una strategia complessiva relativamente alla «prescrizione

dell'attività fisica». La stessa, infatti, deve riguardare sia persone che presentano fattori di rischio, quali ad esempio ipercolesterolemia, obesità, sia persone affette da condizioni patologiche, quali, a titolo esemplificativo cardiopatia ischemica, sindrome metabolica; entrambe queste condizioni, infatti, possono trarre sicuro giovamento attraverso un esercizio fisico correttamente prescritto, nonché svolto in modo controllato.

Un approccio integrato in materia sarebbe, inoltre, funzionale ad una reale implementazione del documento programmatico «Guadagnare salute», di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 aprile 2007, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007, che tra le diverse ipotesi di intervento prevede interventi «volti ad affermare una concezione dell'attività sportiva che va al di là della mera attività fisica agonistica, divenendo invece un momento di benessere fisico e psicologico che coinvolge tutti i cittadini, giovani e meno giovani. Da qui, un'idea di sport come momento di aggregazione sociale, nonché come attività formativa ed educativa dell'individuo»

Occorre, pertanto, che gli interventi di prevenzione mirati alla promozione dell'attività motoria, i programmi di sorveglianza sulla diffusione tra la popolazione dei fattori di rischio per malattie croniche, nonché la prescrizione controllata dell'attività fisica nei pazienti a rischio rientrino nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Gli interventi di prevenzione individuale, da implementare sul singolo o su piccoli gruppi omogenei, sono destinati a soggetti che presentano fattori di rischio o affetti da

condizioni patologiche sensibili all'esercizio fisico.

Particolare attenzione deve essere diretta alla patologia cardiovascolare ed a quelle correlate. Infatti, l'inattività fisica influisce non solo sullo sviluppo della patologia conclamata, ma anche sulle condizioni predisponenti, quali l'ipertensione, la dislipidemia, l'obesità, la sindrome metabolica e il diabete di tipo 2. Altre condizioni che possono giovare dell'esercizio fisico includono le patologie osteo-articolari, la depressione, l'osteoporosi e alcune patologie tumorali.

In relazione a quanto esposto, appare di tutta evidenza la rilevanza del ruolo svolto dal medico di medicina generale e dal pediatra che sono il primo filtro di valutazione clinica della popolazione interessata. Essi possono farsi carico di interventi di prevenzione primaria su individui con livello di rischio basso e molto basso. Avendo identificato o sospettato la necessità di interventi su livelli di rischio più consistenti, essi devono poter indirizzare il paziente verso una rete di strutture specialistiche, che a seconda dei li-

velli di rischio e delle modalità organizzative previste dalle singole regioni, possono essere dei centri territoriali all'uopo istituiti. Queste sono strutture ambulatoriali collegate all'assistenza sanitaria di base e si rivolgono a pazienti con livello di rischio fino a medio-alto, sia clinicamente silenti, ma portatori di fattori di rischio, sia con patologia già conclamata.

I centri territoriali opereranno in rete sul territorio regionale. Al riguardo il presente disegno di legge intende configurarli in maniera tale da farli coincidere con le strutture di medicina dello sport destinate, secondo i modelli organizzativi in atto nelle diverse regioni, al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica ricomprese nei LEA, all'evidente scopo di utilizzare al meglio la professionalità e l'esperienza che già operano nell'ambito dei Servizi sanitari regionali. Nella loro opera le predette strutture si possono anche avvalere della collaborazione di nutrizionisti, psicologi e laureati in scienze motorie.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La Repubblica riconosce e promuove l'attività motoria e sportiva quale strumento di realizzazione del diritto alla salute per la prevenzione in ambito sanitario e per la terapia e la riabilitazione delle persone affette da patologie croniche non trasmissibili, in condizioni cliniche stabili, o a rischio di patologie per le quali è clinicamente dimostrato il beneficio prodotto dalla pratica di un esercizio fisico strutturato e adattato sotto la supervisione di personale qualificato.

2. Al fine di introdurre l'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Sistema sanitario nazionale, gli interventi di prevenzione che mirano alla promozione dell'attività motoria e sportiva, i programmi di sorveglianza sulla diffusione tra la popolazione dei fattori di rischio per malattie croniche e la prescrizione controllata dell'attività fisica nei pazienti a rischio rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

3. La Repubblica promuove interventi destinati alla popolazione e finalizzati a promuovere l'attività motoria e sportiva nelle persone di ogni fascia di età, sia che presentino sia che non presentino condizioni tali da richiedere un intervento di natura clinica. Gli interventi destinati alla popolazione e finalizzati a promuovere l'attività motoria e sportiva devono essere orientati ad aumentare la capacità dei cittadini di comprendere e controllare i fattori di rischio, nonché a ridurre o a rimuovere, attraverso l'adozione di politiche favorevoli alla salute, i fattori osta-

colanti la pratica di una regolare attività fisica.

Art. 2.

(Interventi di prevenzione individuale)

1. Il Sistema sanitario nazionale assicura gli interventi di prevenzione individuale, da implementare sul singolo o su piccoli gruppi omogenei, che hanno come destinatari i soggetti che presentano fattori di rischio o affetti da condizioni patologiche sensibili all'esercizio fisico.

2. La prescrizione dell'attività motoria e sportiva, effettuata da parte del medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS), richiede l'individuazione tempestiva delle persone che necessitano di tale prestazione e, ove opportuno, il loro accesso a percorsi assistenziali strutturati; prevede inoltre la prescrizione personalizzata dell'esercizio fisico e lo svolgimento controllato e monitorato dello stesso.

3. Il MMG e il PLS operano la prima valutazione clinica della popolazione interessata e prescrivono gli interventi di prevenzione primaria sui soggetti con livello di rischio basso e molto basso.

4. Nei casi in cui il MMG e PLS individuino o sospettino la necessità di interventi su livelli di rischio più consistenti, indirizzano il paziente verso una rete di strutture specialistiche costituita da centri territoriali di primo o di secondo livello, di cui agli articoli 4 e 5, a seconda dei livelli di rischio e delle modalità organizzative previste dalle singole regioni. Tali strutture ambulatoriali sono collegate all'assistenza sanitaria di base e si rivolgono a pazienti sia con livello di rischio fino a medio-alto, sia portatori di fattori di rischio, anche se clinicamente silenti, sia con patologia già conclamata.

5. I centri di primo e di secondo livello sono organizzati in modo da assicurare una distribuzione territoriale ottimale delle strut-

ture in grado di prendere in carico tutti i pazienti loro indirizzati, garantendo nel contempo la presenza di strutture dotate di attrezzature e di personale di elevata esperienza, che possano offrire percorsi formativi, consulenze o presa in carico diretta delle situazioni di elevata complessità.

Art. 3.

(Compiti del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta)

1. Il MMG e il PLS:

a) partecipano ai programmi di sanità pubblica per la promozione dell'attività motoria nella popolazione generale e li diffondono;

b) operano la valutazione della singola persona con presa in carico dei problemi minori;

c) operano la valutazione della singola persona con gestione del suo percorso specialistico.

2. Il MMG e il PLS propongono l'attività fisica quale forma di prevenzione per la comunità per particolari obiettivi con riferimento al bambino, all'adulto e all'anziano sedentari, in assenza di patologie. Il MMG e il PLS gestiscono altresì il percorso diagnostico e terapeutico del proprio assistito in direzione dei centri territoriali di primo e di secondo livello, di cui rispettivamente agli articoli 4 e 5, nonché del centro specialistico di terzo livello, di cui all'articolo 6.

Art. 4.

(I centri territoriali di primo livello)

1. Nei centri territoriali di primo livello si procede alla valutazione funzionale semplice del soggetto al fine di delineare uno specifico e personalizzato programma di esercizio fisico. Possono essere predisposte tabelle di

allenamento individuali, in relazione all'età e al rischio clinico potenziale, oltre all'esecuzione di analisi nutrizionali e diete personalizzate, in particolare per i soggetti diabetici o in sovrappeso, con attenzione anche agli aspetti psicologici al fine di evitare abbandoni dell'attività.

2. I centri territoriali di primo livello assicurano la prestazione di analisi diagnostico-valutative semplici finalizzate:

a) alla definizione, a seguito di accertamenti clinici e strumentali, del profilo biologico del soggetto, in modo da delineare uno specifico e personalizzato programma di esercizio fisico;

b) all'identificazione degli obiettivi specifici per ogni paziente;

c) alla determinazione del profilo personale del paziente per la selezione degli strumenti e delle strategie di intervento adeguati;

d) alla formulazione di un piano di trattamento individuale incentrato sull'attività fisica;

e) al monitoraggio della risposta al trattamento proposto;

f) all'eventuale adeguamento del programma in funzione dei riscontri;

g) alla definizione del piano di mantenimento del programma proposto al fine di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine garantendo la continuità assistenziale.

Art. 5.

(I centri territoriali di secondo livello)

1. Nei centri territoriali di secondo livello si procede alla valutazione funzionale approfondita in ambito ambulatoriale, con l'utilizzo di test specifici, e sono fornite indicazioni individuali sulla tipologia di attività fisica da svolgere, adattando e personalizzando gli schemi di allenamento in funzione della condizione fisica del soggetto, dei fat-

tori di rischio presenti e della eventuale patologia in atto.

2. I centri territoriali di secondo livello garantiscono le seguenti funzioni:

a) definizione, a seguito di accertamenti clinici e strumentali, del completo profilo biologico del soggetto avvalendosi dell'apporto di consulenti specialistici, di servizi di laboratorio biochimico, biomeccanico, funzionale e nutrizionale, nonché di indagini specialistiche;

b) identificazione degli obiettivi specifici per ogni utente;

c) determinazione del profilo di personalità del paziente per la selezione degli strumenti e delle strategie di intervento adeguati;

d) formulazione di un piano di trattamento individuale incentrato sull'attività fisica e integrato in un contesto polispecialistico di supporto;

e) coordinamento della somministrazione e dell'esecuzione del piano di trattamento;

f) monitoraggio della risposta al trattamento proposto;

g) eventuale adeguamento del programma in funzione dei riscontri;

h) definizione del piano di mantenimento del programma proposto, al fine di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine garantendo la continuità assistenziale.

3. Le regioni possono individuare, quali centri territoriali di secondo livello, anche le strutture intraospedaliere pubbliche già operative, le quali abbiano nel loro mandato istituzionale la prescrizione dell'esercizio fisico e siano inserite all'interno della programmazione ospedaliera regionale, nel rispetto delle condizioni che le regioni definiscono per tali centri.

Art. 6.

(I centri specialistici di terzo livello)

1. Nei centri specialistici di terzo livello si eseguono gli interventi di prevenzione destinati a pazienti ad alto rischio, per i quali la prescrizione dell'attività motoria e sportiva e il suo svolgimento costituiscono un elemento terapeutico fondamentale per il recupero fisico a seguito di eventi patologici maggiori o per prevenire nuovi eventi patologici, e che, per le condizioni di salute più precarie e a rischio più elevato, necessitano di ospedalizzazione.

2. Il centro specialistico di terzo livello dispone percorsi diagnostici e riabilitativi, in regime di ricovero diurno od ordinario, rivolti a pazienti con specifiche problematiche per le quali le evidenze scientifiche indicano l'utilità e la necessità di somministrare attività fisica ma che, per la specificità della patologia primaria e le condizioni di rischio elevato, richiedono una struttura e un'organizzazione che consentano un protocollo di assistenza e monitoraggio continuativi.

3. In conformità con la programmazione delle singole regioni, i centri specialistici di terzo livello possono anche fungere come centri territoriali di secondo livello per le attività ambulatoriali e le attività di monitoraggio del paziente non ricoverato presso il centro specialistico di terzo livello medesimo.

4. Le strutture complesse pubbliche che hanno nel loro mandato istituzionale la prescrizione dell'esercizio fisico e siano inserite all'interno della programmazione ospedaliera regionale, di cui all'articolo 5, comma 3, qualora non raggiungano le caratteristiche previste per i centri specialistici di terzo livello, possono essere riconosciute come analoghe dei centri territoriali di secondo livello in ambito ospedaliero.

5. Il centro specialistico di terzo livello opera con un'area per degenza ordinaria e

una di *day hospital* e dispone di specifici laboratori per indagini diagnostiche e valutazioni funzionali, nonché di aree attrezzate per l'effettuazione dell'attività fisica in condizioni di monitoraggio clinico continuo. In esso opera inoltre personale con documentata esperienza e conoscenze nel settore medico dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva.

€ 1,00