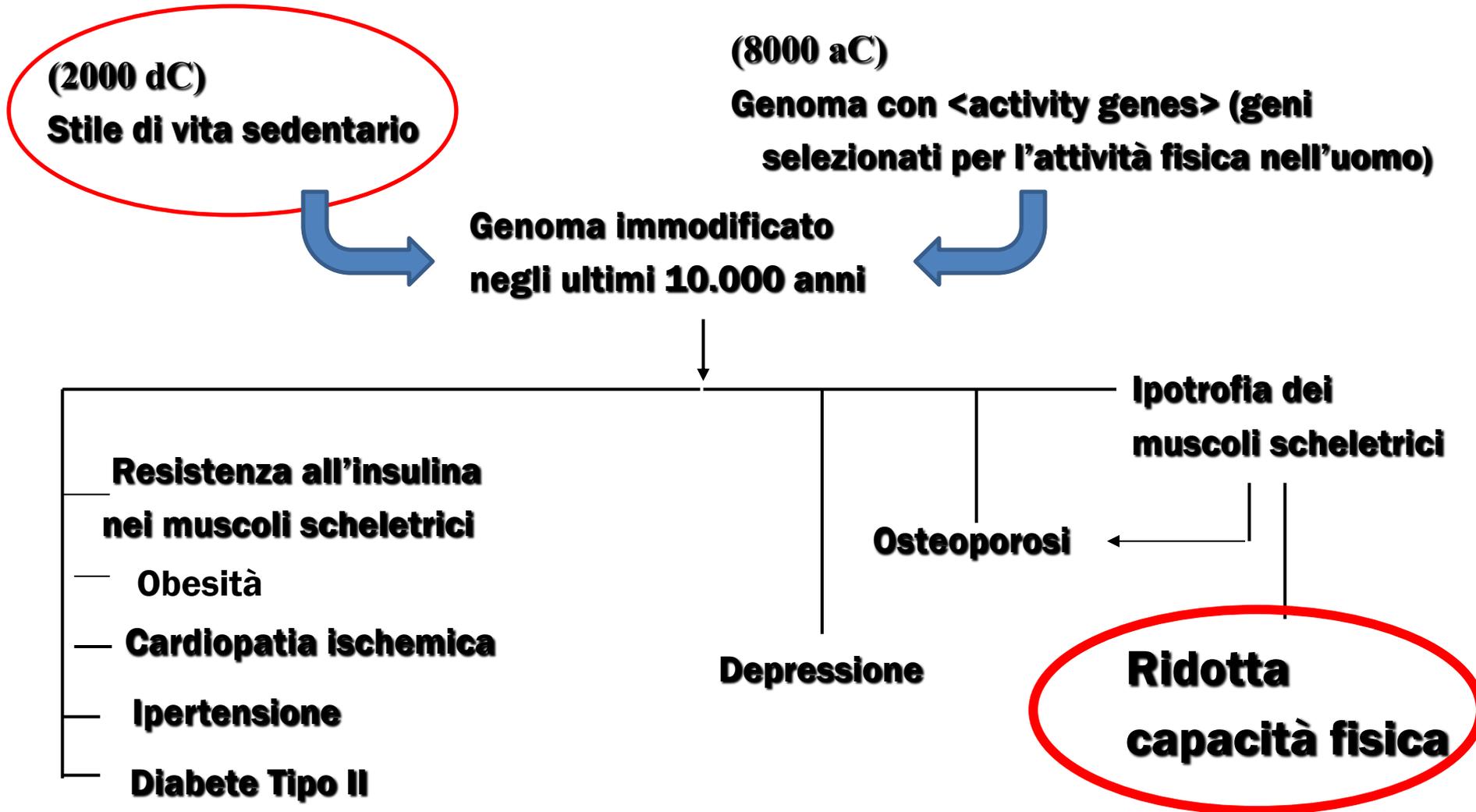


MEDICINA DELLO SPORT IN ETA' EVOLUTIVA

Dott. Fulvio Forcignanò

PREMESSA

**BASI BIOLOGICHE A FAVORE DELL'IPOTESI CHE IL GENOMA UMANO
RICHIEDE ATTIVITÀ FISICA PER MANTENERE LO STATO DI SALUTE.**



(J.Appl. Physiol – 2002)

EFFETTI DELLA SEDENTARIETA'

I modelli di vita moderni orientano il cittadino medio verso una sedentarietà sempre più dilagante, mentre l'organismo umano, come abbiamo visto, è strutturato per il movimento.

VO₂max

I primi studi nei bambini indicavano (anni '60) :

$$VO_2\text{max} = 50 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$$

attualmente :

$$VO_2\text{max da } 40 \text{ a } 45 \text{ mL.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$$

VO₂max

Causa :

Modificazione degli stili di vita e sedentarietà

INTERESSE DELLA MEDICINA PER LO SPORT

IPPOCRATE (460 A.C)

“Se all’individuo si potesse somministrare la giusta quantità di nutrimento e di esercizio fisico avremmo trovato la giusta strada per la salute”

Sport in età evolutiva nell'antica Grecia



- A Sparta, i bambini erano affidati a dei maestri che ne curavano l'educazione
- Gli insegnanti erano tre: il **gramatista** che si occupava delle conoscenze linguistiche e scientifiche, il **citarista** insegnava l'uso e la conoscenza della musica, ed il ***pedotriba*** preposto all'allenamento e alla cura dell'aspetto fisico (non inteso come estetico)
- I ragazzi dovevano mostrare ogni anno di essere forti e coraggiosi disputando delle prove molto dure e severe davanti agli occhi di genitori ed insegnanti

GRECI, ROMANI E SPORT

- I medici già nell'**antica Grecia** ponevano in primissimo piano i precetti di ordine igienico, soprattutto la ginnastica ed i massaggi;
- Uguale diffusione ebbe nella **Roma antica** l'interesse per gli aspetti medici della ginnastica;
- Merita di essere ricordata l'opera di *Galeno* (II Sec. D.C.) cui si deve, fra l'altro, la prima descrizione delle malattie professionali degli atleti.

La Medicina dello Sport in Italia

- La **medicina dello sport** come branca medica nasce in Italia negli anni venti e si sviluppa particolarmente in ambiente militare (Farnesina), successivamente, in modo sempre più estensivo, presso le Federazioni e le Società sportive (1920-'25).
- La sua necessità per il controllo , la cura e la tutela della salute degli atleti , degli sportivi e di quanti praticano a vario livello attività fisico motoria è talmente evidente che viene fondata nel 1929 la Federazione dei Medici dello Sport, oggi **Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI)** che il **CONI** accoglie fra le proprie Federazioni.

La Medicina dello Sport in Italia

- La **Medicina dello Sport** ha in Italia un ruolo fondamentale di **medicina preventiva** a tutela non solo di chi pratica attività sportiva agonistica ed amatoriale ma anche nei riguardi di tutta la popolazione.
- Tale importanza è confermata dall'interesse che il Legislatore ha riposto nella giurisprudenza medico-sportiva con l'introduzione di leggi e norme per la tutela della salute dello sportivo:

LA LEGISLAZIONE DELLO STATO



- **LEGGE 28 dicembre 1950, n. 1055** Tutela sanitaria delle attività sportive. (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1951)
- **LEGGE 26 ottobre 1971, n. 1099** Tutela sanitaria delle attività sportive. (GU Serie Generale n.324 del 23-12-1971)
- **Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"**
- **LEGGE 23 marzo 1981, n. 91** Norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti. (GU n.86 del 27-03-1981)
- **D.M. 18/2/1982 "Norme per la tutela sanitaria della attività sportiva agonistica"**
- **D.M. 28/2/1983 "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica"**
- **D.M. 4 marzo 1993** Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate. GU Serie Generale n.64 del 18-03-1993
- **LEGGE REGIONALE N. 23 DEL 10-07-1998 REGIONE UMBRIA "Tutela sanitaria delle attività sportive".**
- **D.M 24/04/2013 – LEGGE BALDUZZI "Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita".** (G.U. 169 DEL 20/07/2013)

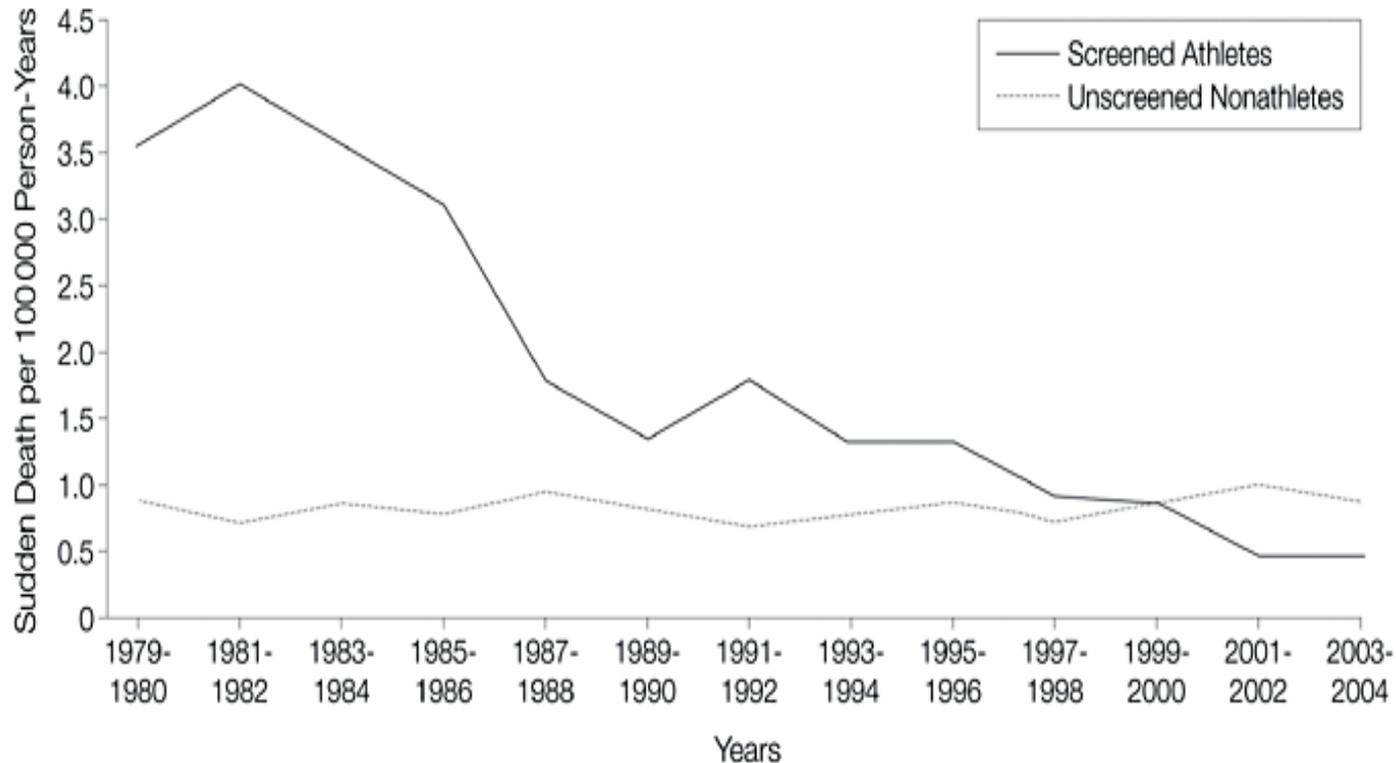
LA TUTELA SANITARIA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA IN ITALIA

La visita medica preventiva, oltre che avere valenza dal punto di vista medico legale, è finalizzata alla tutela della salute dell'atleta ed in particolar modo alla **prevenzione primaria della morte cardiaca improvvisa (MCI)**, definita come il *repentino ed inatteso decesso naturale ad etiologia cardiaca entro un'ora dall'insorgenza dei sintomi*.

Il protocollo di valutazione di idoneità fisica adottato in Italia, ha contribuito al contenimento della morte cardiaca improvvisa in prevenzione primaria riducendo la frequenza di decessi improvvisi, negli atleti con meno di 35 anni, di quasi il 90% *

*Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M TG. Trends in Sudden Cardiovascular Death in Young Competitive Athletes. *Jama*. 2006;296(13):1593-1601

Incidenza di MCI in Atleti e Non- Atleti, Veneto, Italy, 1979-2004



- L'incidenza annuale di mortalità è diminuita dell'89% nella popolazione di atleti, **mentre è rimasta uguale nella popolazione dei non sportivi (1979-2004)**;

Corrado D et al. Protecting athletes from sudden cardiac death. JAMA 2006

La visita sportiva come prevenzione

Soprattutto in età evolutiva quindi fare una visita medico-sportiva può significare mettere in pratica i principi della medicina preventiva.

Dopo la scomparsa del medico scolastico e dell'obbligatorietà della leva militare, infatti, la figura dello specialista dello sport rimane l'ultimo baluardo dello screening delle patologie nei giovani.

Nei riguardi della **popolazione adulta** la visita del medico sportivo, imposta dalle normative vigenti, consente di formulare sospetti di patologie soprattutto cardiovascolari su soggetti apparentemente in buona salute (che altrimenti non si rivolgerebbero al medico!).

IL MEDICO DELLO SPORT:

- In osservanza delle disposizioni di legge **valuta l' idoneità alla pratica sportiva**, agonistica e non agonistica, intervenendo anche come consulente specialistico per i colleghi che devono decidere in merito all'opportunità della pratica sportiva nei soggetti affetti da patologie o che presentano alterazioni degli esami clinici;
- **Gestisce direttamente le problematiche fisiche degli atleti** fornendo nei tempi più brevi possibili diagnosi e terapie utili al più rapido ritorno alla piena efficienza sportiva;
- **Controlla la salute dell'atleta** durante gli allenamenti e le gare, sia a scopo preventivo sia per migliorarne il rendimento,

IL MEDICO DELLO SPORT:

- **Studia** la biologia dello sport e le reazioni dell'atleta durante l'attività sportiva, dal punto di vista antropologico, fisiologico e clinico.
- **Svolge selezione** medica pre sportiva e (possibilmente) indirizzo attitudinario dei giovani verso lo sport più adatto alle loro doti costituzionali.
- **Svolge il controllo sanitario** dell'atleta durante gli allenamenti e le gare, sia a scopo preventivo contro i possibili danni sia per migliorarne il rendimento sportivo.
- **Partecipa alla educazione sanitaria:** alimentare, sessuale, psicologica, dei giovani praticanti attività ginnico-addestrativa e sportiva.

IL MEDICO DELLO SPORT:

- **Si occupa dei soccorsi** d'urgenza e delle cure specializzate ed insieme guida per la **riabilitazione** motoria degli infortunati sportivi.
- **Svolge funzioni di ufficiale tecnico (medico di gara)** in incontri di pugilato, arti marziali e lotta e nell'ammissione a competizioni particolari (maratona, marcia, sollevamento pesi, sport motoristici ecc.)
- **Prescrive** l'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia delle malattie.
- **Fornisce le basi medico-scientifiche per una corretta promozione dell'attività fisica e dello sport ed in genere di un corretto stile di vita attraverso il confronto con tecnici, insegnanti, istituzioni ecc.**

IL MEDICO DELLO SPORT

Ne deriva che la multidisciplinarietà della specializzazione richiede al medico dello sport specifiche competenze in più campi: dalla fisiologia dell'esercizio e degli ambienti estremi all'anatomia funzionale, dalla biomeccanica alla cardiologia, dalla pneumologia all'endocrinologia, dalla medicina interna all'ortopedia-traumatologia, dalla fisioterapia alla auxologia

Ciò rende la sua figura imprescindibile come medico sociale/responsabile sanitario all'interno delle associazioni sportive più organizzate e come primo e fondamentale riferimento per tutte le necessità dei praticanti più evoluti.

IL MEDICO DELLO SPORT “IDEALE”

In particolare il criterio valutativo **del medico che si occupa dell'adolescente** che pratica sport:

- non può prescindere da corrette e precise conoscenze in campo **auxologico**;
- non può esimersi da un attento giudizio in campo **cardiologico e pneumologico**;
- non può ignorare misure corrette in tema di **alimentazione**;
- non deve sottovalutare o peggio accantonare tutta la problematica legata al fenomeno **doping**;
- deve essere costantemente informato sui carichi di lavoro e sugli allenamenti del giovane;
- **deve tenere conto della psicologia del giovane atleta per incoraggiarlo, aiutandolo senza mai forzarlo, in modo che non si senta un perdente anche quando non vince.**

PRINCIPI CONDIVISI

L'organizzazione di un programma polivalente, multilaterale e polisportivo

- ***principio della polivalenza***: le attività motorie devono avere carattere orientato allo sviluppo di capacità ed abilità la cui trasferibilità, valenza e validità sia molteplice
- ***principio della multilateralità***: fa riferimento agli aspetti didattici, cioè ai contenuti, ai mezzi e alla loro organizzazione (giochi, percorsi, circuiti, prove multiple)
- ***principio della polisportività***: fa riferimento alla pratica di molteplici e svariate discipline sportive o di azioni di gioco tratte dalle stesse

PRINCIPI CONDIVISI

- Un programma di attività fisica **«unilaterale e standardizzato»** ha come obiettivo principale quello di allenare e sviluppare la qualità fisica maggiormente coinvolta in quella determinata disciplina sportiva.
 - A tal fine vengono adottati programmi di allenamento che utilizzano pochi e ripetitivi gesti, col rischio quasi inevitabile, di rallentare o ancor peggio, di bloccare, i processi di apprendimento motorio del bambino.
- Al contrario, **un allenamento «multilaterale» favorisce lo sviluppo parallelo e contemporaneo delle qualità psicofisiche allenabili nel ragazzo in quanto utilizza esercitazioni varie, alternate e polivalenti.**

Pertanto la multilateralità del processo di allenamento deve essere il principio informatore dell'allenamento in età giovanile.

Età di inizio

L'età di avviamento dei bambini alla pratica sportiva trova ancora studiosi e ricercatori preoccupati non solo nel definirla, ma anche e soprattutto nel voler indicare i probabili rischi dell'"**agonismo precoce**", (*che pure ci sono*) senza tenere nel giusto conto i più sicuri danni del "**sedentarismo precoce**".

Considerando che....

Il periodo che va dai 6 ai 14 anni per entrambi i sessi , a seconda di come viene vissuto dal punto di vista motorio , può condizionare in larga parte il benessere e l'equilibrio psicofisico dell'adulto

*In ogni caso l'avviamento allo sport deve rispettare le fasi di crescita del giovane
(Stadi Auxologici)*

CAPACITA' COORDINATIVE

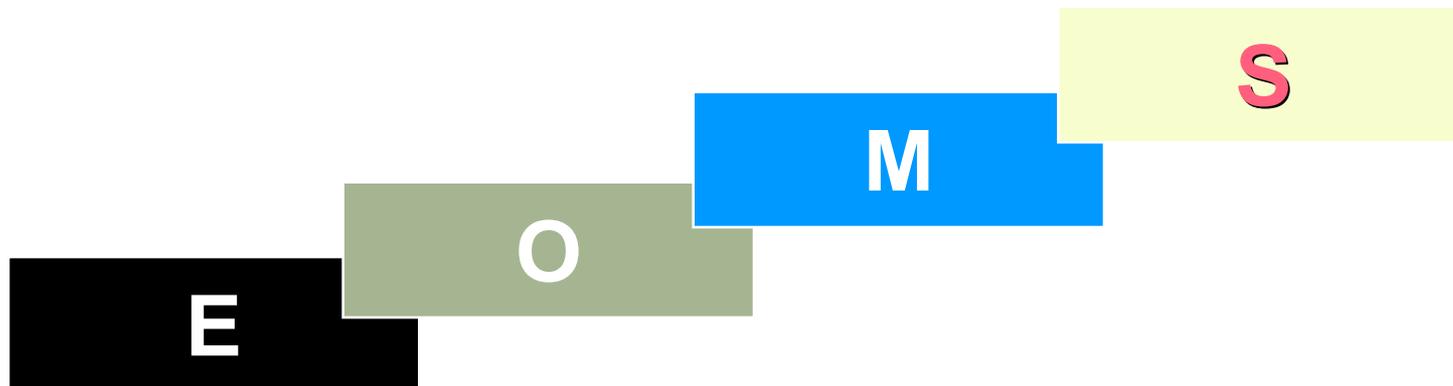
- GENERALI: capacità di apprendimento motorio, capacità di direzione e controllo, capacità di adattare e trasformare il movimento
- SPECIALI: percezione spazio-temporale, equilibrio, combinazione, differenziazione, reazione, anticipazione, fantasia motoria, ritmizzazione
- PSICOMOTORIE: strutturazione spazio-temporale, coordinazione oculo manuale e oculo podale, lateralizzazione, educazione e controllo respiratorio, controllo del tono muscolare e rilassamento psicomotorio, coordinazione dinamica generale

Il periodo più favorevole per lo sviluppo delle capacità coordinative è compreso tra i 7 ed i 12 anni

CAPACITA' CONDIZIONALI

- **FORZA**
- **Forza massimale e forza resistente** non vanno allenate in modo specifico prima della pubertà in quanto un eccessivo sovraccarico funzionale può compromettere la corretta crescita scheletrica del ragazzo.
- La **forza veloce** è invece la capacità rappresentativa fondamentale delle capacità condizionali nel periodo **6-14 anni** e va pertanto stimolata adeguatamente.
- **RAPIDITA'**
- È in relazione allo sviluppo del SNC e raggiunge il suo massimo sviluppo **tra i 7-8 anni ed i 12-13 anni**. Lo sviluppo della rapidità va di pari passo con lo sviluppo delle capacità coordinative e ciò ci fa capire l'importanza dei sopracitati principi della multilateralità e polivalenza.
- **RESISTENZA**
- aerobica, non esistono controindicazioni allo sviluppo di tale capacità in età precoce anche se occorre considerare la mancanza generale di motivazione con cui i bambini affrontano queste esercitazioni;
- lattacida: non va stimolata con esercizi specifici ma va lasciata sviluppare liberamente dal bambino nel corso dei giochi spontanei
- **MOBILITA' ARTICOLARE**
- la capacità di compiere movimenti con un escursione ampia si riduce durante la pubertà per lo sviluppo parallelo della forza che tende ad inibirla, va per tanto sollecitata maggiormente nel periodo **tra i 12 ed i 16**

La Multilateralità nelle Diverse Tappe della Formazione



E = Multilateralità Estensiva 6 – 9 anni	O = Multilateralità Orientata 9 -11 anni	M = Multilateralità Mirata 11 – 14 anni	S = Multilateralità Nelle specializzazioni 14 anni
---	---	--	---

Fasi sensibili dell'apprendimento motorio

anni		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Componenti condizionali	Resistenza											
	Forza											
	Rapidità											
Mobilità articolare												
Componenti psicognitive	Capacità affettive cognitive											
	Apprendimento											

(Martin, 1982)

SOPRATTUTTO RISPETTANDO

“Carta dei diritti del bambino nello sport”

- 1- Diritto di divertirsi e di giocare come un bambino
- 2 - Diritto di fare lo sport
- 3 - Diritto di beneficiare di un ambiente sano
- 4 - Diritto di essere trattato con dignità
- 5 - Diritto di essere allenato e circondato da persone qualificate
- 6 - Diritto di seguire allenamenti adeguati ai propri ritmi
- 7 - Diritto di misurarsi con giovani che abbiano la stessa probabilità di successo
- 8 - Diritto di partecipare a gare adeguate
- 9 - Diritto di praticare il suo sport nella massima sicurezza
- 10 - Diritto di avere tempi di riposo
- 11 - **Diritto di non essere un campione**

ATTIVITA' FISICA

•

ESERCIZIO FISICO

Definizioni di Attività Fisica

- **Attività fisica:** comprende tutti i movimenti del corpo che comportano un dispendio energetico. Sono comprese le attività domestiche, la spesa, il lavoro
- **Esercizio fisico:** comprende i movimenti ripetitivi programmati e strutturati specificatamente destinati al miglioramento della forma fisica e della salute.
- **Sport: Attività fisica che comporta situazioni competitive strutturate e sottoposte a regole.**
- **Fitness:** Una serie di attributi quali resistenza, mobilità e forza correlati alla capacità di praticare attività fisica.

QUANTA ATTIVITA' NELL'ETA' EVOLUTIVA?

Per mantenere uno stato di buona salute e un peso nella norma bambini e ragazzi dovrebbero svolgere quotidianamente una quantità di attività fisica ben definita.

- **Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) i livelli raccomandati di attività fisica per bambini e adolescenti (5-17 anni) comprendono tutte quelle attività come il gioco, l'esercizio strutturato, l'educazione fisica, lo sport, gli spostamenti, realizzate nel contesto familiare, scolastico e di comunità, che permettono nel loro insieme di accumulare giornalmente almeno 60 minuti di attività motoria di intensità da moderata a vigorosa**

(includendo attività per rafforzare l'apparato muscolo-scheletrico almeno 3 volte a settimana).

RACCOMANDAZIONI DELL'OMS

Per facilitare il raggiungimento dei livelli raccomandati e promuovere l'attività fisica in questa fascia di età l'Oms fornisce ulteriori indicazioni:

- bambini e adolescenti inattivi dovrebbero iniziare a praticare attività fisica in modo graduale, aumentando durata, frequenza e intensità di volta in volta.
- **Praticare attività fisica sotto i livelli raccomandati produce comunque benefici, (meglio poco che niente)**
- laddove possibile, **anche bambini e adolescenti con disabilità dovrebbero raggiungere i livelli raccomandati** pur sotto il controllo degli operatori sanitari di supporto
- **i livelli raccomandati sono indicati per bambini e adolescenti sani, a eccezione di specifiche condizioni mediche, senza differenze per caratteristiche socio-demografiche.**

ITALIA: tendenza alla sedentarietà da parte dei bambini, e in particolare:

- il **23.5%** dei bambini svolge **giochi di movimento** non più di **1 giorno a settimana**,
- il **33.8%** svolge **attività fisica strutturata** non più di **1 giorno a settimana**
- il **18%** dei bambini *non* ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine.
- solo circa **1 bambino su 4** si reca a scuola a **piedi o in bicicletta**.

Queste attitudini sembrano radicarsi ancora di più a causa dell'uso scorretto delle tecnologie vecchie e nuove:

- Il **44%** ha la **TV in camera**,
- il **41%** guarda la **TV** e/o gioca con i **videogiochi/tablet/cellulari** per **più di 2 ore al giorno** che è il massimo del tempo raccomandato dagli esperti

BENEFICI DELL'ESERCIZIO FISICO

RIDUZIONE ATEROGENESI

Migliore profilo lipidico
↓ adiposita'
↓ infiammazione
↑ sensibilità insulinica
↑ funzione endoteliale

EFFETTO ANTI-ISCHEMICO

↑ flusso coronarico
↑ capacità metabolica
tessuto miocardico
↓ Frequenza cardiaca e
pressione arteriosa ad
esercizio submassimale
↑ periodo diastolico

AZIONE SU SISTEMA NERVOSO AUTONOMO

↑ tono vagale
↓ tono simpatico
↑ guadagno meccanismi
baroriflessi
↓
↓ pressione arteriosa
↓ aritmie
↓ spasmo coronarico

EFFETTO PSICOLOGICO

↑ capacità cognitive
↑ percezione del controllo
↑ tono dell'umore
↑ percezione benessere
↓ ansia, stress
↑ autostima
↑ senso di indipendenza

EFFETTO ANTITROMBOTICO

↓ fibrinogeno
↑ attivatore tissutale
plasminogeno
↓ inibitore dell'attivatore del

BENEFICI ESERCIZIO FISICO

EFFETTO OSTEOGENICO

↑ massa ossea

PROFILO LIPIDICO

↓ colesterolo tot
↑ colesterolo HDL
↓ trigliceridi

FUNZIONE ENDOTELIALE

↑ produzione ossido nitrico

MIGLIOR COMPLIANCE PER

Smettere di fumare
Alimentazione salutare
gestione dello stress

METABOLISMO GLUCIDICO

↑ sensibilità insulinica
↓ gluconeogenesi epatica
↓ emoglobina glicata
↑ uptake di glucosio della
cellula muscolare

AZIONE SU SISTEMA IMMUNITARIO ED ORMONALE

↓ infiammazione
↓ proteina C reattiva
↑ β endorfine
↑ GH, cortisolo

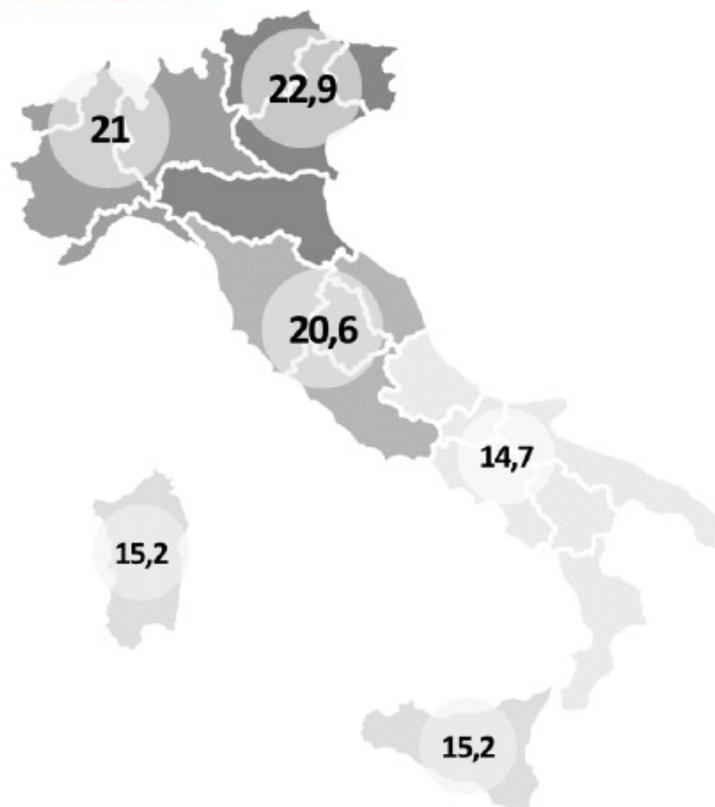
EFFETTO

ANTINEOPLASTICO

↑ funzione immunologica
↑ capacità di riparazione
del DNA
azione su funzione
ormonale

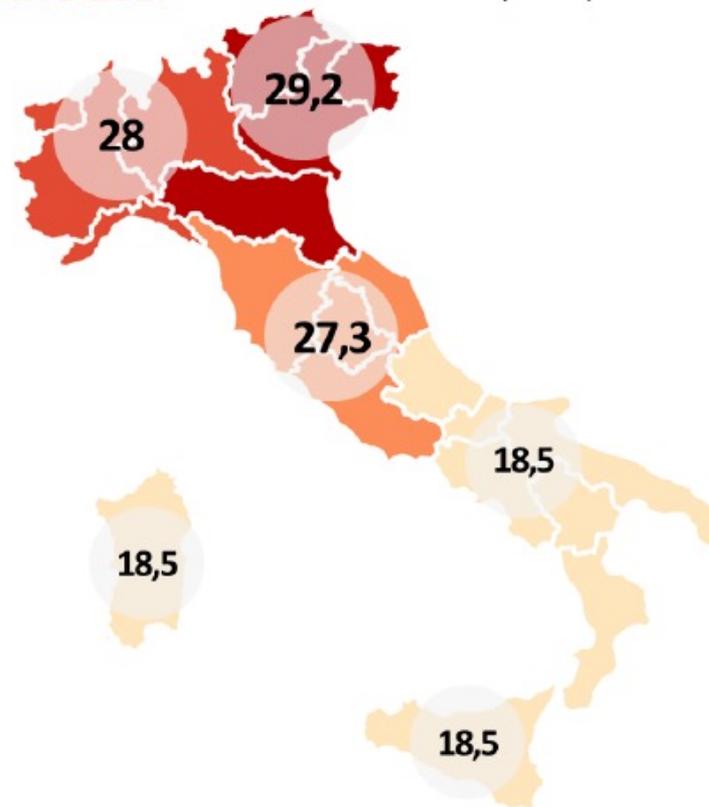
Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità per area geografica. Anni 2001-2017

ANNO 2001



ANNO 2017

(valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni del Centro Studi di CONI Servizi su dati ISTAT 2001-2017

EFFETTI NEGATIVI DELLA SEDENTARIETA'

EFFETTI NEGATIVI DELLA SEDENTARIETA'

Malattia Ipocinetica

- La crescente diffusione del benessere economico e della meccanizzazione sono le cause storiche e sociali, ormai universalmente riconosciute, di quella **sindrome da mancato o insufficiente esercizio**, che Kraus e Raab nel 1961 affidarono alla cultura mondiale col termine di “malattia ipocinetica”.
- **MALATTIA IPOCINETICA(Kraus-Raab 1961)**
- **ETIOLOGIA: IPOTONIA MUSCOLARE**
- **PATOGENESI: “NON USU”**

La sedentarietà

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE NON PRATICANO NÉ SPORT NÉ ATTIVITÀ FISICA PER REGIONE

Anno 2016 (percentuale su 100 persone di 3 anni e più)



FONTE: ISTAT, ASPETTI DELLA VITA QUOTIDIANA

Sedentarietà: secondo l'OMS, l'inattività fisica rappresenta il quarto fattore di rischio per la mortalità

23,1 milioni

la popolazione sedentaria, in maggioranza donne

52,7%

la quota di popolazione che non pratica sport né attività fisica nel Sud

NON È SOLO
L'ATTIVITÀ FISICA
AD ESSERE SALUTARE

MA

È LA SEDENTARIETÀ
AD ESSERE DANNOSA



Nonostante siano ben noti, e da tempo, i benefici indotti dall'esercizio fisico e da un corretto stile di vita, in Italia e in generale nel mondo occidentale la sedentarietà rimane il problema non risolto verso il quale devono essere messe in campo notevoli risorse

Attività fisica e sedentarietà nell'adolescenza

Nel mondo, più dell'80% degli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 17 anni non raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS per uno stile di vita sano.

- A rivelarlo uno studio condotto dai ricercatori OMS e pubblicato su *The Lancet Child & Adolescent Health*, un'indagine che restituisce per la prima volta un *trend* mondiale relativo all'attività fisica degli adolescenti.

Attività fisica e sedentarietà nell'adolescenza

- I risultati indicano che, nel 2016, 4 adolescenti su 5 (81%) non erano sufficientemente attivi.
Complessivamente, dal 2001 al 2016 il livello di attività fisica giornaliero è migliorato per i maschi (da una media di 80,1% a 77,6%), mentre non si è osservato nessun cambiamento significativo per le femmine (dal 85% a 84,7%).
- **Secondo i ricercatori, se il *trend* resterà inalterato, non si riuscirà a raggiungere l'obiettivo di una prevalenza della sedentarietà inferiore al 70% entro il 2030.**

Attività fisica e sedentarietà nell'adolescenza

La situazione italiana

- L'Italia, insieme all'Australia, mostra un *trend* negativo con un incremento di oltre il 3% del numero di adolescenti inattivi (altri 6 Paesi, inclusi gli Stati Uniti mostrano un aumento maggiore al 5%).
- In Italia la prevalenza di adolescenti che non svolgono regolare attività fisica è dell'88,6%: nei ragazzi è passata dall'82,9% del 2001 all'85,9% del 2016; nelle ragazze dal 90,6% del 2001 al 91,5% del 2016

RISULTATO

Sedentarietà

Sovrappeso



Obesità

- ✓ Negli ultimi due decenni, tali condizioni hanno subito un notevole **incremento in età evolutiva**, a livello nazionale e internazionale, tanto da essere considerate come un **pericolo** per il **benessere** individuale e la **salute** pubblica.

(De Onis, Blossner, & Borghi, 2010)

Obesità-Ipocinesi: circolo vizioso





8% DEI BAMBINI OBESI A 1-2 ANNI



**40% DEI
BAMBINI
OBESI**



**60% DEGLI
ADOLESCENTI
OBESI**



SARANNO ADULTI OBESI

QUALE ATTIVITA'

CONDIZIONAMENTI

- **I comportamenti individuali, come la pratica dell'attività fisica o le abitudini sedentarie, non sono espressione della sola scelta personale.**
- Nell'orientare gli stili di vita, infatti, giocano un ruolo rilevante fattori che appartengono alla sfera individuale, ma anche condizioni appartenenti alla sfera ambientale, come i servizi e le risorse del luogo in cui si vive, e fattori della sfera relazionale, come il sostegno sociale, la condivisione e il supporto da parte di familiari e amici.
- E' anche l'ambiente di vita, inteso nel suo complesso, a orientare i comportamenti dei singoli.

COME FAVORIRE L'ATTIVITA' SPORTIVA

- **Permettere ai ragazzi di scegliere lo sport** che preferiscono aumenta le possibilità di una pratica continuativa e soddisfacente;
- **Non pretendere troppo** dai ragazzi durante le loro prestazioni sportive riduce i rischi di ansia da prestazione e diminuzione dell'autostima;
- **I genitori possono aiutare i loro figli a organizzare i tempi** per dedicarsi allo sport in concomitanza con gli impegni scolastici;
- **Dare il giusto peso all'attività sportiva**, incoraggiando i ragazzi, e non considerarla meno importante dello studio trasmette valori positivi e aiuta gli adolescenti a sentirsi appoggiati nelle loro ambizioni sportive;
- **Allenatori e istruttori** possono motivare i ragazzi aiutandoli ad affrontare le piccole grandi sfide e a migliorarsi, senza chiedere però troppo rispetto alle loro capacità;

INCENTIVARE LA CREAZIONE DI SOCIETÀ' POLISPORTIVE

Una sola associazione, ma, come dice il nome, tanti sport: può offrire al giovane un ventaglio che comprende **Atletica Leggera, Calcio, Pallavolo, Pallacanestro, Nuoto, Qwan Ki Do, Pattinaggio, Ciclismo e Attività Ricreative**. Le Attività Ricreative a loro volta costituiscono una piccola polisportiva, in quanto raggruppano possono offrire corsi di **Aerobica, Boxe Up, Danza, Ginnastica Ritmica, Ginnastica di Mantenimento, Pilates e Total Body**

L'ABBANDONO

L'abbandono sportivo

- Secondo gli studi scientifici l'abbandono sportivo riguarda più le femmine che i maschi: parrebbe infatti che ben il 40% delle femmine e il 20% dei maschi abbandonino l'attività sportiva intrapresa.
- Gli adolescenti sono senz'altro nella fascia di età più a rischio, in particolare tra i 15 e i 17 anni per i maschi e un po' prima per le femmine.

CONTRASTARE L'ABBANDONO

- **Contrastare l'abbandono sportivo** è dunque molto importante perché in questa età lo sport è molto utile sotto vari profili. Non solo è una buona pratica dal punto di vista del benessere fisico, ma aiuta nei risultati scolastici oltre al fatto che è un ottimo metodo per evitare fenomeni di bullismo e per l'integrazione sociale.
- Inoltre, gli adolescenti che praticano sport con continuità molto più facilmente saranno adulti attivi dal punto di vista sportivo, riducendo così i rischi della sedentarietà.
- Per ridurre il rischio di abbandono sportivo è importante che i ragazzi vivano l'esperienza come un divertimento, ancora prima che un impegno

Cause dell'abbandono

- difficoltà nel rapporto con i compagni di squadra;
- difficoltà nel rapporto con l'allenatore;
- ansia agonistica;
- difficoltà a controllare la pressione data dalle aspettative generali;
- eccessiva competitività;
- mancato raggiungimento dei risultati sperati;
- mancanza di divertimento.
- In tutti questi casi, generalmente, lo sportivo, e gli adolescenti in particolare, ricevono una sensazione negativa dall'esperienza sportiva, che può condizionarli nel proseguo delle loro attività

Ruolo della scuola

RUOLO DELLA SCUOLA

LO SPORT A SCUOLA DOVREBBE ESSERE FAVORITO ED INCENTIVATO, MENTRE OGGI È CONSIDERATO UNA PERDITA DI TEMPO CHE TOGLIE SPAZIO AD ALTRE ATTIVITÀ PIÙ IMPORTANTI.

LE SCUOLE EUROPEE

- Circa un terzo dei Paesi europei sta lavorando oggi a riforme che riguardano l'educazione fisica con interventi di vario tipo volti ad aumentare l'orario minimo, diversificare l'offerta, promuovere la formazione di coloro che la insegnano.
- **In Italia è ancora in attesa dei decreti attuativi il DDL proposto dal Ministro Bussetti ed approvato nel 2018**
 - Prevede l'inserimento di un laureato in Scienze Motorie nella scuola primaria (12.000 posti)

Insegnamento Educazione Fisica in Europa

SI

Laureato in Scienze Motorie e Sportive

- ✓ Belgio
- ✓ Bulgaria
- ✓ Grecia
- ✓ Spagna
- ✓ Lettonia
- ✓ Polonia (anni 4-6)
- ✓ Portogallo (anni 5-6)
- ✓ Romania
- ✓ Turchia

NO

Laureato in Scienze Motorie e Sportive

- ✓ Germania
- ✓ Irlanda
- ✓ Francia
- ✓ **ITALIA**
- ✓ Polonia (anni 1-3)
- ✓ Portogallo (anni 1-4)
- ✓ Slovenia (anni 1-3)

✓ In altri paesi, la presenza di una struttura unica per il livello primario e secondario consente agli specialisti di insegnare educazione fisica a entrambi i livelli di una stessa scuola. Ciò accade in **Repubblica ceca, Danimarca, Estonia, Ungheria, Slovenia (anni 4-61), Slovacchia, Finlandia, Svezia, Islanda e Norvegia**

E IN ITALIA?

- In Italia per praticare lo sport bisogna pagare: dai Centri Sportivi per bambini ai campionati Under 20 (in tutte le discipline sportive). E non bastano gli incentivi del C.O.N.I. alle famiglie o gli “sconti” per i fratelli.
- **Due ore di Educazione Fisica la settimana nelle Scuole Secondarie Inferiori e Superiori, e l’assenza di fatto dell’Educazione Fisica nella Scuola Primaria e dell’Educazione Psicomotoria della Scuola dell’Infanzia ci fanno essere il fanalino di coda in Europa**

Tabella delle ore settimanali di educazione motoria e fisica nelle scuole europee
 [Il calcolo è basato su 30 settimane annue di insegnamento. In Italia, ad esempio, il totale scaturisce da
 $2 \times 30 \times 3 = 180$ (medie) + $2 \times 30 \times 5 = 300$ (superiori); totali: $180 + 300 = 480$]

STATO	Obb.	Scuola Materna	Scuola Primaria	Secondaria Inferiore	Secondaria Superiore	Anni scolastici	Totale ore di Ed. Fisica
BELGIO	Sì	5	2	2/3	2/3	12	960/1120
DANIMARCA	Sì	1	2	2	3/2	13	1040
FRANCIA	Sì	5	5	5	5	12	1680/2600
GERMANIA	Sì	3	3	3		13	1404/1468
GRECIA	Sì	3	2	5	3	13	1440
INGHILTERRA	Sì	Le ore variano da scuola a scuola					1480 circa
LUSSEMBURGO	Sì	Non fissato	2	3	2/1	13	960
OLANDA	Sì	5	2	3	1	12	1000
PORTOGALLO	Sì	Non fissato	2	3	2	11	960
SPAGNA	Sì	Non fissato	3	2	2	11	
FINLANDIA	Sì	Non fissato	3	2	3	12	1200
NORVEGIA	Sì	Non fissato	1/2	2	2/3	12	1040
SVEZIA	Sì	Non fissato	1/3	1/3	3	12	1280
SVIZZERA	Sì	Non fissato	3	3	3	13	1560
TURCHIA	Sì	Non fissato	1	2	1/2	12	640
ITALIA	Sì			2	2	13	480

CONCLUSIONI

Lo sviluppo di strategie e azioni di promozione dell'attività fisica nei bambini e negli adolescenti deve essere considerato un **obiettivo prioritario di sanità pubblica** che può avere effetti benefici a breve e lungo termine sia sulla qualità di vita e sul benessere individuale, sia sulla salute della comunità, contribuendo a ridurre i costi sanitari diretti e indiretti

CONCLUSIONI

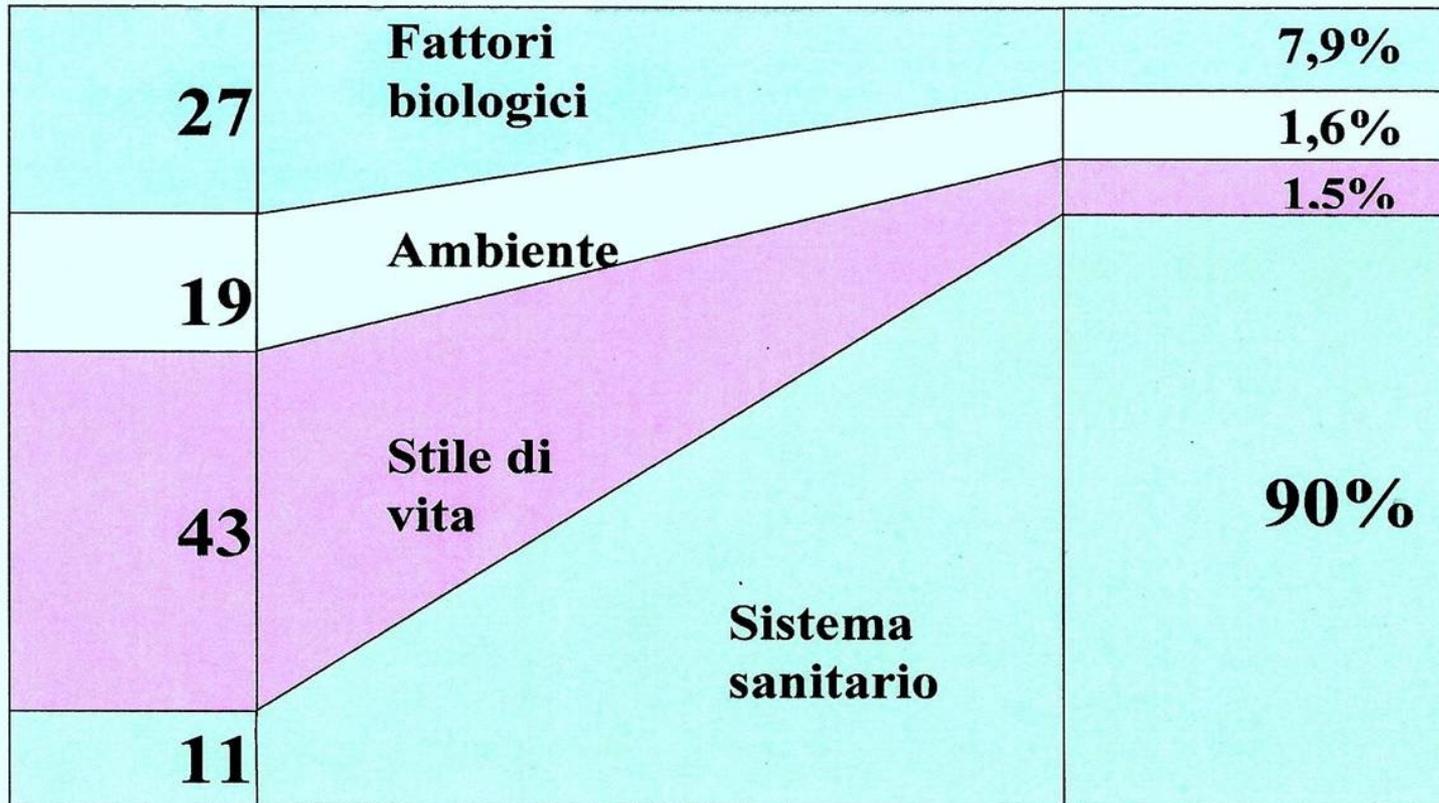
Gli interventi di maggiore successo sono certamente quelli multicomponenti (che agiscono contemporaneamente a livello individuale, ambientale, e relazionale), adattati al contesto culturale e sociale specifico, che utilizzano le strutture preesistenti (come la scuola e i luoghi di aggregazione e socializzazione), e che coinvolgono i diversi interlocutori in un processo partecipato già nelle fasi di pianificazione e di realizzazione

IL MEDICO DELLO SPORT E' PRONTO A FARE LA SUA PARTE

GRAFICO DI DEVER

Riduzione % della mortalità

Costi in percentuale



A scenic view of a coastline with turquoise water and white cliffs. The water is clear and vibrant blue, reflecting the sky. The cliffs are white and layered, with some greenery on top. The sky is blue with a few white clouds. The overall scene is bright and sunny.

Grazie per l'Attenzione

Dott. Fulvio Forcignanò
Specialista in Medicina dello Sport