



**LECCE, 11 Dicembre 2021**

*Sala riunioni dell'Hotel Best Western Plus Leone di Messapia,  
S.P. n. 32 Lecce Cavallino,*

**16° CONVEGNO NAZIONALE  
ANNUALE U.N.A.S.C.I.**

***“Le società sportive  
ai tempi del COVID-19”  
Problematiche sanitarie ed opportunità***

**“Il Mondo dello Sport e le indicazioni  
al recupero nel post Covid 19.”**

**Relazione di:**

**Alfredo STERPINI**

Brindisi, Consigliere Regionale FMSI Puglia

## **La tipologia degli Atleti post Covid19**

La tipologia degli Atleti post Covid19 è rappresentata da:

- 1) Pregressi ricoverati in Reparti di Terapia Intensiva.
- 2) Paucisintomatici e/o ricoverati in Reparti di Medicina.

I Primi, alla dimissione, vengono inviati in Centri ospedalieri di Riabilitazione perché, in genere, presentano dei gravi postumi correlati ad una pregressa Polmonite bilaterale e/o ad una Cardiopatia (Miocardite).

Generalmente alla dimissione sono affidati al Recupero territoriale ambulatoriale (MMG o Fisiatra).

I Secondi saltano questo passaggio.

Entrambi i gruppi si troveranno, a seconda dei casi, ad avere una Assistenza accettabile fino ad una assenza pressoché totale di Intervento o percorso

Quanto meno l'Intervento sarà generico e non finalizzato al Paziente-Atleta.

La Visita clinica sarà, a mio parere, la base per poter valutare i Postumi e prescrivere un opportuno percorso al di là dell'Idoneità sportiva.

Esiste una Sindrome post covid che va dai postumi della Polmonite (fino alla Fibrosi) e/o della Miocardite fino ad una Sindrome caratterizzata da:

- Astenia e Dispnea.
- Aritmia e aumento FC.
- Insonnia e Deficit Cognitivi.
- Ansia e Depressione.
- Sudorazione eccessiva.
- Deficit funzionalità renale.

Sarà il Medico dello Sport che valuterà lo Stato del Paziente, anche finalizzato sia alla Idoneità sportiva che ad un programma riabilitativo, evitando il diffuso e pericoloso "Fai da te".

In questo potrà avvalersi di Test ed Esami specialistici:

- Scala di Borg (per la Dispnea) \_ tab. 4;
- Eco Cuore e Prova da sforzo;
- Spirometria e saturimetria;
- RX, TAC e/o RMN;
- T/C;
- Emocromo, Elettroliti, creatinina, PCR
- ed altri esami.

### **Ripresa**

Una corretta Ripresa ha alla base:

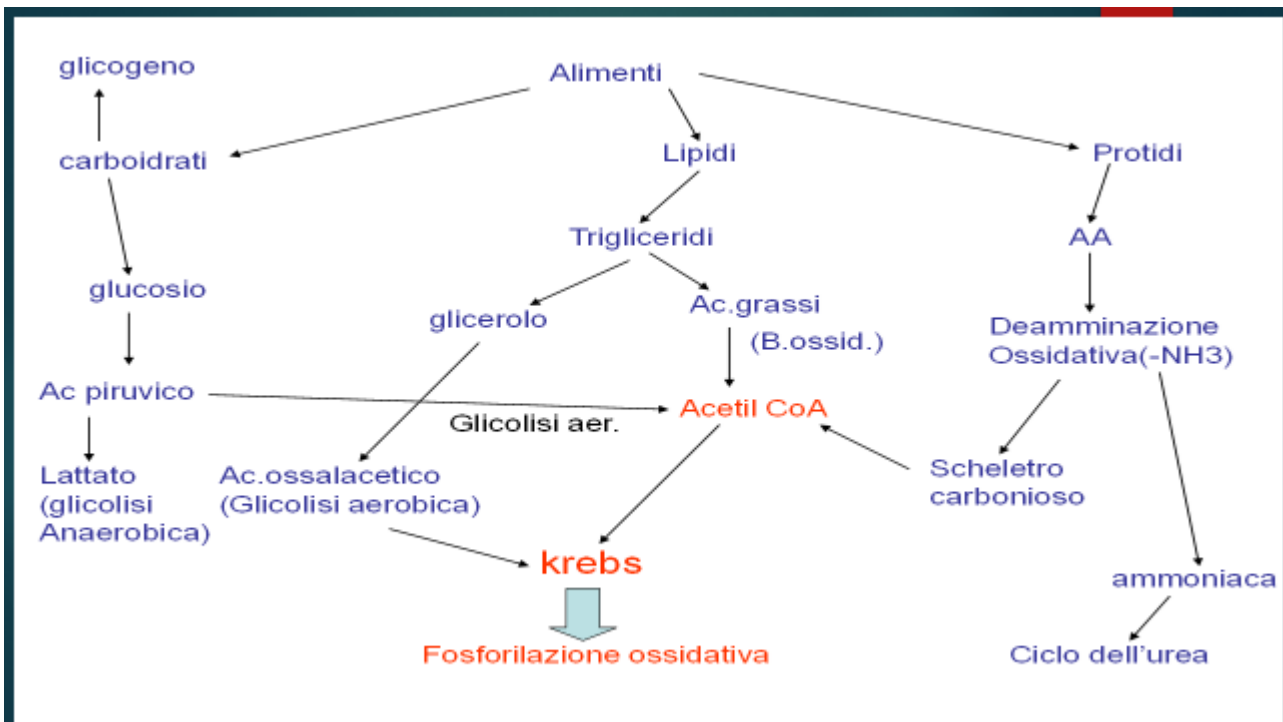
- Alimentazione personalizzata (tab. 1 e tab. 2)
- Attività fisica. (tab. 3)

### **L'alimentazione**

L'Alimentazione nello sportivo è finalizzata a fornire, fra l'altro, l'energia per far funzionare il "Motore chimico".

Cioè riformare l'ATP e la CP consumate durante l'Esercizio.

Quantitativamente si calcolerà il BMI e si valuteranno le Calorie da assumere.



Tab. 1

Qualitativamente riteniamo che, per tutti i giorni, la DIETA MEDITERRANEA sia la più valida:

Glucidi 50-60%

Lipidi 30-35%

Protidi 10-15%

Fanno eccezione il “Pasto di Recupero” post gara (che deve prevedere un aumento dei glucidi e dei liquidi con sale) e quello “Pre Competizione” (in cui i glucidi salgono al 90% e i Protidi stazionano al 10%, eliminando i lipidi).

Bisognerà valutare anche il Lavoro (Spesa) da effettuare:

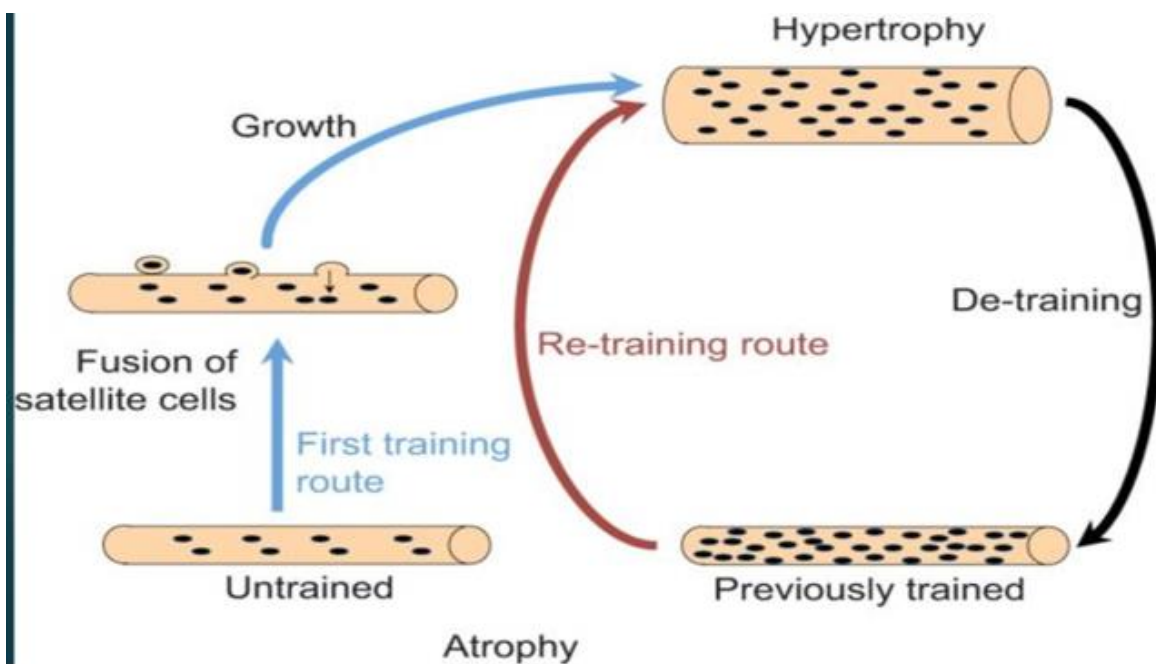
-Lieve: brucia Lipidi.

-Intenso: brucia Carboidrati.

Ripartizione ideale dei principali macronutrienti nella dieta dello sportivo			
Autore	Proteine	Lipidi	Glucidi
Grandjean e coll. <sup>22</sup>	10-15%	30-35%	50-60% 60-70 (endurance)
Leaf, Babnicki, Frisa <sup>23</sup>	12-15% (1-1,5 g/kg)	20-30%	55-65%
Nocker <sup>24</sup>	1,2 g/kg (sport resistenza) 1,2-1,5 g/kg (sport squadra) 1,5-2 g/kg (sport di potenza)	30%	
Silliprandi <sup>1</sup>	10-15% (fino a 2 g/kg sport di potenza)	30-35%	50-60%
Creff <sup>25</sup>	15%	30%	55%
Mouton, Ribiere <sup>26</sup>	15%	30%	55%
Gribaudo <sup>27</sup>	1,5 g/kg (2/3 vegetali)	30%	

Tabella 3.

Tab. 2



Tab. 2

### L'attività fisica

La Ripresa della AF nel post Covid parte da una Ipertrofia Muscolare (Sarcopenia) più o meno avanzata dovuta a "DETRAINING" che si istaura dopo un periodo variabile di 14-30 gg (in relazione all'età e al precedente stato di forma dell'Atleta).

In tale periodo si perdono le varie Capacità: Aerobiche, muscolari, ecc.

Veniamo però aiutati per la presenza nell'Atleta oltre che dai "Neuroni a Specchio", dalla "Memoria Muscolare" che abbrevia il Recupero per la persistenza nel muscolo dei "Mionulei".

Il tutto organizzato dal complesso sistema Neuronale e Polisinaptico Encefalico sussistente e regolato dalle sostanze Neuroendocrine (BNDP, Dopamina, ecc.).

Il Programma di Allenamento è quanto mai variabile ed in funzione dello Stato Generale e Muscolare dell'Atleta.

Pertanto, deve essere personalizzato e condiviso col Preparatore Atletico.

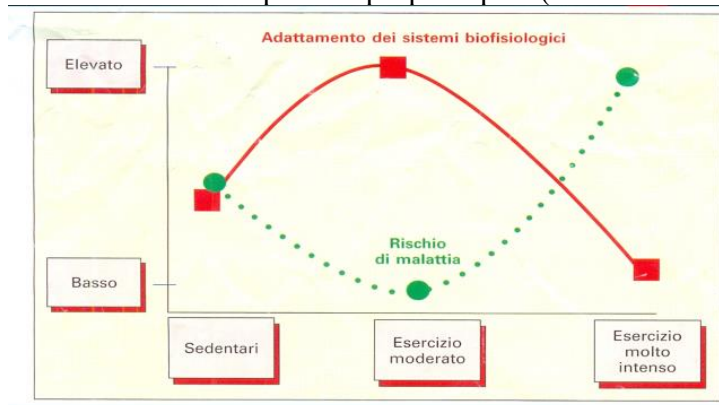
Anche in questo caso sussistono Teorie errate e/o non baste su canoni stabiliti.

In funzione di tale stato si va da una:

- Ripresa della "Dimestichezza" del Movimento.
- ES Propiocettivi posturali.
- Stretching,

Fino all'Inserimento di una AF Aerobica (cyclette, tapis roulant, ecc.) e di Esercizi di Rafforzamento Muscolare (sempre in associazione ai precedenti).

Per ultimo l'Inserimento dei Movimenti tipici del proprio sport (allenamento sulla soglia).



Tab. 3

Sarà certamente utile valutare la frequenza settimanale del Carico e, ovviamente, il carico da somministrare.

In particolare, si potrà calcolare la FC massima:

$208 - 0,7 \times \text{Età}$  o  $220 - 0,7 \times \text{Età}$  e stabilire il carico:

- Lieve 50%-60%
- Moderata 60%-70%
- Intensa 70%-80%
- Agonistica 90%

Tab. 4

Scala di Borg modificata per la valutazione della dispnea (M-Borg)

0	Nessuna
0,5	Molto molto lieve
1	Molto lieve
2	Lieve
3	Moderata
4	Piuttosto intensa
5	Intensa
6	
7	Molto intensa
8	
9	Molto molto intensa
10	Insopportabile