

Documenti

Happy Ageing. Alleanza per l'invecchiamento attivo Position paper n.2 Attività fisica e salute

Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente dibattito su che cosa si intenda per “salute” (1, 2). Un editoriale di Fiona Godlee (3), Direttore del British Medical Journal, un'importante rivista scientifica internazionale, propone questa definizione di salute: “Capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone”. Adattarsi sembra essere quindi la parola chiave. Ma adattarsi a cosa, a chi e, più in generale, come si può costruire e favorire la capacità umana di adattarsi e adeguarsi? Una delle possibili risposte a questa domanda viene dal Comitato Regionale Europeo dell'OMS che nel 2011, in occasione della sua sessantunesima sessione, ha confermato all'Ufficio Regionale europeo il mandato di elaborare una nuova politica sanitaria europea, la Salute 2020 (4). Per raggiungere gli obiettivi della Salute 2020, sono necessarie politiche efficaci per l'invecchiamento sano, in risposta al rapido invecchiamento demografico in atto in Europa. L'invecchiamento sano o attivo viene quindi definito come un processo che “permette agli individui di realizzare il proprio potenziale per il benessere fisico, sociale e mentale attraverso l'intero corso dell'esistenza e di prendere parte attiva alla società, fornendo loro al contempo protezione, sicurezza e cure adeguate quando necessitano di assistenza” (5).

L'attività fisica fa bene e non va confusa con lo sport

Un invecchiamento sano è collegato allo stato di salute nelle fasi precedenti della vita. Una regolare attività fisica contribuisce a una significativa riduzione degli stati patologici degenerativi.

Un'attività fisica regolare aumenta l'aspettativa media di vita inibendo lo sviluppo di malattie cardiovascolari, diabete, malattie neoplastiche del colon e della mammella e depressione, riduce il rischio di fratture di femore e vertebrali ed aiuta il controllo del peso corporeo. Un'attività fisica regolare aumenta inoltre l'aspettativa media di vita contrastando lo sviluppo di malattie croniche, mitigando le alterazioni biologiche legate all'età e le relative conseguenze sulla salute e sul benessere, e contribuendo a preservare la capacità funzionale (6).

Per “**attività fisica**” si intende qualunque movimento corporeo prodotto dai muscoli utilizzando energia; questa definizione comprende lo sport e altre attività come giocare, camminare, dedicarsi ai lavori domestici o al giardinaggio.

Con “**esercizio**” (o “ginnastica” e, in senso esteso, “allenamento”) si indica una serie di movimenti ripetitivi, codificati e organizzati volti al miglioramento o al mantenimento di uno o più componenti della forma fisica (7).

Happy Ageing è l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo, nata nel 2014 per promuovere nel nostro Paese politiche e iniziative volte a tutelare la salute dell'anziano e a sviluppare le indicazioni della Commissione europea sul fronte dell'invecchiamento attivo. Di HappyAgeing fanno parte la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP), la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, i sindacati FNP CISL, SPI CGIL e UIL Pensionati, la Federazione Anziani e Pensionati ACLI e Federsanità ANCI.

La **riabilitazione** consiste invece in una serie di attività volte a recuperare la funzione persa o ridotta in seguito ad un evento patologico o traumatico utilizzando gli strumenti dell'esercizio terapeutico e della rieducazione funzionale. Lo scopo è restituire il paziente al proprio contesto di vita nelle migliori condizioni di autonomia possibili.

Attività fisica e Attività Fisica Adattata (AFA) non sono la stessa cosa

Anche se i benefici dell'attività fisica nell'invecchiamento sono conosciuti, non tutte le forme di attività fisica producono gli stessi benefici e sono indicate per tutte le persone. Come sopra detto, l'attività fisica non è riabilitazione e quindi non può e non deve essere considerata "sanitaria" ma rientra a pieno titolo nell'ambito delle attività che esercitano un benefico effetto sull'organismo umano e come tale da incentivare nell'ambito della promozione di stili di vita (8).

Esiste una differenza tra le varie forme di attività fisica come la "ginnastica dolce" o i "gruppi di cammino" e l'Attività Fisica Adattata (AFA). Nel primo caso gruppi di persone *non omogenee* per età e condizioni di salute svolgono esercizi ripetitivi e uguali per tutti mentre nel secondo caso, con l'Attività Fisica Adattata, l'esercizio viene *adattato* alla persona generalmente affetta da una patologia cronica. La "ginnastica dolce" non tratta le patologie.

Nel 1986 a Berlino fu data la prima vera definizione di APA (Adapted Physical Activity): "APA comprende ogni movimento, attività fisica o sport che può essere praticato da individui limitati nelle loro capacità da deficit fisici, psicologici, mentali o da alterazioni di alcune grandi funzioni".

L'AFA secondo quanto definito nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione della Ministero della Salute del 2011 (9) ha diversi ruoli: *"ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione, promuovere stili di vita più corretti (prevenzione) ed appare quindi come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di creare un circolo virtuoso. L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile. Da un'AFA svolta con regolarità potranno derivare: miglioramento del cammino, della resistenza allo sforzo, minori difficoltà a compiere le attività della vita quotidiana necessarie per l'autonomia in ambito domestico e fuori casa; essa, inoltre, favorisce ed incentiva la socializzazione, migliorando il tono dell'umore, la motivazione, le relazioni sociali e familiari.*

Infine non va dimenticato il valore dell'AFA in senso educativo - formativo attraverso il coinvolgimento attivo del soggetto nel proprio progetto di salute e di autonomia possibile, grazie alla promozione di una regolare attività e di più appropriati stili di vita. I luoghi in cui si svolgono le AFA possono essere palestre comunali, strutture protette, associazioni, centri fitness, spazi all'aperto (piste ciclabili, percorsi vita, ecc), comunque non ambienti sanitari.

Tutti debbono mantenersi fisicamente attivi

Per gli adulti dai 65 anni in poi, l'attività fisica include quella praticata durante il tempo libero, gli spostamenti (ad esempio a piedi o in bicicletta), le attività lavorative (per gli individui ancora in servizio), il gioco, i lavori domestici, lo sport e altri esercizi di tipo programmato, nel contesto dell'attività quotidiana, familiare e della comunità. Un'attività fisica applicata con regolarità, può migliorare la salute cardiorespiratoria, il tono muscolare, la salute funzionale e ossea, ridurre il rischio di malattie non trasmissibili, di depressione e di declino delle funzioni cognitive. Per tale attività valgono le seguenti raccomandazioni:

1. Gli adulti dai 65 anni in poi dovrebbero praticare almeno 150 minuti di attività fisica di tipo aerobico di moderata intensità nel corso della settimana, oppure praticare almeno 75 minuti di attività fisica di tipo aerobico di intensità elevata nel corso della settimana, oppure una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata.
2. L'attività di tipo aerobico dovrebbe essere praticata per periodi continuativi della durata di almeno 10 minuti.
3. Per ottenere benefici aggiuntivi per la salute, gli adulti appartenenti a questa fascia di età dovrebbero aumen-

tare l'attività fisica di tipo aerobico di intensità moderata fino a 300 minuti a settimana, oppure praticare 150 minuti di attività fisica di tipo aerobico di intensità elevata a settimana, oppure una combinazione equivalente di attività di intensità moderata ed elevata.

4. Gli adulti dai 65 anni in poi con scarsa mobilità, dovrebbero praticare un'attività fisica per il miglioramento dell'equilibrio e la prevenzione delle cadute almeno tre volte a settimana.

5. Bisognerebbe praticare attività che rafforzino i principali gruppi muscolari almeno due giorni a settimana.

6. Gli adulti appartenenti a questa fascia di età che non possono svolgere la quantità raccomandata di attività fisica, a causa delle loro condizioni di salute, dovrebbero comunque mantenersi fisicamente attivi al massimo livello consentito dalle loro capacità e condizioni. L'AFA può essere una risposta.

L'AFA trova indicazioni prevalenti nei soggetti affetti da patologia cronica

Oltre l'80% della popolazione anziana è affetta da malattie croniche. Lo comunica l'XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità CnAMC - Cittadinanzattiva Emergenza famiglie: "L'insostenibile leggerezza del Welfare" (10). Il 50% delle attività sanitarie è rivolto alla cura delle condizioni croniche: si arriverà al 60% nel 2020.

L'AFA può essere un valido strumento per combattere la cronicizzazione perché può ridurre il danno, alleviare la sofferenza, sostenere le risorse esistenti, migliorare la qualità di vita anche se l'intervento non è certo del risultato, non è definitivo e non sempre è chiaro attraverso quali meccanismi si è ottenuto un miglioramento.

L'obiettivo rimane comunque quello di ricercare il "benessere possibile", ricercare una situazione relazionale positiva ad un costo contenuto.

L'AFA deve essere fatta per gruppi funzionali omogenei

L'età avanzata, nella maggioranza dei soggetti con più di 65 anni, è caratterizzata dalla coesistenza nello stesso individuo di multiple patologie legate all'invecchiamento, fenomeno legato per di più ad un aumento dell'età correlato delle patologie croniche. È stato dimostrato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta mediamente 4,9 malattie, mentre nei soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie è 5,4. In particolare l'associazione di particolari malattie croniche nel paziente anziano, quali la cardiopatia cronica e l'osteoartrosi aumentano il rischio relativo di disabilità di 13,6 volte, rispetto ad un rischio isolato di 4,4 per l'osteoartrosi e 2,3 per la cardiopatia cronica. Ci si riferisce per esempio a una persona affetta da parkinsonismo e da esiti di ictus, con cardiopatia oppure insufficienza respiratoria, oppure da artrosi alle grosse articolazioni degli arti inferiori.

Partendo da questi dati di letteratura diventa inappropriato proporre l'AFA riferita alla patologia d'organo del paziente. Si propone l'AFA per gruppi quanto più possibile omogenei per funzione residua e quindi AFA nelle limitazioni funzionali dell'apparato locomotore, nelle alterazioni del tono muscolare, nel ricondizionamento cardiovascolare. Questo approccio di stratificazione del gruppo AFA risponde bene anche ad esigenze territoriali laddove, in situazioni geografiche complesse come ad esempio nelle aree montane, non esiste la possibilità di mettere insieme in un unico gruppo pazienti affetti da una singola patologia d'organo. L'AFA è salute-orientata e funzione orientata e non malattia-orientata.

Ogni attività fisica può essere modificata o adattata

L'attività fisica deve svolgersi tenendo conto delle esigenze specifiche della persona con disabilità, e può prevedere modifiche in modo tale da adattare l'esercizio alla persona. Chiave di volta dell'Attività Fisica Adattata ed elemento cardine è proprio l'adattamento ovvero sia partire e programmare l'attività fisica sulle esigenze della persona.

L'adattamento è la capacità di controllare le variabili con l'obiettivo di ottenere i risultati desiderati apportando modifiche all'interno dell'ecosistema (persona, ambiente, compito).

Tutti i soggetti in condizione di cronicità possono partecipare a gruppi di Attività Fisica Adattata. L'AFA non è riabilitazione

Come già detto l'AFA non è una attività riabilitativa e non è una attività sanitaria. Poiché il sistema sanitario è sempre più orientato alla riduzione dei tempi di degenza, è necessario che le cure e gli interventi extraospedalieri siano in grado di rispondere ai nuovi bisogni legati alla cronicità, minimizzando il rischio di discontinuità delle cure e di errori gestionali.

Le normative regionali attualmente vanno nel senso di codificare l'appropriatezza prescrittiva in riabilitazione, vincolando il trattamento riabilitativo a eventi acuti e in generale contingentandone l'erogazione in caso di condizioni croniche e riservando invece le risorse sanitarie a quelle in cui vi sia una prognosi favorevole di recupero funzionale. Come già accennato, la prevenzione della cronicità si ottiene solo mantenendo un'attività fisica per tutto l'anno, obiettivo che può essere raggiunto con l'attività fisica e con AFA.

Pertanto, e a maggiore chiarimento, si sottolinea che il ruolo della riabilitazione nel sistema sanitario è recuperare funzione persa o ridotta in seguito ad un evento patologico o traumatico utilizzando gli strumenti dell'"esercizio terapeutico" e della rieducazione funzionale. Lo scopo è restituire il paziente al proprio domicilio nelle migliori condizioni di autonomia possibili (9).

Per evitare l'ulteriore declino funzionale è necessario, dopo la riabilitazione, mantenere l'autonomia funzionale raggiunta attraverso un percorso di continuità assistenziale in cui sia prevista una forma di attività fisica. Tutti i soggetti in condizione di cronicità possono partecipare a gruppi di Attività Fisica Adattata o anche a semplici forme di attività fisica regolare con risultati positivi in termini di funzione fisica, qualità della vita e fatica (11).

L'Attività fisica regolare può ridurre l'utilizzo di risorse per il Sistema Sanitario Nazionale

Per le persone in condizione di cronicità, svolgere un'attività fisica costante in programmi strutturati e controllati nel tempo, permette l'ottenimento ed il mantenimento di buoni risultati in termini di performance fisica e cardiorespiratoria, qualità della vita, riducendo la necessità di utilizzo dei servizi di riabilitazione e, più in generale, potendo determinare un significativo risparmio di risorse del Sistema Sanitario Nazionale (12).

È stato dimostrato per esempio che una moderata ma regolare attività fisica può migliorare la "fitness" e non aumenta il rischio di riacutizzazione dolorosa in pazienti con mal di schiena cronico: è tuttavia necessaria una collaborazione stretta tra fisioterapista ed esperto nel training fisico per aggiustare le tecniche ed evitare complicanze (13). Ancora, la pratica del "nordic walking" può essere efficace nel migliorare la velocità del cammino, ridurre il dolore senza aumentare la dispnea nonostante l'aumento del carico di lavoro cardiorespiratorio, nei pazienti con "claudicatio intermittens" (14). L'attività fisica può essere anche utile per mantenere nel tempo i risultati ottenuti con la riabilitazione in soggetti che, per la loro patologia, sono fortemente a rischio di ritornare alla condizione di ipomobilità, come per esempio quelli con broncopneumopatia cronica ostruttiva (15). Al contrario un basso livello di attività fisica è uno dei fattori che, in condizioni di disabilità cronica, si associa ad un più elevato consumo di risorse sanitarie (16).

Ruolo del Medico di Medicina Generale

Il Medico di Medicina Generale (MMG) ha il compito di promuovere le diverse forme di attività fisica, considerando lo stato di salute della persona che ha in carico, il contesto fisico e sociale in cui vive e soprattutto le controindicazioni per lo stato di salute. Se la persona è in condizione di disabilità e cronicità potrà essere inviata al Fisiatra per il percorso di AFA Speciale.

Come si può accedere ad un programma di attività fisica?

Come può orientarsi una persona che voglia invecchiare attivamente ed intenda iniziare una forma di attività fisica? A quale tipo di attività orientarsi ed a chi rivolgersi? La risposta più sicura è sempre rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale o ad uno specialista appartenente al Servizio Sanitario Nazionale. Questi,

dopo una valutazione clinica, indicherà un programma ritagliato per quella persona che sarà diverso a seconda dell'età, della presenza o meno di malattie più o meno invalidanti e/o livelli differenti di disabilità, tenendo conto della situazione socioambientale della persona (se vive in famiglia, in città o in montagna, in una casa al piano terra piuttosto che al quinto piano senza ascensore).

Indicazioni per le diverse tipologie di attività fisica

Per persone anziane in sostanziale stato di benessere, ma sedentarie, il MMG potrà consigliare un'attività aspecifica, cioè valida per tutti, che possiamo definire in questo documento, **“attività fisica per la salute”** per distinguerla dalle altre tipologie di attività. Si tratta delle cosiddette **“ginnastiche dolci”** e **“slow moving”** che hanno come obiettivo la riattivazione psicofisica cioè la ripresa delle capacità di autonomia nelle azioni quotidiane e l'incremento delle relazioni e delle attività sociali, oppure dei **“gruppi di cammino”**, ossia gruppi di persone che si ritrovano in appositi luoghi come spazi verdi, zone pedonali, ecc. per sperimentare il cammino (da leggero ad intenso), seguiti da accompagnatori esperti.

Per chi ha invece una forma cronica e lieve di disabilità di varia entità ma stabilizzata, per es. dolori cronici agli arti inferiori o mal di schiena ed ha già fatto cicli di riabilitazione, il MMG potrà indicare un'**Attività Fisica Adattata (AFA)**, cioè un'attività fisica specifica per gruppi omogenei ed adattata alla persona. Questi soggetti devono sapere che per loro ripetere “cicli” di riabilitazione durante l'anno può essere inappropriato. Infatti il transitorio beneficio fisico ottenuto con il “ciclo” riabilitativo non deriva dagli effetti terapeutici dell'esercizio riabilitativo in se stesso ma semplicemente dalla ripresa strutturata di un'attività motoria che si ottiene inevitabilmente con la riabilitazione. Solo chi ha, al contrario, un peggioramento funzionale o un deficit da studiare potrà essere indirizzato allo specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa che valuterà l'eventuale necessità riabilitativa (vedi tabella sinottica).

In Italia non c'è solo l'AFA per il mal di schiena ma esistono anche programmi di AFA più “evoluti”, cosiddette **AFA speciali**, per disabilità più complesse come l'ictus cerebrale in fase stabilizzata o la Malattia di Parkinson o la Sclerosi Multipla. Pure le persone con questo tipo di disabilità risentono dei danni della sedentarietà e hanno bisogno di programmi non riabilitativi finalizzati a mantenere l'attività fisica. In questo caso l'invio avviene

Tabella sinottica sulle possibili risposte alle persone “over 65” con problematiche legate alla sedentarietà.

| Condizione di salute della persona | Attività fisica per la salute (es. ginnastica dolce) | AFA | AFA speciale | Riabilitazione |
|--|---|-----|--------------|----------------|
| Stato di buona salute (in assenza di disabilità) ma a rischio di sedentarietà per stile di vita | X | | | |
| Disabilità minore cronica stabilizzata (es. mal di schiena cronico, sindrome dolorosa cronica degli arti inferiori) in assenza di indicazione alla riabilitazione o al termine di questa | | X | | |
| Disabilità maggiore cronica stabilizzata (M. di Parkinson, esiti di ictus cerebrale, Sclerosi Multipla, ecc.) in assenza attuale di indicazione alla riabilitazione o al termine di questa | | | X | |
| Peggioramento funzionale o deficit motorio da valutare | | | | X |

direttamente dall'area riabilitativa (specialista Fisiatra).

Nella stessa persona l'Attività Fisica Adattata (AFA) può essere, nel tempo, sostituita da altri interventi già citati, qualora il soggetto presenti dei miglioramenti delle funzioni motorie ottenuti con l'AFA stessa. Se il soggetto inserito in programmi di AFA mal di schiena migliora, e se il suo problema di base non è grave, può col tempo aderire a gruppi di attività "diversa" e non più adattata, in una logica di miglioramento progressivo, partecipando per esempio alla "ginnastica dolce" o ai "gruppi di cammino" validi per le persone in stato di benessere ma sedentarie.

L'AFA può avere delle controindicazioni

La prima controindicazione alla partecipazione a gruppi di lavoro AFA è rappresentato da un quadro di alterazioni della funzione cognitiva. Un'altra controindicazione è rappresentata da patologie a carico del sistema cardiaco di una certa gravità (scompenso cardiaco > NHYA 2, angina instabile, recente infarto, ecc) e i quadri di ipo e ipertensione non controllati. La necessità di supporto di ossigeno per una conduzione della quotidianità, è da considerarsi un altro fattore di esclusione così, come qualsiasi sindrome dolorosa tanto grave da impedire l'esecuzione di qualsiasi forma di esercizio o tutte le alterazioni di funzioni anch'esse manifestate in forma complessa (gravi alterazioni dell'equilibrio, gravi alterazioni della coordinazione, gravi aumenti del tono muscolare, presenza di sindromi psichiatriche, ecc). In questi casi è necessaria un'accurata valutazione medica per indirizzare la persona al percorso di gestione del caso più adeguato in ambito sanitario.

Percorso AFA: l'esempio della regione Toscana

La Toscana è stata tra le prime Regioni in Italia a normare i percorsi AFA nel proprio Servizio Sanitario Regionale. Infatti con al DGR N° 595 del 30.5.2005, integrata con DGR 1081/2005 e DGR 1082/2005 (17, 18) questa Regione ha previsto che sono attivabili percorsi di "attività motoria adattata" dedicati sia a soggetti sani che a soggetti con ridotta capacità motoria legata all'età (sindromi algiche da ipomobilità) o in condizioni cliniche stabilizzate negli esiti. L'AFA, non essendo ricompresa nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Regionale, è stata inclusa nei programmi di stile di vita corretti ed educazione alla salute previsti nell'ambito dei Piani Integrati di Salute.

Nella DGR 595/2005 il **percorso AFA** viene considerato come una delle tre opzioni all'interno del complessivo percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di Medicina Fisica e Riabilitazione, insieme al percorso assistenziale specialistico di Medicina Fisica (terapie fisiche) ed a quello assistenziale ambulatoriale di Riabilitazione per disabilità complessa.

In pratica le modalità di accesso al percorso AFA della Toscana prevedono che "i pazienti che presentano artrosi, anche riacutizzata e dolorosa, situazioni di prevenzione di fratture da fragilità e dell'osteoporosi oppure esiti stabilizzati anche con riduzione di capacità motoria dopo percorso 2", (percorso di Medicina Fisica, ndr) "devono essere invitati, dopo adeguato momento di educazione sanitaria e se non presentano controindicazioni, a svolgere "attività motoria adattata" presso società sportive, palestre ed altre strutture opportunamente individuate dalla USL e segnalate in apposito elenco a cittadini e medici." I medici devono informare i pazienti "che l'attività sarà svolta a prezzo sociale di 2,5 euro a incontro. Non è necessario fare alcun tipo di richiesta, anzi i cittadini possono direttamente accedere alle strutture. Non è necessario certificato per attività ludico motoria".

I danni secondari alla sedentarietà possono comparire anche nelle persone con livelli maggiori di disabilità. Anzi, tale rischio è maggiore in queste persone rispetto a chi presenta disabilità motoria minimale perchè esse, per la propria malattia, tendono a muoversi pochissimo.

A tale riguardo sempre in Toscana è stata avviata la cosiddetta **AFA "speciale"** che è volta ad intervenire su forme cronicizzate di disabilità maggiore (es. esiti di ictus cerebrale o Sclerosi Multipla). Per questa attività l'invio è totalmente proveniente dal mondo della riabilitazione e limitatamente alle fasi di uscita da un percorso riabilitativo.

La stessa DGR n. 595/2005 ha attribuito alle Aziende sanitarie un ruolo di coordinamento e promozione organizzativa dell'AFA nonchè di controllo di qualità dell'intero processo, impegnandole a:

- a) "individuare i soggetti competenti e/o adeguatamente formati ad assicurare l'attività motoria adattata, alle condizioni economiche di cui all'accordo, rappresentati da Associazioni Sportive, Palestre ecc. e rendere accessibili i loro elenchi sia ai cittadini sia ai Medici (gli URP aziendali possono dare informazioni in merito);
- b) concordare con i soggetti individuati protocolli-programmi di intervento compatibili con lo stato psicofisico dei soggetti utenti;
- c) monitorare l'attività sia per quanto attiene alla safety che alla aderenza, alla frequenza, nonché a registrare le cause di abbandono;
- d) verificare l'attuazione secondo i criteri e le modalità stabilite;
- e) informare ed indirizzare gli utenti interessati anche avvalendosi delle associazioni dei pensionati firmatarie dell'accordo;
- f) formare ed informare gli operatori sanitari;
- g) collaborare, ove possibile, all'informazione degli addetti di cui al punto a) mettendo a disposizione i propri operatori sanitari".

Oggi l'Attività Fisica Adattata in Toscana si è diffusa e consolidata nel territorio coinvolgendo nel tempo migliaia di utenti e costituendo una risorsa importante, priva di eventi avversi, per i percorsi di salute e partecipazione sociale. Inoltre l'AFA, si è diffusa con successo in altre Regioni italiane seppure con aspetti e modalità organizzative diverse.

Conclusioni

Per quanto sopra esposto, l'Alleanza italiana per l'invecchiamento attivo "Happy Ageing" si impegna a:

- Promuovere l'attività fisica regolare per aumentare l'aspettativa media di vita contrastando lo sviluppo di malattie croniche e le alterazioni biologiche legate all'età e per migliorare l'utilizzo delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale
- Fornire un orientamento agli utenti al di sopra dei 65 anni riguardo al panorama delle molteplici iniziative di attività fisica che sono oggi disponibili
- Sostenere l'importanza in ogni caso di un controllo medico preliminare per ottenere un'indicazione appropriata sul tipo di attività fisica più idonea al singolo individuo
- Facilitare la diffusione nei territori da un lato di iniziative di attività fisica aspecifica ("ginnastiche dolci, slow moving, gruppi di cammino") rivolte a persone in buone condizioni cliniche ma a rischio di sedentarietà e dall'altro di Attività Fisica Adattata di vario tipo dedicate a gruppi di persone in condizioni di cronicità e disabilità
- Contrastare l'utilizzo inappropriato dei servizi di riabilitazione per il trattamento dei problemi altrimenti risolvibili con forme di attività motoria non sanitaria
- Sostenere l'importanza di un'adeguata formazione e competenza del personale tecnico che opera in ogni palestra in cui viene svolta attività fisica
- Stimolare le Aziende USL a farsi garanti dell'appropriatezza dei percorsi di attività fisica, della qualità delle prestazioni effettuate nelle palestre e del monitoraggio dei risultati

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Jadam AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ* 2008;337:a2900.
2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadam AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ* 2011; 343:d4163.
3. Godlee F. What is health? *BMJ* 2011; 343:d4817.
4. Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (EUR/RC62/9). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int>).
5. Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Regionale per l'Europa. Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012-2020. Malta, 10-13 settembre 2012 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1847_allegato.pdf)
6. Physical activity health topic. http://www.who.int/topics/physical_activity/en
7. Exercise and Physical Activity for Older Adults – Copyright © 2009 by the American College of Sports Medicine.
8. Global status report on noncommunicable diseases 2014 “Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility” - www.who.int/entity/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/.
9. Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n.50, 2011.
10. XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità CnAMC - Cittadinanzattiva Emergenza famiglie: “L'insostenibile leggerezza del Welfare”. 30/09/2012.
11. Tresoldi T, Foti F, Masuelli M, Vanni Frajese G, Rossi P, Modesti A, Bei R, Giganti MR. Effects of Dragon Boat Training on Cytokine Production and Oxidative Stress in Breast Cancer Patients: A Pilot Study. *Open Journal of Immunology*, 2014, 4, 22-29.
12. Tsiachristas A, Burgers L, Rutten-van Mólken MP. Cost-Effectiveness of Disease Management Programs for Cardiovascular Risk and COPD in The Netherlands. *Value Health*. 2015 Dec;18(8):977-86.
13. A. Ribaud, I. Tavares, E. Viollet, M. Julia, C. Herisson, A. Dupeyron. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2013;56:576-594.
14. C. Oakley, I. Zwierska, G. Tew, J.D. Beard, J.M. Saxton. Nordic Poles Immediately Improve Walking Distance in Patients with Intermittent Claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008;36:689-694.
15. Pleguezuelos E, Pérez ME, Guirao L, Samitier B, Ortega P, Vila X, Solans M, Riera A, Moreno E, Merí A, Miravittles M. Improving physical activity in patients with COPD with urban walking circuits. *Respir Med*. 2013 Dec;107(12):1948-56.
16. García-Polo C, Alcázar-Navarrete B, Ruiz-Iturriaga LA, Herrejón A, Ros-Lucas JA, García-Sidro P, Tira-do-Conde G, López-Campos JL, Martínez-Rivera C, Costán-Galicia J, Mayoralas-Alises S, De Miguel-Díez J, Miravittles M; InEPOC Group. Factors associated with high healthcare resource utilisation among COPD patients. *Respir Med*. 2012 Dec;106(12):1734-42.
17. https://www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/.../dgr_595_2005.pdf.
18. www.regione.toscana.it/.../a7a785e5-7934-4bc6-8556-54173c8a0087.