

# LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA

## Linee Guida Della Task Force Per I Servizi Preventivi Di Comunità

### Sommario

La *Task Force on Community Preventive Services* ha condotto revisioni sistematiche su interventi di comunità per incrementare l'attività fisica. Per la *Task Force* sono raccomandati fortemente o raccomandati 6 interventi: due informativi (campagne di informazione per la comunità ed invito all'utilizzo delle scale collocato in punti strategici); tre comportamentali e sociali (educazione all'attività fisica nelle scuole, interventi di supporto sociale nella comunità – ad es. facilitare la creazione di gruppi di amici o di contatti con altre persone per condurre specifici livelli di attività fisica- e cambiamenti dello stile di vita relativi al singolo individuo; uno intervento di carattere politico ed ambientale (creazione o facilitazione dell'accesso alle strutture in cui si pratica attività fisica in associazione al attività di informazione). La *Task Force* ha invece valutato come insufficienti per formulare raccomandazioni i dati relativi ai seguenti interventi: educazione alla salute nelle scuole focalizzata su informazioni, stili di vita corretti ed interventi di supporto sociale alle famiglie per dati insufficienti; campagne attraverso mass media, educazione nei college all'attività fisica e alla salute per insufficiente numero di studi effettuati; ed infine educazione alla salute nelle classi focalizzata sulla riduzione delle ore spese a guardare la televisione o a giocare ai videogiochi in quanto non si è osservata relazione tra la riduzione del tempo impiegato in queste e l'incremento dell'attività fisica. La presente relazione fornisce ulteriori informazioni su tali raccomandazioni, descrive in sintesi le metodologie adottate nelle revisioni e fornisce gli strumenti per l'applicazione degli interventi a livello locale.

### Premessa

L'attività fisica praticata regolarmente incide in modo significativo sulla qualità della vita, migliorando lo stato di salute e riducendo il rischio di mortalità generale. Sono numerosi, infatti, i benefici fisiologici prodotti, con conseguente riduzione del rischio di insorgenza di patologie importanti, quali malattie cardiovascolari, diabete, obesità, alcuni tipi di tumore e malattie osteo-articolari.

Nonostante gli effetti positivi dell'esercizio siano ormai noti a tutti, negli Stati Uniti solamente il 25% degli adulti pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati (30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte per settimana); il 29% non pratica attività fisica nel tempo libero e solamente il 27% degli studenti tra i 9 e i 12 anni è impegnato in attività fisica moderata.

Tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale "*Healthy People 2010*", l'attività fisica è individuata come uno dei principali indicatori di salute e allo scopo sono stati sviluppati programmi per incrementare la pratica dell'esercizio negli adulti, negli adolescenti e nei bambini.

Realizzando interventi di dimostrata efficacia nell'aumentare l'attività fisica, i responsabili decisionali e gli operatori di Sanità Pubblica possono aiutare i propri

servizi sul territorio a raggiungere gli obiettivi sanitari prefissati, grazie ad un impiego efficiente delle risorse della collettività.

La presente pubblicazione, insieme con altre collegate, fornisce linee guida elaborate dalla *Task Force*, rivolte a chi opera nei dipartimenti sanitari statali e locali, negli uffici deputati all'educazione, nelle Università, nelle organizzazioni comunitarie, a coloro che finanziano programmi di sanità pubblica, ai sistemi che si occupano di salute e a tutti gli operatori interessati o responsabili per una diffusione sempre più capillare della pratica dell'attività fisica nella popolazione.

**Tab. 1 Obiettivi scelti per incrementare l'attività fisica Healthy People 2010**

Obiettivo	Popolazione	Percentuale nella popolazione U.S.	
		baseline	Obiettivo 2010
Nessuna attività fisica nel tempo libero	Adulti	40% (1997)	Riduzione al 20%
Attività fisica moderata regolare per almeno 30 minuti, preferibilmente quotidiana	Adulti	15% (1997)	Aumento al 35%
Attività fisica moderata per almeno 30 minuti, da 5 a 7 giorni/sett.	Adolescenti	27% (1999)	Aumento al 30%
Attività fisica vigorosa per sviluppare e mantenere l'efficienza cardiorespiratoria per almeno 3 giorni/sett. della durata di almeno 20 min./prestazione	Adulti	23% (1997)	Aumento al 30%
Attività fisica vigorosa per sviluppare e mantenere l'efficienza cardiorespiratoria per almeno 3 giorni/sett. della durata di almeno 20 min./prestazione	Adolescenti	65% (1999)	Aumento all'85%
Educazione fisica nelle scuole quotidiana	Adolescenti	29% (1999)	Aumento all'50%
Guardare la televisione per meno di 2 ore nei giorni di scuola	Adolescenti	57% (1999)	Aumento all'75%
Percorrere circa 1 miglio camminando	Adulti	17% (1995)	Aumento al 25%
Percorrere circa 1 miglio camminando recandosi a scuola	Bambini ed Adolescenti	31% (1995)	Aumento al 50%
Percorrere circa 5 miglia in bicicletta	Adulti	0.6% (1995)	Aumento al 2%
Percorrere circa 2 miglia in bicicletta recandosi a scuola	Bambini ed Adolescenti	2.4% (1995)	Aumento al 5%

Fonte: U.S. Department of Health and Human Service. Healthy people 2010

## Introduzione

Il presente report costituisce parte integrante di una raccolta dal titolo "*Guide to Community Preventive Services: Systematic Reviews and Evidence-Based Recommendations*" (*The Community Guide*), che contiene una serie di reviews inerenti argomenti di medicina preventiva.

Scopo del presente lavoro è quello di fornire una visione d'insieme del procedimento adottato dalla *Task Force* per la selezione e la revisione delle principali evidenze scientifiche e riassumere le raccomandazioni sui piani di intervento da adottare per incrementare la pratica dell'attività fisica.

Un'esposizione più dettagliata delle raccomandazioni, altre evidenze (ad es. discussione sull'applicabilità, benefici aggiuntivi, potenziali inconvenienti, ostacoli alla realizzazione), costi, rapporto costi/benefici, rapporto costi/efficacia degli interventi (se disponibile), e quesiti ancora da chiarire è stata pubblicata sull'*American Journal of Preventive Medicine* nell'anno 2002.

La *Task Force*, organizzazione indipendente e non federale, pubblica la *Community Guide* con il supporto del Dipartimento di Sanità e Servizi per la popolazione (DHHS), in collaborazione con partner pubblici e privati.

Anche se il CDC contribuisce con il suo staff allo sviluppo del progetto, le raccomandazioni presentate in questo lavoro sono opera della *Task Force* e non sono necessariamente del CDC o del DHHS.

## Metodi

I metodi adottati nella *Community Guide* per effettuare le revisioni della letteratura scientifica e per collegare le evidenze sperimentali alle raccomandazioni sono stati descritti in altra sede.

In sintesi, per ciascun argomento della *Community Guide*, un gruppo di lavoro multidisciplinare effettua una revisione utilizzando il seguente metodo:

- Sviluppo di un protocollo per organizzare, classificare e selezionare gli interventi oggetto di revisione;
- Ricerca sistematica e catalogazione delle prove sperimentali;
- Valutazione della qualità e della forza delle evidenze sperimentali relative all'efficacia;
- Sintesi dei dati di supporto;
- Identificazione e segnalazione di eventuali punti deboli nei protocolli di ricerca.

Il gruppo di lavoro impegnato nella formulazione di strategie volte a incrementare la pratica dell'attività fisica ha indicato una lista completa di interventi di tipo informativo, comportamentale, sociale, politico e ambientale.

Da questa, è stata estrapolata una serie di interventi prioritari da prendere in esame, in base ad una valutazione del gruppo di lavoro principale, dei consulenti e di altri medici specialisti in materia.

Gli elementi utilizzati come discriminanti sono stati i seguenti: effetti sulla salute pubblica, attuabilità degli interventi, necessità di interventi formativi agli addetti la promozione dell'attività fisica.

Il tempo e le risorse a disposizione non hanno consentito di esaminare altri tipi di intervento (ad esempio, interventi orientati alle assicurazioni (health-care provider) o interventi a componente multipla nella comunità, come classi strutturate di attività fisica).

Gli interventi analizzati sono stati a componente singola (ossia prevedevano un solo tipo di azione per raggiungere gli obiettivi auspicati) oppure a componenti multiple (ossia prevedevano più azioni correlate). Gli studi sono stati raggruppati in base all'affinità degli interventi. Alcuni studi hanno fornito evidenze sperimentali per un più tipi d'intervento: in questi casi si è esaminato ogni singolo intervento applicabile.

I lavori e i risultati sono stati classificati secondo le regole definite nel processo iniziale di revisione. La nomenclatura utilizzata differisce leggermente da quella degli studi originali.

Per essere inclusi nella valutazione, i lavori dovevano possedere i seguenti requisiti:

- a) essere lavori originali di ricerca e non linee guida o reviews;
- b) essere stati pubblicati in lingua inglese nel periodo 1980/2000;
- c) essere stati effettuati in uno o più paesi industrializzati;
- d) confrontare i risultati ottenuti in gruppi di persone sottoposti all'intervento con gruppi non sottoposti, oppure sottoposti in misura minore allo stesso intervento (sia che il confronto riguardasse gruppi distinti o lo stesso gruppo prima e dopo l'intervento).

Le ricerche sono state effettuate in sette differenti database (Medline, SportDiscuss, PsychInfo, Tris OnLine, Enviroline, Sociological Abstracts, Social SciSearch), analizzando liste di bibliografia e consultando specialisti per l'attività fisica.

Per ciascuno degli interventi valutati, il gruppo di lavoro ha elaborato uno schema analitico in grado di evidenziare le possibili relazioni causali tra l'intervento e i risultati auspicati, definiti in precedenza.

Per formulare le proprie raccomandazioni, la *Task Force* ha preso in considerazione gli studi che hanno dimostrato:

- un miglioramento del comportamento relativo all'attività fisica (ad esempio, maggior tempo dedicato a camminare);
- un miglioramento dei valori di efficienza fisica (ad esempio, aumento della capacità aerobica).

Sono stati selezionati questi due risultati in quanto strettamente connessi ad un miglioramento dello stato di salute, comprovato anche dalle seguenti evidenze:

- la pratica regolare di attività fisica o un incremento dell'efficienza cardiovascolare riduce il rischio di mortalità generale e aumenta gli anni con una buona qualità di vita;
- l'attività fisica o un incremento dell'efficienza cardiovascolare riduce la morbilità per malattie cardiovascolari o altre malattie croniche;
- l'attività fisica praticata non deve essere di elevata intensità per produrre benefici. Un miglioramento della salute si può ottenere anche accumulando nel corso della giornata piccoli periodi di attività moderata; livelli di attività più intensa apportano maggiori benefici alla salute;
- modificazioni delle abitudini di vita per quanto riguarda l'attività fisica precedono le variazioni del livello di efficienza fisica e possono essere più evidenti in interventi di breve durata; in questo modo, il cambiamento del comportamento risulta essere un appropriato elemento di valutazione.

Tutti gli studi rispondenti ai criteri di inclusione sono stati esaminati utilizzando un modello standard di valutazione e giudicati in base alla validità del disegno sperimentale e alla presenza di incongruenze interne. A seconda del numero incongruenze, la qualità di esecuzione degli studi è stata classificata come buona, discreta o scarsa.

I risultati per ciascuno dei punti di interesse sono stati raccolti solo dagli studi rispondenti ai criteri minimi di qualità.

Dove possibile, sono stati calcolati i risultati netti, eseguendo la differenza tra gli effetti registrati nei gruppi soggetti ad intervento e i gruppi controllo, rispetto ai valori basali.

E' stata utilizzata la mediana per riassumere gli effetti ottenuti per ciascuno degli obiettivi selezionati.

Per i corpus sperimentali composti da almeno 4 studi, si è scelto di utilizzare l'intervallo interquartile come indice della variabilità; altrimenti, è stato riportato un intervallo di variazione semplice.

Le prove di efficacia sono state classificate come forti, sufficienti o insufficienti sulla base del numero di studi disponibili, della validità del disegno sperimentale degli studi per la valutazione dell'efficacia, della qualità di esecuzione degli studi, della coerenza dei risultati e dell'entità degli effetti ottenuti.

La Community Guide si avvale di revisioni sistematiche per valutare le evidenze sperimentali a sostegno dell'efficacia degli interventi e la Task Force formula raccomandazioni sulla base delle indicazioni tratte dalle revisioni. L'intensità di ciascuna raccomandazione dipende dalla forza delle evidenze sperimentali relative all'efficacia (ossia un intervento viene qualificato come "fortemente raccomandato" quando i dati sperimentali sono sufficienti). Il tenore delle raccomandazioni può essere influenzato anche da altri tipi di risultati sperimentali. Per esempio, in presenza di dati che attestano danni derivati da un intervento si può raccomandare di astenersi da tale intervento, qualora le controindicazioni superino i risultati auspicati.

Pur trattandosi di un'opzione possibile, la Task Force non ha ancora utilizzato informazioni di carattere economico per modificare le raccomandazioni.

Evidenze sperimentali insufficienti non dovrebbero essere considerate come prove di inefficacia. L'individuazione di interventi per i quali le prove di efficacia sono insufficienti è, infatti, di fondamentale importanza per evidenziare aree di incertezza e spunti per ulteriori ricerche. Prove sperimentali che dimostrino in modo consistente l'inefficacia di un determinato intervento dovrebbero, invece, indurre a formulare raccomandazioni che ne sconsigliano l'attuazione.

## **Risultati**

In seguito ad un'accurata ricerca nelle banche dati computerizzate e ad una revisione della bibliografia, sono stati individuati 6238 articoli potenzialmente interessanti. Di questi ne sono stati recuperati 849, dopo un esame dell'abstract e il consulto con specialisti dell'attività fisica. Successivamente solo 253 articoli sono stati attentamente valutati; 159 di questi sono stati esclusi, perché presentavano limiti di esecuzione o di disegno sperimentale o per mancanza di informazioni aggiuntive e non sono stati più considerati.

I rimanenti 94 lavori sono stati considerati studi qualificanti. Le 11 raccomandazioni della Task Force esposte in questa pubblicazione sono basate sulla revisione sistematica e sulla valutazione di tali studi, che presentano una qualità di esecuzione buona o accettabile.

Gli interventi fortemente raccomandati dalla Task Force sono i seguenti sei:

- due informativi:
  - campagne di informazione per la comunità
  - invito all'utilizzo delle scale in punti strategici;

- tre comportamentali e sociali:
  - educazione all'attività fisica all'interno della scuola
  - interventi di supporto sociale nella comunità (ad esempio, facilitare la creazione di gruppi di amici o tra altre persone interessate per superare i limiti alla pratica di attività fisica)
  - cambiamenti dello stile di vita relativi al singolo individuo;
- uno politico e ambientale:
  - creazione o facilitazione dell'accesso alle strutture dove si pratica attività fisica in associazione ad attività di informazione.

La Task Force ha, invece, valutato insufficienti i dati disponibili per formulare raccomandazioni a favore o contro i seguenti interventi:

- educazione alla salute nelle classi scolastiche focalizzata su informazioni, stili di vita corretti e interventi di supporto sociale nelle famiglie, in quanto non hanno prodotto risultati apprezzabili né nel comportamento relativo alla pratica di attività fisica né nei parametri di efficienza fisica;
- campagne dei mass media, educazione all'attività fisica nei college e educazione alla salute a causa del numero insufficiente di studi;
- educazione alla salute nelle classi scolastiche focalizzata sulla riduzione delle ore spese a guardare la televisione o a giocare ai videogiochi, in quanto non si è osservata una relazione tra questi comportamenti e l'incremento alla pratica di attività fisica.

In aggiunta agli 11 interventi raccomandati, sono allo studio, e probabilmente saranno oggetto di prossima pubblicazione, altri due interventi di tipo ambientale e politico (politiche di trasporto e cambiamenti di infrastrutture per promuovere il trasporto non motorizzato e piani per lo sviluppo delle periferie e della campagna). Sono disponibili anche tabelle riassuntive di analisi, per quanto riguarda gli aspetti economici sul sito Internet: [www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org).

**Approcci Informativi per incrementare l'Attività Fisica**

<b>Interventi (n° di studi di qualità)</b>	<b>Raccomandazioni</b>	<b>Descrizione dell'intervento</b>	<b>Risultati</b>
Campagne di informazione rivolte alla comunità	Fortemente raccomandato	<p>Campagne di informazione caratterizzate da diffusione su larga scala, alta intensità e fortemente visibili. I messaggi sull'A.F. erano diffusi su televisione, radio, giornali (pubblicità ed articoli) e pubblicità nei teatri.</p> <p>I programmi erano composti da diversi interventi che includevano gruppi di sostegno e di auto-aiuto, counseling sull'A.F., screening ed interventi educativi sui fattori di rischio, eventi di comunità, realizzazione di percorsi pedonali.</p> <p>I programmi sono stati valutati nel loro complesso a seconda degli studi, perché non era possibile valutare i benefici prodotti dai singoli interventi.</p>	<p>Efficace nell'incrementare l'A.F. nelle persone già attive (6 studi), consumo calorico stimato (3 studi), tempo dedicato all'AF (3 studi) e punteggi di AF su scale di performance (2 studi).</p> <p>Incremento Netto Mediana: 14%; Range Interquartile: 6,5% - 21,4% (10 studi). Incremento Netto Mediana in % di persone attive: 4,2%; Range Interquartile: -1,3% - 8,3% (5 studi)</p>
Campagne di informazione con mass media (3studi)	<b>Evidenza insufficiente</b> *	Interventi singoli realizzati per incrementare le conoscenze, influenzare atteggiamenti e credenze, e cambiare comportamenti. Le campagne di comunicazione prevedevano annunci a pagamento e concorsi a premi. I messaggi erano diffusi da giornali, radio, TV e bacheche, utilizzati singolarmente o in combinazione tra loro. Non prevedevano altri tipi di interventi (es.: gruppi di sostegno, educazione sui fattori di rischio, eventi di comunità).	Evidenza insufficiente per lo scarso numero di studi, per i limiti legati alla progettazione ed esecuzione degli studi considerati validi e per evidenze inconsistenti sul reale incremento dell'AF.
* Per <b>evidenza insufficiente</b> non si intende inefficacia dell'intervento ma l'indicazione dell'esistenza di aree critiche negli interventi e della necessità di ulteriori ricerche. L'evidenza di inefficacia invece, è la raccomandazione a non utilizzare l'intervento.			
<p>Suggerimenti per incoraggiare ad utilizzare le scale (6 studi)</p> <p><i>(Questo intervento è anche incluso in quelli con approccio politico ed ambientale)</i></p>	<b>Raccomandato</b>	Cartelli motivazionali e informativi collocati vicino agli ascensori per incoraggiare l'utilizzo delle scale con l'indicazione esplicita dei benefici per la salute e per la perdita di peso.	<p>Efficace nell'incrementare la % di persone che utilizzavano le scale piuttosto che l'ascensore.</p> <p>Incremento Netto Mediana: 53,9%; Range Interquartile: 45,4% - 89,5% (6 studi)</p> <p>I setting in questi studi includevano: stazioni ferroviarie, della metropolitana e dei bus, centri commerciali, biblioteche universitarie.</p> <p>Efficace sia tra i maschi che le femmine, in sovrappeso e non.</p> <p>Tutti gli studi escludevano i bambini.</p> <p>Evidenza (1 studio) che i messaggi calibrati per i gruppi etnici potevano essere più efficaci dei messaggi generici</p>
Educazione alla salute nelle classi scolastiche	<b>Evidenza Insufficiente</b> *	Educazione alla salute rivolta a bambini nel contesto di classe. Gli interventi	Evidenza inconsistente nell'incremento dei comportamenti correlati all'AF.

centrata sulla promozione di informazioni e abilità comportamentali (6 studi)

erano incentrati sul “dare” informazioni relative ai fattori di rischio comportamentali, correlati a attività fisica, alimentazione, fumo, alcol, abuso di droghe. I metodi utilizzati erano principalmente di tipo informativo. Non erano inclusi interventi rivolti al cambiamento del modo in cui veniva insegnata l’AF. I gruppi di controllo, nella maggior parte dei casi, ricevevano informazioni di educazione alla salute previsti nei programmi scolastici tradizionali.

\* Per **evidenza insufficiente** non si intende inefficacia dell’intervento ma l’indicazione dell’esistenza di aree critiche negli interventi e della necessità di ulteriori ricerche. l’evidenza di inefficacia invece, è la raccomandazione a non utilizzare l’intervento.

### Approcci COMPORTAMENTALI e SOCIALI per aumentare l’Attività Fisica

<p>Programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute. (18 studi)</p>	<p><b>Fortemente raccomandato</b></p>	<p>Programmi calibrati sul livello di disponibilità delle persone al cambiamento e progettati per aiutare i partecipanti a praticare AF nella vita quotidiana, attraverso l’insegnamento delle seguenti abilità:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>darsi degli obiettivi e valutarsi nel tempo</li> <li>costruire una rete di rapporti sociali che sostenga il cambiamento</li> <li>rinforzare i comportamenti di successo con premi e complimenti gratificanti</li> <li>utilizzare la tecnica del problem solving per affrontare le difficoltà</li> <li>prevenire le ricadute.</li> </ol> <p>Tutti Gli interventi si svolgevano attraverso gruppi di auto-aiuto, tramite mail o telefono e mass media.</p>	<p>Efficace nell’incremento dell’AF misurata come minuti trascorsi praticando AF Incremento Netto Mediana: 35,4 %; Range Interquartile: 16,7% - 83,3% (20 studi) e come consumo calorico Incremento Netto Mediana: 64,3% Range Interquartile: 31,2% - 85,5% (11 studi) Efficace nell’incremento della capacità aerobica Incremento Netto Mediana: 6,3%; Range Interquartile: 5,1% - 9,8% (13 studi)</p>
<p>Educazione Fisica (EF) nella scuola (setting) (13 studi)</p> <p>4 studi valutavano interventi in città e 4 in ambiente rurale 8 studi valutavano interventi tra studenti di scuola elementare, 2 tra studenti di scuola superiore</p>	<p><b>Fortemente Raccomandato</b></p>	<p>Modifica dei programmi e delle politiche scolastiche per incrementare la quantità di AF moderata/intensa, la quantità di tempo dedicato alla AF in classe, la quantità di tempo in cui gli studenti sono attivi ed in movimento durante le ore EF.</p> <p>Gli interventi includevano l’aumento del tempo dedicato all’AF durante l’EF, la variazione ad attività meno impegnative (dalla partita di calcio a quella di calcetto) o la modifica delle regole del gioco.</p> <p>Alcuni interventi includevano anche l’Educazione alla Salute.</p> <p>Nella maggior parte dei casi, i gruppi di controllo ricevevano programmi curricolari tradizionali di EF</p>	<p>Efficace nell’incremento di comportamenti correlati all’AF, misurata da minuti /settimane dedicati all’AF moderata/intensa (MMPV) (14 studi), e dalla % di tempo scolastico passato in MMPV (3 studi) e dal consumo calorico stimato (3 studi). Efficace nell’incrementare la capacità aerobica Incremento Netto Mediana: 8,4%; Range Interquartile: 3,1% - 19% (14 studi). Evidenza Maggiore negli studenti di scuola elementare</p>

Educazione alla salute **Evidenza Insufficiente** Le ore di Educazione alla Salute nelle **Evidenza inconsistente per l’incremento di**



nelle classi scolastiche centrata sulla riduzione del tempo trascorso davanti alla TV e ai videogiochi (3 studi)		classi si focalizzavano sulla riduzione della quantità di tempo trascorso guardando TV e giocando ai videogiochi. Le strategie comportamentali includevano l'automonitoraggio, la limitazione dell'uso e la gestione del tempo da trascorrere guardando la televisione e giocando ai videogiochi. Il coinvolgimento dei genitori era una parte importante dell'intervento e a tutti i componenti della famiglia era richiesto di monitorare i comportamenti	AF e capacità aerobica (3 studi). Evidenza consistente per la riduzione della visione della TV, dell'uso di videogiochi ed altri comportamenti sedentari e per la riduzione dell'adiposità (3 studi). L'evidenza che dimostra la correlazione tra riduzione del tempo dedicato alla visione della TV e incremento dell'AF non è sufficiente per raccomandare questi interventi.
Interventi di sostegno sociale nel setting comunità (9 studi)	<b>Fortemente raccomandato</b>	Il focus era centrato sui cambiamenti nella pratica dell'AF attraverso la costituzione, il consolidamento e il mantenimento di reti sociali atte a favorire relazioni di supporto al cambiamento comportamentale, in particolare quello relativo all'AF. Ciò poteva essere fatto sia creando nuove reti sociali sia lavorando con reti preesistenti in contesti sociali extra-familiari (es. ambienti di lavoro). Gli interventi si basavano su cercare compagni interessati alla pratica di AF, contattare con altre persone programmi di AF, realizzare gruppi per fare passeggiate o gruppi per garantire relazioni amicali e di sostegno.	Efficace nell'incremento dell'AF misurata con minuti trascorsi praticando AF Incremento Netto Mediana: 16.6% Range Interquartile: 14.65 – 57.8% 87 studi) e dalla frequenza di esercizi Incremento Netto Mediana: 44.1% Range Interquartile: 19.9 – 45.6% (6 studi). Efficacia nell'incremento della capacità aerobica Incremento Netto Mediana: 4.0% Range Interquartile: 3.31% - 6.1% (5 studi).
Interventi di sostegno sociale nel setting familiare (11 studi)	<b>Evidenza Insufficiente *</b>	Gli interventi prevedevano cambiamenti nel contesto sociale (in particolare quello delle relazioni familiari) per sostenere maggiori livelli AF. Gli interventi erano indirizzati ai bambini e familiari ed includevano "contratti comportamentali" tra i membri familiari, definizione di obiettivi, tecniche di problem solving e altre tecniche relative alla gestione del comportamento. Gli interventi erano realizzati con sessioni separate o congiunte o collegate ad interventi realizzati a scuola, che prevedevano "compiti" da svolgere a casa, sistemi di ricompensa o diari familiari. Alcuni interventi includevano anche eventi speciali destinati alle famiglie.	Evidenza di efficacia inconsistente nell'incremento dell'AF e della capacità aerobica (11 studi).  Alcuni studi indicavano un effetto più consistente sul miglioramento della forza muscolare e della flessibilità articolare, ma non potevano essere fatte raccomandazioni per la scarsa consistenza di risultati sulla AF e sulla capacità aerobica.
* Per <b>evidenza insufficiente</b> non si intende inefficacia dell'intervento ma indicazione dell'esistenza di aree critiche negli interventi e della necessità di ulteriori ricerche. l'evidenza di inefficacia invece, è la raccomandazione a non utilizzare l'intervento.			

### Approcci di tipo AMBIENTALE e POLITICO per incrementare l'Attività Fisica

Miglioramento dell'accesso agli spazi destinati alla pratica di AF combinato con l'offerta di interventi educativi	<b>Fortemente raccomandato</b>	L'uso di luoghi per praticare l'AF è stato realizzato o promosso con percorsi che aumentavano l'accessibilità, con l'offerta di facilitazioni o con l'abbattimento di barriere di accesso (es. riduzione del prezzo di ingresso o	Efficace nell'incrementare l'AF misurata con la % di persone che praticano gli esercizi $\geq 3$ giorni/sett. Incremento Netto Mediana: 25.6%; Range Interquartile: 10.6% - 50.2% (4 studi).
--	--------------------------------	---	---

(12 studi)	<p>concessione di tempo durante l'orario lavorativo).</p> <p>Alcuni interventi fornivano anche spiegazioni per l'uso di attrezzature per fare AF o incentivi di vario genere (es. attività di screening e counselling sui fattori di rischio, o altre attività di educazione alla salute).</p> <p>Sono stati inclusi anche programmi effettuati nei luoghi di lavoro.</p>	<p>Scale di misura degli esercizi, self-report</p> <p>Incremento Netto Mediana: 13.7%</p> <p>Range Interquartile: -1.8% - 69.6% (6 studi)</p> <p>Efficace nell'incremento della capacità aerobica</p> <p>Incremento Netto Mediana: 5.1%;</p> <p>Range Interquartile: 2.8% - 9.6% (8 studi)</p>
------------	---	--

<p>Suggerimenti per incoraggiare l'uso delle scale (6 studi)</p> <p>Politica sul trasporto e cambiamenti delle infrastrutture per promuovere l'utilizzo di mezzi non motorizzati.</p> <p>Pianificazione urbana che preveda aree attrezzate e aree verdi, progettazione di quartieri e strade che facilitino l'AF, sperimentazione di infrastrutture complesse</p>	<p><b>Vedi tabella su approcci informativi per incrementare l'AF</b></p> <p><b>In sospeso</b></p> <p><b>In sospeso</b></p>
---	--

## Uso delle raccomandazioni nelle comunità

La sedentarietà e la scorretta alimentazione costituiscono la seconda causa di morte prevenibile, dopo il fumo, negli Stati Uniti. La sedentarietà, inoltre, contribuisce in modo significativo alla morbilità e alla disabilità. Negli Stati Uniti la maggioranza della popolazione non pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati.

Le comunità dovrebbero promuovere la pratica dell'attività fisica in tutte le fasce di età per affrontare questo problema di salute pubblica.

Le raccomandazioni espresse dalla Task Force sono un estratto degli interventi attuati per la promozione dell'attività fisica nelle comunità e possono essere utilizzate per pianificare nuovi interventi o per valutare programmi già esistenti.

Le raccomandazioni possono servire come supporto a campagne promozionali nella comunità, all'incentivazione dell'utilizzo delle scale, alla diffusione nella scuola dell'educazione all'attività fisica, alla creazione di interventi di supporto sociale nelle comunità, alla modifica degli stili di vita dei singoli cittadini, alla realizzazione o facilitazione dell'accesso alle strutture dove è possibile praticare attività fisica, in associazione ad attività di tipo informativo.

Alcune delle raccomandazioni proposte sono a componente multipla e, quindi, prevedono diversi tipi di intervento. Ad esempio, le campagne di informazione rivolte alla popolazione usualmente prevedono messaggi diffusi dai mass media in associazione ad eventi di comunità, analisi dei fattori di rischio nei luoghi di lavoro, incontri educazionali. La realizzazione o il potenziamento di piste percorribili a

piedi o in bicicletta per recarsi al luogo di lavoro sono altri interventi fortemente raccomandati.

La selezione e la progettazione delle strategie di intervento dovranno riguardare attività idonee alle risorse locali, alle caratteristiche della popolazione e di gruppi particolari di essa.

La scelta di interventi adeguati ai bisogni e alle capacità locali, successivamente resi operativi, è di fondamentale importanza per la crescita della pratica dell'attività fisica. Nello stabilire le priorità per la selezione degli interventi che soddisfino le esigenze locali, occorre tenere conto delle raccomandazioni e di altri dati forniti dalla Community Guide, nonché di informazioni reperibili a livello locale, come quelle relative alle risorse disponibili, alle strutture amministrative, al contesto economico e sociale in cui operano le varie organizzazioni e i professionisti interessati.

Si possono usare le informazioni relative all'applicabilità per stimare l'opportunità di un intervento in uno specifico ambito o presso una determinata popolazione. Sebbene siano piuttosto limitate attualmente, le informazioni relative agli aspetti economici, che verranno fornite nella versione completa della relazione, potrebbero essere utili per calcolare le risorse necessarie per gli interventi e per individuare le attività in grado di rispondere agli obiettivi di sanità pubblica, in modo più efficiente rispetto ad altre possibili opzioni. Dopo avere considerato gli obiettivi e le disponibilità locali, sarebbe opportuno cominciare con gli interventi fortemente raccomandati o raccomandati.

Alcuni interventi fortemente raccomandati o raccomandati hanno prodotto modifiche comportamentali da minime a moderate (benché consistenti).

Inoltre, si deve ricordare che le strategie proposte sono dirette a gruppi di persone piuttosto che al singolo individuo.

Per conseguire un miglioramento della salute pubblica, gli interventi debbono essere indirizzati alla popolazione sedentaria per trasformarla in attiva e non essere rivolti, invece, a coloro che già sono attivi per incrementare il tempo dedicato all'attività fisica.

## **In Italia**

### **L'attività fisica**

L'attività fisica svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione ed obesità. In particolare si stima che per le cardiopatie ischemiche l'eccesso di rischio attribuibile allo stile di vita sedentario ed i suoi costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili ad obesità, ipertensione e fumo (Programma Nazionale Linee Guida).

Nel piano Sanitario 2002-2004 la promozione dell'attività fisica compare tra gli obiettivi strategici della prevenzione e della comunicazione pubblica sulla salute (insieme al controllo del tabagismo e al miglioramento della qualità dell'alimentazione).

In Italia nel 2000 il 30% della popolazione di tre anni e più, dichiara di praticare nel tempo libero uno o più sport con continuità (20%) o saltuariamente (10%); il

32%, pur non praticando sport, svolge un'attività fisica leggera come fare passeggiate di almeno due km, nuotare, andare in bicicletta o altro. I "sedentari", ovvero coloro che dichiarano di non praticare uno sport né un'attività fisica, sono stimati in più di 21 milioni, pari al 38% della popolazione (il 43% tra le donne ed il 33% tra gli uomini) (Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie: "I cittadini ed il tempo libero" 2000).

L'inattività fisica aumenta con l'età coinvolgendo il 52% della popolazione di 65-74 anni e il 73% della popolazione con 75 anni e più).

I sedentari prevalgono nel Mezzogiorno, dove oltre il 50% della popolazione non pratica né sport né attività fisica (il 50% nel Sud e il 54% nelle Isole). Nelle altre ripartizioni geografiche la quota di sedentari varia tra il 37% del Centro e il 25% del Nord-est.

Dal 1995 al 2000 la quota di persone inattive è aumentata tra gli uomini (dal 31% al 33%) ed è invece diminuita leggermente tra le donne (dal 44% al 43%). Con riferimento all'età la quota di sedentari è aumentata tra i 18-54enni, mentre è diminuita tra bambini e ragazzi e tra le persone con più di 54 anni.

