



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

STUDI DAL TERRITORIO

LIVELLI DI ATTIVITÀ FISICA E CONSIGLI DEI MEDICI NELLA POPOLAZIONE DELLE ASL PARTECIPANTI ALLO STUDIO TRASVERSALE PASSI 2006

Daniela Lombardi^{1,2} e Mauro Ramigni^{1,3} per il Gruppo PASSI 2006*

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

²Servizio di Epidemiologia, ASL 20, Alessandria

³Servizio Igiene e Sanità Pubblica, ULSS 9, Treviso

L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute: protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è talvolta indispensabile per il trattamento di patologie conclamate (1, 2). Si stima che l'attività fisica praticata secondo i livelli minimi raccomandati possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 20-30% (2). È importante che i medici raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica; i loro consigli (in combinazione con altri interventi) si sono infatti dimostrati utili nell'incrementare l'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio (2, 3).

Le informazioni sull'attività fisica e il counselling sono stati ottenuti da un modulo dello Studio PASSI 2005, uno studio che ha indagato le frequenze di vari comportamenti a rischio associati con le principali cause di mortalità e morbilità e di alcuni possibili interventi effettuati per modificarli, interessando 123 ASL delle diverse regioni italiane. Questo studio ha utilizzato un questionario sull'attività fisica che è stato adattato sulla base di quello utilizzato nel BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System) americano, che in-

daga l'esercizio svolto durante il tempo libero, ma non prende in esame l'eventuale attività fisica compiuta durante il lavoro (4). Questa sezione del questionario è stata considerata dagli intervistatori la più difficile da somministrare e la più noiosa.

Per questo motivo, sono stati studiati altri metodi per raccogliere dati sull'attività fisica, e nel PASSI 2006 per indagare l'attività fisica è stata usata la forma breve dell'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), in cui vengono richieste frequenza settimanale - e durata media - dell'attività fisica vigorosa e moderata e del camminare (indipendentemente se durante il lavoro o nel tempo libero) ed il numero di ore giornaliere trascorse restando seduti. Inoltre, per valutare il grado di attività fisica svolta, a differenza del BRFSS statunitense, IPAQ utilizza i METs (Metabolic Minutes) che hanno un valore diverso a seconda dello sforzo praticato e permettono di sommare assieme attività di diversa intensità. Infine sono state raccolte informazioni sul tempo trascorso seduti (5).

Per stimare la promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari è stato anche chiesto se il medico si fosse interessato all'atti-

vità fisica svolta dall'intervistato, se l'avesse consigliata e se avesse controllato l'adesione al consiglio.

Lo Studio PASSI è stato condotto tra maggio e settembre 2006 e ha interessato 35 ASL di 7 regioni (Emilia-Romagna, Campania, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Veneto e Sardegna). È stato intervistato un campione casuale di persone di 18-69 anni, selezionate dalla lista assistiti delle ASL. Sono state intervistate 4.905 persone.

Il metodo di calcolo IPAQ classifica l'attività fisica in 3 livelli:

- buono: attività fisica settimanale pari ad almeno un'ora di attività fisica moderata svolta tutti i giorni;
- moderato: attività fisica settimanale pari ad almeno mezz'ora di attività moderata svolta quasi tutti i giorni;
- scarso: attività fisica settimanale inferiore al livello moderato o assente.

Secondo questa classificazione, il 46% degli intervistati raggiunge il livello buono, il 28% moderato, il restante 26% non svolge del tutto attività fisica o comunque ne fa molto poca. Il 25% degli intervistati riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno e un altro 19% sta seduto per almeno 4 ore. ▶

* Gruppo PASSI 2006: Giuliano Carrozzi (AUSL Modena), Marco Cristofori (ASL 4 Terni), Giuseppina De Lorenzo (ASL Napoli 2), Maria Miceli (ASL Roma D), Paolo Niuitta (Ministero della Salute, Roma), Pierluigi Piras (ASL 7 Carbonia), Gaia Scavia (Istituto Superiore di Sanità (ISS, Roma), Nancy Binkin (ISS, Roma), Alberto Perra (ISS, Roma), Tolinda Gallo (ASS 4 Medio Friuli) e Carla Bietta (AUSL Umbria 2)

Tabella - Livello di attività fisica in particolari condizioni di salute e relativa promozione da parte degli operatori sanitari. Studio PASSI 2006

Condizioni di salute	% con livello scarso di AF*	% domande su AF* svolta	% consiglio di svolgere AF*	% controllo adesione al consiglio
Tutti gli intervistati	26	49	39	20
Diabete	35	66	61	43
Sovrappeso/obesità	29	59	52	30
Iperensione	27	54	46	25
Ipercolesterolemia	28	58	52	28
Sintomi di depressione	28	53	45	23

(*) Attività fisica

Come era prevedibile il numero di ore trascorse rimanendo seduti è associato allo svolgimento di una scarsa attività fisica (*odds ratio* - OR per chi sta seduto più di 6 ore = 2,7 IC95% 2,3-3,1). Le altre caratteristiche associate in un'analisi multivariata ad una scarsa attività fisica sono età maggiore di 35 anni, sesso femminile e livello di istruzione basso. Benché ognuno di questi fattori sia statisticamente significativo, l'OR aggiustato per ognuno di essi non ha superato il valore di 1,3.

La scarsa attività fisica è associata anche ad una percezione peggiore della propria salute: tra le persone che svolgono poco o nessun esercizio fisico il 42% giudica non buono il proprio stato di salute contro il 33% di chi è attivo.

Una delle conclusioni interessanti del nostro studio è stata che le persone che beneficerebbero di una regolare attività fisica (sofferenti di diabete, quelle che lamentano ipertensione e ipercolesterolemia, quelle in sovrappeso od obese o quelle con sintomi di depressione) sono in genere meno attive della popolazione generale (Tabella). Anche dopo avere aggiustato per sesso, età, livello di istruzione e tempo trascorso seduti, le persone con diabete (OR 1,4 IC95% 1,0-1,8), sovrappeso od obese (OR 1,4 IC95% 1,1-1,4) o depresse (OR 1,2 IC95% 1,0-1,3) erano significativamente meno impegnate in una regolare attività fisica rispetto alle persone che non presentano quelle condizioni.

Per quanto riguarda la promozione dell'esercizio fisico, il 49% delle persone intervistate dichiara che il medico chiede loro se svolgono attività fisica e al 39% consiglia di farla rego-

larmente, ma solo in un caso su due l'adesione a questo consiglio è stata controllata nelle visite successive.

L'interesse per l'attività fisica praticata dai pazienti aumenta, seppure non di molto, in presenza di condizioni che beneficiano di un regolare esercizio; tra questi gode di maggiore attenzione chi soffre di diabete (Tabella). Il consiglio medico è però associato ad una maggior proporzione di soggetti che praticano un livello buono o moderato di attività fisica solo tra i diabetici (OR 2,1 IC95% 1,1-4,0) e, in misura minore, tra chi è in sovrappeso od obeso (OR 1,3 IC95% 1,1-1,6).

In conclusione, nonostante l'utilizzo di diversi strumenti di raccolta dei dati, i risultati dell'edizione 2006 dello Studio PASSI confermano i risultati emersi dal PASSI 2005 (6). Poco più di un quarto degli intervistati non svolge del tutto o effettua poca attività fisica; fattori associati a scarso esercizio fisico sono l'età maggiore di 35 anni, appartenenza al sesso femminile, basso livello di istruzione, la quantità di ore giornaliere trascorse restando seduti, la percezione peggiore del proprio stato di salute e condizioni fisiche di sovrappeso/obesità, presenza di sintomi di depressione e diabete. Inoltre, l'attività di promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari anche se maggiormente diretta ai soggetti appartenenti a gruppi a maggior rischio di sedentarietà, risulta ancora insufficiente.

Il formato IPAQ, benché offra in teoria vantaggi rispetto all'approccio BRFSS per la raccolta dei dati sull'attività fisica, è stato considerato dagli intervistatori come uno dei moduli del questionario più difficili da somministrare e l'analisi dei dati

secondo l'algoritmo è complessa. Nel corso del sistema di sorveglianza, le domande BRFSS sono state riaggustate, sebbene continuino gli sforzi per identificare uno strumento che permetta di monitorare questo importante fattore di rischio comportamentale in sanità pubblica. ■

Riferimenti bibliografici

1. Task Force on Community Preventive Services. La promozione dell'attività fisica. Linee guida della Task Force per i servizi preventivi di comunità (disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it/archivio/2004/29-1-2004/LineeGuida%20attivit%C3%A0%20fisica.pdf).
2. Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Med Sci Sports Exerc* 2001;33(6 Suppl): S459-71.
3. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzawaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 2003;289(22):2913-6.
4. Centers for Disease Control (CDC). The behavioral risk factor surveillance system user's guide (disponibile all'indirizzo: www.cdc.gov/brfss).
5. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Short and long forms. November 2005 (disponibile all'indirizzo: www.ipaq.ki.se/ipaq.htm).
6. Fateh-Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, et al. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo Studio PASSI. *Not Ist Super Sanità* - Inserto BEN 2006;19(9): v-vi.

A QUALI DONNE SONO DIRETTI I CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA? ESPERIENZA DELL'ULSS 20 DI VERONA

Francesca Dabrassi, Anna Maria Della Vedova e Antonio Imbasciati

Dipartimento materno-infantile, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia

La gravidanza e il parto costituiscono una delle esperienze più intense e complesse per una donna: esse coinvolgono sia dimensioni fisiche che psichiche e tengono insieme aspetti del presente, del passato e del futuro (1). In alcune donne, il periodo della gravidanza è vissuto come un momento di difficoltà caratterizzato da ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto e per il futuro rapporto con il bambino. In tali donne si possono presentare scompensi psicopatologici che si ripercuotono sia sullo sviluppo psicologico che somatico del bambino.

Nell'ottica di un corso di accompagnamento alla nascita, che ha lo scopo di promuovere la salute e il benessere globale della donna e del neonato, diventa fondamentale considerare il processo di maternità in tutti i suoi aspetti, fisici e psichici. Elementi psichici importanti includono il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino che stanno attendendo: la qualità delle esperienze infantili avute con i propri genitori e la qualità del rapporto di coppia e del supporto emotivo fornito dal contesto in cui la donna è inserita, la prevalenza di alessitimia e di depressione (1-3).

Nel nostro Paese sono pochi gli studi su questi temi la cui conoscenza, al contrario, è fondamentale per una migliore organizzazione, copertura ed efficacia di tali corsi. Abbiamo pertanto intrapreso uno studio sulle donne che accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita organizzati nel distretto sanitario di base n. 3 dell'ULSS 20 di Verona.

La partecipazione all'indagine è stata proposta a un campione di convenienza costituito da tutte le donne (n. 134) che si sono recate ai corsi di accompagnamento alla nascita programmati presso i due distretti di Verona, tra gennaio e giugno 2006. Le donne, che hanno dato il loro consenso a partecipare alla ricerca, hanno compilato una batteria di test alla fine del primo incontro, in modo che le risposte non fossero influenzate dalle informazioni avute durante

il corso stesso; la partecipazione avveniva in forma anonima. La batteria comprendeva: il PAI (Prenatal Attachment Inventory) volto ad indagare il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino atteso (4); il PBI (Parental Bonding Instrument) che misura la qualità delle relazioni interiorizzate rispetto ai propri genitori durante il periodo della propria infanzia (5); l'MSSS (Maternity Social Support Scale) che misura il tipo di supporto sociale e amicale percepito dalla gestante (6); il TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) che indaga il livello di alessitimia (7), e il CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale) che rileva la presenza di sintomi depressivi (8). È stata somministrata inoltre una scheda socioanamnestica. È stata condotta un'analisi descrittiva delle informazioni raccolte e i punteggi ottenuti nei singoli questionari sono stati confrontati con i valori di riferimento indicati dagli autori dei test.

Tutte le donne, cui è stata proposta la partecipazione, hanno aderito allo studio. Sono state escluse dall'analisi le donne che presentavano anche solo un *data missing* (*listwise deletion procedure*). Il campione finale era pertanto costituito da 87 donne. L'età media dei soggetti era di 32 anni (range: 20-41). Il 99% era di nazionalità italiana, con un titolo di studio equivalente alla media superiore (48%) con attività impiegatizia (50%). Si trattava soprattutto di donne sposate (85%) o comunque con una relazione stabile (14%), per la maggior parte primipara (82%) e con gravidanze non a rischio (95%).

Il 54% delle donne che ha partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita si trovava tra la 28^a e la 31^a settimana di gestazione, il 16% sotto la 27^a e il 30% sopra la 32^a. L'87% delle donne riferiva che la maternità era desiderata, il 52% che si trattava di una gravidanza pianificata. All'anamnesi, il 20% riferiva di aver avuto aborti spontanei, il 6% precedenti gravidanze ad alto rischio, solo una riferiva di un'interruzione volontaria di gravidanza.

Inoltre, il 18% segnalava di aver vissuto lutti o traumi gravi nell'ultimo anno, il 21% di aver sofferto d'ansia, il 7% di depressione e il 9% di problemi alimentari.

I risultati dei test effettuati sono riassunti nella Tabella. Per quanto riguarda il PAI il 26% delle donne mostra un livello di attaccamento prenatale basso (punteggio compreso tra 37 e 55) e il 30% un livello alto (punteggio compreso tra 67 e 77).

Il TAS-20 ha dimostrato che il 70% delle donne non presentavano difficoltà a riconoscere le proprie emozioni, mentre il 21% è risultato nell'area intermedia (borderline o tendenza alessitimia) e il 9% presentava difficoltà nell'elaborazione e nel riconoscimento delle emozioni proprie e altrui (alessitimia).

Per quanto riguarda il supporto sociale materno, solo una madre (1%) riportava valori di livello basso, il 24% di livello medio e 75% di livello adeguato (MSSS). Prendendo in considerazione la valutazione della sintomatologia depressiva, il 5% del campione ha presentato un rischio di depressione maggiore (punteggio CES-D >23).

Infine, per lo stile genitoriale indagato con il PBI, le scale di "cura" e "controllo" materno/paterno si combinavano nei seguenti modi relativamente al rapporto con la madre: l'11% del campione mostrava un legame debole/assente (bassa cura/basso controllo), il 29% un controllo privo di affetto (bassa cura/alto controllo), il 30% una costrizione affettuosa (alta cura/alto controllo) e il 30% un legame ottimale (alta cura/basso controllo). Per quanto riguarda la figura paterna emerge per un 15% un legame debole, 36% un controllo privo di affetto, 49% una costrizione affettuosa e nessuna un legame ottimale.

I risultati della nostra ricerca non sembrano evidenziare una popolazione particolarmente a rischio; tale dato era peraltro prevedibile poiché il campione riguarda una popolazione che si è selezionata nella scelta stessa di accedere al corso. Chi si avvicina ai corsi sono donne italiane, con età ►

Tabella - Risultati dei test PAI (Prenatal Attachment Inventory), TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), MSSS (Maternity Social Support Scale), CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale), PBI (Parental Bonding Instrument) e relativi standard tra le donne (87) che accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita - ULSS 20 Verona

	Media	Dev. St.	Mediana	Range	Valori di riferimento così come indicati dagli autori dei test
PAI	60,7	8,8	62	37-77	Range: 21-84
TAS-20	45,6	10,3	45	24-73	>61: Alessitimici 51-60: borderline <51: non Alessitimici
MSSS	26,1	2,9	26	15-30	0-18: basso supporto sociale 19-24: medio supporto sociale 25-30: adeguato supporto sociale >23: rischio di depressione maggiore
CES-D	11,5	7,4	10	0-40	
PBI					
Cura madre	27,2	8,1	29	0-36	Range: 0-36
Controllo madre	16,1	7,2	15	4-39	Range: 0-39
Cura padre	22,9	9,5	23	0-36	Range: 0-36
Controllo padre	14,5	6,9	14	0-36	Range: 0-39

maggiore ai 30 anni, livello di istruzione medio-alto, con occupazione lavorativa e, soprattutto, primigravide e con gravidanze a basso rischio. Inoltre, il profilo positivo emerge anche dagli alti livelli riscontrati nella scala dell'attaccamento prenatale (PAI) e del supporto sociale materno (MSSS) e da percentuali che rientrano nella norma nel livello di Alessitimia (TAS-20) e di depressione (CES-D). Questi risultati non sorpremono vista la popolazione di studio: altri studi dimostrano che le donne che vengono individuate nei corsi di accompagnamento alla nascita tendono a mostrare i più alti punteggi di risposta per quanto riguarda l'attaccamento al loro bambino non ancora nato e il supporto sociale percepito.

Un elemento di particolare attenzione sembra individuabile, rispetto ai valori indicati dagli autori del PBI (5), negli stili genitoriali interiorizzati emersi: la maggior parte delle donne descrive un legame con entrambi i genitori caratterizzato da alta cura legato ad alto controllo ("costrizione affettuosa"). Interessante, seppur da valutare con prudenza, è quanto emerge dai dati rispetto all'assenza di "legame ottimale" con la figura paterna.

Per le donne che nel nostro campione presentano punteggi non ottimali non è possibile individuare un profilo tipico in quanto il loro numero è esiguo, dato che si tratta di un campione selezionato. Altri hanno dimostrato che la giovane età, l'essere disoccupati, avere un titolo di studio inferiore, la presenza di sintomi depressivi e/o di caratteristiche Alessitimiche, un basso livello di supporto sociale e un rappor-

to non ottimale con i genitori costituiscono un fattore di rischio per l'attaccamento prenatale, e donne che mostrano una o più di queste condizioni meritano una maggiore attenzione.

È noto ormai da tempo che i corsi di accompagnamento alla nascita sono riconosciuti come uno degli elementi fondamentali per ridurre gli esiti negativi per la salute della madre e del bambino. Ciò nonostante, come emerge dalla letteratura e dai risultati di questo lavoro, le donne che tendono ad accedere a questi servizi sono già in partenza una categoria di partorienti fortemente selezionata e già orientata verso una maggiore sensibilità al bambino. Rimangono pertanto escluse tutte quelle donne che appartengono alla fascia meno protetta e teoricamente più a rischio di crisi negative. Bisognerebbe trovare un modo, come operatori sanitari, di offrire loro un sostegno per la gravidanza, il parto e il periodo dopo il parto, cercando di costruire un collegamento ancor più forte tra i diversi servizi socio-sanitari esistenti sul territorio, in modo da poter permettere la segnalazione dei casi più a rischio e la loro presa in carico. Occorrerebbe un maggior sviluppo e una maggiore promozione dei corsi di accompagnamento alla nascita, in modo che anche le frange di popolazione che per varie circostanze (economiche, culturali, sociali) attualmente si pongono al di fuori dei corsi potessero invece accedervi nella loro totalità. Solo in queste circostanze, futuribili e di realizzazione sociale enorme, ulteriori ricerche potrebbero individuare con precisione i profili a rischio. ■

Riferimenti bibliografici

1. Imbasciati A, Manfredi P. La donna dalla nascita alla vecchiaia. In: Imbasciati A, Margiotta M. (Eds). *Compendio di psicologia clinica per gli operatori socio-sanitari*. Padova: Piccin; 2005.
2. Bibring GL. Some consideration of the psychological process in pregnancy. *Psychoanalytic study child* 1959;14:113-21.
3. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *J Reprod Infant Psych* 2002;20(4):253-67.
4. Muller ME. Development of the prenatal attachment inventory. *West J Nurs Res* 1993;15(2):199-215.
5. Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, et al. Utilizzazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI) in un campione clinico ed in un campione di studenti: uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermativa. *Epidem Psich Soc* 1999;8(4):276-83.
6. Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM, et al. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth* 2000;27(2):97-101.
7. Bressi C, Taylor G, Parker, et al. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *J Psychosom Res* 1996; 41(6): 551-9.
8. Fava GA. Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1982.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it