

PROGETTO PER IL POTENZIAMENTO DELLA MEDICINA DELL'ESERCIZIO E DELLO SPORT NELL'AMBITO DELLA MEDICINA INTERNA

Scenario di riferimento

Generale

Nell'ultimo decennio sono divenute sempre più numerose e solide le evidenze circa il ruolo terapeutico dell'esercizio nelle patologie cronico-degenerative. Ciò determina indubbi benefici sia sull'incidenza di eventi acuti, sia sulla prevenzione delle complicanze, sia sulla riduzione dell'ospedalizzazione. In termini di salute tutti questi sono risultati importanti, ma lo sono ancor più se si considera che portano con sé anche un vantaggio economico in termini di risparmio di spesa per il sistema socio-sanitario. Finora in Italia la prescrizione di esercizio non ha trovato lo spazio dovuto nel SSN, se si eccettua quello ipotizzato dal piano sanitario 2011-2013, ma soprattutto non è stato individuato il personale specifico e con competenze adeguate cui affidare la prescrizione e la programmazione dell'esercizio secondo le più recenti ed aggiornate evidenze scientifiche. I paesi europei ed extraeuropei hanno utilizzato strutture e figure professionali diverse cui affidare questo compito, in base alle diverse esperienze ed alla tipologia dei propri sistemi sanitari.

Nazionale

L'esercizio fisico come strumento generico di prevenzione è entrato, da anni, nei piani sanitari nazionali, ma ha trovato applicazione e finanziamento pressoché esclusivamente nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione. Anche per questo, l'intervento è stato limitato alla prevenzione primaria e solo in qualche caso alla prevenzione secondaria.

Fino ad oggi, e nell'ambito della prevenzione secondaria, l'intervento più qualificante è stato svolto dai Medici specialisti in Medicina dello Sport, ed è sostanzialmente rappresentato dalla visita d'idoneità all'attività agonistica, come indicato nella Legge 382/78 sulla Riforma sanitaria, che la resa obbligatoria per tutti coloro che svolgono sport agonistico, tramite una visita medica preventiva. Negli anni a seguire, con il miglioramento delle condizioni socio-economiche della popolazione, vi fu un progressivo aumento dei praticanti lo sport agonistico, cui, parallelamente, si aggiunse un numero sempre maggiore di persone che intendevano svolgere attività sportiva solamente a livello amatoriale. Queste tipologie di popolazione afferiscono tutte agli ambulatori di medicina dello sport, e ciò ha di conseguenza favorito l'ampliamento dell'offerta formativa delle Scuole, con il coinvolgimento ed il potenziamento soprattutto delle discipline cliniche.

Come sopra riportato, l'incremento ed il consolidamento delle evidenze scientifiche circa il ruolo benefico ed in molti casi terapeutico dell'attività fisica anche nelle patologie croniche ha consentito di affinare ancor più le competenze del Medico dello Sport, ampliandone l'area di intervento anche alla prevenzione terziaria, oltre che a quella secondaria. In tale ambito, finora non vi sono esempi, se non sporadici, di sistemi strutturati d'intervento e ciò che oggi viene fatto è ristretto per lo più al campo della sperimentazione o della ricerca. Tuttavia, proprio in quest'ambito si sono compiuti notevoli passi in avanti nell'ultimo anno in quanto le linee di indirizzo del nuovo Piano Sanitario Nazionale presentano, *"rispetto al PNP 2005-2007 e successive proroghe, una diversa impostazione culturale, con la promozione di un'azione preventiva sempre più multidisciplinare e intersettoriale, non più sostanzialmente orientata sui Dipartimenti di prevenzione, ma aperta a gran parte delle aree operative dell'organizzazione sanitaria coinvolte in attività di prevenzione"*. (PSN 2011-13)

Ne deriva, di conseguenza, che l'intervento operativo non può che essere di tipo clinico, in quanto richiede la conoscenza delle diverse patologie e delle terapie correlate, oltre che delle metodiche di valutazione funzionale propedeutiche alla prescrizione dell'esercizio, giacché *"le macroaree e gli ambiti di intervento comprendono, in particolare:*

- *per la prevenzione della popolazione a rischio, programmi mirati a impedire l'insorgenza di malattia, a diagnosticare precocemente la malattia ed a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counseling o di diagnosi precoce e di trattamento clinico;*

- *per la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, programmi, rivolti a fasce di popolazione particolarmente fragili (come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie degenerative, disabili, ecc.), volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e a promuovere il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali". (PSN 2011-13)*

In questa direzione sembra vada anche il documento redatto dalla commissione, ad hoc costituita, dalla Conferenza Stato-Regioni, denominato *Proposta per l'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Sistema sanitario nazionale, che, nel sistema complessivo per l'utilizzo dell'esercizio in termini di prevenzione e di terapia, individua "centri specialistici di terzo livello"* come strutture complesse all'interno delle attività assistenziali ospedaliere, in raccordo con le diverse attività specialistiche. Più nello specifico, il documento, che è stato recepito in toto dal Ministero della Salute, che a sua volta ha affidato una **progettualità sperimentale** a quattro regioni per definire il percorso strutturale sul territorio e prevedere i professionisti coinvolti, così si esprime per quanto riguarda i centri specialistici di terzo livello:

*...." pazienti ad alto rischio, per i quali la **prescrizione dell'attività fisica e la sua somministrazione costituiscono un elemento terapeutico fondamentale nel recupero dopo eventi patologici maggiori e nella prevenzione di nuovi eventi patologici, e che, per le condizioni di salute più precarie e di rischio più elevato, necessitano di ospedalizzazione, vengono seguiti nel centro specialistico di terzo livello, che si configura come **centro di eccellenza clinica** nel dominio della fisiopatologia dell'esercizio.***

*Il centro specialistico di terzo livello è una **struttura complessa** in grado di mettere in pratica percorsi diagnostici e riabilitativi, in regime di ricovero diurno o ordinario, rivolti a pazienti con specifiche problematiche per le quali le evidenze scientifiche indicano l'utilità/necessità di somministrare attività fisica. Tali strutture comportano una piena integrazione operativa tra i vari profili professionali coinvolti ed un contesto ambientale e strumentale che consenta pertanto **un'attività di ordine clinico sviluppata in ambito di ricovero e/o di day hospital.***

*Il centro specialistico di terzo livello può operare 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.*

Nella fase di somministrazione si riconosce il ruolo cruciale del laureato specialistico in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, possibilmente in collaborazione con altri laureati in scienze motorie.

Da quanto sopra riportato, appare evidente che la formazione del medico che opera in queste strutture non può che essere clinica, ed in particolare internistica, associata a competenze nel campo della valutazione funzionale e della prescrizione dell'esercizio, che sono prevalente patrimonio culturale e formativo degli Specialisti in Medicina dello Sport e dell'esercizio.

La formazione specifica universitaria e postuniversitaria

Corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Finora le Facoltà di Medicina non hanno contemplato specifici insegnamenti riguardanti l'esercizio fisico e la sua utilizzazione come mezzo di prevenzione e di terapia. Forse qualche esempio in Italia è esistito, ma sicuramente relegato o a corsi opzionali oppure a poche ore di insegnamento nell'ambito di corsi integrati, in particolare di Medicina Interna.

Il DM 16.3.2007 prevede un cambiamento importante per quanto riguarda quest'ambito culturale, al quale indubbiamente possono arrivare contributi di saperi da parte di diversi SSD, come peraltro previsto nello stesso DM. Tuttavia, appare non velleitario ipotizzare che i diversi contributi culturali siano almeno coordinati da un *"Internista che meglio di ogni altro può avere una visione e una valutazione di insieme dei molteplici aspetti relativi alla tutela della salute, attraverso l'attività motoria in condizioni fisiologiche e patologiche"*. Nel corso, infatti, viene proposta *"l'acquisizione dei principi della prevenzione primaria e secondaria tramite l'esercizio fisico, la*

capacità di valutazione e di interpretazione dei componenti l'efficienza fisica, la valutazione funzionale del soggetto sano, del malato con patologie croniche, dell'anziano autonomo o parzialmente dipendente in ordine alla prescrizione dell'esercizio fisico per il mantenimento di un adeguato stato di salute o per il miglioramento delle funzioni motorie in ordine al recupero funzionale e alla cura della disabilità" (Realdi 2010).

La presenza e l'articolazione di tale corso integrato appare di estrema importanza per la formazione dei laureati in Medicina e Chirurgia, soprattutto se si pensa che buona parte di questi si avviano alla professione come Medici di Medicina Generale, i quali non possono non possedere almeno le conoscenze di base circa il significato e l'utilizzo dell'esercizio, soprattutto come forma di terapia. A tale proposito va detto che, ancor oggi, all'interno del percorso formativo triennale per Medico di base non è prevista alcuna somministrazione di queste conoscenze. Se si tiene conto che il MMG è considerato perno fondamentale del sistema sanitario che si vuole attuare, è evidente dovrà anche possedere un'adeguata conoscenza dei benefici, in termini di salute individuale e di popolazione e in termini di risparmio della spesa sanitaria e sociale, dell'esercizio fisico come mezzo di prevenzione, terapia, e rieducazione funzionale, avendo come riferimento specialistico di supporto lo specialista in medicina dello sport.

La nuova Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport

Con la legge del 1 agosto 2005 (GU 258 suppl. 1 del 5.11.2005) per il riassetto delle Scuole di Specializzazione, la Medicina dello Sport è stata compresa nell'Area Medica ed in particolare nella Classe della Medicina clinica generale e ne è stata riconosciuta la *competenza nella fisiopatologia delle attività motorie secondo le diverse tipologie di esercizio fisico nonché nella valutazione funzionale, nella diagnostica e nella clinica legate all'attività motorie e sportive nelle età evolutiva, adulta ed anziana e negli stati di malattia e di disabilità.*

Parimenti, anche gli obiettivi formativi sono cambiati rispetto al passato, puntando in particolare alle competenze cliniche dello specializzando, che deve tra l'altro:

- a. *acquisire conoscenze approfondite di diagnostica generale e differenziale e competenza per il trattamento terapeutico di condizioni morbose acute di frequente riscontro nella pratica del medico dello sport;*
- b. *conoscere le patologie di interesse internistico, cardiologico ed ortopedico-traumatologico che limitano e controindicano l'attività fisica e sportiva, nonché le patologie eventualmente provocate dall'attività sportiva;*
- c. *conoscere l'influenza dell'attività sportiva su patologie preesistenti e l'utilizzazione della stessa a fini terapeutici;*

Come si può dedurre, queste competenze inseriscono a pieno titolo la Medicina dello Sport nell'ambito delle specialità internistiche, con la peculiarità che l'intervento terapeutico è costituito prevalentemente dall'attività fisica e dall'esercizio come parte dell'intervento terapeutico complessivo, in sintonia con quanto già sta avvenendo in molte altre nazioni, sulla base di evidenze scientifiche solide e confermate.

Il riordino delle scuole di specializzazione ha portato anche ad una semplificazione delle stesse, al fine di razionalizzare l'offerta formativa sul territorio nazionale. In tal senso, si è dapprima proceduto ad attivare scuole federate su base regionale e successivamente scuole aggregate su ambiti territoriali più vasti, ma con una sede amministrativa e di coordinamento di riferimento. In tal modo si è arrivati ad una semplificazione del numero delle scuole che attualmente sono 11, divise come da Tabella sottostante.

N°	Università	Scuole aggregate	Coordinatore	e-mail
1	Bologna	Ferrara Modena	Prof. Franco Trevisani	annarosa.dalpane@unibo.it <franco.trevisani@unibo.it> MED/09
2	Brescia	Milano "Bicocca" Pavia	Prof. Guido Ferretti	ferretti@med.unibs.it BIO/09
3	Cagliari	Sassari	Prof. Andrea Loviselli	alovise@medicina.unica.it MED/13
4	Chieti	Bari L'Aquila	Prof. Carmine Di Ilio	diilio@dsb.unich.it
5	Firenze	Pisa Siena	Prof. Giorgio Galanti	giorgio.galanti@unifi.it MED/09
6	Milano	Genova Torino	Prof. Massimo Pagani	massimo.pagani@unimi.it MED/09
7	Milano Cattolica		Prof. Paolo Zeppilli	p.zeppilli@rm.unicatt.it M-EDF/01
8	Napoli II Ateneo	Catanzaro Napoli Federico II	Prof. Marcellino Monda	marcellino.monda@unina2.it BIO/09
9	Padova	Trieste Udine Verona	Prof. Marco Zaccaria	marco.zaccaria@unipd.it MED/09
10	Palermo	Catania Messina	Prof. Gregorio Caimi	caimigre@unipa.it MED/09
11	Roma "La Sapienza"	Perugia Roma "La Sapienza" Il Fac. Roma "Tor Vergata"	Prof.ssa Cristina Limatola	cristina.limatola@uniroma1.it BIO/09

Rimangono peraltro **due criticità di rilievo**.

Una riferibile alla denominazione della Scuola che, sulla base degli obiettivi formativi della stessa e delle competenze che lo specializzando deve acquisire, dovrebbe essere definita come **Medicina dell'esercizio fisico e dello sport**, essendo il primo aspetto quello maggiormente qualificante e professionalizzante per lo specialista. E, se si tengono per buone le indicazioni del

Ministero della Salute, che vedono questo specialista come fondamentale nel sistema ospedaliero-territoriale per quanto riguarda la prescrizione di esercizio, si dovrebbe anche aumentare il numero di contratti assegnati alle diverse scuole, contratti che fino ad oggi hanno probabilmente tenuto conto solamente della storica ed unica funzione del Medico dello Sport, quella cioè della visita di idoneità sportiva, di cui alla Legge 382/78.

La seconda criticità è invece riferibile **all'elevato numero di SSD "qualificanti"** che, a differenza di quasi tutte le altre scuole di specializzazione, sono previsti ai fini della Direzione della scuola. Infatti, sono ben sei i SSD contemplati dal MIUR e cioè: MED/09, MED/11, MED/13, MED/10, BIO/09 e BIO/12. E' sostanzialmente la fotografia di quanto in passato fu fatto, poco considerando la qualificazione dello specializzando ed in mancanza di linee e di obiettivi chiari e precisi. In particolare, oggi appaiono anacronistici i due SSD Biologici, che sicuramente possono concorrere alla formazione complessiva dello specializzando, ma non si possono ritenere come fondamentali e qualificanti per le competenze che allo stesso vengono affidate. Anche gli altri SSD clinici andrebbero rivalutati e semplificati, soprattutto in considerazione del fatto che **il profilo del SSD 06/B1 (ex MED/09), secondo la nuova declaratoria, prevede una specifica competenza nella gerontologia e geriatria, nell'allergologia ed immunologia clinica, nella medicina dell'esercizio fisico e dello sport, nella medicina termale, nella medicina d'urgenza e di pronto soccorso.**

Lo sviluppo delle conoscenze e le applicazioni alla pratica clinica devono peraltro tener conto che, per far fronte alla programmazione sanitaria sopra indicata il numero di specialisti necessario difficilmente sarebbe coperto dei soli Medici dell'esercizio e dello sport e quindi dovrebbe trovare supporto anche in altri specialisti che abbiano le medesime competenze cliniche internistiche, ma che acquisiscano anche competenze sinora non previste nell'ambito della medicina dell'esercizio. Infatti, le evidenze ed iniziative internazionali, succedutesi negli ultimi anni, indicano l'esercizio come una medicina, utile in molte condizioni, e utilizzabile come atto preventivo in tutti, ma in particolare nei portatori di patologia cronica. D'altro canto, la competenza della Medicina Interna anche nell'ambito della medicina dell'esercizio e dello sport, prevista dalla nuova declaratoria, suggerisce che le conoscenze relative all'esercizio ed alla sua applicazione terapeutica possano essere applicate alla formazione generale dell'internista, o con un adeguato inserimento nel curriculum formativo di medicina interna, oppure con un supplemento specifico di formazione accademica. Lo specialista in Medicina dell'esercizio e dello Sport avrebbe peraltro una formazione più vasta che comprende sia la valutazione funzionale e prescrizione dell'esercizio, ma anche la competenza certificatoria prevista per legge e quella clinica sulle patologie legate all'attività sportiva.

Appendice

A titolo di completamento, si riportano di seguito le competenze previste dal MIUR per i laureati magistrali in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, che dovrebbero costituire il braccio operativo e di verifica del risultato della prescrizione di esercizio formulata in termini generali dal Medico dell'esercizio e a questo professionista affidata per la stesura completa del programma, l'applicazione e la verifica del risultato. Secondo la declaratoria della Laurea L/67, infatti, gli Obiettivi formativi qualificanti contemplano i saperi relativi a: *a. la progettazione e l'attuazione di programmi di attività motorie..; b. l'organizza-zione e la pianificazione di particolari attività e stili di vita..; c. la prevenzione dei vizi posturali e il recupero motorio post-riabilitativo finalizzato al mantenimento dell'efficienza fisica; d. la program-mazione, il coordinamento e la valutazione di attività motorie adattate a persone diversamente abili o ad individui in condizioni di salute clinicamente controllate e stabilizzate.*

Le competenze specifiche che questi laureati devono acquisire prevedono tra l'altro: *... la programmazione e la supervisione di proposte individualizzate di esercizio fisico, basandosi su indicazioni sanitarie e dati di valutazione motorie, stabilendo tipo di esercizio, intensità, durata, frequenza, progressione, precauzioni, per un'ampia varietà di patologie cronico-degenerative e di condizioni di disabilità fisica e psichica;...*

Vale la pena di ricordare che questi laureati sono specificamente previsti nel progetto sperimentale del Ministero della Salute in quattro Regioni italiane, come riferimento del Medico dello Sport per la programmazione e somministrazione di programmi di esercizio a fini terapeutici e di prevenzione.

L'attuale organizzazione assistenziale della Medicina dello Sport

Organizzazione territoriale

Attualmente, l'attività di Medicina dello Sport è garantita da una rete di specialisti, in parte dipendenti del SSN o con esso convenzionati (contratto SUMAI), in parte liberi professionisti, in possesso di Diploma di Specializzazione Universitario oppure dell'attestato di cui all'art. 8 della Legge 26 ottobre 1971 n. 1099.

La distribuzione di questa rete è squisitamente ambulatoriale/territoriale e l'attività svolta si esplica quasi esclusivamente nel campo della certificazione specifica per la pratica dello Sport, richiesta per legge, e nel supporto medico dell'organizzazione sportiva e dei controlli antidoping.

Organizzazione Ospedaliera/Universitaria

In molte regioni sono presenti strutture ospedaliere di Medicina dello Sport, sia autonome che funzionali semplici, che, oltre a quelle sopra citate, svolgono altre attività cliniche che consistono prevalentemente nella valutazione funzionale e nel counseling motorio/sportivo. Nella maggior parte dei casi, queste sono inserite nei Dipartimenti di Prevenzione, in quanto a questi è stata a suo tempo demandata la "Tutela sanitaria dell'attività sportiva".

Solo in poche sedi esistono strutture (autonome o semplici) a direzione universitaria che svolgono anche attività di formazione e di ricerca.

Nella Tabella sottostante sono riportate le strutture ospedaliere e universitarie, complesse (C) o semplici (S) o Centri (Ce) presenti sul territorio italiano (tenendo conto che ci sono numerose differenze di definizione e di collocazione funzionale tra Regione e Regione)

REGIONE	OSPEDALE		UNIVERSITA'		AFFERENZA
					Dip. Prevenzione
ABRUZZO	AQ	1Ce			
BASILICATA	-----		-----		
CALABRIA					
CAMPANIA	BN, NA, SA	2s, 1Ce	Univ. NA	1 s	Serv Osp, Dip. Ortopedia, Distretto
EMILIA-ROMAGNA					
FRIULI-VENEZIA GIULIA					
LAZIO			Uni RM (Cattolica)	1s	
LIGURIA					
LOMBARDIA	Cr, Bg, Bs		Univ MI, Univ Bs	1 s, 1s 1s 1c	Spedali Civili BS Ospedale di Cremona Ospedale di Bergamo
MARCHE					
MOLISE					
PIEMONTE	TO	1			
PUGLIA					
SARDEGNA					
SICILIA			Univ PA	1 s	
TOSCANA	PS	4 c 5 s	Uni FI Uni PI	1c	
TRENTINO-ALTO ADIGE	BZ	1c			Dip. Prevenzione
UMBRIA	PG, Città di Castello, TE, Foligno	2c 2s			Dip. Prevenzione
VALLE D'AOSTA	-----				
VENETO	TV, VE PD, RO	2c 2s	Univ PD	1c	2 Dip. Prevenzione, 1 Distretto, 1 Dip. Cardiovascolare

Il Progetto

Obiettivi generali

Ancor oggi l'attività della Medicina dello Sport si svolge quasi esclusivamente nel campo della certificazione specifica per la pratica dello Sport, richiesta per legge, e nel supporto medico dell'organizzazione sportiva e dei controlli antidoping. Più di recente, anche grazie alla declaratoria relativa alla nuova Scuola di Specializzazione, lo specialista ha potuto diversificare le proprie prestazioni introducendo le attività di valutazione funzionale e di counseling motorio. Queste ultime funzioni, tuttavia, richiedono una preparazione molto più accurata e mirata di quanto non fosse in passato, sia per quanto riguarda il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, sia per quanto riguarda la Scuola di Specializzazione.

Il crescente tasso d'invecchiamento della popolazione e con questo l'aumento delle patologie cronico-degenerative e di quadri clinici complessi, impone anche per lo specialista in Medicina dell'Esercizio una preparazione di tipo internistico, che si avvalga della valutazione olistica del paziente a cui è destinata la prescrizione dell'attività fisica come terapia. Siamo quindi pienamente nell'ambito di quella che viene definita come **prevenzione clinica**, che è compresa nell'area più vasta della prevenzione secondaria, ma soprattutto si identifica con quella della prevenzione terziaria.

Finora l'attività di prevenzione, compresa quella che utilizza come mezzo l'attività fisica e motoria, è stata appannaggio dei Dipartimenti di Prevenzione per quanto concerne la prevenzione primaria e secondaria, quest'ultima in particolare con riferimento ai modelli strutturali di organizzazione, che prevedono il coinvolgimento dei medici di medicina generale, divenuti il fulcro dell'attività sanitaria territoriale. In tal senso appare più che mai opportuno l'inserimento di un **corso integrato di medicina dell'esercizio e del benessere** nel curriculum del Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, in funzione dell'acquisizione di questi saperi per i medici che opereranno sul territorio. Tuttavia, la bozza di PSN 2011-13, prevede che la prevenzione non sia più affidata solamente ai Dipartimenti di Prevenzione, ma a tutte le strutture o professionisti che, a vario titolo, si occupano di prevenzione ed il riferimento è in particolare per la **prevenzione secondaria** (che ha ancora un'area grigia di condivisione di attribuzioni tra igienisti e clinici – come le visite di idoneità agonistica-) e la **prevenzione terziaria**, che non può che essere ad esclusivo appannaggio dell'area clinica e più specificatamente dell'area Internistica. In questi due ambiti appare evidente la natura clinica, centrata sul rapporto etico tra medico-paziente (uno a uno).

Diviene dunque indispensabile che la formazione specialistica sia adeguata alle nuove competenze previste e alle funzioni che saranno assegnate nell'ambito della programmazione sanitaria complessiva. La Medicina Interna, ed al suo interno la Medicina dello Sport, avranno dunque un compito assai impegnativo, ma di grande rilevanza nel formare il nuovo Specialista. Il compito principale sarà quello di uniformare il percorso formativo delle **Scuole di specializzazione in Medicina dello Sport**, attraverso programmi a prevalente orientamento clinico, accompagnati dalla possibilità di tirocinio professionalizzante in strutture adeguate e specifiche, oggi alquanto carenti come numero, che operino in ambito clinico.

Appare di conseguenza logico identificare in primis nello **specialista in Medicina dello Sport**, che abbia acquisito una solida preparazione internistica, (ma anche nell'internista che abbia acquisito solide competenze nella medicina dell'esercizio) il medico con le **competenze necessarie** ad espletare tutte le funzioni mirate ad un'attività di prevenzione secondaria e a quelle di prevenzione terziaria relative alla valutazione funzionale e prescrizione dell'attività fisica come terapia nei portatori di patologie, comprese quelle legate all'invecchiamento. Tale specialista potrebbe diventare un punto di riferimento fondamentale nel sistema che intende collegare le strutture assistenziali con il territorio, in particolare il medico di base, che a sua volta può trovare in questo specialista il riferimento naturale e imprescindibile per l'utilizzo dell'esercizio come terapia

Quindi, la valutazione clinico- funzionale complessiva del paziente, per lo più anziano e con una o più patologie croniche, e la relativa prescrizione di esercizio non possono che essere attuate da personale competente, come lo specialista in medicina dello sport, oppure tout court ad uno specialista in Medicina Interna a queste funzioni addestrato e reso competente. A queste figure professionali possono pertanto essere **affidati i Centri di terzo livello**, come previsto nel documento tecnico Stato-Regioni, che dovranno di conseguenza essere in congruo numero, in

particolare dove sono presenti le Aziende Universitarie e le Scuole di Specializzazione in Medicina dello Sport.

Rapporto costo-benefici

In letteratura le evidenze sono ormai molto solide per quanto riguarda l'utilità clinica della prescrizione e somministrazione di attività fisica adeguata ai bisogni del paziente con malattie cronico-degenerative, in fase di stabilità clinica: in particolare ci sono degli studi, anche multicentrici, randomizzati e con follow up sufficientemente lungo, che documentano come la somministrazione di esercizio serva a ritardare la comparsa della malattia negli individui, con e senza familiarità, predisposti, vedi diabete mellito, ritardi le complicanze, vedi diabete, malattie reumatologiche, alcune malattie oncologiche, malattie cardiovascolari, anziani, con efficacia almeno comparabile e spesso superiore ad un approccio farmacologico tradizionale, comunque con esso integrabile nei singoli pazienti. E' ampiamente dimostrato che il costo, per ogni anno di vita guadagnato, è molto più basso e l'efficacia maggiore per gli interventi preventivi che per le terapie "cruente", nella stessa tipologia di pazienti, vedi cardiopatia ischemica. I cittadini che, abitualmente, sono fisicamente più attivi, richiedono un utilizzo di risorse sanitarie più basso, di un terzo, rispetto ai sedentari, come dimostrato in uno studio canadese su larga scala. Il risparmio che si ottiene con la somministrazione di attività fisica riguarda molti ambiti differenti, dall'autonomia, alla capacità funzionale, al quadro metabolico, ai parametri infiammatori, alla composizione corporea, all'aspetto cognitivo, alla depressione, alla socializzazione, alla riduzione della dipendenza da altri, ed una concomitante riduzione della spesa, sia farmaceutica sia ospedaliera, dovuta ad un minor utilizzo di risorse, sia sanitarie sia sociali. Tutto questo ad un costo più basso rispetto ad un modello tradizionale, con una qualità di vita sicuramente migliore. I modelli documentati sono molto meno standardizzati dell'approccio tradizionale ad ogni livello, prevenzione primaria secondaria e terziaria, soprattutto perché non ancora inseriti nella terapia delle malattie croniche.

Azioni

Attori

Unità funzionali complesse universitarie e ospedaliere di Medicina dell'Esercizio e dello Sport

Unità funzionali semplici o Ambulatori di Medicina dell'Esercizio e dello Sport afferenti a Dipartimenti di Medicina Interna, universitari o ospedalieri

Servizi di Medicina dello Sport territoriali pubblici o privati accreditati

MMGG

Laureati magistrali in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate

Al momento si può affermare che lo specialista che ha le basi culturali più adeguate alle esigenze di utilizzo e prescrizione dell'attività fisica nella prevenzione terziaria è un medico Specialista in Medicina dello Sport o, in alternativa, in Medicina Interna con adeguato addestramento. Si sottolinea come al Medico dello Sport la declaratoria del MIUR relativa alla nuova Scuola di Specializzazione attribuisca un ruolo specifico. A questo, per la parte applicativa, si affianca il professionista con Laurea Magistrale in "Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate", che abbia, come previsto dalla declaratoria del MIUR, competenze nella predisposizione, esecuzione e verifica dei programmi motori nei soggetti con patologie cronico-degenerative. Essenziali per un completo sviluppo di questa specifica attività ci sono anche le competenze nell'ambito della relazione terapeutica, e quelle infermieristiche.

Adeguamento formativo

CL magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia: corso integrato di Medicina dell'esercizio e del benessere

Corso di formazione post-laurea per MMGG: prevedere un adeguato numero di ore per completare la formazione riguardante l'esercizio, ricevuta nel Corso di Laurea

Master e/o Corsi di perfezionamento: per completare la formazione dei vecchi specialisti

Scuole di Specializzazione:

- uniformità di percorsi formativi e individuazione strutture di tirocinio confacenti
- cambiamento della denominazione scuola in "Medicina dell'esercizio e dello sport"
- Utilizzo didattico dei Medici di Medicina dello Sport in tutte le altre Scuole di Specializzazione dell'area Internistica.
- Introduzione formale nella Scuola di Specializzazione in Medicina Interna di un congruo periodo (un semestre) formativo per la medicina dell'esercizio o, in alternativa, percorso formativo specifico post-specializzazione.

Adeguamento concorsuale

Una politica di ampliamento e diffusione della Medicina dell'Esercizio e dello Sport nell'ambito della Medicina Interna non può non prevedere alcune linee guida che prevedano i criteri minimi per la partecipazione all'arruolamento e alla progressione di carriera in questo settore. Le indicazioni, che tengono conto di quanto prodotto dal ColMED/09 nel 2008, peraltro con i relativi, specifici adeguamenti, qui di seguito riportati:

INDICATORI DI QUALITA' SCIENTIFICA E DI RICERCA PER LE VALUTAZIONI COMPARATIVE IN MEDICINA DELL'ESERCIZIO E DELLO SPORT

Dopo un lungo *iter* costruttivo, tali requisiti sono stati approvati a larga maggioranza dall'Assemblea del Collegio, tenutasi a Roma l'11 maggio 2007 in concomitanza con il Terzo Congresso Nazionale COLMED/09. Le prime due Tabelle riportano, infatti, gli indicatori di qualità scientifica e di ricerca riferiti alle valutazioni comparative per cattedre di prima e di seconda fascia. La terza Tabella, relativa alle valutazioni comparative per Ricercatore, è stata approvata dall'Assemblea il 26 ottobre 2008. I titoli di carriera, assistenziali e didattici elencati in tali Tabelle sono quelli che più frequentemente contraddistinguono la vita universitaria dei Ricercatori e dei Professori Associati ma, come è ovvio, **non devono necessariamente essere tutti posseduti da ciascun candidato.**

Per quanto riguarda invece i titoli scientifici, poiché il bando di concorso può prevedere limitazioni al numero di pubblicazioni da presentare per la partecipazione a ciascuna procedura, alla luce della discussione tenutasi in Assemblea e fermo restando l'*Impact factor* totale del curriculum scientifico del candidato, si è deciso di non tener conto soltanto dell'*impact factor* relativo ai lavori in cui il candidato risulti come primo, secondo o ultimo autore. Le commissioni giudicatrici sono tuttavia invitate a valorizzare in particolare tali pubblicazioni, in quanto indicative del maggiore impegno nell'esecuzione della ricerca e nella stesura del lavoro (primo e secondo nome), ovvero del ruolo di *principal investigator* e di direzione e coordinamento del gruppo di ricerca (ultimo nome).

PRIMA FASCIA

1) TITOLI DI CARRIERA

- Anzianità di Laurea in Medicina e Chirurgia: ≥15 anni
- Nomina a Professore Associato
- Nomina a Ricercatore
- Nomina a Professore Aggregato
- Specializzazione in:
 - a) Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09
 - b) Medicina dello Sport
- Direzione di Istituti, Dipartimenti o Scuole di Specializzazione
- Borse di studio e/o periodi di studio e/o di ricerca all'estero, con almeno una pubblicazione scientifica prodotta nella sede ospitante
- Premi e attestati nazionali e/o internazionali
- Reputazione nell'ambito dello Sport e dell'attività fisica.
- Documentata attività organizzativa finalizzata ad un miglioramento dell'ambito culturale, organizzativo, strutturale ed all'integrazione tra medicina dello sport e scienze motorie
- Finanziamenti ottenuti dalla CEE, dal MIUR, dal CNR, dal Ministero della Salute, dalla Regione, da altri enti italiani e stranieri nell'ambito di competenza.
- Non conflitti di interessi

**NUMERO MINIMO, OLTRE ALL'ANZIANITA' DI LAUREA, DEI
TITOLI DI CARRIERA OCCORRENTI: 5**

* * *

2) TITOLI ASSISTENZIALI

- Anni con attività assistenziale certificata in strutture pubbliche in Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09: ≥10
- Periodi documentati in Pronto Soccorso
- Periodi documentati in Terapia Intensiva
- Guardie mediche: almeno 20 anni.
- Responsabilità assistenziale di:
 - a) Unità Operativa semplice
 - b) Unità Operativa complessa
 - c) Altre strutture estere equivalenti
- Congruità tra attività clinica e produzione scientifica specifica riguardante tutti gli aspetti della medicina dello sport e dell'esercizio

* * *

3) TITOLI DIDATTICI

- Anni con responsabilità di insegnamenti afferenti al SSD MED/09: ≥8
 - a) Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia
 - b) Corso di laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
 - c) Corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie
 - d) Corsi di laurea triennale di Scienze Motorie almeno 5 anni
 - e) Corsi di laurea Magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate o in Scienze e tecniche dello sport
 - f) Scuole di Specializzazione Mediche

- Compiti istituzionali di coordinamento nell'attività didattica
- Pubblicazioni di carattere didattico (trattati, testi, monografie) specifiche per la medicina dello sport e dell'esercizio

* * *

4) TITOLI SCIENTIFICI

- Impact factor totale del curriculum del candidato: **≥ 90-100**
- Impact factor su relazioni e letture alla SIMI e/o ad altre Società scientifiche del SSD MED/09 (Impact factor convenzionale: 1) e pubblicazioni su riviste ufficiali dello stesso settore (Impact factor convenzionale: 0,75) fino ad un massimo di 8
- Nella valutazione complessiva del candidato si tenga anche conto del suo personale "citation impact", riscontrabile mediante i motori di ricerca disponibili.

SECONDA FASCIA

1) TITOLI DI CARRIERA

- Anzianità di Laurea in Medicina e Chirurgia: ≥10 anni
- Nomina a Ricercatore
- Nomina a Professore Aggregato
- Nomina a Funzionario Tecnico
- Specializzazione in:
 - a) Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09
 - b) Specializzazione in Medicina dello Sport
- Dottorato di ricerca
- Assegnista di Ricerca
- *Principal Investigator* in Progetti di Ricerca finanziati
- Borse di studio e/o periodi di studio e/o di ricerca all'estero per almeno un anno, con almeno una pubblicazione scientifica prodotta nella sede ospitante
- Borse di studio di durata almeno annuale
- Premi e attestati nazionali e/o internazionali
- Reputazione nell'ambito dello sport e dell'attività fisica
- Documentata attività organizzativa specifica
- Non conflitti di interessi

**NUMERO MINIMO, OLTRE ALL'ANZIANITA' DI LAUREA, DEI
TITOLI DI CARRIERA OCCORRENTI: 3**

* * *

2) TITOLI ASSISTENZIALI

- Anni con attività assistenziale certificata in strutture pubbliche del SSN, in Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09: ≥5
- Periodi documentati in Pronto Soccorso
- Periodi documentati in Terapia Intensiva
- Guardie mediche almeno 13 anni.
- Responsabilità assistenziale di:
 - a) Unità Operativa semplice
 - b) Unità Operativa complessa
 - c) Altre strutture estere equivalenti specifiche

- Congruità tra attività clinica e produzione scientifica riguardante tutti gli ambiti della Medicina dello Sport e dell'Esercizio

* * *

3) TITOLI DIDATTICI

- Anni con responsabilità di insegnamenti documentati, afferenti al
- SSD MED/09: ≥ 5
 - a) Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia
 - b) Corso di laurea magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
 - c) Corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie
 - d) CDL triennale in Scienze Motorie e/o Laurea Magistrale in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata o Scienze e tecniche dello sport: almeno 3 anni
 - e) Scuole di Specializzazione
 - f) Dottorato di Ricerca
 - g) Diplomi Master
 - h) Didattica integrativa documentata
- Pubblicazioni di carattere didattico (trattati, testi, monografie) specifici per la Medicina dello Sport e dell'esercizio

* * *

4) TITOLI SCIENTIFICI

- Impact factor totale del curriculum del candidato: $\geq 50-70$
- Impact factor su relazioni e letture alla SIMI e/o ad altre Società scientifiche del SSD MED/09 (Impact factor convenzionale: 1) e pubblicazioni su riviste ufficiali dello stesso settore (Impact factor convenzionale: 0,75) fino ad un massimo di: 5
- Nella valutazione complessiva del candidato si tenga anche conto del suo personale "citation impact", riscontrabile mediante i motori di ricerca disponibili.

R I C E R C A T O R I

1) TITOLI DI CARRIERA

- Anzianità di laurea in Medicina e Chirurgia ≥ 5 anni
- Specializzazione in:
 - a) Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09
 - b) Medicina dello Sport
 - b) Altre discipline di area medica
- Dottorato di Ricerca
- Assegnista di ricerca
- Partecipazione a Progetti di Ricerca finanziati
- Borse di studio e/o periodi di studio e/o di ricerca all'estero o in centri italiani qualificati per almeno un anno
- Borse di studio di durata almeno annuale
- Premi e attestati nazionali e/o internazionali
- Attività documentata nell'ambito della Medicina dello Sport e dell'Esercizio finalizzata alla crescita dell'ambito culturale
- Non conflitto di interessi

* * *

2) TITOLI ASSISTENZIALI

- Attività assistenziale in strutture pubbliche del SSN, connessa alla specializzazione in Medicina Interna o disciplina equivalente del SSD MED/09
- Guardie mediche almeno 7 anni, comprese quelle degli anni di specializzazione

* * *

3) TITOLI DIDATTICI

- Attività didattica integrativa documentata per uno o più anni in insegnamenti afferenti al SSD MED/09, nella Scuola di Specializzazione di Medicina dello Sport, nei CDL triennali e Magistrali delle Scienze Motorie, CDL delle professioni sanitarie non mediche

* * *

4) TITOLI SCIENTIFICI MINIMI

- Almeno 5 lavori originali pubblicati su riviste impattate specifiche su tutti gli aspetti della Medicina dello Sport e dell'Esercizio
- Primo o secondo nome in almeno due di tali lavori
- Impact factor totale ≥ 15 (di cui fino ad un massimo di 3 per lavori pubblicati su riviste ufficiali del SSD MED/09 con Impact factor convenzionale pari a 0,75)

Criteria applicativi e fasi attuative

Anagrafe dei Centri di III livello esistenti e valutazione rapporto Centri/territorio

Individuazione strutture operative e formative

Documento programmatico ColMED/09 sulla Medicina dello Sport approvato da Consiglio Direttivo

Emanazione di linee guida nell'ambito specifico

Intesa Collegio-MIUR sulla definizione concorsuale e sulle attribuzioni di competenze specifiche.

Drastica riduzione dei SSD caratterizzanti della Scuola di Specializzazione in base alle nuove declaratorie del CUN, con l'obiettivo finale di ricondurla all'unico SSD MED/09.

Accordo con Ministero della Salute per la distribuzione territoriale e ospedaliera delle strutture di Medicina dello Sport, nonché per il riconoscimento delle specifiche funzioni.

Definizione a livello nazionale della figura del professionista laureato magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, indispensabile per le funzioni assegnate al Medico dello Sport.