

Bollettino Aziendale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute



*Attività fisica e salute
Lo stato dell'arte*

Numero 1 a cura di:

U.O. Sorveglianza e Promozione della Salute

U.O. Epidemiologia e Analisi Biostatistico

Attività fisica nella AUSL Umbria 2

Come siamo messi e cosa si sta facendo

Premessa

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel Public Health Programme (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma Guadagnare Salute si propone di favorire uno stile di vita attivo, con il coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento. L'inattività fisica è stata identificata come il quarto fattore di rischio principale per la mortalità globale (6% dei decessi a livello mondiale). Questo segue l'alta pressione sanguigna (13%), l'uso di tabacco (9%) e l'alto glucosio nel sangue (6%). Sovrappeso e obesità sono responsabili per il 5% della mortalità globale. I livelli di inattività fisica sono in aumento in molti paesi con maggiori implicazioni per la salute generale delle persone in tutto il mondo e per la maggior parte delle malattie non trasmissibili come il cancro, il diabete e le malattie cardiovascolari e dei fattori di rischio quali l'aumento della pressione sanguigna, dello zucchero nel sangue e il sovrappeso.

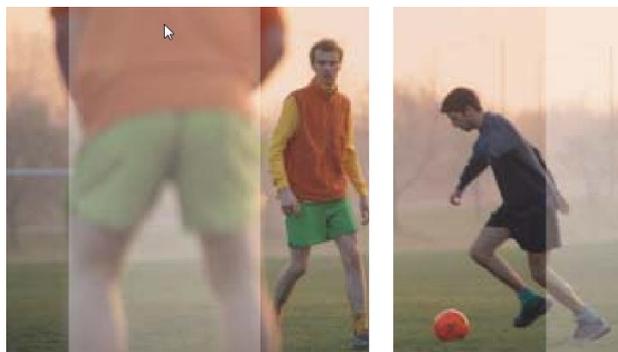
L'inattività fisica è stimata come la principale causa per circa 21 - 25% dei casi di cancro al seno e al colon, il 27 % dei casi di diabete e circa il 30% dei casi di Cardiopatia Ischemica (1). Inoltre le malattie non trasmissibili rappresentano quasi la metà del globale carico di malattie. Si è stimato attualmente che di ogni 10 morti, 6 sono attribuibili a condizioni non trasmissibili (2). La salute globale è influenzata da tre tendenze: invecchiamento della popolazione, rapida urbanizzazione non pianificata e globalizzazione, che provocano ambienti e comportamenti malsani. Di conseguenza, la crescente prevalenza di malattie non trasmissibili e i loro fattori di rischio sono diventati un problema globale che interessa paesi sia a basso che a medio reddito. Quasi il 45% delle malattie dell'età adulta in questi paesi ora è attribuibile a malattie non trasmissibili. Molti paesi a basso e medio reddito stanno cominciando a subire il doppio fardello di malattie trasmissibili e non trasmissibili, e i sistemi sanitari in questi paesi devono ora affrontare i costi aggiuntivi per trattarle entrambe. È stato dimostrato che la partecipazione all'attività fisica regolare riduce il rischio di malattie cardiache e ictus, diabete, ipertensione, cancro al colon, cancro al seno e depressione. Inoltre, l'attività fisica è un fattore determinante della spesa energetica e pertanto è fondamentale per l'equilibrio energetico e il controllo del peso.

In definitiva l'attività fisica: oltre ad essere uno dei principali fattori di salute è anche un punto di partenza per il cambiamento dello stile di vita

Un documento del Dipartimento per la Salute del Governo Inglese afferma¹:

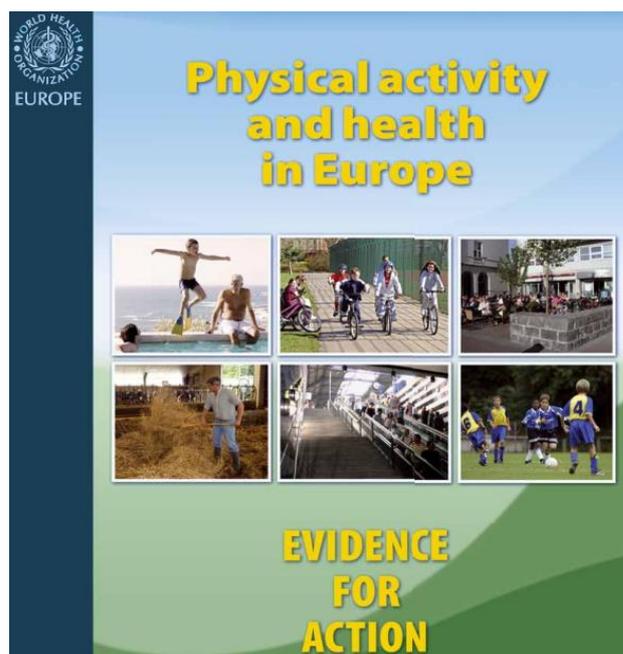
«L'attività fisica tende ad essere associata con altri tipi di comportamenti positivi per la salute, come

- mangiare sano e
- non fumare, e
- può essere utilizzato per aiutare a compiere altri cambiamenti comportamentali»



Una recente pubblicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sede europea, scrive a proposito dell'attività fisica:

«Si tratta di un comportamento così positivo per la salute, ha un così alto potenziale di miglioramento della salute pubblica a fronte di così bassi rischi che merita di essere al centro di qualsiasi futura strategia per la salute pubblica in Europa.»²



¹ Health, Department of. «At Least Five a Week: Evidence on the Impact of Physical Activity and Its Relationship to Health». Publication, 29 aprile 2004.

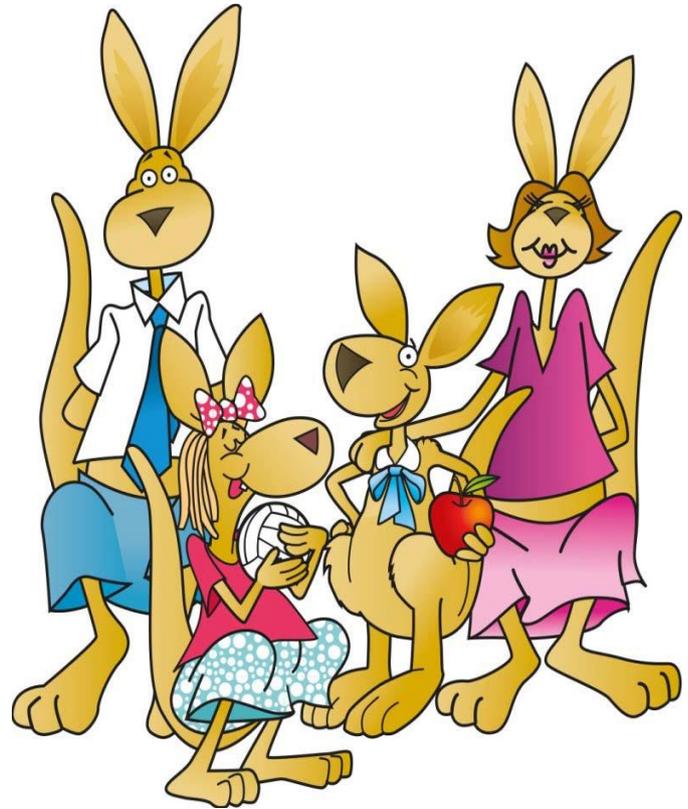
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/content/+http://dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4080994.

² «Physical Activity and Health in Europe: Evidence for Action», 2 dicembre 2014. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2006/physical-activity-and-health-in-europe-evidence-for-action>.

Attività fisica e comportamenti sedentari nei bambini dell'AUSL Umbria2

(Dati regionali-nazionali OKkio alla salute 2014)³

- Il 13% dei bambini non svolge attività sportiva strutturata e/o giocato all'aperto il giorno prima dell'indagine
- Le bambine sono meno attive dei bambini
- Solo il 19% dei bambini va a scuola a piedi o in bicicletta
- Il 30% dei bambini trascorre più di due ore al giorno davanti alla TV e/o ai videogiochi
- Il 46% dei bambini ha la TV in camera
- L'attività fisica e la sedentarietà dei bambini sono influenzate notevolmente dal contesto familiare
- Per il 64% delle madri di figli in sovrappeso e per il 45% delle madri di figli obesi l'attività fisica fatta dai figli è sufficiente



Attività fisica dei bambini e le caratteristiche dei genitori *Ancora disuguaglianze*

L'associazione tra la frequenza di attività fisica e la cittadinanza dei genitori risulta complessa: i figli di genitori italiani tendono a praticare attività fisica, 2 e 3 giorni a settimana, con frequenza maggiore rispetto ai figli con entrambi i genitori stranieri; quest'ultimi, per contro, rispetto ai coetanei figli di famiglie italiane, tendono più frequentemente a posizionarsi agli estremi della distribuzione, cioè sono più elevate sia le percentuali di bambini che praticano attività fisica solo per 0-1 giorno a settimana che quelli che la praticano per 5-7 giorni. Lo stesso andamento è riscontrabile se si prendono in considerazione i figli di genitori con titolo di studio inferiore alla scuola superiore. Inoltre, nelle famiglie in cui vi è almeno un genitore obeso, i bambini tendono a praticare meno attività fisica.

Quali attività sedentarie?

Nella nostra Regione sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in

³ «OKkio alla SALUTE». Consultato 3 giugno 2016. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/ReportRegionali2014.asp>.
Cos'è OKkio alla SALUTE? OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati. Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini. Sono state realizzate 4 edizioni: 2008, 2010, 2012, 2014; è in corso la rilevazione del 2016

particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei.

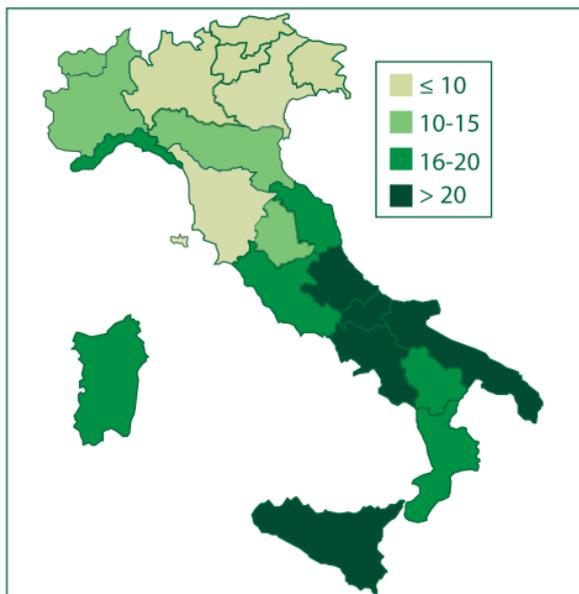
Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che quasi la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 5 di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

- Il 35% dei bambini trascorre più di due ore al giorno davanti alla TV e/o ai videogiochi
- Il 42% dei bambini ha la TV in camera
- Il 59% delle madri di bambini sovrappeso classificati non attivi ritiene che il proprio figlio svolga una sufficiente attività fisica

Conclusioni

I bambini della nostra Regione fanno poca attività fisica. Si stima che poco più di 1 bambino su 10 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco meno di 1 bambino su 5 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Dal 2008 al 2014 si assiste, comunque, anche in Umbria, ad un leggero miglioramento dei parametri che ci deve stimolare nel continuare le iniziative di promozione della salute intraprese.

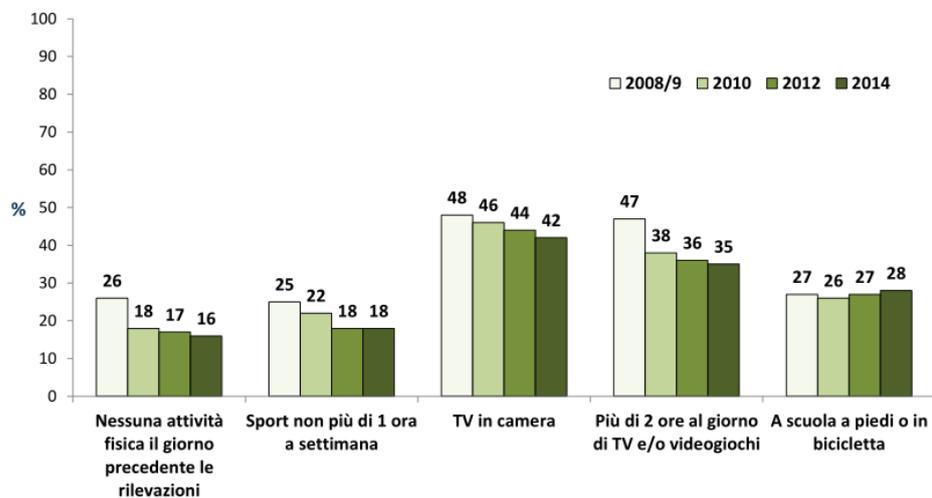
Le istituzioni, le comunità, le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.



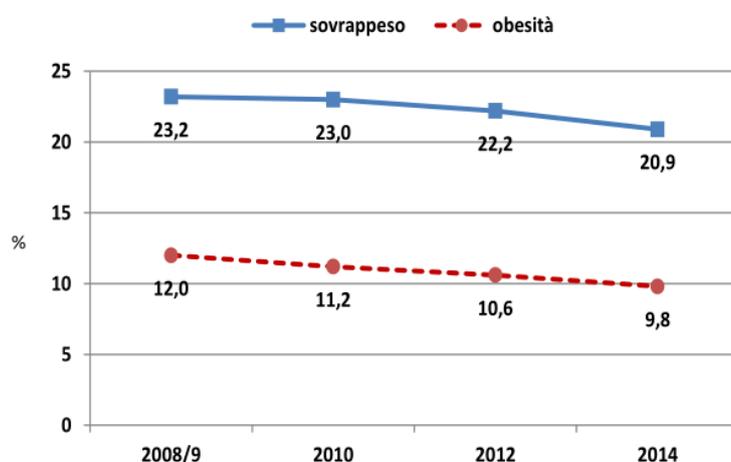
- Percentuale di bambini che non hanno svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine per regione. Italia, 2014

E in Italia cosa succede?

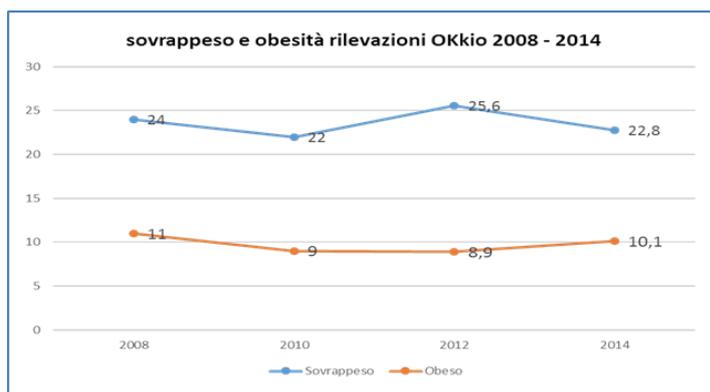
- Il 16% dei bambini non svolge attività sportiva strutturata e/o giocato all'aperto il giorno prima dell'intervista
- Le bambine sono meno attive dei bambini
- Solo il 28% dei bambini va a scuola a piedi o in bicicletta
- Dal 2008 ad oggi si assiste ad un leggero e progressivo miglioramento dei parametri



Italia: andamento di attività fisica e sedentarietà nelle 4 prime edizioni di OKkio. Dal 2008 ad oggi si assiste ad un leggero e progressivo miglioramento dei parametri. Nel 2014 diminuisce la presenza della TV in camera dei bambini e il tempo trascorso in attività sedentarie⁴



Italia: andamento di sovrappeso e obesità nelle 4 prime edizioni di OKkio. Dal 2008 ad oggi si assiste ad una leggera e progressiva diminuzione dell'eccesso ponderale⁵



Umbria: andamento di sovrappeso e obesità nelle 4 prime edizioni di OKkio. Dal 2008 ad oggi si assiste anche in Umbria ad una leggera e progressiva diminuzione dell'eccesso ponderale

⁴ Dai risultati del sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE" alla pianificazione delle strategie di prevenzione dell'obesità: la revisione della letteratura scientifica come strumento di Evidence Based Medicine al servizio del ricercatore e dell'operatore sanitario - C_17_notizie_1899_listaFile_itemName_3_file.pdf

URL http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1899_listaFile_itemName_3_file.pdf

Consultato 4/6/2016, 11:46:53

⁵ «OKkio alla SALUTE». Consultato 3 giugno 2016. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/ReportRegionali2014.asp>

Attività fisica e comportamenti sedentari nei ragazzi umbri e italiani di età compresa tra 11-13-15 anni

(Dati del sistema di sorveglianza HBSC 2014)

In Italia il numero dei ragazzi che non fanno nessuna attività fisica cresce con l'aumentare dell'età

- Ragazzi 11 anni 4,2% sedentari
- Ragazzi 13 anni 7,4% sedentari
- Ragazzi 17 anni 12,1% sedentari

Le femmine anche in queste fasce di età sono più sedentarie dei maschi.

Nei quindicenni italiani raramente si arriva al 10% di ragazzi che fanno attività fisica.

I ragazzi umbri di pari età rientrano in questa percentuale per i maschi **11%**, mentre le femmine sono notevolmente sotto il **6%**

Dall'analisi dei dati HBSC e dalla letteratura scientifica è emerso che c'è una forte relazione tra comportamenti sedentari e altri indicatori di salute.

- Sedentarietà-consumo di sostanze
- Sedentarietà-consumo di alcol
- Sedentarietà-episodi di aggressività
- Sedentarietà-aumento di peso in età adulta

Nello specifico l'uso eccessivo, negli adolescenti, della televisione comporta un aumento di peso in età adulta.

Quasi il **60%** dei quindicenni **italiani** guardano la televisione per **2 ore** al giorno, i maschi più delle femmine. I ragazzi **umbri** sono più virtuosi superano di poco il **50%**

I quindicenni della **nostra regione** sono più virtuosi anche per quanto riguarda la percentuale di loro che utilizza il proprio tempo per giocare con il computer, la playstation o altri dispositivi elettronici **43%** contro il **47%** della **media italiana**.

La stessa percentuale di ragazzi **umbri 43%** utilizza il computer per chattare, navigare, inviare e ricevere mail e per studiare, contro la media **nazionale** del **47%**

Conclusioni

Sono troppo **pochi** i ragazzi che fanno *attività fisica* per almeno un'ora al giorno tutti i giorni.

Sono **toppi** i ragazzi che *trascorrono e usano* più ore al giorno tv, computer, tablet, ecc. Le percentuali negative aumentano con l'aumentare dell'età
(Limite considerato eccessivo dal protocollo internazionale)

Attività fisica nella popolazione adulta (18 – 69 anni)

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – ASL Umbria 2 - PASSI 2011-14 (n=2713)

Livello di attività fisica	IC95%
<i>Attivo</i> ¹	36,9 (35,0 – 38,9)
<i>parzialmente attivo</i> ²	35,9 (34,0 – 37,8)
<i>sedentario</i> ³	27,2 (25,5 - 29,0)

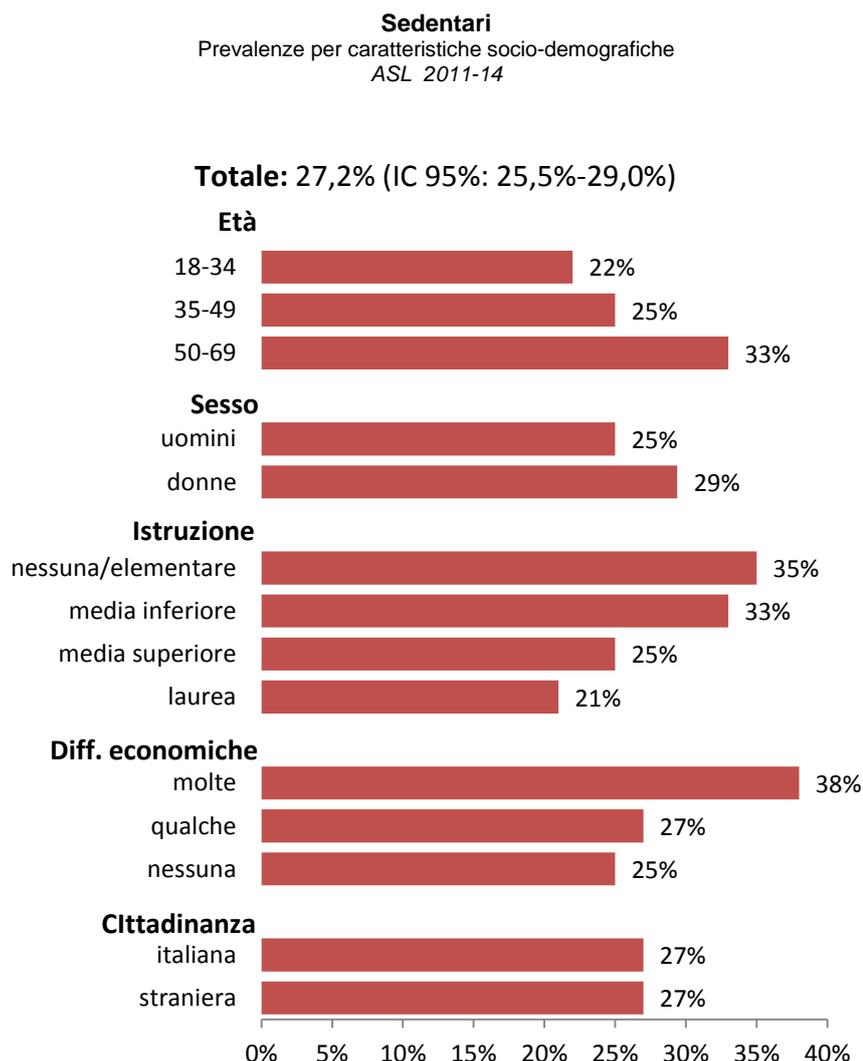
¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Come sempre ci sono delle disuguaglianze sociali e di genere:

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne



Sedentari

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8- 30,4)



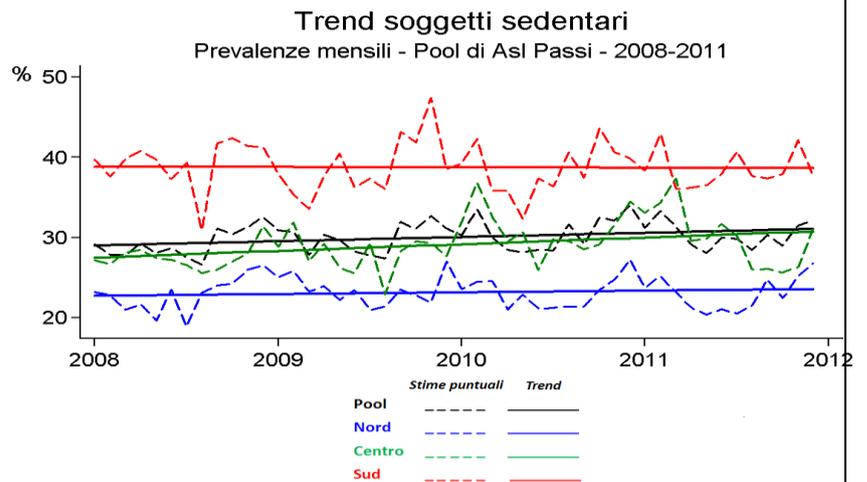
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14 la percentuale di sedentari è risultata del 30%
- Nel periodo 2011-2014 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

Analisi di trend sul pool di ASL

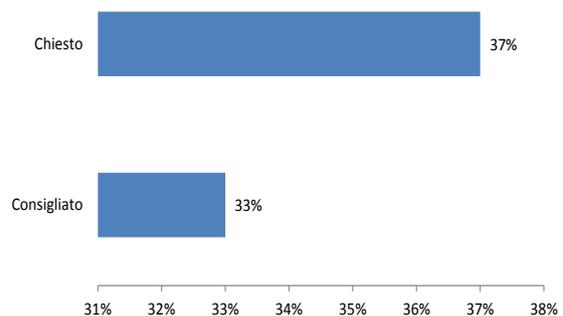
- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2012 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di sedentarietà, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

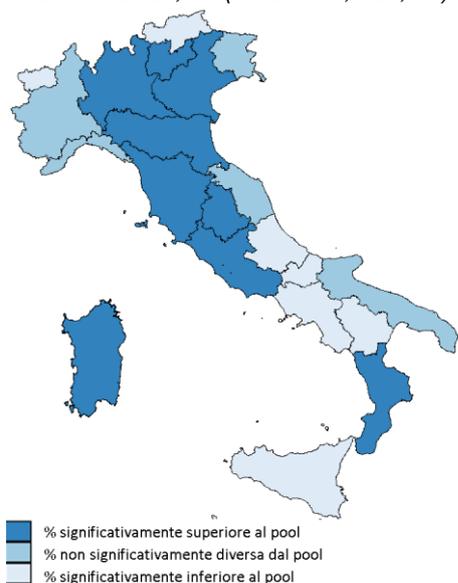
- Nella ASL Umbria 2 solo il 37% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Attenzione degli operatori sanitari
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2011-2014
Pool di Asl: 31,5% (IC95%: 31,1-31,8%)



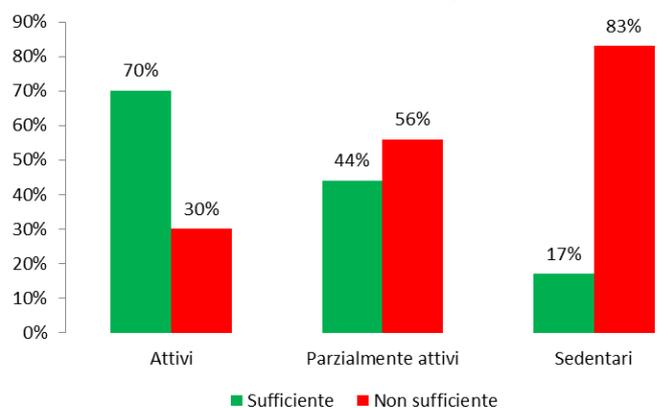
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali.

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

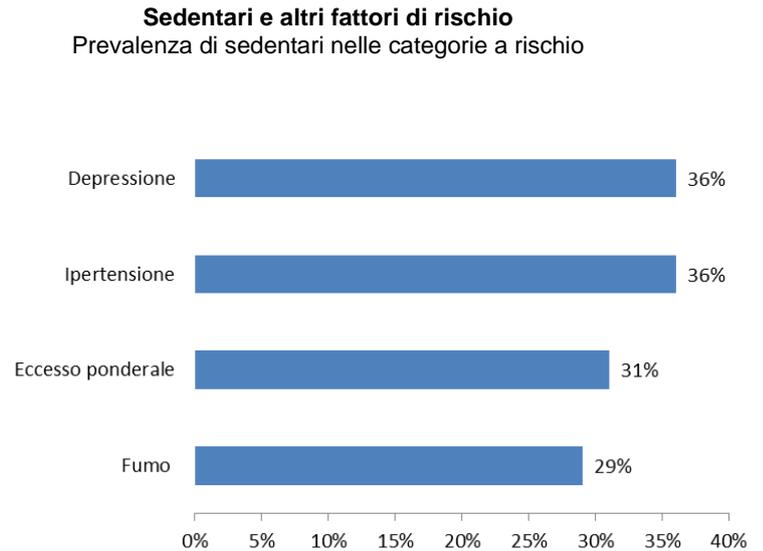
- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 30% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 44% delle persone parzialmente attive ed il 17% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

Autopercezione del livello di attività fisica praticata Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 36% delle persone depresse
 - il 36% degli ipertesi
 - il 31% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 29% dei fumatori



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL si stima che poco più di una persona adulta su tre (36%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 27% può essere considerato completamente sedentario. È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento. La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso). In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti. Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Attività fisica nella popolazione ultra sessantaquattrenne (Dati Passi d'Argento)

Sono ormai numerose le evidenze scientifiche che avvalorano l'importanza della pratica di una regolare attività fisica anche nella fascia di popolazione anziana. Negli ultimi 10 anni, è notevolmente aumentata la conoscenza sugli effetti dell'attività fisica e dell'esercizio tra gli uomini e le donne di età superiore ai 65 anni. Una regolare attività fisica ed esercizio fisico possono quindi prevenire e ridurre i vari cambiamenti fisici e mentali tipicamente legati all'avanzamento dell'età. L'attività fisica e l'allenamento hanno effetti benefici sulla massa ossea, l'equilibrio, la coordinazione e la flessibilità degli anziani e riducono il rischio di cadute e fratture. Sono in grado di avere un effetto positivo anche sui vari fattori psicologici e sulla percezione della qualità della vita. L'obiettivo della Sorveglianza è rilevare, con le modalità giuste, le informazioni necessarie per conoscere il fenomeno e poter poi agire promuovendo gli interventi appropriati e diffondere le forme di prevenzione opportune. Il sistema di sorveglianza "PASSI d'Argento" fornisce informazioni sullo stato di salute della popolazione con 65 anni e più, incluse quelle sull'attività fisica.

Come si misura l'attività fisica negli anziani:

L'attività fisica presa in esame in PASSI d'Argento viene rilevata con il metodo PASE (Physical Activity Scale for the Elderly) riferita agli ultimi 7 giorni, è distinta in 3 gruppi (leisure activity, household, occupational) con 4 livelli di risposta per il primo gruppo (0,1,2,3), Yes/no per i restanti due gruppi. Il PASE score è calcolato per ciascuna attività, moltiplicando l'ammontare del tempo (h/d) o la partecipazione (yes/no) per un peso attività-specifico. Il PASE totale è ottenuto sommando i singoli PASE score. Le 12 domande di PASSI d'Argento derivano dal questionario PASE, versione PASE and Paffebarger (sono state utilizzate quelle più adattabili ad un sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana). Nella distribuzione del punteggio PASE è stato considerato come valore di riferimento il 25° percentile e sono stati classificati "poco attivi" coloro il cui punteggio è risultato, rispetto a tale valore pari o al di sotto, o "più attivi" se al di sopra.

Prendendo in esame la mediana come valore di riferimento osserviamo in rosso la percentuale di soggetti che sono al di sotto di questo valore, nella nostra regione

Gruppi di età	Campione di persone in Regione/ASL eleggibili* alle analisi sull'attività fisica n (%)	% di persone al di sotto della mediana del pool** (50° percentile)	% di persone al di sotto del 25° percentile del pool**	% di persone al di sotto del 10° percentile del pool**
Uomini 65-74	294 (100%)	40%	16%	5%
Uomini 75-84	172 (100%)	56%	21%	7%
Uomini 85 e più	26 (100%)	48%	13%	13%
Donne 65-74	335 (100%)	41%	19%	7%
Donne 75-84	251 (100%)	51%	18%	2%
Donne 85 e più	47 (100%)	65%	2%	2%
Totale persone con 65 anni e più	1125 (100%)	48%	15%	8%

Delle 14.852 persone eleggibili con 65 anni e più (sono stati esclusi i disabili) il 35,7% (IC 35,1 – 36,4) è “poco attivo” seguendo il “cut off” al 25° percentile.

L’analisi multivariata effettuata con regressione logistica dimostra che ci sono differenze significative (OR) importanti rispetto ad alcuni fattori di rischio che sono riportati anche in letteratura⁶. Il modello mette in evidenza un profilo del soggetto a rischio di scarsa attività fisica (vedi tabella). ed evidenza che si ha una probabilità significativamente più elevata di essere poco attivi se sono più o meno presenti i seguenti fattori di rischio: essere più anziano (variabile inserita come continua nel modello OR 1,06); avere sintomi di depressione (OR 1,99); avere qualche difficoltà economica (OR 1,34); avere molte difficoltà economiche (OR 1,52); essere in sovrappeso (OR 1,12); essere a rischio di isolamento sociale (OR 1,67); avere problemi di vista non risolti (OR 1,73); avere problemi di udito (OR 1,20); avere più di 3 patologie (OR 1,68).

<i>Variabili</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC 95%</i> <i>Inf. – Sup.</i>		<i>P-Value</i>
Età (continua)	<u>1,0692</u>	<u>1,0630</u>	<u>1,0754</u>	<u>0,000</u>
Sintomi di depressione	<u>1,9941</u>	<u>1,8124</u>	<u>2,1940</u>	<u>0,0000</u>
Difficoltà economiche (Qualche difficoltà/Poche o Nessuna)	<u>1,3427</u>	<u>1,2380</u>	<u>1,4563</u>	<u>0,0000</u>
Difficoltà economiche (Molte difficoltà/Poche o Nessuna)	<u>1,5294</u>	<u>1,3638</u>	<u>1,7152</u>	<u>0,0000</u>
Sovrappeso (Si/No)	<u>1,1270</u>	<u>1,0439</u>	<u>1,2168</u>	<u>0,0022</u>
Genere (Donne/Uomini)	0,9816	0,9097	1,0592	0,6329
Rischio di isolamento sociale	<u>1,6736</u>	<u>1,4991</u>	<u>1,8685</u>	<u>0,0000</u>
Problemi di vista (Si/No)	<u>1,7347</u>	<u>1,5082</u>	<u>1,9952</u>	<u>0,0000</u>
Problemi di udito (Si/NO)	<u>1,1977</u>	<u>1,0593</u>	<u>1,3542</u>	<u>0,0040</u>
Oltre tre patologie croniche	<u>1,6912</u>	<u>1,4941</u>	<u>1,9142</u>	<u>0,0000</u>

Conclusioni e considerazioni:

Il sistema di Sorveglianza sulla popolazione con 65 anni e più “Passi d’Argento” permette di: 1) descrivere il fenomeno dell’attività fisica a livello nazionale e regionale con una precisione molto accurata attraverso la metodologia PASE; 2) costruire modelli di analisi multivariata al fine di valutare la probabilità degli anziani di essere scarsamente predisposti a svolgere attività fisica secondo profili di rischio definiti. I risultati dell’indagine 2012-2013 confermano in pieno quanto già evidenziato nella letteratura scientifica nazionale e internazionale sul tema della inattività fisica, confermando anche la capacità del sistema di individuare fattori intrinseci ed estrinseci all’individuo che possono limitare l’attività fisica regolare sia strutturata che non. Alcune variabili non sono state utilizzate nel modello multivariato in quanto non si è in grado (essendo uno studio trasversale) di mettere in relazione con certezza l’esposizione con l’esito (es. alcune patologie).

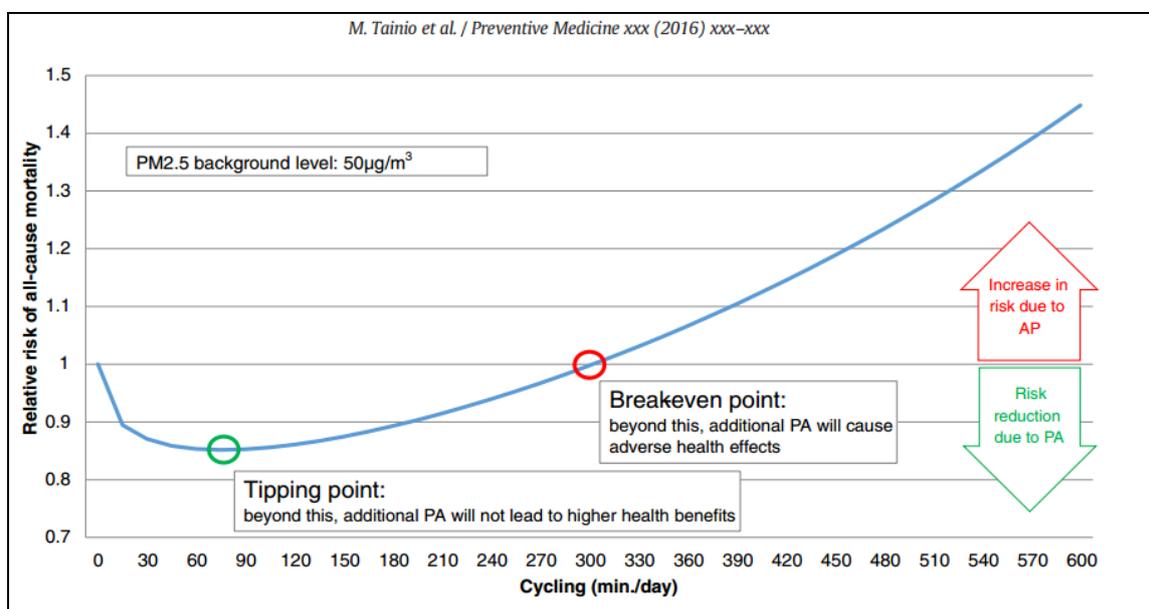
Ai fini dell’azione i dati ottenuti dall’analisi permettono di prendere in esame un contesto complesso che può favorire o sfavorire la capacità e la volontà dell’anziano di effettuare una attività fisica adeguata, quindi fattori che andrebbero rimossi per non vanificare le azioni volte ad aumentare tale attività (palestre convenzionate, urbanistica adeguata ecc.)

Ma se le città sono inquinate e mancano le piste ciclabili, non è meglio andare in macchina?

La domanda se la sono posta anche molti ricercatori e la netta risposta è no, nonostante i pericoli del traffico e di livelli anche significativi di inquinamento atmosferico i guadagni previsti in termini di salute derivanti da un aumento dei livelli dell'attività fisica superano gli effetti dannosi.

Una recente revisione della letteratura scientifica ha analizzato 30 studi che affrontavano questo problema ed ha concluso che: nonostante si siano utilizzate metodologie di valutazione dell'impatto sanitario che prendevano in esame parametri chiave differenti, la mobilità attiva può produrre notevoli benefici per la salute, indipendentemente dal contesto geografico⁷

Una recentissima pubblicazione ha quantificato il rischio benefico della mobilità attiva rispetto ai livelli di inquinamento da polveri sottili (PM10 e PM2,5). Per la media di fondo urbano di PM 2,5, per una concentrazione globale (22 mcg / m³) i benefici dell'attività fisica sono risultati di gran lunga superiori ai rischi da inquinamento atmosferico, anche con i livelli più estremi della mobilità attiva. Nelle zone con concentrazioni di PM 2,5 di 100 mcg / m³, i danni supererebbero i benefici dopo 1 ora e 30 min di bicicletta al giorno o più di 10 ore di cammino al giorno: i punti più inquinati di alcune nostre città hanno livelli medi annui di PM 2.5 di 24 µg/m³.⁸



Questo non vuole dire che non occorrono piste ciclabili o una buona diminuzione delle polveri sottili nelle città, ma, anzi, che non vi siano più scuse per migliorare la viabilità a favore del trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta) e quindi per innescare un circolo virtuoso che diminuisca inquinamento ed incidenti: più trasporto attivo -> meno automobili in circolazione, più richiesta di aria pulita per il piacere di respirare all'aperto -> meno inquinamento dell'aria -> più trasporto attivo ->....

⁷ Mueller, Natalie, David Rojas-Rueda, Tom Cole-Hunter, Audrey de Nazelle, Evi Dons, Regine Gerike, Thomas Götschi, Luc Int Panis, Sonja Kahlmeier, e Mark Nieuwenhuijsen. «Health Impact Assessment of Active Transportation: A Systematic Review». Preventive Medicine 76 (luglio 2015): 103–14. doi:10.1016/j.ypmed.2015.04.010.

⁸ Tainio, Marko, Audrey J. de Nazelle, Thomas Götschi, Sonja Kahlmeier, David Rojas-Rueda, Mark J. Nieuwenhuijsen, Thiago Hérick de Sá, Paul Kelly, e James Woodcock. «Can Air Pollution Negate the Health Benefits of Cycling and Walking?». Preventive Medicine, maggio 2016. doi:10.1016/j.ypmed.2016.02.002.

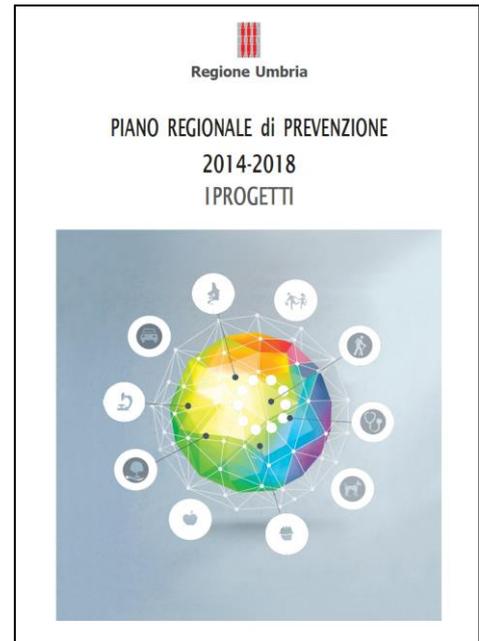
A questo punto “sappiamo tutto”, cosa facciamo e cosa potremmo fare:

Il Piano regionale della prevenzione:

Progetto 1.1 Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri

1.1.1. Promuovere l'attività fisica dei bambini che frequentano la prima e seconda classe di tutte le scuole primarie dell'Umbria aventi una palestra (circa 90) attraverso l'introduzione nel normale orario curricolare scolastico di due ore di attività fisica alla settimana, svolte con la collaborazione di professionisti laureati in scienze motorie, selezionati dal CONI sulla base di un bando attivato in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale.

1.1.2. Migliorare/sostenere corrette abitudini alimentari da parte dei bambini e delle loro famiglie attraverso una serie di incontri informativo/educativo, distribuiti nell'arco dell'anno



Nella nostra AUSL sono molte le scuole che hanno un istruttore di motoria Laureato in scienze motorie, sono stati svolti 21 incontri sulla corretta alimentazione da parte di nutrizionisti e 9 incontri con gli psicologi. In questi incontri si è discusso con i genitori di 40 classi prime della scuola primaria sulla corretta alimentazione e sulle motivazioni psicologiche del “mangiare”.



I pedibus: Nella nostra AUSL sono attivi alcuni pedibus.

Il **pedibus** o **pedibus** è una forma di trasporto scolastico per gli alunni delle elementari e medie inferiori che vengono accompagnati a piedi a scuola da adulti con le stesse modalità (percorsi, fermate) dello **scuolabus**. In pratica, i bambini, anziché prendere l'**autobus** o lo **scuolabus**, alla fermata si aggregano ad una comitiva guidata da alcuni addetti giungendo fino a scuola, e compiendo il percorso inverso ritornando a casa.

Progetto 1.2 Umbria cammina

Il progetto si pone l'obiettivo generale di promuovere uno stile di vita attivo nella popolazione umbra tramite la diffusione dei gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ogni ambito territoriale.

La promozione dell'attività fisica è una delle iniziative chiave per la prevenzione delle patologie croniche. Molti sono i modelli e le iniziative che vengono proposti sia a livello nazionale che internazionale per favorire il cammino ed in generale l'attività fisica ad ogni età, ma molti di questi si rivolgono a piccoli gruppi e sono difficili da sostenere nel tempo (costi elevati, difficoltà logistiche e di orario, ecc.).

Obiettivo:

1.2.1 Attivare gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ogni ambito territoriale.



Si sono attivati così dei gruppi di cammino serali nei comuni di Foligno, Trevi, Spoleto e Spello e sono in attivazione i gruppi di Terni, Orvieto, Norcia e Narni Amelia . Naturalmente esistono già sui territori dei gruppi di cammino tradizionali.

Progetto 1.3 Nonni Attivi

Lo svolgimento di una regolare attività motoria, di moderata intensità, controllata e continuativa nel tempo, incide in modo significativo sulla qualità della vita migliorando lo stato di salute e riducendo il rischio di mortalità generale.

Sono numerosi i benefici derivanti da una adeguata attività fisica, fino alla riduzione del rischio di insorgenza di patologie importanti, quali le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, alcuni tipi di tumore e le malattie osteo-articolari.

L'importanza di incentivare la pratica di attività motoria in tutte le fasce della popolazione è peraltro ampiamente documentata e sostenuta dal mondo scientifico. Una vasta gamma di evidenze scientifiche indicano infatti che l'esercizio fisico moderato e regolare rappresenta uno strumento sia di prevenzione delle malattie cronico – degenerative, in cui il processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà che è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriori disabilità, sia di promozione della salute per ogni individuo.

L'obiettivo generale del presente progetto è quindi quello di aumentare la quota di anziani fisicamente attivi, promuovendo l'accesso ad attività motorie adeguate.

Diventano invece obiettivi specifici:

1.3.1 definire e concordare con i MMG le modalità/criteri di arruolamento attivo degli assistiti over 64enni con sindromi da ipomobilità o sedentari in quanto sarà compito dei MMG "prescrivere" l'esercizio fisico;

1.3.2 definire le aree territoriali in cui attivare la AFA per la salute individuando luoghi e strumenti necessari, nonché i relativi centri di coordinamento UISP;

1.3.3 formare gli istruttori AFA rispetto a finalità del progetto, criteri di inclusione/esclusione degli anziani, strumenti per la valutazione delle persone e per la registrazione dei progressi ottenuti, modalità di erogazione dell'attività;

1.3.4 attivare programmi di AFA per la salute volti ad offrire ad over 64enni con sindromi da ipomobilità programmi di esercizi non sanitari svolti in gruppo sotto la guida di personale competente/qualificato, nelle strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva.

1.3.5 definire in un documento di indirizzo regionale criteri per la attivazione e il mantenimento di AFA per la salute concordati con i MMG e gli specialisti dei Dipartimenti di Riabilitazione delle due aziende sanitarie.

La nostra AUSL si sta organizzando per la messa a punto del progetto, ci sono accordi regionali con la UISP e si sta partendo sperimentalmente con il Comune di Narni. Esistono già in tutto il territorio percorsi di attività fisica adattata che sono più specifiche di una diffusa attività fisica per la salute.

Le raccomandazioni e i documenti più importanti:

Global Recommendations on Physical Activity for Health

65 years and above

These guidelines are relevant to all healthy adults aged 65 years and above, unless specific medical conditions indicate to the contrary, irrespective of gender, race, ethnicity or income level. They are also relevant to individuals in this age range with chronic NCD conditions or other disabilities. Individuals with specific health conditions, such as cardiovascular disease and diabetes, may need to take extra precautions and seek medical advice before trying to achieve the recommended levels of physical activity for older adults.

Strong evidence demonstrates that compared to less active men and women, older adults who are physically active have:

- been rates of coronary heart disease, hypertension, stroke, diabetes, cancer and breast cancer a higher level of cardiorespiratory and muscular fitness,
- healthier body mass and composition and enhanced bone health; and
- higher levels of functional health, across risk of falling, architecture cognitive function.

Recommendations:

In older adults of the 65 years and above age group, physical activity includes sedentary physical activity, non-sporting recreational walking or cycling, occupational or leisure time walking or cycling, household chores, gardening, house work or personal exercise, in the context of daily, family, and community activities. The recommendations in order to improve cardiorespiratory and muscular fitness, bone and functional health, reduce the risk of NCDs, depression and cognitive decline are:

1. Older adults should do at least 150 minutes of moderate-intensity aerobic physical activity throughout the week or do at least 75 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity throughout the week as an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity.
2. Aerobic activity should be performed in bouts of at least 10 minutes duration.
3. For additional health benefits, older adults should increase their moderate-intensity aerobic physical activity to 300 minutes per week, or engage in 150 minutes of vigorous-intensity aerobic physical activity per week, as an equivalent combination of moderate- and vigorous-intensity activity.
4. Older adults, with poor mobility, should perform physical activity to enhance balance and prevent falls on 3 or more days per week.
5. Muscle-strengthening activities, involving major muscle groups, should be done on 2 or more days a week.
6. When older adults cannot do the recommended amount of physical activity due to health conditions, they should be as physically active as their condition and capabilities allow.

Healthier people should start with small amounts of physical activity and gradually increase duration, frequency and intensity over time. Inactive adults and those with chronic conditions will have added health benefits when they become more active.

For further information see <http://www.who.int/dietphysicalactivity/guidelines> or contact WHO on whodoc@who.int

 World Health Organization
© World Health Organization 2018

GLOBAL RECOMMENDATIONS ON PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH



 World Health Organization

La Carta di Toronto per l'Attività Fisica: una chiamata globale all'Azione

&

Investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica



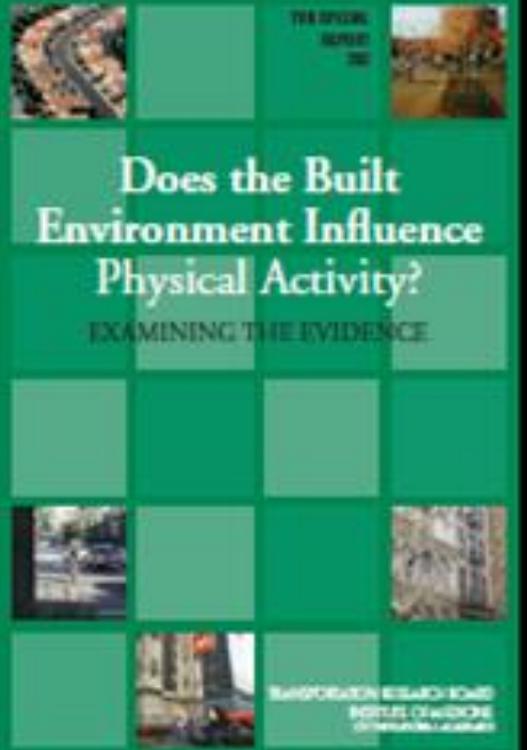
Teknikerri adarriozio del Global Advocacy of Physical Activity (GAPA) a zero costo. Però dagli esperti italiani.



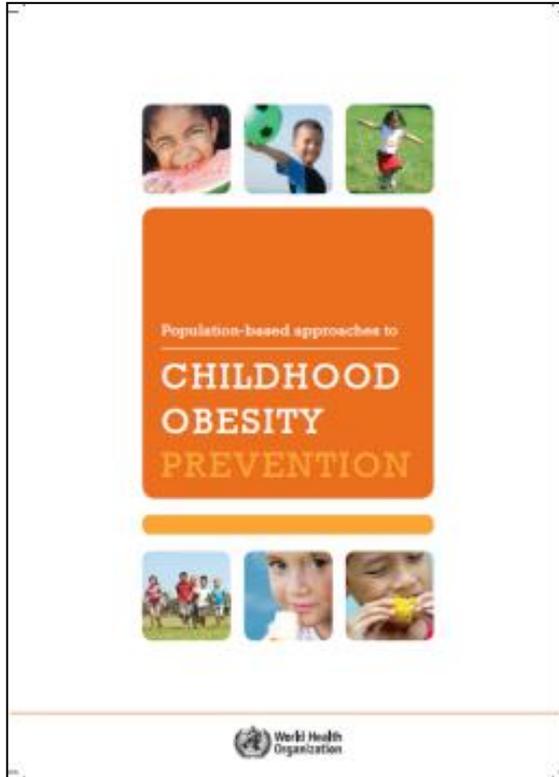
Does the Built Environment Influence Physical Activity?

EXAMINING THE EVIDENCE

THE SPECIAL REPORT 2012



INFORMATION ISSUES INLAND
INSTITUTE OF ARCHITECTURE
OF THE UNIVERSITY OF CALABRIA



Population-based approaches to
**CHILDHOOD
OBESITY
PREVENTION**

World Health Organization



dors
Dipartimento di Scienze della Salute
Università del Piemonte Orientale

Una comunità in salute
Metodi e strumenti

Il coinvolgimento attivo della comunità è una strategia efficace per realizzare interventi di promozione della salute [1].
La partecipazione delle comunità nel processo di progettazione consente di perseguire gli obiettivi in modo concordato, allineare le risorse con efficacia ed efficienza, scattare le competenze, strutturare i servizi, avviare processi democratici, offrire nuove opportunità per pensare il modo creativo e innovativo i processi di pianificazione e sviluppo [2].

COMUNITÀ
È definita come un gruppo di persone che condivide elementi comuni: il luogo di vita (sono abitanti di uno stesso quartiere, di una stessa città o regione...), l'identità (sono persone appartenenti alla stessa etnia, hanno la stessa età o la stessa occupazione...), la stessa degli interessi o delle attività (partecipano la stessa fede...), o altre circostanze comuni. È un concetto multidimensionale che richiama una complessità di relazioni orizzontali e verticali tra le persone e le organizzazioni [3].

PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ
È un termine spesso usato come sinonimo di "coinvolgimento della comunità" e riguarda il processo attraverso il quale una comunità è coinvolta nella presa di decisioni che la riguardano [3].

EMPOWERMENT
L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni o la comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita [3].

REGIONE
PIEMONTE

**PREVENZIONE DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI:
Investimenti che funzionano per
promuovere l'attività fisica**

Un documento che integra "Dati e Tende per Attività Fisica una Chiave Globale di Salute"

Un'attività fisica è un'attività che fa il corpo usare le proprie energie in modo che aumenti il consumo energetico (MET) almeno 3 volte rispetto al livello di riposo. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente.

Un'attività fisica è un'attività che fa il corpo usare le proprie energie in modo che aumenti il consumo energetico (MET) almeno 3 volte rispetto al livello di riposo. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente.

Un'attività fisica è un'attività che fa il corpo usare le proprie energie in modo che aumenti il consumo energetico (MET) almeno 3 volte rispetto al livello di riposo. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente. L'attività fisica può essere svolta in modo continuo o intermittente.

55 interventi nella comunità in cui le persone vivono, lavorano e si muovono offrono ad un vasto numero di persone l'opportunità di fare movimento.

**VERSO UNA SCUOLA
CHE PROMUOVE SALUTE:
LINEE GUIDA PER LA PROMOZIONE DELLA
SALUTE NELLE SCUOLE.**

2ª VERSIONE DEL DOCUMENTO
"PROTOCOLLI E LINEE GUIDA PER LE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE"

IUIPE

Bollettino Aziendale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute



AUSLUmbria2
UNITA' OPERATIVE DI:

SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Via Postierla 38 - 05018 Orvieto

Tel.: 0763 307420/610

E-mail: marco.cristofori@uslumbria2.it
vincenzo.casaccia@uslumbria2.it
sonia.bacci@uslumbria2.it
annarita.Bucchi@uslumbria2.it
cristina.palermo@uslumbria2.it
doris.burchi@uslumbria2.it

EPIDEMIOLOGIA E CALCOLO BIostatISTICO

Via del Campanile 12 - 06034 Foligno

Tel.: 0742339588- 0742339523

E-mail: ubaldo.bicchielli@uslumbria2.it
violetairina.consolini@uslumbria2.it
laura.meschini@uslumbria2.it
luca.cittadoni@uslumbria2.it