

Capitolo II

Definizione e finalità dell'AFA: implicazioni didattiche

Francesco Benvenuti, Virginia Nucida, Antonio Taviani, Claudio Macchi

Introduzione

Una consolidata evidenza scientifica indica che numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso comportamenti e stili di vita dove l'attività fisica viene riconosciuta come un fattore determinante, soprattutto per soggetti che presentano particolari problemi di salute.

Per Attività Fisica Adattata (AFA) intendiamo programmi di esercizio non sanitari, svolti in gruppo, appositamente disegnati per soggetti affetti da malattie croniche finalizzati anche alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità.

E' stato dimostrato infatti che in molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà^{1,2,4,5} che è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità. In letteratura, una sufficiente quantità di dati, dimostra come questo circolo vizioso possa essere corretto attraverso l'utilizzo di adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo^{3,6}.

La Regione Toscana, tenuto conto dell'evidenza scientifica, ha promosso con la DGR 595/05 e successive modificazioni, un percorso sperimentale alternativo a quello sanitario per sindromi algiche da ipomobilità e per sindromi croniche stabilizzate negli esiti. Detto percorso è basato su programmi di attività fisica adattata alle specifiche necessità derivanti delle differenti condizioni croniche svolti in palestre o in spazi adatti presenti sul territorio. I percorsi di attività fisica adattata non sono compresi nei livelli essenziali di assistenza (LEA) assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto il soggetto interessato, con una quota modesta, contribuisce ai costi del programma.

Le sindromi algiche da ipomobilità comprendono una serie di affezioni che interessano principalmente l'adulto e l'anziano, in gran parte riconducibili a patologia miofasciale e a forme minori di patologia osteoarticolare cronica, quali fibromialgia, artrosi, osteoporosi. I disturbi più frequentemente riscontrabili sono rachialgia (mal di schiena), dolori mioarticolari diffusi, alterato controllo della postura, dell'equilibrio e del cammino, che possono associarsi a facile faticabilità e a disturbi dell'umore. Hanno una patogenesi multifattoriale e includono tra i principali fattori di rischio anche aspetti connessi allo stile di vita, come, in particolare, la sedentarietà e sovraccarichi di tipo meccanico, il fumo, l'alimentazione.

Pertanto nell'approccio a queste condizioni croniche è fondamentale che il soggetto acquisisca consapevolezza che il procedimento terapeutico deve prolungarsi nel tempo anche attraverso un cambiamento dello stile di vita, con le difficoltà che il modificare abitudini spesso consolidate comporta.

A questo proposito si capisce come sia importante l'aspetto didattico inteso come educazione alla salute ed alla prevenzione: è relativamente facile far capire quali siano le cose che fanno bene e quelle che nuocciono alla salute, difficile è invece riuscire a far osservare le indicazioni indispensabili, soprattutto in relazione al fatto che queste vanno perseguite con costanza e per tutta la durata della vita.

Per sindromi croniche stabilizzate negli esiti si intendono molte condizioni in cui la sedentarietà è causata dagli esiti stabilizzati di una malattia (es. ictus cerebrale, morbo di Parkinson). In queste condizioni le menomazioni dovute alla patologia principale sono causa di sedentarietà che a sua volta è causa di nuove menomazioni con conseguente ulteriore perdita di funzione e disabilità.

Un presidio fondamentale della prevenzione secondaria e terziaria della disabilità è rappresentato da un'attività fisica regolare di tipo aerobico, finalizzata a combattere sedentarietà e disuso e a favorire l'integrazione sociale. In questa ottica i programmi AFA rappresentano vere e proprie strategie di intervento per la promozione della salute e non di contenimento/cura della malattia nell'ottica di quanto esplicitato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) e nell'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). E' noto e dimostrato da numerosissime evidenze scientifiche, come l'attività fisica diminuisca significativamente con l'età durante l'adolescenza ("Stili di vita salutari: educazione, informazione e

comunicazione in europa" Sintesi del Rapporto predisposto dalla Task Force del Ministero della Salute in preparazione del Semestre di Presidenza italiana).

Anche lo studio condotto da Blair (National Health and Nutrition Examination Survey)¹⁰ nel 1996 ha dimostrato come in America, il 25% dei soggetti di età superiore ai 20 anni sia sedentario; in Italia le percentuali non sono dissimili. I sedentari sono maggiormente rappresentati in alcune categorie: donne, soggetti con basso livello sociale ed economico, disabili, soggetti affetti da patologie croniche e soprattutto anziani, nei quali l'attività fisica subisce una progressiva riduzione con l'età. Le figure 1.II e 2.II riassumono schematicamente gli effetti della sedentarietà sullo stato di salute e i meccanismi attraverso i quali i programmi e gli esercizi dell'attività fisica adattata, si propongono di intervenire positivamente sui vari processi, che spesso con meccanismo "a catena" conducono ad una serie di limitazioni funzionali.

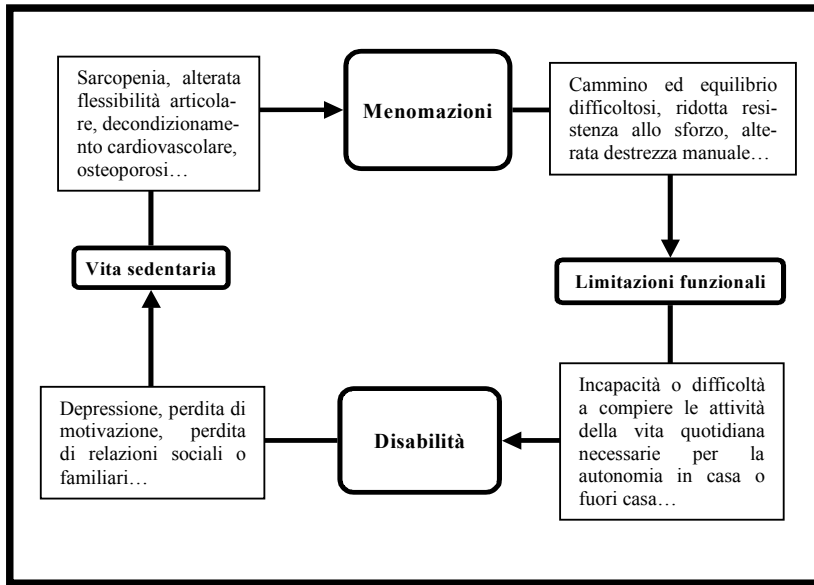


Fig.1.II.

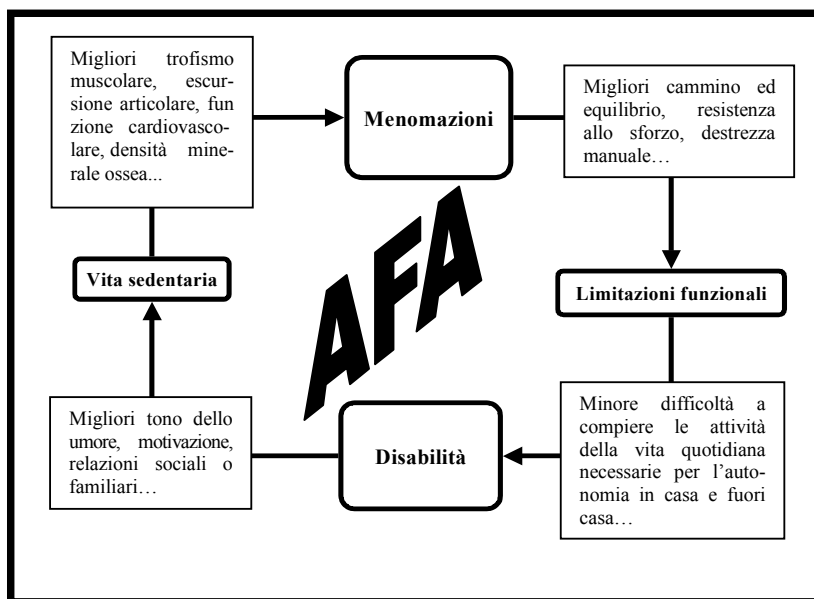


Fig.2.II.

Programmi e Impegno delle Aziende USL

I programmi AFA sono promossi e coordinati dal Dipartimento della Riabilitazione delle Aziende Unità Sanitarie Locali.

Ogni programma è rivolto ad una specifica menomazione cronica. Per ogni programma il Dipartimento della Riabilitazione esplicita i criteri di inclusione/esclusione, modalità di accesso, esercizi e verifica di qualità. Sono esclusi da tutti i programmi AFA i soggetti con instabilità clinica per i quali la risposta è esclusivamente sanitaria.

Il coordinamento e la modalità di accesso variano a seconda della complessità del quadro clinico. Per le condizioni a bassa complessità (sindromi algiche da ipomobilità) il medico di medicina generale o lo specialista indirizzano l'interessato ad un apposito centro di coordinamento posto all'interno della struttura distrettuale territoriale. E' compito del medico referente verificare la presenza/assenza dei criteri di inclusione/esclusione.

Per le condizioni cliniche ad alta complessità (esiti ictus cerebrale, malattia di Parkinson) il soggetto viene riferito dal proprio medico di medicina generale o altro specialista al Dipartimento della Riabilitazione che in una valutazione clinico-funzionale strutturata verifica la presenza/assenza dei criteri di inclusione/esclusione. Nel caso che il soggetto non abbia i requisiti per l'arruolamento nel programma AFA, viene definito un programma riabilitativo da effettuarsi dalla U.O. Riabilitazione al termine del quale viene effettuata una ulteriore valutazione.

I programmi di esercizio vengono svolti preferibilmente in palestre o piscine territoriali gestite da enti profit e no-profit vocati all'attività motoria ed allo sport. La molteplicità degli erogatori garantisce una capillare distribuzione dei programmi AFA sul territorio. Nelle località ove non sono disponibili palestre vengono utilizzati ambienti primariamente dedicati ad altre attività se di adeguata superficie e conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza, aerazione e illuminazione. Gli insegnanti sono soggetti competenti e adeguatamente formati all'erogazione dell'AFA in possesso di diploma ISEF, laurea in scienze motorie, fisioterapista.

I costi del programma (al netto delle spese per il coordinamento coperte dalle AUSL) sono a totale carico dei partecipanti. La quota di partecipazione (attualmente circa due euro per seduta) è decisa dal Dipartimento della Riabilitazione e dalle Società della Salute ed è uguale per tutte le sedi di erogazione. Oltre la quota di partecipazione è obbligatorio che l'erogatore stipuli una assicurazione contro eventuali infortuni. La quota annuale di assicurazione è a carico del partecipante.

Per ciascuna condizione cronica il programma di esercizio è proposto dal Dipartimento della Riabilitazione sulla base delle evidenze scientifiche pubblicate e condiviso con gli erogatori. Una volta condiviso ciascun programma di esercizio è omogeneamente applicato in tutti i corsi AFA.

Notevole è stato l'impegno della AUSL11 di Empoli per diffondere la conoscenza dei programmi AFA nelle professioni sanitarie (medici di medicina generale e specialisti, fisioterapisti), tra gli insegnanti delle palestre e delle piscine e tra i cittadini. A tutti gli insegnanti viene offerto un corso di manovre rianimatorie di base (Basic Life Support - BLS) con il rilascio di apposita certificazione.

Le AUSL svolgono un attento controllo di qualità dell'AFA, verificando:

- tipologia degli utenti;
- frequenza e gravità degli eventi clinici avversi durante il programma di esercizio;
- gli effetti del programma di esercizio su menomazione, funzione, disabilità, qualità della vita;
- qualità percepita dagli utenti;
- cause di abbandono dei programmi.

Bibliografia

1. Buchner DM. Physical activity and quality of life in older adults. *Jama* 277: 64-66, 1997.
2. Buchner DM and Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 8: 1-17., 1992.
3. Durstine JL and Moore GE. *ACSM's Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities*. Champaign: Human Kinetics, 2002.
4. Fiatarone MA and Evans WJ. The etiology and reversibility of muscle dysfunction in the aged. *The Journal of Gerontology* 48: 77-83, 1993.
5. Guralnik JM. Understanding the relationship between disease and disability. *JAGS* 42: 1128-1129, 1994.
6. Sherril C. *Adapted physical activity, recreation, and sport: cross-disciplinary and lifespan*. Madison WI: Brown and Benchmark, 1998.