

L'EVOLUZIONE NORMATIVA DEL CHINESIOLOGO: ANALISI GIURIDICO-TECNICA DEI PROBLEMI E POSSIBILE SOLUZIONE DEGLI STESSI

Lorenzo Gasparini*

Dottorando di diritto amministrativo nell'Università di Bologna.

Riccardo Danieli**

Dottore magistrale in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata.

Abstract

*Il presente contributo offre una disamina della figura professionale del chinesio-
logo nei vari ambiti dallo stesso occupati, partendo dal mondo sportivo fino a giun-
gere allo stringente settore sanitario. Ancora, verrà offerta, quale possibile solu-
zione al problema del difficile inquadramento del kinesiologo, l'ipotesi di collo-
care lo stesso entro le figure dei professionisti sanitari, analizzando i vantaggi e gli
oneri derivanti da tale riconoscimento.*

Parole chiave: Chinesiologo, Riforma dello sport, Professione sanitaria

Abstract

*This contribution provides an analysis of the professional role of the kinesiologist
in various fields in which they operate, starting from the sports sector and extend-
ing to the critical healthcare domain. Furthermore, a potential solution to the is-
sue of the kinesiologist's challenging classification is proposed: the possibility of
placing them within the category of healthcare professionals, with an analysis of
the benefits and obligations stemming from such recognition.*

Keywords: Kinesiologist, Sports reform, Healthcare professionals

* Ha curato la stesura dei paragrafi 1 e dal 5 al 7.

** Ha curato la stesura dei paragrafi dal 2 al 4.

1. Introduzione

Il chinesiology, quale professionista ormai da tempo affermato nel panorama sportivo, si presenta come una figura di assoluto rilievo nei più vari settori e ambiti tecnico-sanitari. Infatti, la figura quivi trattata si caratterizza per l'estrema flessibilità che permette alla stessa di operare in molteplici realtà, quali l'ambito sportivo, della prevenzione, del management dello sport, nonché in attività di assoluto rilievo medico-sanitario.

Come si vedrà di seguito, il chinesiology si differenzia notevolmente dagli altri professionisti del settore in base al lavoro dallo stesso svolto. Allo stesso tempo, tale figura professionale provoca un notevole impatto nell'ambito sanitario, della prevenzione e delle cure dei pazienti; infatti, le competenze proprie di tali figure professionali non sono ricomprese nel bagaglio di conoscenze proprie delle figure sanitarie tradizionali, quali i medici di base ovvero gli stessi fisioterapisti. Siffatto quadro professionale permette astrattamente di collocare la figura del chinesiology entro il sistema delle pratiche sanitarie, seppur lo stesso, allo stato, non viene riconosciuto quale esercente la professione sanitaria.

Il limbo entro il quale è collocata la figura è di dubbia efficienza giuridica. Infatti, la precarietà che caratterizza le prospettive professionali, nonché accademiche, dei laureati in scienze motorie che decidano di intraprendere il percorso lavorativo in ambito della prevenzione, appare di centrale importanza per la quotidianità. Si pensi alla recente riforma in materia sportiva, che trova vita con il decreto legislativo n. 36 del 28 febbraio 2021, la quale ha introdotto significative novità riguardanti la figura del chinesiology, riconoscendone ufficialmente il ruolo e delineandone le competenze professionali. Questa evoluzione normativa mira a garantire una maggiore sicurezza e qualità nell'ambito delle attività motorie e sportive, affidandole a professionisti qualificati, i quali, come si vedrà di seguito, vengono collocati dall'art. 41 entro differenti figure professionali.

Il laureato in scienze motorie deve oggi affrontare, nello svolgimento delle attività professionali di stampo motorio, l'aspra concorrenza di chi, all'opposto, non ha conseguito un titolo di studio specifico nel settore d'interesse, ma si è semplicemente formato mediante gli svariati corsi offerti dal panorama sportivo. Infatti, un siffatto quadro normativo permette a chiunque, a prescindere dalla formazione accademica, di svolgere attività che invece dovrebbero poter essere espletate solamente da chi si è formato per svariati anni in campi specifici del sapere.

Ecco che con la presente si offre una possibile soluzione ad un tema che ormai da tempo interessa gli esperti, nella convinzione che una tale riforma non sia favorevole solo a chi lavora nell'ambito di cui trattasi; infatti, ipotizzando il collocamento della figura del chinesiology, nello specifico della prevenzione (AMPA), entro il quadro dei professionisti sanitari, si permetterebbe allo stesso di giovare delle condizioni esclusive riconosciute a questi ultimi.

2. La figura del chinesiology

Tramite l'utilizzo della parola "chinesiology", dal greco *Minessi* (movimento) e *logòs* (studio), si fa riferimento alla scienza che studia il movimento del corpo umano in tutte le sue forme. Il

chinesiologo¹ è dunque l'esperto del movimento umano che, attraverso la messa in pratica delle proprie conoscenze scientifiche di biomeccanica, fisiologia e didattica del movimento, aiuta le persone al mantenimento e al recupero delle migliori condizioni di benessere fisico. A seguire verranno analizzate le caratteristiche che contraddistinguono ciascuna di queste figure professionali; nello specifico, verranno trattati il chinesiology di base, il chinesiology delle attività motorie preventive e adattate, il chinesiology sportivo e quello relativo al management dello sport.

2.1. Il chinesiology di base

Il primo profilo professionale preso in esame è il chinesiology il base, ossia colui che ha conseguito il diploma di laurea triennale in scienze delle attività motorie e sportive (classe L-22), ovvero il diploma presso l'istituto superiore di educazione fisica (ISEF), nonché colui che è in possesso di titoli di studio equipollenti conseguiti all'estero e ammessi nell'ordinamento italiano.²

Alla luce del decreto legislativo n. 36/2021, il quale ha riconosciuto la figura qui vi analizzata, il detentore di uno di questi titoli può esercitare il proprio sapere attraverso la conduzione, gestione e valutazione di attività motorie indirizzate sia singolo che al gruppo, assumendo rispetto a questi carattere compensativo, educativo, ludico-ricreativo e sportivo. Tali attività sono finalizzate al mantenimento e al recupero delle migliori condizioni di benessere fisico nelle varie fasce di età, attraverso la promozione di stili di vita attivi. Il chinesiology di base può inoltre svolgere attività di personal training e di preparazione atletica non agonistica allo scopo di migliorare la qualità della vita mediante l'esercizio fisico.

Dalla disamina sopra offerta, pare fondamentale sottolineare alcuni concetti e alcuni termini utili alla descrizione dell'attività del chinesiology di base.

In primis, per quanto concerne le modalità attraverso le quali la figura professionale qui vi trattata mira al benessere della persona, troviamo la valutazione delle attività motorie; infatti, tale espressione si riferisce ad un insieme di test di varia natura, come ad esempio l'analisi antropometrica e posturale, utili al chinesiology sia per circoscrivere un quadro generale del soggetto esaminato, sia per definire un intervento conforme al trattamento del singolo. Attraverso l'impiego di tali test e di questionari specifici, è altresì possibile indagare l'efficacia del lavoro svolto, portando alla luce eventuali modifiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi preposti.

In secondo luogo, al fine di strutturare correttamente il programma di esercizio fisico, il chinesiology può attenersi al principio FITT (Frequenza, Intensità, Tempo e Tipologia), ossia una metodologia avanzata dall'*American College of Sports Medicine ACSM*)³ utile al

¹ M. Bertollo, R. Merlo, G. Pasqualotto, *Fondamenti storico-epistemologici della professione di Chinesiologo*, in *Chinesiologia*, 2003, pp. 10-17.

² Si veda art. 41 e 42 del D.lgs. 28 febbraio 2021, n. 36

³ Si vedano le Linee guida per la valutazione funzionale e la prescrizione di esercizio in American College of Sports Medicine. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

miglioramento del fitness fisico⁴ e della salute. Stando a quanto riportato dal Ministero della salute,⁵ tale principio deve altresì prevedere un adattamento basato sulle caratteristiche individuali, sull'efficienza fisica e sulla presenza di eventuali patologie, rendendo così l'intervento sicuro ed efficace per il raggiungimento degli obiettivi specifici. Analizzando ora le componenti del FITT e gli adeguamenti di questi in relazione al singolo caso, è possibile definire la frequenza come il numero di sessioni di allenamento in un determinato periodo di tempo; infatti, tale periodizzazione avviene sia sulla base delle caratteristiche dell'individuo, quali il livello di preparazione fisica e la presenza di condizioni particolari che richiedono una fase prolungata di recupero, sia in relazione ai meccanismi fisiologici attuati dall'organismo in risposta allo stimolo allenante. Questi ultimi, come riportato dalla celebre pubblicazione "Principi di metodologia del fitness",⁶ oltre ad essere finalizzati al recupero delle energie spese, generano un adattamento organico che permette il ripristino delle condizioni antecedenti allo stress recato dall'esercizio fisico e un miglioramento delle componenti allenate. Conseguentemente, l'impiego di una frequenza di allenamento troppo elevata potrebbe ostacolare i processi adibiti al recupero energetico e al miglioramento della prestazione fisica, fino ad arrecare un decremento delle condizioni di salute del soggetto;⁷ contrariamente, se il periodo di inattività perdurasse troppo a lungo ci sarebbe un'inversione di tendenza da parte del sistema adattivo, risultando in una progressiva perdita dei miglioramenti ottenuti con l'allenamento.⁸

A seconda delle caratteristiche del soggetto, come età e sesso, il chinesiologo può valutare quale livello di intensità utilizzare ricorrendo a vari parametri, come ad esempio la frequenza cardiaca per esercizi di tipo aerobico e la percentuale del carico massimale in esercizi contro resistenza. Tale valutazione è di fondamentale importanza per la realizzazione di un intervento motorio mirato al raggiungimento di un determinato obiettivo, in quanto a seguito della variazione del livello di intensità e della tipologia di esercizio sottoposto, si otterranno differenti risposte adattive da parte dell'organismo.

A titolo esemplificativo, nel caso di un esercizio aerobico e con livello di intensità basso, avremo una riduzione delle resistenze periferiche e dei valori pressori, laddove un'intensità

⁴ Claude Bouchard, ricercatore e professore presso l'università della Louisiana, evidenzia come il termine "fitness" possa assumere due significati distinti in base all'obiettivo considerato. Si distingue, infatti, il fitness relazionato alla performance, riferito alle componenti necessarie per ottimizzare la performance sportiva, e il fitness correlato allo stato di salute, il quale comprende molteplici elementi, quali la composizione corporea, la capacità cardiorespiratoria, la densità ossea, la forza e la resistenza muscolare. Per una maggiore comprensione del tema si veda C. Bouchard, S. N. Blair, W.L. Haskell, *Physical activity and health*. Human Kinetics, 2012.

⁵ Per un approfondimento si veda Ministero della salute, linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. Roma: Ministero della Salute, 2021, p. 99.

⁶ A. Paoli, M. Neri, A. Bianco, *Principi di metodologia del fitness*, Cesena, Erika Editrice, 2013, p. 130.

⁷ Una delle principali problematiche relative al tempo di recupero è rappresentata dalla *sindrome da sovrallenamento (OTS)*, la quale sfocia in una perturbazione di molteplici sistemi corporei, quali il profilo neurologico, endocrinologico e immunologico, associati al cambiamento dell'umore.

J.B. Kreher, J.B. Schwartz. *Overtraining syndrome: a practical guide*, in *Sports Health*, 2012, pp. 128-138.

⁸ A. Barbieri et al., *Cardiorespiratory and metabolic consequences of detraining in endurance athletes*, in *Frontiers in Physiology*, 2024.

maggiore permeerebbe di allenare le capacità cardiorespiratorie;⁹ in caso di esercizio di forza, un'attività a bassa intensità andrà a stimolare le componenti muscolari caratterizzate da un'elevata resistenza alla fatica, mentre gli esercizi ad alta intensità recluteranno unità motorie facilmente affaticabili, contraddistinte da un'elevata espressione di forza.¹⁰

Inoltre, variando il livello di intensità è altresì possibile osservare un cambiamento riguardante il substrato energetico¹¹ utilizzato dall'organismo, causato principalmente da una differente richiesta energetica;¹² a questo processo concorre anche la durata dell'esercizio, ossia il parametro "tempo" del principio FITT utilizzato dal chinesiologo per definire i periodi di attività e di recupero all'interno della stessa seduta allenante, con lo scopo di generare le risposte adattive desiderate.

Generalmente, vi è la tendenza a ritenere la parte attiva come l'unica responsabile degli effetti cagionati dall'esercizio fisico, svalutando in tal modo la fase destinata al riposo. Invero, l'adozione di un appropriato periodo di recupero può influenzare, a parità di intensità e tipologia di esercizio,¹³ l'efficienza, la sicurezza e l'efficacia di un programma di allenamento.¹⁴

Concludendo l'analisi del principio FITT, la pratica di attività fisica può avvenire ricorrendo a molteplici modalità, ciascuna delle quali si distingue sostanzialmente sulla base delle qualità allenate. Stando a quanto riportato dall'*Harvard Medical School*,¹⁵ è possibile individuare quattro tipologie principali di esercizi;

- l'attività aerobica, utile per migliorare l'apparato cardiocircolatorio e respiratorio;
- il rinforzo muscolare, grazie al quale è possibile aumentare la massa muscolare e migliorare l'equilibrio e la postura, ridurre lo stress a carico delle articolazioni;
- esercizi di equilibrio, particolarmente indicati per incrementare la stabilità e ridurre il rischio di caduta nell'anziano;
- esercizi di allungamento, finalizzati al miglioramento della flessibilità muscolare, la quale è correlata ad una riduzione del dolore e del rischio di infortunio.

Queste tipologie di esercizio vengono quindi selezionate dal chinesiologo in seguito a un'attenta considerazione delle caratteristiche e delle esigenze dell'individuo, identificando per giunta i parametri di intensità, frequenza e durata di ciascun esercizio facente parte dell'intervento motorio. Prima di proseguire oltre, vi è un ultimo concetto la cui elaborazione può dimostrarsi utile all'approfondimento dell'oggetto del presente articolo, ovvero la differenza tra

⁹ A. Paoli, M. Neri, A. Bianco, *Principi di metodologia del fitness*, Cesena, in Erika Editrice, 2013, p. 134.

¹⁰ A. Belfiore, V. Magnaghi, *Fisiologia umana – fondamenti*, Edi.ermes, Milano, 2018, p.171.

¹¹ I principali substrati adibiti alla produzione di energia sono i grassi, i carboidrati e le proteine, i quali si differenziano per la quantità di energia prodotta e per la rapidità con cui soddisfano la richiesta energetica.

¹² A.F. Alghannam, M.M. Ghaith, M.H. Alhussain, *Regulation of Energy Substrate Metabolism in Endurance Exercise*, in *Int J Environ Res Public Health*, 2021, pp. 5-7.

¹³ B. F. De Salles et al., *Rest interval between sets in strength training*, in *Sports Med.* 2009, pp. 765-770.

¹⁴ T. Rogers, N. Gill, C.M. Beaven, *A comparison of three different work to rest periods during intermittent sprint training on maintaining sprint effort performance*, in *J Exerc Sci Fit*, 2024, pp. 97-102.

¹⁵ Per un completo approfondimento sul tema, si veda; H. E. LeWine, *The 4 most important types of exercise* In *Harvard Health Publishing*, <https://www.health.harvard.edu/topics/exercise-and-fitness>, 2023.

esercizio fisico e attività fisica. Benché questi due termini possano apparire sinonimi, essi descrivono attività del tutto differenti, soprattutto in ambito motorio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce "l'attività fisica" con la seguente espressione; "*Any bodily movement produced by skeletal muscles that requires energy expenditure*",¹⁶ ossia qualunque movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico. Risulta semplice intuire come in questa categoria non rientrino esclusivamente le attività sportive e quelle ad alta intensità, ma anche tutti quei movimenti, come ad esempio la passeggiata ed il giardinaggio, che comportano un dispendio energetico maggiore rispetto a quello basale.

All'opposto, sempre l'OMS, qualifica "l'esercizio fisico" come "*A subcategory of physical activity that is planned, structured, repetitive, and purposeful in the sense that the improvement or maintenance of one or more components of physical fitness is the objective*",¹⁷ ossia una sottocategoria dell'attività fisica la quale è strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente con il fine di migliorare e/o mantenere le condizioni oggetto dell'attività espletata. Da questa breve disamina è quindi possibile evincere due ulteriori competenze affidate al chinesiologo, da un lato, la pianificazione dell'attività fisica a breve, medio e lungo termine e, dall'altro, l'ideazione pratica di ciascuna seduta allenante.

2.2. Il chinesiologo sportivo

La figura del chinesiologo sportivo, di particolare importanza per il settore trattato dalla presente esposizione, rappresenta la prima figura professionalizzante con laurea magistrale esaminata. Infatti, per esercitare l'attività professionale di chinesiologo sportivo è necessario essere in possesso della laurea magistrale in Scienze e Tecniche dello sport (classe LM-68).

Dalla disamina del decreto legislativo del 28 febbraio 2021, recante modifiche al settore sportivo, si evince chiaramente come l'attività espletata da questo professionista abbia come oggetto la progettazione, il coordinamento e la direzione tecnica della preparazione atletica in ambito agonistico (si pensi all'impiego di tali professionisti nelle competizioni di massimo rilievo, ovvero l'espletamento di attività presso associazioni, società sportive, Enti di Promozione Sportiva, istituzioni e centri specializzati).

Il chinesiologo sportivo, rispetto all'omonima figura professionale sopra trattata, si differenzia altresì per la facoltà ad esso riconosciuta, in quanto laureato magistrale, di esercitare la professione entro l'ambito agonistico.¹⁸

¹⁶ S. Al-Ansari, et al., WHO team group, "*Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour*", in <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf>, 2020, p. VII.

¹⁷ S. Al-Ansari, et al., WHO team group, "*Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour*", in <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf>, 2020, p. VI.

¹⁸ L'agonismo si riferisce alla pratica sportiva organizzata e regolamentata, caratterizzata da una competizione ufficiale tra atleti, finalizzata al miglioramento delle prestazioni e al conseguimento di risultati certificati. Dal punto di vista giuridico, l'agonismo implica la partecipazione ad attività sportive disciplinate da federazioni o enti riconosciuti dal CONI o dal CIP, con regolamenti specifici che ne garantiscono la correttezza, la sicurezza e la tutela sanitaria degli atleti. L'agonismo si distingue dall'attività motoria amatoriale perché comporta un impegno continuativo, una preparazione sistematica e spesso è legato a categorie e livelli di competizione definiti.

Difatti, il percorso intrapreso da questa figura professionale permette alla stessa di acquisire competenze specifiche di carattere scientifico, utili al raggiungimento dei livelli maggiori di autonomia e di responsabilità nella professione, soprattutto nell'ambito della progettazione scientifica dell'allenamento sportivo e del coordinamento di gruppi di esperti.¹⁹

Per quanto concerne la progettazione dell'intervento motorio, questa figura professionale può ricorrere al principio FITT, già trattato in precedenza, incentrando il proprio operato sul raggiungimento della più alta performance ottenibile in termini sportivi. Per giungere a tali risultati è necessario, rispetto al chinesio di base, suddividere l'intervento in funzione del periodo specifico della stagione sportiva;²⁰ infatti, ciascuno di questi interventi è finalizzato al soddisfacimento di determinate esigenze, in particolare al miglioramento generale delle capacità atletiche, nonché al raggiungimento della massima prestazione in prossimità delle competizioni.²¹

Avvalendosi delle proprie conoscenze, quali i fondamenti teorici, metodologici e tecnici appartenenti ai vari contesti sportivi, il professionista in questione diversifica il proprio operato sulla base delle caratteristiche e necessità della singola disciplina, ottimizzando in tal modo la seduta allenante in funzione dell'obiettivo specifico; il principio alla base di tale processo prende il nome di "specificità dell'allenamento", il quale afferma che le risposte adattive suscitate da una particolare modalità di esercizio sono direttamente correlate agli elementi fisiologici sottoposti a stress dall'esercizio stesso.²²

Lo studio di Contreras e colleghi,²³ fornisce un esempio pratico di quanto la specificità della preparazione possa influenzare la prestazione sportiva: due gruppi di giovani atleti sono stati sottoposti ad interventi motori simili, distinti esclusivamente per la presenza dell'esercizio dello *squat* (SQ) o dell'*hip thrust* (HT). Dalla valutazione conclusiva, avvenuta dopo sei settimane di intervento, sono emerse delle disparità tra i due gruppi, evidenziando come persino la scelta di un singolo esercizio possa condizionare il risultato finale. Nel caso preso in esame, la messa in pratica di un programma specifico ha consentito al gruppo SQ di primeggiare nell'altezza massima raggiunta con un salto verticale, laddove il gruppo HT ha perfezionato il proprio tempo nello sprint di 10 e 20 metri. Tali conclusioni riflettono nuovamente l'esigenza di pianificare e strutturare l'allenamento in funzione degli obiettivi e delle caratteristiche delle singole

¹⁹ Approfondimenti disponibili alla pagina dedicata al corso di laurea magistrale in "Scienze e tecniche dell'attività sportiva" dell'Università di Bologna.

²⁰ I. Mujika et al., *An Integrated, Multifactorial Approach to Periodization for Optimal Performance in Individual and Team Sports*, in *Int J Sports Physiol Perform*, 2018, pp. 542-546.

²¹ Il CONI definisce la periodizzazione dell'allenamento come "la suddivisione dell'intero ciclo di preparazione in periodi, aventi ciascuno fisionomie specifiche, finalizzati ad obiettivi differenti". La stagione sportiva può essere suddivisa in macro-cicli composti mesocicli (fino a 3-4 settimane), i quali sono suddivisi a loro volta in Microcicli (4-5 giorni). Si veda C. Scotton, *Teoria e metodologia dell'allenamento*, in Scuola dello Sport Coni, https://educamp.coni.it/images/liguria/TMA_per_PG2_Scotton.pdf, p. 25.

²² P. Gamble, *Implications and Applications of Training Specificity for Coaches and Athletes*, in *Strength & Conditioning Journal*, 2006, pp. 54-55.

²³ B. Contreras et al., *Effects of a Six-Week Hip Thrust vs. Front Squat Resistance Training Program on Performance in Adolescent Males: A Randomized Controlled Trial*, in *J Strength Cond Res*, 2017, pp. 999-1008.

discipline, scremando dunque gli esercizi e le componenti dell'allenamento che permettono all'atleta di eccellere nella performance sportiva di competenza. Un'ulteriore funzione del chinesiology dello sport riguarda l'analisi della prestazione sportiva del singolo e/o del gruppo, performata nel corso della competizione; tale sistema è denominato *match analysis* e avviene mediante la raccolta di una serie di dati qualitativi (quali le categorie di movimento) e quantitativi (ad esempio la distanza totale percorsa ad una certa intensità), al fine di ricomporre una descrizione dettagliata delle variabili di tipo fisico, tecnico, tattico e mentale che entrano in gioco durante l'evento sportivo.²⁴

Le informazioni ricavate dalla *match analysis* forniscono dunque un resoconto della prestazione dell'atleta, consentendo per giunta al chinesiology di identificare eventuali fattori da perfezionare mediante l'allenamento.

2.3 Il chinesiology manager dello sport

La figura del chinesiology applicato al manager dello sport, si differenzia dalle omonime professioni sulla base della finalità caratterizzante il percorso accademico di relativa formazione, ossia la programmazione e la gestione di impianti sportivi, la conduzione e la gestione delle strutture pubbliche e private ove si svolgono le attività motorie, nonché l'organizzazione di eventi e manifestazioni sportive, il tutto anche per finalità di carattere ludico-ricreativo.²⁵

Le predette competenze permettono al chinesiology quivi esaminato di differenziarsi notevolmente dalle altre carriere sopra citate; infatti, l'attività di manager dello sport richiede l'acquisizione della laurea magistrale in organizzazione e gestione dei servizi per lo sport e le attività motorie (classe LM-47).

Tale percorso di formazione permette al chinesiology manager dello sport di poter operare nel settore dirigenziale delle società sportive, nonché nelle strutture agonistiche stesse, sicché le abilità dallo stesso acquisite si rappresentano mediante la conduzione e la gestione di singoli eventi o competizioni sportive.²⁶

3. Il chinesiology delle attività motorie preventive e adattate (AMPA)

Tra le varie figure di specializzazione legate al chinesiology, troviamo quella che, probabilmente, provoca maggior dibattito nel panorama giuridico-sportivo, ossia il chinesiology delle attività motorie preventive e adattate (classe LM-67), il quale si occupa di molteplici aree delle scienze motorie.

²⁴ H. Sarmiento et al., *Match analysis in football: a systematic review*, in *Journal of sports sciences*, 2014, n. 32, pp. 1831-1843.

²⁵ L'articolo 41 del D.lgs. 28 febbraio, n. 36, specifica, alla lettera c), che il chinesiology manager dello sport può altresì svolgere attività di organizzazione, in qualità di esperto e consulente, di eventi e manifestazioni sportive, anche ludico-ricreative. Tale riconoscimento normativo permette di collocare siffatta figura entro i professionisti dediti ad attività di natura organizzativa e burocratica, disegnando un quadro di competenze particolarmente trasversale.

²⁶ Si veda la sezione "prospettive" del corso di laurea "Management delle attività motorie e sportive" rinvenibile presso il sito web dell'Università di Bologna, <https://corsi.unibo.it/magistrale/ManagementSport/prospettive>.

Come riportato nel medesimo decreto legislativo citato in precedenza, la sua attività ha come scopo la progettazione e l'attuazione di programmi di attività motoria finalizzati al raggiungimento e al mantenimento delle migliori condizioni di benessere psicofisico nelle varie fasce d'età. Il chinesologo delle attività preventive e adattate, si occupa altresì dell'impiego dell'esercizio fisico, attraverso l'organizzazione e la pianificazione di particolari attività indirizzate alla prevenzione delle malattie e al miglioramento della qualità della vita. A titolo esemplificativo, si ricorda la prevenzione dei vizi posturali, il recupero funzionale post-riabilitazione finalizzato all'ottimizzazione dell'efficienza fisica, la programmazione, il coordinamento e la valutazione di attività motorie adattate in persone diversamente abili o in individui in condizioni di salute clinicamente controllate e stabilizzate.²⁷

Ritornando ora all'analisi del chinesologo AMPA, una prima discrepanza che può essere individuata nel confronto con il chinesologo di base riguarda le differenti finalità della rispettiva attività professionale; infatti, per quanto concerne l'obiettivo del laureato triennale, si suole fare riferimento al raggiungimento del benessere fisico mentre, per quanto concerne il titolare di laurea magistrale, assume preminente importanza il benessere psicofisico della persona. Secondo l'OMS, la salute di un individuo è definita come *“uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”*,²⁸ non è quindi sufficiente l'assenza di malattia o di infermità per poter decretare il totale benessere dell'individuo, ma è necessario agire su tutte e tre le sfere sopracitate per poter raggiungere tale obiettivo. Ecco, quindi, possibile identificare nitidamente le macroaree entro le quali ciascuno dei due professionisti è chiamato a adoperare; se da un lato, il chinesologo di base viene collocato entro la sfera relativa al benessere fisico, dall'altro, al chinesologo munito di laurea magistrale spettano invece tutte e tre le categorie del benessere sopra ricordate.

Ancora, ulteriore proposito dell'attività del chinesologo AMPA riguarda la prevenzione di alcune patologie, in particolare quelle muscolo-scheletriche e croniche.

In tale campo, il valore di attività ed esercizio fisico è sorretto da una solida base scientifica; infatti, il Ministero della salute dedica una sezione del proprio sito (sezione: attività fisica e salute) ai benefici che queste attività sono in grado di apportare, classificandoli sulla base dell'età dell'individuo.²⁹ Per comprendere concretamente l'importante apporto della figura

²⁷ L'Attività Fisica Adattata (AFA), sinonimo di Attività Motoria Adattata (AMA), viene prescritta dal medico e comprende programmi di esercizio non sanitari svolti in gruppi appositamente predisposti per soggetti con malattie croniche, indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue e finalizzati alla modificazione dello stile di vita. Con Esercizio Fisico Adattato (EFA), ci si riferisce ad esercizi fisici svolti su prescrizione medica (medici dello sport, cardiologi, diabetologi) per modo, intensità, frequenza e durata delle sedute, effettuati in modo individualizzato sulla base di una valutazione preliminare delle condizioni di salute della persona interessata.

²⁸ La definizione è stata fornita dall'OMS all'interno del proprio documento costitutivo, nel quale così si riporta: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*. La costituzione dell'organizzazione è entrata in vigore il 7 aprile del 1948.

²⁹ Di seguito le principali indicazioni riportate nel sito del Ministero della salute:

professionale del chinesiologo AMPA, è possibile analizzare brevemente alcune condizioni di salute che, per l'appunto, possono essere affrontate, ovvero prevenute, attraverso il lavoro fisico. Infatti, il diabete mellito di tipo 2 e l'ipertensione arteriosa sono accomunati dalla presenza di una condizione cronica, che si protrae nel tempo cagionando importanti comorbidità.³⁰

Tuttavia, dal momento che queste condizioni presentano differenti manifestazioni e conseguenze a livello fisiologico, è ragionevole supporre che questo legame non sia ugualmente riconducibile al profilo patologico e sintomatologico, potendo quindi essere affrontate altresì con un adeguato esercizio fisico e una specifica attività motoria.³¹ Il ruolo ricoperto da siffatta figura professionale è quello di attenersi alle istruzioni fornite dal medico curante proponendo attività conformi alle caratteristiche della patologia e dell'individuo stesso, come ad esempio le limitazioni derivanti dalla problematica affliggente il paziente, i possibili effetti collaterali conseguenti all'assunzione della terapia farmacologica (quali spossatezza, astenia, mialgia ecc.), indicazioni relative al bagaglio motorio del soggetto. Quindi, ipotizzando che dal medico venissero indicate attività di tipo aerobico e contro resistenza (volgarmente denominate "di forza") ad intensità moderata e/o vigorosa, il paziente non saprebbe riconoscere i carichi di lavoro necessari al soddisfacimento di tali indicazioni, tantomeno riuscirebbe ad individuare, tra le svariate modalità ed esercizi eseguibili, quelli più consoni alla propria condizione. Il ruolo del chinesiologo permette quindi di colmare tali lacune, programmando e strutturando l'attività fisica in relazione alle valutazioni compiute dal medico e ai test avanzati dal chinesiologo stesso, adattando opportunamente le attività prescelte alle singole esigenze e caratteristiche dell'individuo, cercando infine di prevenire l'insorgenza di ulteriori complicanze e sintomatologie.³²

Grazie alle conoscenze acquisite durante il percorso formativo e alle varie precauzioni indicate

-
- Durante l'infanzia e l'adolescenza, l'attività fisica oltre ad essere necessaria allo sviluppo osteo-muscolare, contribuisce allo sviluppo di un apparato cardiovascolare sano. Inoltre, se associata ad una corretta alimentazione, diminuisce il rischio di obesità infantile e di patologie croniche non trasmissibili;
 - In età adulta, la pratica regolare di attività fisica riduce la frequenza di malattie croniche non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione arteriosa ed alcune forme di tumore; contribuisce alla mineralizzazione ossea permettendo di combattere l'insorgenza di osteoporosi; aumenta il dispendio energetico favorendo il controllo del peso corporeo;
 - In età anziana, permette di mantenere la massa muscolare, l'equilibrio e la capacità di movimento, componenti di elevata importanza per la riduzione del rischio di caduta in questa popolazione. Altri benefici ottenibili in questa fascia riguardano la possibilità di prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche legate all'invecchiamento e facilitare i percorsi di riabilitazione per chi ne è affetto, oltre alla facoltà di ridurre l'osteoporosi.

³⁰ Sul punto si veda F. Veglio et al., *Raccomandazioni pratiche sull'ipertensione arteriosa resistente*, in *Società italiana dell'Ipertensione arteriosa*, 2013, pp. 139-143; R. Kreutz et al., *Clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension*, in *Europe Journal of Internal Medicine*, 2024, pp. 1-15.

³¹ Nei due casi presi in esame, specifiche tipologie di esercizio favoriscono la riduzione della pressione sistolica e diastolica; nel diabete di tipo 2 invece, l'esercizio fisico contribuisce a ridurre i valori glicemici, aumentando la sensibilità insulina e la concentrazione del colesterolo HDL ("buono"). Sul punto si veda W. Gao, M. Lv., T. Huang, *Effects of different types of exercise on hypertension in middle-aged and older adults: a network meta-analysis*, in *Front Public Health*. 2023. Società Italiana di Diabetologia (SID), *Attività fisica e diabete*. Consultazione disponibile all'indirizzo: <https://www.siditalia.it/divulgazione/attivita-fisica-e-diabete>.

³² Per un'approfondita disamina sul tema si veda il sito del Ministero della salute, nello specifico, per quanto riguarda il diabete mellito 2, la seguente pagina; <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/diabete/>.

dal medico, il chinesiologo in questione mette in pratica una serie di programmi mirati alla riduzione dei rischi e delle problematiche correlate all'attività fisica. Infine, un'ulteriore funzione pertinente al chinesiologo è quella di supervisionare la seduta allenante, indagando la presenza di sintomi e/o peggioramenti delle condizioni di salute attraverso la continua richiesta di feedback da parte dell'individuo osservato.

3.1. Particolari competenze del chinesiologo AMPA: i vizi posturali

Tra le varie competenze rientranti nel quadro professionale del chinesiologo, i vizi posturali assumono una particolare importanza, soprattutto per i rilevanti impatti nella vita quotidiana.

La postura viene definita dal Ministero della Salute come *“la posizione assunta dalle varie parti del corpo le une rispetto alle altre e rispetto all'ambiente circostante e al sistema di riferimento del campo gravitazionale”*, mentre quella ideale (*postura standard*) viene considerata *“quella che consente la massima efficacia del gesto in assenza di dolore e nella massima economia energetica”*.³³

Nel documento delle Linee guida concernenti il profilo della postura, viene riportato che il mantenimento di una postura scorretta causa la perdita di un efficiente equilibrio del corpo sulla propria base di appoggio, nonché importanti disfunzioni posturali e sintomatologie attive particolarmente aggressive che, come detto, vengono affrontate e trattate proprio dal chinesiologo.

Infatti, la prevenzione dei vizi posturali, e quindi delle manifestazioni dolorifiche, viene messa in pratica dal chinesiologo AMPA tramite l'analisi dell'allineamento posturale sia statica che dinamica, mediante lo studio della muscolatura in relazione alle tensioni correlate con la postura, all'analisi delle attività finalizzate alla riduzione di potenziali scompensi muscolari e al riequilibrio assiale.

Il lavoro del chinesiologo in tale ambito non è da ritenere bastevole alla cura delle problematiche legate alla postura; infatti, il Ministero della Salute ritiene che per raggiungere la massima efficacia sia necessaria l'interazione sinergica tra tutte le professioni operanti nel settore sanitario-motorio, con attività mirate al trattamento delle complicanze conseguenti ai vizi posturali.

4. Rapporto tra chinesiologo e federazioni sportive

Come è stato possibile evincere finora, gli innumerevoli percorsi di studio perseguibili dal chinesiologo permettono a quest'ultimo di ottenere le capacità necessarie alla progettazione e alla conduzione di programmi di attività fisica in molteplici ambiti, siano questi legati al recupero funzionale, al trattamento di alcune patologie e condizioni fisiche, o connessi all'ambito sportivo.

Riguardo a quest'ultimo campo, il chinesiologo non è l'unico professionista a godere della facoltà di esercitare le proprie conoscenze; infatti, nel giugno 2018 il Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) stipulò il Sistema Nazionale di Qualifiche dei tecnici sportivi (SNaQ),

³³ Si veda il sito del Ministero della salute, *Linee guida nazionali sulla classificazione, inquadramento e misurazione della postura e delle relative disfunzioni*, 2018, p. 3.

definito come “il modello generale di riferimento per il conseguimento delle qualifiche degli operatori sportivi delle Federazioni Sportive Nazionali (FSN), delle Discipline Sportive Associate (DSA) e di coloro che operano nell’ambito degli Enti di Promozione Sportiva (EPS)”.³⁴

All’interno di quest’ultimo il CONI *ha definito le qualifiche di riferimento, gli standard di competenza e i livelli a cui esse si collocano*, prevedendo una classificazione basata sull’acquisizione di crediti formativi mediante la partecipazione a corsi didattici orientati alla maturazione di ciascuna delle figure professionali previste dallo SNaQ.³⁵

Per intraprendere tali percorsi formativi, il possesso della laurea in scienze motorie e sportive non costituisce un elemento essenziale; è infatti sufficiente la semplice iscrizione e il superamento del corso di primo livello per allenatori e tecnici di disciplina, per poi avanzare progressivamente di grado attenendosi alle direttive fornite dallo SNaQ.³⁶ È inoltre prevista una specializzazione mirata alla formazione di esperti nell’ambito della preparazione fisica, per la quale il CONI limita la partecipazione ai soli detentori di una qualifica tecnica (ottenuta mediante un carico di lavoro pari ad almeno 10 crediti secondo il calcolo SNaQ), nonché ai diplomati ISEF o laureati in scienze motorie con adeguata esperienza pregressa.

Come riportato dal CONI nelle proprie disposizioni, l’esperto in attività fisica “*possiede competenze specifiche nell’analisi del modello di prestazione e negli aspetti di supporto all’allenamento tecnico-tattico, legate alla preparazione fisica degli atleti per la competizione anche di alto livello, con l’obiettivo di svilupparne in forma integrata le capacità organico-muscolari e coordinative utili per la prestazione e il suo sviluppo. Il profilo di attività del preparatore fisico può includere ruoli personalizzati, prescrizioni individuali dell’allenamento e ulteriori specializzazioni funzionali nell’ambito della riabilitazione, della prevenzione e di preparazione per specifici tecnici*”.

In relazione alla carica di “esperto in preparazione fisica”, vi sono delle divergenze tra le federazioni sportive riguardo ai destinatari di tale qualifica; difatti alcune di queste indirizzano i propri corsi unicamente ai laureati in scienze motorie e ai diplomati ISEF, escludendo quindi i tecnici di disciplina privi di questo prerequisite.

Una delle federazioni sportive che adotta tale selezione è la Federazione Italiana Tennis e

³⁴ Comitato Olimpico Nazionale Italiano, *Disposizioni per l’implementazione del sistema nazionale di qualifiche degli operatori sportivi (SNaQ) a partire dagli obiettivi del decreto legislativo n. 12/2013, del decreto legislativo n.15/2016 ed in coerenza con il quadro tracciato a livello europeo*, 2018, p. 6.

³⁵ La classificazione delle figure professionali descritte dallo SNaQ prevede quattro livelli per gli allenatori (aiuto allenatore, allenatore, allenatore capo e tecnico di quarto livello) ed una specializzazione denominata “esperto in preparazione fisica” indirizzata ad alcune categorie di istruttori ed ai laureati in scienze motorie o diplomati ISEF.

³⁶ Il Sistema Nazionale di Qualifiche dei Tecnici Sportivi (SNaQ), promosso dal CONI, è un modello che definisce i criteri di formazione e certificazione dei tecnici sportivi in Italia, in linea con gli standard europei. Basato sulle competenze effettive, anziché solo sul numero di ore di lezione, il sistema prevede un percorso articolato per livelli e include crediti formativi riconosciuti a livello nazionale ed europeo. Lo SNaQ valorizza l’esperienza pratica, promuove l’aggiornamento continuo e assicura una maggiore professionalizzazione e mobilità dei tecnici sportivi nel mondo del lavoro. Grazie allo SNaQ, i tecnici sportivi ottengono qualifiche spendibili a livello nazionale ed europeo, con maggiore tutela professionale e riconoscimento del loro ruolo educativo e tecnico.

Padel (FITP) che, all'interno del proprio regolamento,³⁷ suddivide i preparatori fisici in due livelli, dando così origine a:

- a) Il preparatore fisico di primo grado, per il quale è previsto il rilascio della qualifica, previa frequentazione del corso di formazione, al tesserato diplomato ISEF o laureato in scienze motorie in possesso di 40 crediti formativi, ed al tesserato studente del corso di laurea in scienze motorie che abbia già acquisito 10 crediti formativi;
- b) Il preparatore fisico di secondo grado, titolo ottenibile dal preparatore fisico di primo grado dopo la partecipazione al corso di formazione previsto.

Due ulteriori esempi riguardano la Federazione Italiana Rugby (FIR) e la Federazione Italiana Pallacanestro (FIP); infatti, mentre la FIR limita la formazione dei propri preparatori fisici ai soli atleti d'élite³⁸ e ai diplomati ISEF o laureati in scienze motorie, la FIP eroga un corso per il preparatore fisico di base, per il cui accesso è sufficiente unicamente la maggiore età e l'idoneità fisica alla pratica sportiva.

Ancora, presso la FIP è altresì presente un secondo corso mirato alla formazione di preparatori fisici che operino con atleti di alto livello, per il quale però è obbligatorio il possesso della qualifica di "preparatore fisico di base" e il diploma di laurea in scienze motorie.³⁹

In conclusione, pare lampante evidenziare come il complesso quadro che caratterizza la figura professionale del chinesologo, sia in riferimento al percorso formativo che alla vita professionale, abbisogna di un chiaro e univoco intervento da parte del legislatore, volto a uniformare la frammentaria composizione dell'analizzata figura.

5. Il possibile riconoscimento del chinesologo entro le professioni sanitarie.

Nello specifico, la chiave di volta del problema qualificatorio quivi trattato si può individuare nella possibile collocazione della figura del laureato in scienze motorie, dedito alle attività professionali della prevenzione e delle tecniche adattive, entro le professioni sanitarie.

Infatti, il lavoro concretamente svolto da tutti coloro che decidono di intraprendere tale percorso è connotato da logiche medico-sportive di assoluta rilevanza.⁴⁰

Si pensi alle attività materialmente eseguite dai singoli soggetti⁴¹ che, appunto, ricorrono a tecniche di natura medica; nello specifico, tali figure professionali affrontano patologie di varia natura, sia da un punto di vista preventivo che di evoluzione della stessa malattia,⁴² soprattutto in soggetti cronici che, col progredire delle stesse, soffrono di importanti sintomi nelle zone

³⁷ Federazione Italiana Tennis e Padel, *Regolamento organico*, 2023, p. 63.

³⁸ Dai requisiti d'accesso a corsi sopra citati si evince come gli atleti in questione debbano aver partecipato ai giochi olimpici ovvero aver acquisito la qualifica di Atleta Nazionale Maggiore di rugby.

³⁹ Federazione Italiana Pallacanestro, *corso preparatore fisico di base, guida didattica 2024*.

⁴⁰ F. Gomez Paloma, M. Sibilio, *Chinesiologia: professione e cultura*, in *sport & medicina*, 2006, pp. 33-37.

⁴¹ Si veda il Documento di consenso del Gruppo di Studio "Educazione Fisica & Pedagogia dello Sport" della SISMeS (Società Italiana delle Scienze Motorie e Sportive), 2024, pp. 17-20.

⁴² R. Pippi et al., *Survey on diabetologists' interest in prescribing Physical Exercise in clinical practice [Sondaggio sull'interesse dei diabetologi verso la prescrizione di Esercizio Fisico nella pratica clinica]*, in *The Joournal of AMD*, 2024, pp. 22-29.

muscolo-scheletriche (si pensi al diabete di tipo 2, che attraverso la prevenzione può non solo essere contenuto, ma, se già diagnosticato, affrontato dal punto di vista della sintomatologia dell'apparato corporeo). Da questa breve illustrazione, appare facilmente percepibile la natura delle prestazioni eseguite dal personale sopra descritto,⁴³ le quali, per l'appunto, paiono essere del tutto coerenti con il percorso di studio seguito dai corsisti. Il nostro ordinamento universitario offre infatti molteplici corsi di studio volti alla formazione di tecnici specializzati nelle attività di prevenzione e di lotta alle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico, tra le quali possiamo trovare il percorso formativo del laureato in scienze motorie che, successivamente, si specializzi nelle tecniche adattive della prevenzione.

Tale figura appare quindi caratterizzata da una natura strettamente incentrata su logiche di natura medico-sanitaria,⁴⁴ sicché l'appartenenza a quest'ultimo gruppo appare essere non solo coerente, ma altresì del tutto appropriata per le pratiche poste in essere dagli stessi operatori.⁴⁵

L'evoluzione del nostro sistema sanitario,⁴⁶ dal punto di vista giuridico-formale, è stato caratterizzato da costanti ampliamenti della cerchia di professioni sanitarie⁴⁷ che, appunto, non rientravano nella definizione tradizionale delle stesse;⁴⁸ infatti, il sentito sociale è solito definire le professioni sanitarie quali mere realtà ospitate da figure professionali quali medici o chirurghi.

Tuttavia, tale sistema appare di gran lunga più vasto, essendo lo stesso colorito da molteplici figure dedite alle più varie attività in ambito sanitario; si pensi agli stessi infermieri⁴⁹ che hanno ottenuto solamente in tempi recenti siffatta qualifica giuridica, oppure al comparto dei fisioterapisti che, come si vedrà di seguito, presentano importanti peculiarità con la figura oggi analizzata.⁵⁰

Ecco che in questo contesto particolarmente teso, la soluzione al problema della qualifica giuridica dei laureati in scienze motorie operanti in tale settore può effettivamente rinvenirsi nella collocazione degli stessi entro le professioni sanitarie, attraverso un giudizio che deve, tuttavia, interessare necessariamente le istituzioni politiche.⁵¹

⁴³ C. Bottari, F. Laus, *Produrre salute: politiche e innovazioni*, in E. Bertolini et al (a cura di), *Itinerari della comparazione. Scritti in onore di Giuseppe Franco Ferrari*, Milano, Egea, 2023, pp. 60-65.

⁴⁴ J. P. Shafer, G. Pagliaro, *Kinesiologia applicata e terapia craniosacrale*, Milano, Tecniche nuove, 2008, p. 185.

⁴⁵ M. Bertollo, G. Pasqualotto, R. Merlo, *Fondamenti storico-epistemologici delle scienze del movimento umano e della professione di Chinesiologo*, in *Chinesiologia*, 2003, pp. 6 -10.

⁴⁶ D. Vasapollo, F. Ingravallo, F. Landuzzi, *Le nuove professioni sanitarie: i difficili confini delle competenze*, in *Professione medica*, 2003, pp. 28-37.

⁴⁷ C. Civitillo, M. L. Marasco, R. D'Onofrio, *Osteopatia in Italia. Passato, presente e prospettive future*, in *Giosbe Journal*, 2020, pp. 1 - 3.

⁴⁸ S. Neri, E. Spina, G. Vicarelli, *Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie*, in M. Cardano, G. Giarelli, G. Vicarelli (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna, Il mulino, 2020, pp. 273-298.

⁴⁹ S. Di Mauro, S. Montalti, M. Negri, *La formazione degli infermieri in Italia: chi si vuole formare? nurses in Italy: what is the goal?*, in *Journal of medicine & the person*, 2003, n.1.

⁵⁰ G. Soren, *Un riconoscimento per il chinesiologo delle attività motorie preventive e adattate*, in *quotidianosanità*, https://www.quotidianosanità.it/lettere-al_direttore/articolo.php?articolo_id=113790#:~:text=lgS.,insostenibile%20nel%20mercato%20del%20lavoro, 16 maggio 2023.

⁵¹ F. Gomez Paloma, M. Sibilio, *Chinesiologia: professione e cultura*, in *sport & medicina*, n. 3, 2006, pp. 33-37.

Infatti, nel corso della storia sanitaria del nostro paese, molteplici sono state le riforme che hanno interessato il comparto sanità sia in tema di professioni sanitarie, che in riferimento al percorso formativo delle stesse.⁵² Si pensi al fulgido periodo di riforme degli anni 90' che dal punto di vista universitario ha permesso di accrescere in maniera esponenziale la preparazione dei professionisti.⁵³

Per comprendere appieno la complessità e gli effetti del possibile riconoscimento del chinesologo quale professionista sanitario, pare utile analizzare il percorso normativo che ha interessato alcune figure oggi operanti nel settore,⁵⁴ che hanno vissuto per molti anni nel limbo oggi caratterizzante il professionista chinesologo.⁵⁵ Infatti, gli infermieri⁵⁶ hanno per molto tempo operato all'esterno di tale settore ottenendo, non senza poca fatica, il riconoscimento quale professionista sanitario solamente in tempi recenti.⁵⁷ L'infermiere, come altresì il podologo o il fisioterapista,⁵⁸ nonostante il fondamentale impatto nel settore sanitario, sono stati definiti inizialmente quali professioni paramediche, ossia a disposizione di tutti quegli operatori che, all'opposto, vantavano siffatta qualifica (medici, farmacisti, veterinari, biologi), essendo quindi privi di un'autonoma dignità professionale.⁵⁹

⁵² Il percorso formativo universitario delle nuove professioni sanitarie, si articola in lauree triennali e in lauree magistrali che si conseguono al termine di un corso della durata di ulteriori due anni, ai quali si accede comunque con il possesso del diploma di laurea, in modo che lo studente possa alla fine acquisire una formazione di livello avanzato. I precedenti percorsi formativi sono stati quindi soppressi e sostituiti da quelle previste dal d. interministeriale 19 febbraio 2009 con il quale il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca della Salute e delle Politiche Sociali ha definito le seguenti classi: -classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (LSNT2); -classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione (LUSNT2) -classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche (LSNT3); -classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione (LSNT4). Per una completa disamina si veda C. Bottari, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, Giappichelli Editore, 2020, pp. 177-180.

⁵³ Con il termine "professioni sanitarie non mediche" si suole fare riferimento a tutte quelle pratiche che, seppur non rientrino nelle storiche figure del mondo ospedaliero, sono inserite entro le professioni sanitarie al pari dei medici, chirurghi e veterinari. Tali figure professionali hanno ottenuto sempre maggiore riconoscimento e dignità nel corso del tempo, fino ad arrivare ad una piena autonomia e posizione nel contesto professionale sanitario. Sul punto, preme sottolineare come proprio la figura dell'infermiere ha oggi ottenuto una piena dignità professionale, sicché appare del tutto autonoma rispetto al medico, ovvero al chirurgo.

⁵⁴ D. Rodriguez, A. Aprile, *L'autonomia delle professioni sanitarie (Ia parte). Profili giuridici: le professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*, in *Professione-cultura e pratica del medico d'oggi*, n. 12, pp. 11-18.

⁵⁵ Il 5 novembre 2020 la Conferenza Stato-Regioni ha raggiunto un accordo sui criteri di valutazione dell'esperienza professionale, nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti rispetto alla istituzione delle professioni dell'Osteopata e del Chiropratico, sulla base della legge 11 Gennaio 2018, n.3.

⁵⁶ V. Dimonte, *Da Servente a infermiere*, Torino, CESPI editore, 2007, pp. 65-68.

⁵⁷ V. Dimonte, *Lo sviluppo della professione sanitaria di infermiere in Italia: un ritorno al futuro*, in *Salute e società*, 2003, pp. 87-90.

⁵⁸ In tema di possibile conflitto tra fisioterapista e chinesologo, si precisa come quest'ultimo, a differenze del primo che si caratterizza per il recupero delle zone lese del corpo, pone in essere attività di tipo motorio volte ad ottenere il recupero del condizioni di vita precedentemente goduto; infatti, l'obiettivo primario è agilmente rinvenibile nel reinserimento dello sportivo, o del generico paziente, all'interno della collettività, permettendo agli stessi di ottenere un livello di benessere ottimale.

⁵⁹ W. Tousijn, V. Dimonte, *I confini mobili delle professioni sanitarie*, in *Assistenza infermieristica e ricerca*, 2016, n. 35, pp. 163-167.

Si pensi alla figura dell'infermiere, il quale, a discapito dell'essenziale apporto che quotidianamente prestava all'interno delle aree mediche, ha ottenuto un primo riconoscimento solamente con il decreto ministeriale n. 739/1994.⁶⁰

Quest'ultima riforma ha quindi permesso di definire l'infermiere come quell'operatore sanitario in possesso di un diploma universitario, dedito a tutte le attività di assistenza generale infermieristica.

Il decreto ministeriale n. 739/1994 ha introdotto un livello di alta formazione per gli infermieri, con la creazione di percorsi universitari specifici, introducendo la necessità di aggiornamento professionale continuo.⁶¹ Siffatta novità ha sancito la nascita di una fulgida legislazione volta ad ampliare il quadro delle professioni sanitarie, ponendo al centro di tale riforma la l. 26 febbraio 1999, n. 42, la quale ha sancito il pieno riconoscimento di una pari dignità professionale tra alcuni professionisti paramedici, in particolare gli infermieri, e tutte quelle figure tradizionalmente caratterizzanti il settore sanitario. Ancora, questa riforma ha completato il passaggio (già iniziato con la legge n. 341/1990, di riforma dell'intero comparto universitario, proseguito poi con il d.lgs. 517/1993 e con il d.lgs. 502/1992) dal sistema di formazione degli infermieri gestito dal Servizio Sanitario Nazionale alle Università, permettendo di uniformare il livello di preparazione tra tutti i professionisti. Infine, queste novità hanno garantito l'equiparazione tra gli attestati precedentemente ottenuti in assenza di normativa e i titoli ora necessari per lo svolgimento dell'attività sopra descritta.

La legge 10 agosto 2000, n. 251, ha imposto il diploma di laurea quale necessario presupposto per l'espletamento della generalità delle professioni sanitarie; infatti, oltre a prevedere la disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.⁶²

Quindi, ad oggi, tutte le professioni sanitarie, comprese quelle che un tempo erano definite ausiliarie, sono strutturate su di un percorso di studi universitario, basato su cicli di studio triennali e magistrali che permettono di garantire un livello di preparazione uniforme su tutto il

⁶⁰ Il Decreto Ministeriale 739/1994, emanato il 14 settembre 1994, è un documento fondamentale per la professione infermieristica in Italia. Esso definisce il profilo professionale dell'infermiere, stabilendone competenze, responsabilità e ambiti operativi.

Si tratta di un punto di svolta nella regolamentazione della professione, poiché sancisce l'autonomia e la rilevanza dell'infermiere nel contesto sanitario. Prima di questo decreto, l'infermiere era considerato principalmente un esecutore di ordini medici.

Con il DM 739/1994, l'infermiere diventa un professionista autonomo, riconosciuto come figura centrale nella presa in carico globale della persona.

⁶¹ Articolo 1 Comma n.1, con il quale viene individuato il profilo professionale dell'infermiere; non si parla più di Infermieri professionale, abbandonando il termine ausiliario. "L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

Il termine "operatore sanitario" verrà rinnovato successivamente con la legge n. 42 del 1999, trasformandosi in "professionista sanitario".

⁶² Sul punto, si precisa come la legge 10 agosto 1999, n. 251, all'art. 5, prevede l'istituzione di una disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

territorio nazione.⁶³ Infine, appare emblematica la disposizione di cui all'art. 6 della citata legge, la quale impone al Ministero della salute di includere le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.⁶⁴

Quest'ultima previsione si presenta come lo strumento che permetterà alle autorità di riconoscere future professioni entro il comparto sanitario, collocando le stesse in una delle tipologie descritte dalla medesima legge (infermieri, ostetrici, tecnici-riabilitativi, tecnici-sanitari, tecnici della prevenzione).⁶⁵

La figura del chinesiologo può quindi agilmente essere collocata entro una di queste discipline già esistenti all'interno del nostro ordinamento,⁶⁶ non necessitandosi la creazione di una struttura definitoria ad hoc.⁶⁷ L'art. 2 della legge, infatti, descrive i professionisti sanitari della riabilitazione come coloro che svolgono attività di prevenzione, cura, riabilitazione e valutazione funzionale del singolo paziente, permettendo di cogliere da tale definizione le caratteristiche proprie dell'attività tecnica espletata dal chinesiologo.⁶⁸

⁶³ S. Proia, *Professioni sanitarie: è ora di una nuova riforma della formazione*, in quotidianosanità, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112213, 21.03.2023.

⁶⁴ Sul punto preme sottolineare come la riforma Lorenzin ha modificato il precedente art. 5 l. 43/2006 in materia di creazione di nuove professioni sanitarie, specificando come l'individuazione di nuove professioni sanitarie da comprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto in tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive dell'Unione europea ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, che non trovino rispondenza in professioni già riconosciute. L'istituzione di nuove professioni sanitarie è effettuata, previo parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

I citati accordi si occupano di individuare il titolo professionale, l'ambito di attività di ciascuna professione, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti. Per un approfondimento sul tema si veda B. M. Orciani, *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in *"Autonomie locali e servizi sociali"*, 2020, pp. 299-318.

⁶⁵ W. Tousijn, V. Dimonte, *I confini mobili delle professioni sanitarie*, in *Assistenza infermieristica e ricerca*, 2016, pp. 163-167.

⁶⁶ Si pensi all'art. 2 della legge 251/2000, rubricato professioni sanitarie riabilitative che, al comma 1, descrive: *"Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali"*.

Oppure all'art. 3, rubricato professioni tecnico-sanitarie; *"Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità"*.

⁶⁷ S. Proia, *Professioni sanitarie: è ora di una nuova riforma della formazione*, in quotidianosanità, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112213, 21 marzo 2023

⁶⁸ Per una completa disamina, si vedano i paragrafi di cui sopra in merito alle prestazioni erogate dai chinesioologi

Infine, assume altresì particolare rilevanza la creazione di un Ordine e di un albo professionale del possibile chinesioologo operante in ambito sanitario;⁶⁹ infatti, la presenza di un Ordine di settore, con apposito regolamento e codice deontologico, non si limita solo a conferire formalità ad una certa professione, ma alimenta altresì la presenza della stessa all'interno di un comparto professionale. Si pensi alle attività concernenti la tenuta degli albi, l'espletamento di procedura disciplinari, la creazione di un tariffario o la liquidazione dei compensi.

Inoltre, la necessaria iscrizione ad un Ordine⁷⁰ si pone quale ulteriore presupposto per lo svolgimento di una certa attività, impedendo a tutti coloro che ne sono privi di poter lavorare in modo lecito nel settore di interesse. La soluzione pare quindi già presente all'interno del nostro ordinamento.⁷¹

Sul punto, preme tuttavia sottolineare come tale scelta giuridica spetti alle istituzioni politiche in concerto con gli enti competenti;⁷² nello specifico, preme evidenziare come già l'Organizzazione Mondiale della Sanità, negli ultimi anni, abbia posto l'attenzione sulla necessità per tutti gli stati membri di predisporre politiche volte ad incentivare l'attività fisica come strumento volto alla prevenzione delle patologie fisiche, nonché come strumento di cura delle stesse.⁷³

Sulla base di tali ultime considerazioni, i gruppi di riferimento della categoria, forti della riforma dello Sport⁷⁴ introdotta con il decreto legislativo 28 febbraio 2021, n. 36, hanno da tempo iniziato un dialogo con le istituzioni centrali,⁷⁵ con l'obiettivo di ottenere il

⁶⁹ Gli ordini professionali sono organizzazioni istituzionali regolate che rappresentano specifiche professioni. Hanno l'obiettivo di garantire la qualità, l'integrità e il rispetto delle normative nell'esercizio della professione da parte dei propri iscritti. Sono un elemento distintivo di molte professioni che implicano una particolare responsabilità verso il pubblico e la società.

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche (OPI) sono enti di diritto pubblico non economico e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale. Sono istituiti e regolamentati dalla Legge 3/2018 (pubblicata sulla G.U del 31/01/2018, vigente al 15/02/2018).

⁷⁰ B. M. Orciani, *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2020, pp. 299-318.

⁷¹ G. Soren, *Un riconoscimento per il chinesioologo delle attività motorie preventive e adattate*, in *quotidianosanita.it*, https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=113790, 16.05.2023.

⁷² È bene precisare come siano già presenti diverse esperienze regionali che hanno inserito il chinesioologo AMPA con contratti atipici nelle medicine territoriali, si pensi alla regione Veneto o Emilia-Romagna.

⁷³ Si vedano le Linee Guida pubblicate dall'OMS; S. Al-Ansari et al., WHO team group, "*Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour*", in <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf>, 2020.

⁷⁴ F. Orso, *La riforma dello sport: l'autonomia del circuito olimpico nazionale alle prese con la giuridificazione del fenomeno sportivo*, in *Associazione Italiana dei Costituzionalisti, Osservatorio*, 2022, pp. 101-124.

⁷⁵ Le associazioni rappresentative, infatti, sono state udite dalla II Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, nonché dalla Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, fornendo dati, documenti e informazioni essenziali in merito alla posizione del chinesioologo, affinché le istituzioni preposte potessero avere piena contezza della natura e degli importanti risvolti sanitari derivanti dal lavoro dello stesso. Importante è altresì sottolineare come la commissione Salute della Conferenza Stato – Regioni, nel corso del 2023, ha valutato positivamente all'unanimità la richiesta di riconoscimento del Chinesioologo LM-67 come nuova professione sanitaria, fornendo al Ministro della Salute e alla Direzione competente tutti gli elementi essenziali per poter sussumere la figura entro l'esercizio della professione sanitaria.

riconoscimento del laureato nelle attività motorie preventive e adattate quale nuovo esercente la professione sanitaria.⁷⁶

Lo svolgimento dell'attività fisica come strumento di prevenzione e cura,⁷⁷ con conseguente applicazione della normativa di natura sanitaria, è stato riconosciuto altresì dall'OMS che, durante il 2020, ha pubblicato delle importanti Linee Guida che affrontano in prima linea tale importante battaglia; nello specifico, l'OMS ha puntualizzato alcuni indirizzi volti a determinare il necessario esercizio fisico che, come sostenuto nel presente scritto, si presenta quale strumento necessario per prevenire patologie croniche e diminuire gli effetti dannosi di quelle già diagnosticate.⁷⁸

Tale ultimo documento si occupa di suddividere le attività motorie in base all'età del paziente, creando vere e proprie fasce di anzianità con relativi esercizi e condotte volte alla prevenzione e alla cura; *“The public health recommendations presented in the WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour are for all populations and age groups ranging from 5 years to 65 years and older, irrespective of gender, cultural background or socioeconomic status, and are relevant for people of all abilities”*.

Da tale quadro direzionale, si evidenzia come l'OMS, introducendo delle Linee Guida di tale tenore, abbia voluto sottolineare la natura sanitaria e curativa dell'esercizio fisico,⁷⁹ rendendo

⁷⁶ L'Istituto Superiore di Sanità, recependo tali indirizzi, ha da tempo affermato che *“l'attività fisica rappresenta uno dei principali strumenti per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, per il mantenimento del benessere psico-fisico e per il miglioramento della qualità della vita”*, evidenziando le principali ricadute dello svolgimento dell'attività fisica per la prevenzione, in particolare delle patologie muscolo-scheletriche, di quelle cardiovascolari e di quelle legate all'alimentazione, nonché quelle psicologiche”. Nel rapporto Istisan 18/9 redatto dal Ministero della Salute in collaborazione con il CONI viene evidenziato come l'adozione di politiche volte a favorire dei sani stili di vita anche attraverso l'esercizio fisico abbia un riflesso consistente sulla spesa sanitaria, permettendo un risparmio di circa 2,3 miliardi di euro all'anno. In particolare, viene riportato come la prevenzione tramite l'esercizio fisico sia in grado anche di riflettersi sulle condizioni che contrastano l'insorgenza di patologie tumorali e depressive.

Istituto Superiore di Sanità, *“Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività”*, 2018, pp. 66-94.

⁷⁷ F. Cereda, *Attività Fisica e Sportiva: tra l'educazione della persona e le necessità per la salute*, in *Formazione & insegnamento*, 2016, pp. 25-32.

⁷⁸ *“The 2020 WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour, replace the 2010 guidelines and are based on the most recent advances in the evidence for the selected behaviours and associated health consequences. They will form part of the overall set of global recommendations on physical activity and sedentary behaviour”*.

⁷⁹ Le Linee Guida sopra citate definiscono l'esercizio fisico come *“Regular physical activity is a known protective factor for the prevention and management of noncommunicable diseases such as cardiovascular disease, type-2 diabetes, breast and colon cancer. Physical activity also has benefits for mental health, delays the onset of dementia, and can contribute to the maintenance of healthy weight and general well-being. Physical activity is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that requires energy expenditure and can be performed at a variety of intensities, as part of work, domestic chores, transportation or during leisure time, or when participating in exercise or sports activities. At the low end of the intensity range, sedentary behaviour is defined as any waking behaviour while in a sitting, reclining or lying posture with low energy expenditure. Emerging new evidence indicates that high levels of sedentary behaviour are associated with cardiovascular disease and type-2 diabetes as well as cardiovascular, cancer and all-cause mortality”*.

necessaria l'individuazione di una figura professionale debitamente istruita per svolgere tale attività.

Ancora, appare lampante come l'OMS abbia voluto affermare la natura sanitaria dell'attività descritta nel citato *paper*, rendendo necessaria la presenza di una figura rientrante nel comparto sanità. Infatti, solamente uno specialista riconosciuto entro la professione sanitaria può concretamente svolgere e seguire le Linee Guida quivi descritte.

Ecco che emerge chiaramente un ulteriore elemento a sostegno della tesi qui sostenuta; il pronto riconoscimento del professionista della prevenzione e delle tecniche adattive entro il comparto sanità, non solo permetterebbe una maggiore garanzia per gli stessi operatori, ma appare necessario altresì per il rispetto degli indirizzi dettati dalla stessa OMS. Sulla scorta di queste considerazioni, il Senato della Repubblica, con disegno di legge n. 2475,⁸⁰ ha rappresentato concretamente il possibile riconoscimento del chinesiologo entro le professioni sanitarie;⁸¹ infatti, dalla lettura del disegno di legge si evince come l'attività fisica sia ormai considerata un elemento trainante la salute e il benessere della Regione europea.

Si legge; *“I benefici per la salute derivanti dall'attività fisica, ampiamente dimostrati dall'evidenza scientifica, comprendono un minor rischio di contrarre malattie cardiovascolari, ipertensione e diabete, svolge un ruolo importante nella gestione di talune affezioni croniche e produce effetti positivi anche sulla salute mentale riducendo le reazioni da stress, ansia e depressione. L'attività fisica rappresenta un fattore terminante per il dispendio energetico ed è quindi essenziale ai fini dell'equilibrio energetico e del controllo del peso”*.

Il laureato in scienze delle attività motorie e sportive, quindi, si presenta come un esperto del corpo e della relativa mobilità, il quale, stante l'ampia e duratura preparazione, può rivestire un ruolo fondamentale nella definizione di programmi di prevenzione, rappresentando così un punto di riferimento per interventi di natura sanitaria.⁸²

Dal commento introduttivo al disegno di legge si evince la necessità di inquadrare in modo compiuto il personale qualificato all'interno delle strutture ove si praticano a vario titolo l'attività motoria e sportiva, stante la necessità di tutelare la salute in tutti i suoi aspetti. Inoltre, siffatta soluzione permetterebbe, da un lato, di evitare l'abuso di una professione così importante nel panorama della quotidianità e, dall'altro, verrebbe altresì fortemente limitato a tutti

⁸⁰ Si legge; *“l'istituzione, nell'ambito delle professioni sanitarie, della professione del chinesiologo clinico cui possono accedere coloro che abbiano conseguito la laurea magistrale in scienze motorie preventive e adattate, o titoli equipollenti.*

In un'ottica di tutela della salute incentrata sulla promozione della prevenzione si prevede dunque all'articolo 6 che le attività motorie debbano essere necessariamente pianificate e messe in atto da personale qualificato, all'interno di tutte le strutture, sia pubbliche che private, che a vario titolo intendano svolgere al proprio interno attività motorie e sportive”.

⁸¹ Disegno di legge n. 2475 del 13.07.2016, presso il Senato della Repubblica; *“Disposizioni in materia di riconoscimento e regolamentazione delle professioni relative alle attività motorie, nonché delega al Governo per l'istituzione della figura di insegnante specializzato in attività motorie”*.

⁸² F. Casolo, D. Coco, *Articolo 33, Comma 7 della Costituzione italiana: Circa lo Sport e le attività sportive*, in *Formazione & insegnamento*, 2024, pp. 5-11.

quei soggetti non qualificati lo svolgimento di attività che potrebbero compromettere la salute dei pazienti stessi.

Nello specifico, l'articolo 4 del sopracitato disegno di legge istituisce la figura professionale del chinesiologo delle attività cliniche, specificando come *“Nell'ambito delle professioni sanitarie è istituita la professione di chinesiologo clinico. Per l'esercizio della professione sanitaria di cui al presente comma è necessario il possesso della laurea magistrale in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, classe di laurea LM-67, o di titoli equipollenti alla laurea abilitante”*.

Ancora, il quarto comma della medesima disposizione introduce una particolarità che, in base al contesto sanitario-normativo del nostro ordinamento, sancirebbe l'ingresso della professione entro l'ambito sanitario, ovvero la necessaria iscrizione in un apposito albo professionale;⁸³ *“È istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso il collegio dei tecnici sanitari di radiologia medica, l'albo per la professione di chinesiologo clinico. Possono iscriversi all'albo i soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma 1”*.⁸⁴

Nonostante quanto sopra detto, soprattutto in riferimento ai molteplici tentativi di qualificare in termini maggiormente compiuti e specifici la figura dei laureati in scienze motorie, vari sono stati i conflitti nascenti da tale volontà legislativa.

Infatti, specifiche categorie professionali, da tempo operanti nel settore motorio-sanitario, si sono opposte con fermezza al nuovo tentativo di riconoscimento della figura del chinesiologo;⁸⁵

⁸³ Sul punto, la riforma Lorenzin ha permesso di introdurre nel contesto normativo nuovi Ordini professionali, nonché regole ulteriori affinché i professionisti potessero essere collocati entro gli stessi l'art. 12 della citata legge introduce un'importante riforma al Codice penale in tema di esercizio abusivo della professione; *“L'articolo 348 del codice penale è sostituito dal seguente: «Art. 348 (Esercizio abusivo di una professione). - Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000”*.

⁸⁴ Per quanto concerne la formazione dei chinesiologi clinici, l'art. 5 del ddl introduce il necessario requisito del possesso di una laurea specifica; *“Nell'ambito della propria autonomia, le facoltà universitarie di scienze delle attività motorie e sportive possono favorire l'uniformità dei propri piani di studio, relativi sia ai corsi di laurea magistrali che a quelli triennali, al fine di migliorare la formazione degli studenti, di assicurare una maggiore competitività a livello internazionale, nonché di agevolare la comunicazione e la collaborazione tra le università. L'accesso ai corsi di laurea in scienze delle attività motorie e sportive, compresi i corsi delle lauree magistrali, è subordinato, ai sensi della legge 2 agosto 1999, n. 264, al superamento di test di ammissione comprendenti una prova inerente le capacità fisico-motorie, determinante ai fini del giudizio finale, una visita medico-sportiva ed una prova scritta generale relativa ai programmi di studio del corso di studi, che attribuisca un punteggio massimo non superiore a quello relativo alla prova fisico-motoria. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, definisce con proprio decreto il contenuto dei test di ammissione di cui al presente comma”*.

Tale riforma permetterebbe quindi di vincolare l'esercizio della professione in ambito clinico solamente ai soggetti che, da un lato, hanno conseguito il relativo titolo di studio e, dall'altro, siano iscritti all'apposito albo professionale, evitando, quindi, la diretta concorrenza con tutti coloro che svolgono detta professione pur essendo privi del titolo di studio necessario.

⁸⁵ Come sopra evidenziato, Negli ultimi anni si è acceso un dibattito tra fisioterapisti e chinesiologi riguardo al riconoscimento professionale di questi ultimi. I fisioterapisti, in quanto professionisti sanitari abilitati alla diagnosi funzionale e alla riabilitazione, esprimono preoccupazione per una possibile sovrapposizione di

infatti, lo svolgimento di attività come quelle del chinesologo, che potrebbero astrattamente essere ricondotte entro il mondo sanitario, ha certamente preoccupato i lavoratori già da tempo operanti nel settore, intimoriti dalla possibile concorrenza di soggetti specializzati. Il chinesologo, come detto, non è mai stato inserito tra le professioni sanitarie, entrando in conflitto con le figure già operanti nel settore, le quali eseguono di fatto prestazioni di natura preventiva/motoria del tutto simili a quelle svolte dalla quivi descritta professione.⁸⁶ Il rapporto maggiormente problematico è senza dubbio quello intercorrente tra il chinesologo e il fisioterapista;⁸⁷ infatti, l'attività svolta da questi ultimi è volta alla riabilitazione e alla riattivazione delle funzioni motorie, caratterizzandosi di fatto nello svolgimento di attività di natura sanitaria,⁸⁸ all'opposto il chinesologo, non rientrando nell'area medica, si rivolge sia a soggetti sani che a soggetti malati, i quali, in seguito al trattamento fisioterapico, non abbiano raggiunto la completa guarigione.⁸⁹

Tale contrasto ha portato altresì all'intervento della Corte Costituzionale che ha ritenuto illegittima una legge della regione Sicilia, la quale aveva riservato alcune attività ai laureati in scienze motorie.⁹⁰

Infine, come facilmente immaginabile, il possibile collocamento della figura del laureato in scienze motorie dedito ad attività di prevenzione e cura entro il comparto sanità, potrebbe effettivamente causare un turbamento nel mondo giuridico, sicché appare fondamentale, seppur in breve, analizzare i principali risvolti di tale auspicata riforma.

competenze, soprattutto in ambito terapeutico. I chinesologi, laureati in Scienze Motorie, rivendicano invece un ruolo autonomo e complementare, centrato sulla prevenzione e sull'esercizio fisico adattato.

Il riconoscimento legislativo della figura del chinesologo, sancito nel 2022, ha rafforzato la loro posizione, ma ha anche alimentato tensioni con l'area sanitaria, evidenziando la necessità di confini professionali chiari e rispettati.

⁸⁶ Appare quindi chiaro il difficoltoso rapporto tra le due figure professionali; basti pensare alla sentenza di illegittimità costituzionale pronunciata dalla Corte Costituzionale il 23 luglio 2018, n. 172 che, pronunciandosi in riferimento alla nascita di una nuova figura professionale, ha voluto censurare l'art. 56 l.r. 16/2017 della Regione Sicilia; nello specifico, tale disposizione aveva il merito di aver riservato in modo esclusivo lo svolgimento delle professioni concernenti le attività fisiche ai soggetti in possesso della laurea in scienze motorie, ovvero del diploma ISEF, nelle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche.

La censura della Corte, come facile immaginare, risiedeva nel fatto che la Regione Sicilia non avrebbe potuto creare una nuova figura professionale rappresentata dai laureati in scienze motorie, e nemmeno prevedere il relativo diploma quale titolo abilitante l'esercizio di professioni sanitarie di competenza di fisioterapisti e laureati in medicina, essendo tale competenza riservata allo Stato ai sensi dell'art. 117, comma 3 Cost.

La Corte, tuttavia, ha censurato la predetta normativa regionale altresì sulla scorta della conseguente esclusione dall'esercizio della professione di prevenzione ed efficientamento motorio dei fisioterapisti⁸⁶ che, invece, sarebbero gli unici professionisti deputati ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motoricità

⁸⁷ Il punto di critica non è dunque rappresentato dal fatto che la Corte ha affermato che le attività che la Regione Sicilia intendeva riservare ai laureati in scienze motorie potessero essere eseguite anche dai fisioterapisti, ma dalla riserva a questi ultimi di quelle attività tipiche per cui invece è prevista una lunga e specifica formazione.

⁸⁸ M. Angelucci, *Il paradosso dello sport in Italia*, Roma, Biblioteca Italiana, 2015, pp. 90-100.

⁸⁹ N. Introna, *Il binomio «sport e salute» nella riforma del diritto dello sport: istituzioni, strutture, professionalità e responsabilità*, Università degli studi di Trento, Facoltà di Giurisprudenza, Trento, 2022.

⁹⁰ L. Zambelli, F. Pegreff, *Il laureato in scienze motorie, professionista della pianificazione del benessere /e del rilancio socio-sanitario dopo il Covid-19*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2021, pp. 58-60.

6. Le principali conseguenze della qualifica di esercente la professione sanitaria

Il possibile riconoscimento sanitario del ruolo del chinesologo AMPA rappresenterebbe uno spartiacque fondamentale nel mondo giuridico dei professionisti sportivi, sicché appare di centrale importanza sottolineare gli aspetti maggiormente rilevanti di siffatto inquadramento.

Infatti, la conseguenza principale della collocazione di una nuova professione entro il panorama sanitario è certamente rinvenibile nell'applicazione del regime giuridico regolante il settore predetto, caratterizzato da molteplici aspetti. In primis, pare fondamentale sottolineare l'applicazione della normativa di maggior spettro, ovverosia la l. 24/2017, legge Gelli-Bianco, che si occupa di disciplinare molteplici aspetti rilevanti degli esercenti la professione sanitaria.⁹¹ La presente trattazione, tuttavia, non permette di soffermarsi sulla disamina completa degli istituti d'interesse, sicché verrà offerta una rapida trattazione solamente degli indici di pronta applicazione.

6.1. Il regime della responsabilità del sanitario: cenni

Il possibile riconoscimento del chinesologo entro la professione sanitaria comporta, in primo luogo, l'applicazione della nuova normativa in materia di responsabilità sanitaria,⁹² sotto il punto di vista penale e civile.

In particolare, l'art. 7 della citata riforma compie, per la prima volta, una scissione del regime civilistico della responsabilità del sanitario rispetto a quella della struttura.⁹³ Infatti, la struttura sanitaria, sia pubblica che privata, manterrà un regime di responsabilità avente natura contrattuale, sia per i sinistri direttamente imputabili alla stessa, sia per quei danni posti in essere dagli esercenti la professione sanitaria operanti all'interno della struttura, anche se non dipendenti ovvero se scelti dal paziente stesso; *“La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose”*.

Questo aspetto appare di primaria importanza per il possibile riconoscimento del chinesologo; infatti, il laureato in scienze motorie che svolge siffatta professione, potrebbe concretamente essere collocato entro le strutture sanitarie pubbliche, con la conseguente applicazione

⁹¹ V. Miconi, *La responsabilità professionale dei sanitari: come cambia dopo la legge Gelli-Bianco*, in *La Rivista Italiana della Medicina di Laboratorio*, 2018, p. 184.

⁹² La legge n. 24/2017 si sostituisce alla precedente disciplina normativa vigente con il decreto Balduzzi, n. 158/2012, il quale, in tema di responsabilità civile, introduceva un regime giuridico di tipo contrattuale per la posizione del singolo sanitario.

Conseguentemente, spettava a quest'ultimo l'onere della prova inerente alla propria condotta diligente rispetto al danno lamentato dal singolo paziente, sicché la posizione dello stesso sanitario appariva decisamente più gravosa rispetto a quella odierna.

⁹³ Cass. Civ., Sez. VI, 17 aprile 2014, n. 8940, con la quale la Suprema Corte aveva mantenuto la propria posizione, ribadendo la teoria del contatto sociale di stampo contrattuale, con la conseguenza che il danneggiato è posto in una posizione di vantaggio, stante la semplicemente prova dell'esistenza del “contatto”

non solo della normativa quivi analizzata,⁹⁴ ma altresì delle rispettive Linee guida che dovranno, in tal caso, essere introdotte nel sistema sanitario.⁹⁵

Dall'altro lato, per quanto concerne la natura giuridica della responsabilità dell'esercente, la l. 24/2017 ha radicalmente mutato il regime precedente ad esso applicabile, differenziando il personale strutturato⁹⁶ dal libero professionista; infatti, per quanto concerne la prima figura, trova nuova luce la responsabilità aquiliana del danno, la quale era stata superata con la sentenza della Suprema Corte n. 589/1999, riaffermando il regime extracontrattuale derivante dall'art. 2043 c.c., con il conseguente capovolgimento della posizione del paziente che passa ad una posizione maggiormente ostica a seguito dell'inversione dell'onere.⁹⁷

Per quanto riguarda invece il libero professionista, che opera al di fuori della struttura sanitaria, o che viene ingaggiato personalmente dal paziente mediante specifico corrispettivo, la normativa mantiene vivo il regime contrattuale affermato in precedenza, stante il rapporto d'impiego di natura prettamente obbligazionista.

6.2. L'obbligo assicurativo degli esercenti la professione sanitaria

La legge 24/2017 dedica un ampio spazio al profilo assicurativo, introducendo un regime specialistico che, partendo dalle riforme precedentemente introdotte (nello specifico il decreto Madia), delinea obblighi differenti in base ai soggetti sanitari oggetto di esame.⁹⁸ La disposizione

⁹⁴ S., Aleo et al. (A cura di), *La responsabilità sanitaria*, Milano, Giuffrè, Vol. 1, 2018, pp. 130-143.

⁹⁵ Si fa riferimento all'erogazione della prestazione intramuraria (o intramoenia), la quale viene definita come: "l'attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individualmente o in équipe, esercitata fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta". Si veda *Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria* reperito presso leg16.camera.it, Parlamento italiano.

Per quanto concerne il regime dell'erogazione della prestazione extramoenia, si suole far riferimento alle attività lavorative eseguite dai professionisti sanitari all'esterno della struttura di appartenente e caratterizzata da un rapporto di lavoro non esclusivo.

⁹⁶ La specificazione del regime in cui il sanitario svolge le proprie attività è di fondamentale importanza sia per individuare la natura della responsabilità, sia il regime assicurativo; con il termine "strutturato" si fa riferimento a tutti i professionisti sanitari che svolgono la propria attività all'interno di una struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica/privata, agendo non solo per conto della stessa ma facendone valere anche il nome. Gli esercenti strutturati possono, quindi, essere sia dipendenti della struttura in cui operano, sia liberi professionisti ed in forza di questa posizione risponderanno per i danni cagionati sulla base dell'art. 2043 c.c., ovvero responsabilità extracontrattuale (art. 7 l. 24/2017). Il libero professionista strutturato non intrattiene un rapporto contrattuale con il paziente, non assumendo quindi una specifica obbligazione che altrimenti lo vincolerebbe alla responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. La ratio sottesa a questa valutazione si basa sulla considerazione che questa figura professionale in nulla si differenzia, a livello di attività sanitaria, dall'esercente dipendente agendo per nome e contro della struttura stessa, sulla base del contratto concluso tra le parti.

⁹⁷ F. Gelli, M. Hazan, D. Zorzi (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Milano, Giuffrè, 2017, p. 275.

⁹⁸ Le polizze assicurative con clausola "claims made" sono particolarmente diffuse nel settore sanitario, specialmente tra professionisti come medici e fisioterapisti. A differenza delle polizze "occurrence", che coprono gli eventi accaduti durante il periodo di validità della polizza, le "claims made" coprono solo le richieste di risarcimento presentate durante la vigenza della polizza, anche se l'evento dannoso è avvenuto in passato, purché dopo la "data di retroattività" indicata nel contratto. Questo significa che, se la polizza non viene rinnovata o viene cambiata senza garantire la retroattività, il professionista può restare scoperto da responsabilità legate ad

principale in tema assicurativo si individua nell'art. 10,⁹⁹ il quale si presenta con un testo particolarmente tecnico e di esteso contenuto; nello specifico, il primo comma è dedicato all'individuazione dei vari obblighi assicurativi a carico delle strutture sanitarie; da una parte, si introduce un vincolo alla conclusione di un contratto di assicurazione della responsabilità civile, con l'obiettivo di coprire sia la responsabilità verso terzi, sia la responsabilità verso i prestatori d'opera per tutti i danni che sono direttamente imputabili alla struttura, anche se cagionati dal personale.¹⁰⁰ Questo primo obbligo assicurativo tende a coprire anche tutti quei sinistri posti in essere dal libero professionista intramurario, ossia quell'esercente la professione che opera all'interno della struttura sanitaria, obbligandosi ad una prestazione a favore di un singolo paziente pagante, utilizzando i locali della struttura stessa al di fuori dell'orario istituzionale di riferimento.

Questa figura potrebbe concretamente interessare la posizione del chinesiologo che, se riconosciuto quale esercente la professione sanitaria, potrebbe concretamente fare uso dei locali propri di una struttura di riferimento.

Si pensi a tutte le visite che potrebbero essere svolte attraverso sistemi tecnologici aggiornati, ovvero agli spazi appositi forniti dalle strutture, i quali sono generalmente completi di tutti gli strumenti necessari allo svolgimento della professione.

Dall'altro lato, il secondo periodo del primo comma dell'art. 10, legge Gelli-Bianco, contiene un ulteriore obbligo assicurativo a carico delle strutture sanitarie, volto a coprire la responsabilità verso terzi degli esercenti la professione sanitaria che operano all'interno della struttura nella quale il sinistro è cagionato.

La struttura è quindi obbligata alla stipula di un apposito contratto di assicurazione della responsabilità civile a favore dell'operatore sanitario ivi operante, affinché possa essere coperto dai possibili sinistri dallo stesso cagionati.¹⁰¹

Infine, ultimo tassello di fondamentale importanza per trattare il profilo assicurativo che si applicherebbe a seguito del riconoscimento del chinesiologo entro le professioni sanitarie, pare essere l'obbligo che ricade direttamente sul professionista.

Infatti, in nostro ordinamento riconosce la possibilità ai professionisti sanitari di esercitare le

attività svolte in precedenza. Per questo, è fondamentale per gli operatori sanitari verificare con attenzione clausole come la retroattività e la postuma, per garantirsi una tutela continuativa e completa contro i rischi legati all'esercizio della professione.

⁹⁹ F. Laus, *L'assicurazione nella nuova responsabilità sanitaria*, in C. Bottari (a cura di), *La nuova disciplina della responsabilità sanitaria*, Bologna, Bononia University Press, 2019, pp. 61-71.

¹⁰⁰ La disposizione sopra analizzata garantisce l'operatività della copertura assicurativa anche per tutti i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante all'interno della struttura.

Il termine "personale" deve essere considerato in termini estensivi, ovvero non limitato ai professionisti dipendenti della struttura, ma facente riferimento a tutti quei soggetti dei quali la struttura si avvale, nell'espletamento delle proprie attività; elemento centrale per poter rientrare nella qualifica di "personale" è l'assenza di un rapporto contrattuale con il paziente.

¹⁰¹ F. Gelli, M. Hazan, D. Zorzit, (A cura di) *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Milano, Giuffrè, 2017, p. 566.

proprie attività fuori da un contesto di dipendenza, con la conseguenza della naturale nascita di nuove forme assicurative disciplinanti la copertura della responsabilità civile verso terzi.

L'art. 7 della legge 24/2017, al terzo comma, precisa come il regime di responsabilità aquiliana non si può estendere a coloro i quali hanno assunto apposita obbligazione nei confronti di un paziente.¹⁰²

Siffatto quadro normativo comporta la necessaria applicazione della disciplina contrattuale che impone degli obblighi reciproci tra le parti; da un lato, l'esercente la professione sarà tenuto ad erogare la prestazione a favore del paziente e, dall'altro, quest'ultimo dovrà corrispondere al medico la somma di denaro predeterminata.¹⁰³ La legge 24/2017,¹⁰⁴ introduce quindi uno specifico obbligo assicurativo applicabile ai liberi professionisti; infatti, tale ultima previsione normativa viene descritta in modo particolarmente specifico, prevedendo come; *“Per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3...”*.¹⁰⁵

La disposizione qui riportata evidenzia, quindi, tre situazioni specifiche a fronte delle quali nasce l'obbligo assicurativo; si fa riferimento, in primis, a tutti coloro che svolgono l'attività al di fuori di una struttura sanitaria, poi ai soggetti che operano all'interno di queste ultime ma in regime di libera professione, e infine a tutti coloro che si avvalgono dei locali della struttura per la realizzazione di un'obbligazione appositamente conclusa con il paziente.¹⁰⁶ La conoscenza del sopra accennato quadro normativo appare di centrale importanza per la figura del

¹⁰² P. Corrias, *La copertura dei rischi della attività sanitaria nella legge Gelli-Bianco*, in *Responsabilità medica*, 2018, pp. 119-127.

¹⁰³ L. Gasparini, *La disciplina dell'obbligo assicurativo*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2023, pp. 27-38.

¹⁰⁴ Merita qualche cenno il nuovo decreto attuativo in vigore dal 16 marzo 2024. Il decreto 15 dicembre 2023 pone come punto di riferimento per il sistema sanitario la presenza di una compiuta disciplina assicurativa volta alla tutela strutturale del danneggiato, attuando l'obbligo introdotto nel 2017 per le strutture sanitarie pubbliche e private ovvero sia la necessaria stipula di un contratto volto a garantirne la solvibilità nel rispetto di massimali predeterminati a livello nazionale.

Nello specifico, per quanto di nostro interesse, preme sottolineare come l'art. 3, comma 3, del decreto attuativo dia concreta operatività alla previsione assicurativa disciplinata all'art. 10 c. 3, l. 24/2017, avente ad oggetto sia la disciplina di rivalsa delle strutture sanitarie sia l'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa.

¹⁰⁵ Così continua poi l'art. 11 della l. Gelli-Bianco; *“La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta”*.

¹⁰⁶ Art. 7 comma 3, legge 8 marzo 2017 n. 24; *“L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del Codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente...”*.

chinesiologo che, presumibilmente, sarebbe chiamato a svolgere la propria prestazione in regime di libero professionista dovendo, quindi, sottostare al dettato sopra descritto.¹⁰⁷

7. Conclusioni

Evidenziate quindi le specifiche attività tecniche svolte dal chinesiology sui pazienti, con specifico riferimento al professionista delle tecniche preventive e adattate, si può agilmente percepire come lo stesso sia connaturato da una logica professionale di natura sanitaria. Infatti, come sopra anticipato, il chinesiology si contraddistingue rispetto agli altri professionisti sportivi per eseguire delle vere e proprie tecniche sui pazienti aventi una portata di certo rilievo medico-sportivo.

Si pensi a quanto detto in tema di patologie motorie e posturali, per le quali il chinesiology sviluppa una vera e propria analisi dell'allineamento posturale del corpo del paziente, realizzando uno studio della muscolatura in relazione alle tensioni derivanti dalla postura attraverso la predisposizione di tecniche di prevenzione e risoluzione delle patologie.¹⁰⁸

Ancora, il ruolo del chinesiology permette quindi di colmare delle lacune che naturalmente caratterizzano la figura dei medici tradizionalmente intesi; infatti, questi ultimi non sono dotati di capacità tali da poter programmare un piano motorio/sportivo volto al trattamento della patologia e alla prevenzione del paziente, sicché la figura del chinesiology quivi analizzata appare necessaria al fine di ottenere una completa cura del soggetto affetto dalle più varie patologie. Il chinesiology, quindi, programmando e strutturando l'attività fisica in relazione alle valutazioni compiute dal medico e ai test somministrati, è capace di far fronte alle varie esigenze e alle molteplici caratteristiche dell'individuo in cura, mediante capacità che solo i percorsi universitari sopra citati possono offrire.¹⁰⁹

Il possibile riconoscimento del chinesiology entro le professioni sanitarie non si fonda esclusivamente sulle modalità operative poste in essere dallo stesso, ma altresì dalla necessità di riconoscere a questa figura professionale una dignità che solo gli esercenti la professione sanitaria possono vantare.¹¹⁰

Appare altresì importante il regime concorrenziale a cui oggi giorno è sottoposto il chinesiology, il quale, come anticipato in apertura, deve pur sempre interfacciarsi con soggetti privi di

¹⁰⁷ F. Di Giovanni, *L'assicurazione nella responsabilità da attività sanitaria*, in U. Ruffolo, M. Savini Nicci (a cura di), *Le nuove frontiere della responsabilità medica. Enti e operatori sanitari, dalla legge Gelli-Bianco all'era post-pandemica*, Milano, Giuffrè, 2022, pp. 381-393.

¹⁰⁸ Si rinvia al paragrafo n. 2.

¹⁰⁹ Per un'approfondita disamina sul tema si veda il sito del Ministero della salute, nello specifico, per quanto riguarda il diabete mellito 2, la seguente pagina; <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/diabete/>.

¹¹⁰ Come noto, la dignità riconosciuta ai professionisti sanitari poggia sulla loro formazione specialistica, l'accesso a un albo professionale e su di una responsabilità clinico-giuridica.

Per i chinesiology questa valorizzazione comporta vantaggi concreti; grazie al riconoscimento normativo (DL 5 ottobre 2022) e all'istituzione di un Ordine, gli stessi potrebbero accedere ad una professione tutelata con sanzioni per l'esercizio abusivo, godendo di particolari agevolazioni fiscali, potendo essere inseriti in contesti sanitari per la prevenzione e l'esercizio adattato.

Questi elementi rafforzano la loro credibilità e professionalità, migliorano la tutela dei pazienti e facilitano un'inclusione strutturata all'interno del sistema sanitario nazionale.

titoli universitari, in possesso di meri attestati rilasciati da federazioni e gruppi sportivi sufficienti allo stato per poter somministrare programmi atti a migliorare la qualità di vita e a predisporre tecniche del tutto analoghe a quelle che vengono con diligenza e conoscenza preparate dai laureati sopra descritti.

Come sopra evidenziato, un passaggio fondamentale verso tale obiettivo è rinvenibile nella analizzata riforma dello sport¹¹¹ che ha per la prima volta riconosciuto la figura del chinesio-ologo. Questa riforma rappresenta un passo significativo verso la valorizzazione delle competenze dei laureati in Scienze Motorie, offrendo loro un riconoscimento professionale chiaro e delineato. Inoltre, la stessa mira a garantire una maggiore qualità e sicurezza nelle attività motorie e sportive, affidandole a professionisti adeguatamente formati, sicché mediante tale intervento parrebbe potersi restringere il fenomeno della concorrenza nello svolgimento delle professioni motorie.

Sul tema, pare fondamentale porre l'attenzione, come sopra brevemente accennato, alla necessità di introdurre un albo di settore; la presenza di un ordine professionale permetterebbe, da un lato, di instaurare un formale dialogo con le istituzioni, rappresentando quindi un punto di raccordo fondamentale degli interessi di categoria, e, dall'altro lato, di ufficializzare e formalizzare la categoria stessa, fornendo strumenti e organi di autoregolazione. La creazione di siffatto strumento appare quindi auspicabile e necessario.

Tuttavia, al tempo stesso, il possibile riconoscimento comporterebbe altresì l'applicazione di una fitta normativa di settore. Si pensi alla legge n. 24/2017 recante, a titolo esemplificativo, la peculiare disciplina della responsabilità in ambito sanitario, gli obblighi assicurativi, ovvero il regime negoziale-processuale richiesto a tutti coloro che sono implicati in procedimenti giudiziari.¹¹²

In conclusione, è possibile affermare come il riconoscimento del chinesio-ologo qui prospettata appaia come la soluzione maggiormente auspicabile, sia in riferimento alle pratiche dallo stesso poste in essere sui pazienti, sia per quanto concerne la posizione rivestita all'interno del procedimento di riabilitazione, cura e prevenzione delle patologie. Tale affermazione pare non solo giuridicamente logica e coerente con quanto affermato nella presente trattazione, ma si pone come la soluzione maggiormente conforme ai bisogni dei pazienti e della collettività che, come detto, necessitano di specifiche cure erogabili solamente da professionisti appositamente formati e specializzati.

¹¹¹ F. Orso, *La riforma dello sport: l'autonomia del circuito olimpico nazionale alle prese con la giuridificazione del fenomeno sportivo*, in *Osservatorio Costituzionale-Associazione italiana dei costituzionalisti*, 2022, pp. 101-124.

¹¹² L'art. 8 c. 1 e 2, legge 24/2017 così recita: "Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. È fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione ai sensi dell'articolo 5, comma 1-bis, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28".