

## PROMOZIONE DI UNO STILE DI VITA SANO

# Promozione dell'attività fisica: proposte operative

Massimo F. Piepoli

Unità Scopenso e Cardiomiopatie, U.O.C. di Cardiologia, Ospedale Polichirurgico G. da Saliceto, Piacenza

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 3): 655-675)

© 2010 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Massimo F. Piepoli

Unità Scopenso  
e Cardiomiopatie  
U.O.C. di Cardiologia  
Ospedale Polichirurgico  
G. da Saliceto  
Via Taverna, 49  
29100 Piacenza  
E-mail:  
m.piepoli@ausl.pc.it

## Introduzione: importanza della promozione dell'attività fisica

La sedentarietà è riconosciuta in modo unanime come uno dei fattori di aumentata mortalità e morbilità alla pari dell'invecchiamento, ipertensione, diabete o ipercolesterolemia. In particolare, proprio in comune con l'invecchiamento, presenta maladattamenti come riduzione della massa corporea, alterazioni nervose e del controllo autonomico, peggioramento della funzione cardiocircolatoria e respiratoria che determinano un peggioramento della qualità e quantità della vita. Quindi esiste una stretta relazione tra l'inattività fisica e le patologie cronico-degenerative, che rappresentano circa il 75% 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, all'osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella, sono solidamente documentati<sup>1,2</sup>. L'attività fisica è un efficace strumento di prevenzione e come tale rientra nella strategia di intervento nei confronti di persone sane o affette da svariate patologie o loro sequele, al punto che l'esercizio fisico dovrebbe essere inserito nel normale iter terapeutico per il trattamento di queste patologie<sup>3</sup>. Ciò nonostante, questa resta una delle aree di intervento più sottovalutate in seno al Sistema Sanitario Nazionale.

Il problema che si pone attualmente in capo ai decisori e quindi agli operatori sanitari è quello di passare dalle evidenze scientifiche alla sperimentazione della fattibilità concreta di programmi di prevenzione e cura. Sulla base delle capacità professionali di cui disponiamo, si tratta di approntare le modalità organizzative all'interno delle quali avvengano sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la sua somministrazione attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta.

In tal modo si giungerebbe a una naturale implementazione di "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", di cui al DPCM del 4 maggio 2007, che tra le strategie ed ipotesi di intervento prevede appunto la promozione di azioni volte a "favorire l'attività fisica attraverso i professionisti della salute".

## Interventi di prevenzione calibrati in rapporto alle categorie di rischio

Come medici, ossia professionisti della tutela e promozione della salute, è necessario individuare alcune azioni principali su cui orientare gli interventi al fine di:

- favorire la diffusione della cultura concernente l'adozione di corretti stili di vita e quindi della pratica regolare di attività fisica e sportiva fra la popolazione generale, fin dall'età scolare, nella famiglia, negli ambienti di lavoro e in ambito sanitario;
- sviluppare una rete integrata di professionisti che coinvolga medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti nelle varie discipline e in particolare in quella cardiologica e preventiva/riabilitativa, al fine di giungere alla prescrizione dell'attività fisica alla stregua di tutti gli altri trattamenti sanitari.

Come cittadini non va sottovalutato che gli interventi sopracitati devono essere integrati con la promozione di interventi sociali, quali promozione di un ambiente favorevole rispetto alla pratica dell'attività fisica, vale a dire migliore accessibilità alle strutture sportive, assetto urbanistico adeguato, abolizione delle barriere architettoniche, isole pedonali, incentivazione all'utilizzo di mezzi diversi dall'auto anche per recarsi sul luogo di lavoro e per l'espletamento delle attività della vita quotidiana, sviluppo di strutture dedicate negli ambienti di studio e di lavoro.

Per raggiungere gli obiettivi identificati occorre, per ciascuna azione, precisare le categorie di popolazione, i contesti e gli attori da

coinvolgere. Le categorie di popolazione su cui intervenire prioritariamente sono (Figura 1):

- popolazione generale con particolare attenzione a sottogruppi specifici di popolazione quali: i giovani in età scolare, lavoratori in aziende, anziani (*prevenzione collettiva*);
- soggetti con fattori di rischio cardiovascolare (obesi, sedentari, ipertesi, diabetici, fumatori, dislipidemici) (*prevenzione delle popolazioni a rischio*);
- pazienti con patologia cardiovascolare pregressa o in atto (*prevenzione individuale*).

Come già anticipato, il Servizio Sanitario può giocare un ruolo fondamentale nella diffusione di una cultura di stili di vita attivi, innanzitutto promuovendo un'adeguata formazione dei professionisti che spesso trascurano l'aspetto terapeutico dell'attività fisica, sia per quanto attiene alla prevenzione di molte patologie e disabilità, sia nell'ambito dei trattamenti curativi e riabilitativi. Andranno pertanto realizzate iniziative per diffondere la cultura sulle evidenze scientifiche disponibili, interessando gli operatori sanitari con specifici interventi nei confronti soprattutto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ma anche nei confronti degli specialisti dei diversi settori e i cardiologi in particolare. È indispensabile inoltre educare le famiglie a stili di vita attivi e a un'alimentazione sana ed equilibrata, organizzando anche incontri informativi con il contributo di medici e di esperti del settore.

### **Interventi sulla popolazione generale**

I programmi di prevenzione universale producono un guadagno di salute non misurabile per il singolo, ma molto grande per la popolazione. Si tratta di programmi molto complessi, che non solo coinvolgono le strutture sanitarie di assistenza ma necessitano anche di altri attori, come Istituzioni, scuola, associazioni, cittadini competenti, ecc. In poche parole, si tratta di "programmi intersettoriali".

Il compito del medico viene ad essere la vigilanza affinché vengano messi in atto interventi di comunità, destinati alla popolazione generale e finalizzati a promuovere l'attività motoria nelle persone di ogni fascia di età. Questi interventi mirano ad aumentare la capacità dei cittadini di comprendere e controllare i fattori di rischio, e a ridurre o rimuovere, attraverso l'adozione di "politiche favorevoli alla salute", i fattori ostacolanti la pratica di una regolare attività fisica. Sono molteplici i fattori determinanti lo stato di salute, riferibili alle condizioni socio-economiche, alle caratteristiche delle città, a fattori psicologici, alla sfera educativa e sociale, e così via, che esulano dai poteri del singolo medico. Però è necessario vigilare che

questi temi siano affrontati in modo concreto, in quanto stili di vita orientati alla salute possono essere acquisiti e mantenuti nel tempo solo se gli ambienti di vita e di lavoro lo consentono.

In questo ambito particolare attenzione viene riservata a sottopopolazioni particolarmente suscettibili di beneficio di intervento di promozione di attività fisica, quali gli studenti, gli anziani, i lavoratori nei luoghi di lavoro.

### **Interventi sulla popolazione a rischio e/o con patologia pregressa**

L'inattività fisica influisce non solo sullo sviluppo della patologia conclamata (ad es. infarto o scompenso cardiaco), ma anche sulle condizioni predisponenti, quali l'ipertensione, la dislipidemia, l'obesità, la sindrome metabolica e il diabete di tipo 2. Altre condizioni morbose che possono giovare dell'esercizio fisico includono le patologie osteoarticolari, la depressione, l'osteoporosi e alcune patologie tumorali.

La "prescrizione dell'attività fisica" per la prevenzione delle condizioni sopra richiamate 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'attività fisica e la somministrazione controllata e tutorata della stessa.

Ruolo di primo filtro viene operata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, per lo *screening* della popolazione a rischio: essi possono farsi carico di interventi di prevenzione primaria su individui con livello di rischio basso.

In soggetti con livelli di rischio più elevato, si deve prevedere la realizzazione di una rete di strutture specialistiche, ambulatoriali collegate all'assistenza sanitaria di base, in grado di provvedere un livello di *counseling* e di promozione pratica dell'attività sportiva.

Per i pazienti con patologia conclamata è necessario mettere in rete delle strutture più avanzate in grado di gestire percorsi diagnostico-riabilitativi specialistici, gestiti da cardiologi specializzati nel settore.

### **Rete per la promozione dell'attività fisica**

Nel Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria è stata proposta la realizzazione di una rete di Centri Specialistici di primo, secondo e terzo livello, per la somministrazione dell'esercizio come terapia nelle popolazioni con gradi progressivamente più elevati di rischio.

I Centri dei primi due livelli sono palestre o strutture sportive orientate alla valutazione funzionale e a fornire un programma di esercizio fisico personalizzato, 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 e/o in sovrappeso) con attenzione anche agli aspetti psicologici (*counseling* appropriato) onde evitare abbandoni prematuri.

Nei Centri di secondo livello è prevista la presenza di consulenti specialistici di vari servizi di laboratorio ed indagini specialistiche. Tali centri possono essere anche strutture intraospedaliere.



Figura 1. Popolazioni target di intervento.

I Centri di terzo livello sono strutture complesse in grado di mettere in pratica percorsi diagnostici e riabilitativi, in regime di ricovero diurno od ordinario, rivolti a pazienti con specifiche problematiche cardiovascolari per le quali le evidenze scientifiche indicano l'utilità/necessità di somministrare attività fisica (ad es. post-infarto, post-rivascolarizzazione e/o intervento cardiocirurgico, scompenso cardiaco, cardiotrapianto, arteriopatie periferiche) ma che, per la specificità della patologia primaria (nonché delle comorbilità) e le condizioni di rischio elevato, richiedono un modello strutturale-organizzativo che consenta un protocollo di assistenza e monitoraggio continuativi. Pertanto i Centri Specialistici di terzo livello comportano una piena integrazione operativa tra i vari profili professionali coinvolti ed un contesto, anche strutturale, che riassume tutte le caratteristiche di un vero presidio sanitario, consentendo pertanto un'attività di ordine clinico sviluppata in ambito di ricovero e/o di day-hospital.

### **Ruolo del cardiologo: Unità di Prevenzione Cardiovascolare**

Il ruolo del cardiologo in questa attività di promozione risulta determinante. La cultura e curriculum del cardiologo europeo, così come raccomandato dalla Società Europea di Cardiologia, prevede una competenza specifica sulla cura del paziente cronico, la prevenzione primaria e secondaria, con particolare attenzione alla riabilitazione, intesa come intervento teso alla stratificazione prognostica e al recupero funzionale, fisico e psicologico<sup>4</sup>.

Viene così riconosciuta l'importanza della medicina cardiovascolare orientata anche alla cura del paziente dopo la fase acuta. In questa fase cronica assumono importanza la prevenzione delle recidive, l'adeguata stratificazione del rischio, l'impostazione di un adeguato percorso diagnostico-terapeutico nel lungo termine. Questo percorso include il controllo e l'aderenza alle norme igienico-sa-

nitarie comprendente la terapia farmacologica, la prevenzione dei fattori di rischio, con particolare attenzione alla prescrizione di un programma strutturato di attività fisica e riabilitazione.

È stata proposta lo sviluppo e la realizzazione presso ciascuna Unità di Cardiologia di un Centro dedicato alla prevenzione cardiovascolare secondaria<sup>5,6</sup>, in cui il cardiologo specializzato venga coadiuvato da fisioterapisti e fisiatristi e da medici specializzati diabetologi, dietisti, pneumologi, psicologi per implementare percorsi riabilitativi a seconda delle necessità dei pazienti, compresa l'attività fisica.

### **Bibliografia**

1. Di Mario C, Piepoli MF. "Rehabilitation" after PCI: nonsense or the only way to achieve lasting results? *EuroIntervention* 2010; 5: 655-8.
2. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ, for the ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004; 328: 189-93.
3. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17: 1-17.
4. ESC Core Curriculum. A CME framework for the general cardiologist. <http://www.escardio.org/education/coresyllabus/Pages/core-curriculum.aspx> [accessed March 25, 2010].
5. Corrà U, Mendes M, Piepoli M, Saner H. Future perspectives in cardiac rehabilitation: a new European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Position Paper on "secondary prevention through cardiac rehabilitation". *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 723-5.
6. Saner H, Wood D. Practical organisation of preventive cardiology programmes: integrating prevention and rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16 (Suppl 2): S37-S42.