

EDITORIAL

European prevention position statement 2024 by EFSMA: sports medicine as lifelong health promotion and health care

Position statement EFSMA sulla prevenzione in
Europa (European Prevention Statement) 2024:
la medicina dello sport come strumento di promozione
e cura della salute nell'arco di tutta la vita

Norbert BACHL^{1, 2 *}, Herbert LÖLLGEN^{3, 4}, Peter SCHÖBER^{5, 6},
Thomai PAPADOPOULOU⁷, Maurizio CASASCO^{8, 9}, Fabio PIGOZZI^{10, 11}

¹Institute for Sport Sciences and Sport Medicine, University of Vienna, Vienna, Austria; ²University for Business and Technology, Pristina, Kosovo; ³Practice Sport Cardiology, University of Mainz, Remscheid, Germany; ⁴Past President of the German Federation of Sports Medicine; ⁵Past President of the Austrian Federation of Sports Medicine; ⁶Vice President of European Federation of Sports Medicine Associations, Graz, Austria; ⁷Stanford Hall Defense Medical Rehabilitation Center, Loughborough, UK; ⁸President of the Italian Federation of Sports Medicine, Milan, Italy; ⁹President of the European Federation of Sports Medicine Associations, Lausanne, Switzerland; ¹⁰Department of Movement, Human and Health Sciences, Foro Italico University, Rome, Italy; ¹¹President of the International Federation of Sports Medicine, Lausanne, Switzerland

*Corresponding author: Norbert Bachl, Institute for Sport Sciences and Sport Medicine, University of Vienna, Vienna, Austria. E-mail: norbert.bachl@icloud.com

The medical specialty of “Sports Medicine”, which has just been created in the EU, embodies the basis of comprehensive prevention. Preventive health care means: multidisciplinary and professional cooperation between sports medicine, nutritional medicine, lifestyle and environmental medicine, other medical disciplines as required and the integration of other health sciences.

However, sports medicine has a special role to play as an important component of preventive medicine: sports medicine is “the” preventive medicine: exercise, physical activity, training and sport have a pleiotropic effect.^{1, 2} They are a natural “polypill” and therefore have a positive influence on all organs and organ systems, eating habits, mindset, mental balance and stress resistance.³

Movement is life, life is movement

“Energizing the society through Sports Medicine – active lifestyle, health maintenance, physical fitness, exercise prescriptions, injury prevention, better ageing.”

La specialità clinica che prende il nome di “Medicina dello Sport”, da poco riconosciuta ufficialmente nell’UE, incarna i principi alla base di una prevenzione a 360°. Un’assistenza sanitaria preventiva significa: cooperazione multidisciplinare e professionale tra medicina dello sport e dell’esercizio fisico, medicina nutrizionale e medicina ambientale e dello stile di vita, oltre al coinvolgimento di diverse discipline mediche a seconda delle necessità e all’integrazione delle altre scienze della salute.

Tuttavia, la medicina dello sport e dell’esercizio fisico svolge un ruolo di primaria importanza nell’ambito della medicina preventiva: quest’ultima viene infatti considerata “la” medicina preventiva per antonomasia: l’esercizio fisico, l’attività fisica, l’allenamento e lo sport esercitano infatti un effetto pleiotropico^{1, 2} e rappresentano una sorta di “polipillola” naturale capace di influenzare positivamente tutti gli organi e i sistemi dell’organismo, oltre alle abitudini alimentari, all’atteggiamento, all’equilibrio mentale e alla resistenza allo stress dell’individuo.³

Il movimento è vita, la vita è movimento

“Energizzare la società per mezzo della Medicina dello Sport – stile di vita attivo, mantenimento della

The current situation

The majority of medical patient care in European countries is predominantly repair medicine and little prevention and health maintenance.

This means that doctors in practices and clinics mainly focus on treating symptoms and consequences of illnesses, but do not or insufficiently prevent their causes.

Countries that invest more money in prevention have better healthcare outcomes with lower costs for the healthcare system.

The lack of physical activity in Europe and worldwide is alarming. The WHO has regularly highlighted this major problem in global analyses. Around 30-35% of the population are inactive with long periods of sitting every day with projections indicating this could rise to 50% in 2030, around 30% exercise irregularly and only around 20% are regularly physically active or do sport. Additionally, 81% of the adolescents do not meet the necessary activity levels for a good health and growth – as WHO states.²⁻⁵

The result

The incidence and prevalence of chronic diseases (non-communicable diseases, NCDs) caused by insufficient physical activity, immobility, excessive sitting times, too long screen and smartphone times is increasing.^{2, 3, 6}

Overeating and malnutrition as well as a lack of stress resistance are dramatically high. The number of mental illnesses in children and adolescents has also risen enormously. Inactive people are four times more likely to suffer from depression than people with an active lifestyle. The frequency of accidents has also increased among adults and children who have little experience of physical activity, lacking skills.⁶⁻⁹

As one of the consequences, healthy life years in Austria, for example, are significantly lower than in other European countries, such as Sweden with 72.75 years, at an average of 58.75 years. In comparison, with the same healthcare costs per inhabitant, the number of people over 65 in need of care in Denmark is only about half as high as in Austria, for example. The WHO calculates that the economic impact of the cost of treating new cases, due to inactivity, will reach \$ 300 billion dollars by 2030 due to preventable diseases like cardiovascular problems, diabetes and even cancer. In addition, this also means that the number of so-called

salute, forma fisica, prescrizioni di esercizio, prevenzione degli infortuni, migliore invecchiamento”.

La situazione corrente

La maggior parte dell'assistenza medica erogata ai pazienti nei Paesi europei appartiene perlopiù alla categoria della medicina riparativa, mentre viene fatto relativamente poco sul fronte della prevenzione e del mantenimento della salute.

Ciò significa che i medici impegnati in ambulatori e cliniche focalizzano la propria attività prevalentemente sul trattamento dei sintomi e delle conseguenze della malattia, e non viene fatto abbastanza per prevenirne le cause.

I Paesi che investono maggiormente nella prevenzione fanno registrare outcome di assistenza sanitaria migliori, con costi più contenuti per il sistema sanitario.

La scarsa popolarità dell'attività fisica in Europa e nel mondo è alquanto allarmante. L'OMS evidenzia regolarmente questa preoccupante carenza nelle analisi globali. Circa il 30-35% della popolazione è inattiva e osserva giornalmente periodi di sedentarietà prolungati, con proiezioni che prevedono un potenziale aumento di questo dato al 50% nel 2030; all'incirca il 30% fa esercizio fisico in modo irregolare, mentre appena il ~20% svolge regolarmente esercizio fisico o pratica sport. Inoltre, stando a quanto dichiarato dall'OMS, l'81% degli adolescenti non raggiunge i livelli di attività necessari per una buona salute e crescita.²⁻⁵

Il risultato

L'incidenza e la prevalenza di malattie croniche non trasmissibili (non-communicable diseases, NCD) causate da un'attività fisica insufficiente, dall'immobilità, da un'eccessiva permanenza in postura assisa e da un uso prolungato di schermi e smartphone, sono in aumento.^{2, 3, 6}

L'alimentazione eccessiva da un lato e la malnutrizione dall'altro, così come la scarsa resistenza allo stress, hanno raggiunto livelli mai visti fino ad ora. Anche il numero di diagnosi di disturbi psichici nei bambini e negli adolescenti è aumentato enormemente. Le persone inattive hanno una probabilità di soffrire di depressione quattro volte più grande rispetto a coloro che osservano uno stile di vita attivo. Inoltre, la frequenza degli infortuni è aumentata anche tra gli adulti e i bambini contraddistinti da scarsa familiarità con l'attività fisica, non avendo questi sviluppato adeguatamente le proprie capacità locomotorie.⁶⁻⁹

Una delle principali conseguenze dell'adozione di questo stile di vita da parte della maggioranza delle persone è stata la riduzione del numero di anni di vita trascorsi in buona salute, che in paesi come l'Austria, ad esempio, è significativamente più basso rispetto ad altri Paesi europei come la Svezia (medie di 58,75 e 72,75 anni, rispettivamente).

“premature deaths” – including deaths caused by sitting too long in life (“sedentary death syndrome”) – is very high.³

In contrast, it is known from a large number of epidemiological studies conducted worldwide that lifestyle changes, in particular regular physical activity and sport, can reduce the risk of morbidity and mortality from NCDs with a high level of evidence (IA) of up to 50 percent, depending on duration and intensity, and that the WHO regularly³ publishes figures and recommendations on this, most of which are published in the journal *Lancet*.⁵ In other countries epidemiological boards like in Germany the Robert Koch Institute (RKI) also publish regular analyses.^{5, 8, 9}

There is now a new opportunity to support the implementation of regular physical activity, namely by establishing a physician specialist in sports medicine as quickly as possible in countries that do not yet have this, such as France, Germany, Austria and Switzerland. They are lagging behind in this development.

The European Federation of Sport Medicine Associations (EFSMA) initiated in 2005 the process for the recognition of sports medicine as an independent medical specialty in the EU and was successful in 2024.

As an outcome of the recognition of Sports Medicine as full medical specialty within the EU, 10 key guiding claims and principle challenges of sports medicine are presented as a basis for comprehensive prevention in accordance with the requirements of international societies for sports medicine, such as FIMS, EFSMA, ACSM and others.

(As communicated from UEMS, Sports Medicine has been recognized officially by the European Commission as a full specialty by a Delegated Act, numbered 7894/24, on 5.3.2024) and included in ANNEX V of the Directive 2005/36/EU. The EU member states are obliged within the next 2 years to include in their national legislation the specialty of Sports Medicine as a primary one and so to recognize to any European Union citizen having the qualifications of a specialist in Sports Medicine to work in EU).

Ten key claims and principle challenges to be promoted by Sports Medicine

1. The fastest possible legal establishment of the physician specialist in sports medicine in

Ad esempio, a parità di costi sanitari sostenuti per ogni abitante, in Danimarca il numero di persone di età superiore ai 65 anni che necessitano di assistenza sanitaria è appena la metà di quello dell’Austria. L’OMS ha calcolato che l’impatto economico di questa carenza di attività fisica potrebbe superare i 300 dollari entro il 2030, a causa dell’insorgenza di malattie altrimenti prevenibili quali problemi cardiovascolari, diabete e persino cancro. Inoltre, ciò significa che il numero delle cosiddette “morti premature” – compresi i decessi causati da un’eccessiva sedentarietà che si protrae per gran parte della vita (“sindrome della morte da sedentarietà”) – è parimenti molto alto.³

Per contro, un gran numero di studi epidemiologici condotti in tutto il mondo e caratterizzati da un elevato livello di evidenza (IA), asseriscono che eventuali cambiamenti nello stile di vita, in particolare l’attività fisica regolare e lo sport, sono in grado di ridurre il rischio di morbilità e mortalità da NCD fino al 50% a seconda della durata e dell’intensità dell’esercizio, tesi peraltro sostenuta anche dall’OMS, la quale divulga regolarmente³ cifre e raccomandazioni in merito, la maggior parte delle quali vengono pubblicate sulla rivista Lancet.⁵ Anche in altri Paesi le commissioni epidemiologiche, tra cui l’Istituto Robert Koch (RKI) in Germania, pubblicano analisi regolari sull’argomento.^{5, 8, 9}

Ci troviamo dinanzi all’opportunità di promuovere un’attività fisica regolare, tuttavia ciò richiederebbe l’istituzione della figura del medico specialista in medicina dello sport nei Paesi che sono in ritardo da questo punto di vista, come Francia, Germania, Austria e Svizzera, auspicando che ciò avvenga in tempi brevi.

La Federazione Europea di Medicina dello Sport (European Federation of Sport Medicine Associations, EFSMA) ha avviato nel 2005 il processo per il riconoscimento della medicina dello sport come specialità medica indipendente nell’UE e ha finalmente raggiunto questo obiettivo nel 2024.

In occasione del riconoscimento della Medicina dello Sport come specialità medica a tutti gli effetti all’interno dell’UE, vengono presentate 10 affermazioni chiave e sfide di principio che definiscono la medicina dello sport come base di partenza per una prevenzione onnicomprensiva, in conformità con i requisiti delle società internazionali di medicina dello sport e dell’esercizio fisico, come FIMS, EFSMA, ACSM e altre.

(Come comunicato dall’UEMS, la Medicina dello Sport è stata riconosciuta ufficialmente dalla Commissione Europea come specializzazione a tutti gli effetti con un Delegated Act, numero 7894/24, il 5.3.2024) e inclusa nell’ALLEGATO V della Direttiva 2005/36/UE. Gli Stati membri dell’Unione Europea sono obbligati, entro i prossimi 2 anni, a includere nella loro legislazione nazionale la specialità di Medicina dello Sport come specialità primaria e quindi a riconoscere a qualsiasi cittadino dell’Unione Europea in possesso delle qualifiche di specialista in Medicina dello Sport di lavorare nell’UE).

those countries where it has not yet been introduced, with the corresponding training curricula, accreditation of the necessary training and training centers as well as the corresponding instructors and trainers in accordance with the EU/UEMS legal requirements.

The European countries without this specialty are in need of competent and innovative sports and exercise medicine, both in the field of basic and applied research as well as cooperatively in clinical practice with regard to diagnostics, therapy, rehabilitation and prevention. Sports medicine is the preventive medicine in both primary and secondary prevention.

2. Irrespective of specialist training in sports medicine in accredited centers, sports medicine content – especially prevention-oriented content – must be integrated into the training curricula of all medical universities on a mandatory and examination-relevant basis.

All countries in the EU need broad training in preventive “sports medicine” to counteract the lack of physical activity in the population. This applies to children, adolescents and adults right up to senior citizens.

3. In order to meet the public health challenges caused by the increase in lifestyle-related diseases in the population, every doctor – if he/she does not opt for specialist training in sports medicine – should spend a few months working as part of their postgraduate training in an institution where at least one doctor has a sports medicine diploma from the relevant national medical association or is a physician specialist in sports medicine.

All countries in the EU, especially those without a physician specialist in sports medicine, need doctors who know the value of well-founded instructions on physical activity and sport and the corresponding training recommendations, and who act accordingly in order to counteract physical inactivity and motivate more people to engage in regular physical activity.^{5, 10, 11}

4. In primary care centers (depending on the requirements in different countries) at least one doctor should have a sports medicine diploma from the relevant state medical association or physician specialist training in sports medicine in order to be able to advise all people with regard to physical activity and sport.

All countries in the EU without a physician specialist in sports medicine require expertise in sports medicine in order to provide advice

Dieci affermazioni chiave e sfide di principio promosse dalla Medicina dello Sport

1. *L'istituzione legale e l'ufficializzazione più rapida possibile della figura del medico specialista in medicina dello sport nei Paesi in cui questa non è ancora stata introdotta, comprensive dei relativi curricula formativi, dell'accreditamento dei centri di formazione e dell'addestramento necessari, nonché dei relativi istruttori e formatori, in conformità con i requisiti legali UE/UEMS.*

I Paesi europei che non dispongono di questa figura professionale necessitano dell'apporto di una medicina dello sport e dell'esercizio fisico capace e innovativa, sia nel campo della ricerca di base e applicata, sia nella pratica clinica in collaborazione con la diagnostica, la terapia, la riabilitazione e la prevenzione. La medicina dello sport è “la” medicina preventiva per eccellenza, sia in termini di prevenzione primaria che di quella secondaria.

2. *Indipendentemente dalla formazione specialistica in medicina dello sport svolta presso centri accreditati, i contenuti di medicina dello sport e dell'esercizio fisico – in particolare quelli orientati alla prevenzione – devono essere integrati nei curricula formativi di tutte le facoltà di medicina su base obbligatoria e gli argomenti trattati dovrebbero incidere sulla valutazione degli esami.*

Tutti i Paesi dell'UE devono poter usufruire di un'adeguata formazione in “medicina dello sport e dell'esercizio fisico” con particolare enfasi sulla prevenzione, al fine di fronteggiare la carenza di attività fisica nella popolazione. Questo vale per tutte le età, dai bambini agli anziani.

3. *Al fine di fronteggiare le sfide di salute pubblica causate dall'aumento delle malattie legate allo stile di vita nella popolazione, ogni medico – nel caso in cui non avesse optato per una formazione specialistica in medicina dello sport – dovrebbe trascorrere, come parte della formazione post-laurea, alcuni mesi di lavoro in un istituto in cui almeno un medico possiede un diploma di medicina dello sport conferito dall'associazione medica nazionale pertinente o sia uno specialista in medicina dello sport.*

Tutti i Paesi dell'UE, soprattutto quelli che non hanno ancora ufficialmente inquadrato la figura del medico specialista in medicina dello sport, necessitano di medici consapevoli del valore di una buona educazione all'attività fisica e alla pratica sportiva e delle relative raccomandazioni di allenamento, e che agiscano sulla base di queste conoscenze per contrastare l'inattività fisica e motivare un maggior numero di persone a praticare un'attività fisica regolare.^{5, 10, 11}

4. *Nei centri di assistenza primaria (a seconda dei requisiti nei diversi Paesi), almeno un medico deve essere in possesso di un diploma di medicina dello sport rilasciato dall'associazione medica nazionale pertinente o di una formazione medica specialistica in medicina dello sport, al fine di poter elargire consigli in merito all'attività fisica e alla pratica sportiva.*

Tutti i Paesi dell'UE che non dispongono di medici specialisti in medicina dello sport e dell'eserci-

and support for people who are sedentary, but also for athletes in primary and secondary prevention.

5. All school doctors (physicians working as consultants in schools, depending on the requirements in different countries) should at least have to acquire the sports medicine diploma of the respective state medical association in order to competently support and accompany activities, projects and the implementation processes of the “daily exercise unit” in all schools. In future, preference should be given to sports medicine specialists for these posts. They could also be deployed across schools to supervise a “health education” subject or to present certain content in order to improve the population’s health knowledge in the long term.

European countries without physician specialists in sports medicine need sports medicine expertise in order to counteract the increasing lack of physical activity among children and young people and the physical and psychological risks associated with it.^{6, 7, 8}

6. Rehabilitative facilities in the form of “fitness centers” should be established or existing facilities should be expanded in all hospitals, care facilities and rehabilitation centers. In this way, hospitalized patients can be prepared for the necessary preconditioning before elective surgery and/or post-discharge rehabilitation through physical activity, exercise and sport. In order to implement this, a doctor should at least have a sports medicine diploma from the respective state medical association. In the long term, a physician specialist in sports medicine could also be called upon to carry out these tasks.

All countries in the EU and beyond require sports medicine expertise in order to convey the importance and benefits of training therapy to hospitalized patients in good time.

7. When patients are discharged from hospital, their individualized treatment should include exercise prescription as well.

All countries therefore need the sports medicine expertise of doctors in hospitals in order to integrate exercise therapy into the overall concept of any treatment in the long term. Extensive EFSMA recommendations are available for this (EFSMA website).

All physicians in EU countries and hospitals should use this exercise prescription for health and the attached training recommendations.

8. A preventive medical check-up or “health check-up” should be offered regularly from

zio fisico devono ampliare le proprie competenze in questa materia, di modo da poter fornire consulenza e supporto non solo alle persone sedentarie, ma anche agli atleti in merito alla prevenzione primaria e secondaria.

5. Tutti i medici scolastici (medici che lavorano come consulenti nelle scuole, a seconda dei requisiti nei diversi Paesi) dovrebbero perlomeno acquisire il diploma di medicina dello sport del rispettivo ordine dei medici nazionale, al fine di poter sostenere e accompagnare con competenza e cognizione di causa le attività, i progetti e i processi di implementazione dell’“unità di esercizio quotidiano” nelle scuole. In futuro, la priorità per questi incarichi dovrebbe essere data agli specialisti in medicina dello sport. Questi potrebbero anche essere impiegati negli istituti per insegnare la materia di “educazione alla salute” o per illustrare determinati contenuti, al fine di contribuire all’educazione alla salute della popolazione sul lungo periodo.

I Paesi europei che non dispongono di medici specialisti in medicina dello sport necessitano di competenze in questa materia per contrastare la crescente tendenza all’inattività tra i bambini e i giovani e i rischi fisici e psicologici ad essa associati.⁶⁻⁸

6. Occorre creare strutture riabilitative sotto forma di “centri per il fitness” o ampliare le infrastrutture esistenti in tutti gli ospedali, nelle strutture di cura e nei centri di riabilitazione. In questo modo, i pazienti ricoverati possono essere preparati per il necessario “precondizionamento prima di un intervento chirurgico elettivo e/o alla riabilitazione necessaria dopo la dimissione attraverso l’attività fisica, l’esercizio e lo sport”. Per poterle allestire e gestire, il medico deve avere conseguito perlomeno un diploma di medicina dello sport rilasciato dall’associazione dei medici del Paese di appartenenza. In futuro, anche un medico specialista in medicina dello sport potrebbe essere chiamato a ricoprire questi incarichi.

Tutti i Paesi dell’Unione Europea (e non solo) hanno bisogno di competenze in medicina dello sport e dell’esercizio fisico per poter educare con i giusti tempi i pazienti ricoverati riguardo all’importanza e ai benefici dell’allenamento a scopo terapeutico.

7. Quando i pazienti vengono dimessi dall’ospedale, ogni relazione clinica dovrebbe specificare non solo la terapia individuale, ma anche la prescrizione dell’esercizio fisico a scopo terapeutico. Pertanto, tutti i Paesi necessitano delle competenze dei medici specialisti in medicina dello sport e dell’esercizio fisico negli ospedali, al fine di integrare la terapia dell’esercizio fisico nell’approccio generale di qualsiasi trattamento a lungo termine. Le raccomandazioni dell’EFSMA a questo proposito sono disponibili online sul sito web dell’EFSMA.

Tutti i medici dei Paesi e degli ospedali dell’UE dovrebbero utilizzare la prescrizione dell’esercizio fisico volta a migliorare la salute e le raccomandazioni sull’allenamento ad essa correlate.

8. Il check-up medico preventivo o “check-up della salute” dovrebbe essere offerto regolarmente a partire dall’età di 8 anni o adottato a termine del

the age of 8 or adapted after the end of the “Parent-Child Pass” (in many countries available) in order to avoid health care discrimination against children and adolescents (see children’s rights), especially as the incidence and prevalence of physical activity, lack of exercise, excessive sitting times and the associated risks such as overweight, obesity, hypertension, poor posture and postural defects increase in this age group. The increase in mental illnesses and the rise in addictions in childhood and adolescence should also not be forgotten. Therefore, in addition to an exercise, sports and nutritional history and a clinical examination, a lung function test and a resting ECG should be included in the Health Check-up. In addition, simple motor tests should be carried out and mental and social status assessed. The associated consultations and advices should be made mandatory together with the parents (shared decision making). Annual participation could be linked to bonus benefits for health.¹²

All EU countries need innovative and sustainable preventive healthcare measures to increase the number of healthy life years and thus postpone or minimize the need for long-term care.

9. In order to prevent sudden cardiac death during sport, all sports clubs should be obliged, following the example of numerous EU countries, to only allow their members to take part in competitions if they can present a standardized sports medical examination. The implementation of a physician specialist for sports medicine will provide sufficient personnel resources.¹²

For this sports medical check-up (“pre-participation screening”), it makes sense to expand the Health Check-up to include sports medical content and a resting ECG and to use it from the age of eight to twelve as a continuation of the “Parent-Child Pass.” In our “sedentary” society, children and young people therefore have a special right to preventive care (see Children’s rights) and must not be discriminated against.

All EU countries need healthy sports people and athletes – from a young age – in order to avoid or minimize any risks associated with the practice of sport, in particular sudden cardiac arrest or death, as well as overuse and prematurely occurring sports injuries.

10. In every retirement home/senior residence, at least one doctor should have a sports medicine diploma from the relevant state med-

“Parent-Child Pass” (disponibile in molti Paesi), al fine di evitare la discriminazione sanitaria nei confronti dei bambini e degli adolescenti (consultare la normativa sui diritti dei bambini), in special modo perché in questa fascia d’età viene normalmente riscontrato un aumento dell’incidenza e della prevalenza dell’attività fisica, dell’inattività, dell’eccessiva permanenza in postura seduta e dei rischi associati a questi fenomeni, tra cui il sovrappeso, l’obesità, l’ipertensione, l’assunzione di una postura inadeguata e l’insorgenza di difetti posturali. Non bisogna inoltre dimenticare l’aumento delle malattie mentali e delle dipendenze nell’infanzia e nell’adolescenza. Pertanto, oltre all’anamnesi dell’esercizio fisico, dello sport e dell’alimentazione e ad un esame clinico, è necessario includere nel check-up della salute un test di funzionalità polmonare e un ECG a riposo. Inoltre, si dovrebbero eseguire semplici test motori e valutare anche lo stato mentale e sociale. Le indicazioni e i consigli elargiti dovrebbero essere resi obbligatori di comune accordo con i genitori (processo decisionale condiviso). La partecipazione con frequenza annuale potrebbe essere correlata a dei benefici ulteriori per la salute.¹²

Tutti i Paesi dell’UE necessitano di misure sanitarie preventive innovative e sostenibili volte ad aumentare il numero di anni di vita trascorsi in buona salute e quindi posticipare o ridurre al minimo la necessità di assistenza a lungo termine.

9. Al fine di prevenire la morte cardiaca improvvisa durante l’attività sportiva, tutti i club agonistici dovrebbero essere obbligati, sulla falsariga di quanto già fatto da numerosi Paesi dell’UE, a consentire l’accesso alle competizioni solo dopo aver presentato un certificato medico sportivo standardizzato.

Il riconoscimento ufficiale del futuro medico specialista in medicina dello sport permetterà di attingere a nuove risorse a livello di personale, permettendo così di far fronte alle richieste necessarie per mettere in atto i summenzionati interventi.¹²

Nell’ottica dell’implementazione di questo nuovo check-up medico sportivo (“screening pre-partecipazione”), sarebbe indicato ampliare il check-up sanitario per includere contenuti di medicina sportiva e un ECG a riposo e utilizzarlo nei soggetti dagli otto ai dodici anni come estensione del “Parent-Child Pass”. Nel contesto di una società così “sedentaria”, riteniamo che soprattutto i bambini e i giovani debbano avere diritto all’assistenza preventiva (vedere Diritti dei bambini), senza subire discriminazioni.

Tutti i Paesi dell’UE hanno bisogno di sportivi e atleti sani – fin dalla giovane età – ed è necessario mettere in atto delle misure adeguate per evitare o ridurre al minimo i rischi associati alla pratica dello sport, in particolare l’arresto cardiaco improvviso o la morte, nonché gli infortuni sportivi prematuri e le lesioni da sovraccarico.

10. In ogni casa di riposo/residenza per anziani/RSA, almeno un medico dovrebbe essere in possesso di un titolo attestante competenze in medicina dello sport rilasciato dall’associazione medica nazionale competente, al fine di poter raccomandare un’attivi-

ical association in order to recommend age-appropriate physical activity and also monitor it in outpatient care (for example see initiatives like the “Best Agers Bonus Pass”).¹³

All EU countries need active older people with a good quality of life and mobility in order to increase the number of healthy life years (HLY) and thus reduce the need for care costs at an early stage and to maintain the independence (autonomy) of older people for as long as possible.

tà fisica adeguata all'età e di monitorarla anche in ambito ambulatoriale (ad esempio, vedere iniziative come il “Best Agers Bonus Pass”).¹³

Tutti i Paesi dell'Unione Europea hanno bisogno di anziani attivi, caratterizzati da una buona capacità di deambulazione e da una qualità di vita soddisfacente; il raggiungimento di tali obiettivi è fondamentale al fine di aumentare il numero di anni di vita in buona salute degli individui (healthy life years, HLY) e ridurre i costi correlati ad un'assistenza sanitaria precoce, estendendo al contempo l'indipendenza (autonomia) degli anziani il più a lungo possibile.

References/Bibliografia

- 1) Fiuza-Luces C, Santos-Lozano M, Joyner M, Carrera-Bastos P, Picazo O, Zugaza JL, et al. Exercise benefits in cardiovascular disease: beyond attenuation of traditional risk factors. *Nat Rev Cardiol* 2018;15:731-43.
- 2) World Health Organization. Global status report on physical activity. Geneva: World Health Organization; 2022.
- 3) Löllgen H, Bachl N, Pitsiladis Y, Pigozzi F, Casasco M. The magic power of exercise : The 10 Pillar Modell. *Kardiologie* 2024;18:74-84.
- 4) Stamatakis E, Gale J, Bauman A, Ekelund U, Hamer M, Ding D. Sitting time, physical activity, and risk of mortality in adults. *JACC* 2019;73:2062-72.
- 5) Sluijs EMF, Ekelund E, Chrochmore-Silva I, Guthold R, Ha A, Lubans D. Physical activity behaviours in adolescence: Current evidence and opportunities for intervention. *Lancet* 2021;398:429-42.
- 6) Finger JD, Vernbaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink GBM. Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen-Querschnittergebnisse aus KIGGS welle und trends. *J Health Monitoring* 2018.
- 7) McArthur BA, Volkova V, Tomopoulos S. Global prevalence of meeting screen time guidelines among children 5 years younger. Systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2022;176:373-83.
- 8) RKI. Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2019 – 2023 (3.7.2020). *J Health Monitoring* 2024;3.
- 9) Manz K, Domanska OM, Kuhnert R, Krug S. Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS). *Journal of Health Monitoring* 2022;7(3):32-40.
- 10) Edwardson CL, Biddle SJH, Clemes SA, Davies MJ, Dunstan DW, Eborall H, et al. Effectiveness of an intervention for reducing sitting time and improving health in office workers: three arm cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2022;378:e069288.
- 11) Gray C. The importance of sitting less and moving more *BMJ* 2022;378:o19931.
- 12) Ionescu AM, Pitsiladis YP, Rozenstoka S, Xavier Bigard X, Löllgen H, Bachl N, et al. Preparticipation medical evaluation for elite athletes: EFSMA recommendations on standardised preparticipation evaluation form in European countries. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2021;7:e001178.
- 13) Fisa B, Nachl N, Biach A. Raus aus der Pflegefalle. Springer; 2021.

Conflicts of interest

The authors certify that there is no conflict of interest with any financial organization regarding the material discussed in the manuscript.

Authors' contributions

All authors read and approved the final version of the manuscript.

History

Manuscript accepted: January 20, 2025. - Manuscript received: November 28, 2024.

(Cite this article as: Bachl N, Löllgen H, Schober P, Papadopoulou T, Casasco M, Pigozzi F. European prevention position statement 2024 by EFSMA: sports medicine as lifelong health promotion and health care. *Med Sport* 2024;77:445-51. DOI: 10.23736/S0025-7826.25.04504-1)