

L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020)

Carla Faralli, Ilaria Luzi, Valentina Possenti, Monica Valli, Vittorio Palermo, Paola Luzi, Sabrina Sipone, Susanna Lana, Barbara De Mei

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY

Physical activity in Italy: trends, programs and policies (2008-2020)

Introduction

Italy has implemented the European strategy "Gaining Health" for the prevention and control of non-communicable diseases through the National Program Guadagnare Salute, adopting a setting, intersectoral and life-course approach in the implementation of interventions for both general population and specific subgroups. This study aims to verify whether and to what extent National Program Guadagnare Salute has influenced national trends related to the practice of physical activity (PA) as well as national policies and projects related to its promotion.

Materials and methods

This qualitative-quantitative descriptive study is based on gathering indicators of PA and sedentary behaviour in Italy from the following sources: population surveillance systems such as OKkio alla SALUTE, HBSC, PASSI and PASSI d'Argento; National Prevention Plans (NPPs); projects of the Italian National Centre for Disease Prevention and Control. The data presented refer to the period 2008-2020.

Results

Indicators from the population surveillance systems, at national and regional level, show that levels of PA among young and elderly are substantially stable over the years, whereas physical inactivity has increased in adults, achieving higher prevalence in the Southern regions. By analysing the NPPs, it has been observed a progressive adoption of National Program Guadagnare Salute key patterns for PA promotion, such as intersectoral and multistakeholder collaboration or life-course and setting approach, with a focus on education and communication to increase community empowerment. This perspective is also retrievable in the PA promotion projects funded by the Italian National Centre for Disease Prevention and Control, which emphasize the essential role of the health system overall.

Discussion

The positive impact that National Program Guadagnare Salute has had on national policies and strategies as well as the strengthening of population surveillance systems cannot actually be reflected on trends of PA practiced by all age groups. Among the possible factors that, in the considered period, have hindered the practice of PA there are: significant social and technological changes, difficulties in realizing and evaluating complex projects that take into account and intervene effectively on context variables, and the challenges that the health system governance had to face in implementing policies, programmes and projects in an intersectoral, life-course and setting perspective, supporting building promotion networks in the privileged setting for PA promotion (such as workplaces and schools).

Conclusions

It is necessary to strengthen the health system governance so that it can facilitate the adoption of a salutogenic orientation, making it possible to implement integrated and shared intersectoral policies, that take into account the outcomes of decisions and actions related to PA promotion, assessing the real feasibility of planned activities. Making healthy choices easier means: focus on contextual determinants, deliver health education and awareness campaigns for health and non-health workers and citizens, plan context-specific and targeted communication.

Key words: physical activity promotion; sedentary behavior; behavioral risk factor surveillance system

carla.faralli@iss.it

Introduzione

Nel 2007, con il Programma nazionale Guadagnare Salute (GS), l'Italia ha recepito la strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (Gaining Health) delineata dall'Ufficio regionale europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1). Relativamente all'attività fisica (AF), GS ha posto in evidenza l'importanza di promuoverla in tutte le fasi della vita, nella popolazione generale e in gruppi di popolazione con condizioni fisiologiche e patologiche, nei diversi contesti di vita e con

la collaborazione attiva di tutte le strutture e le figure professionali interessate, dei cittadini e della società civile (2).

In Italia le strategie di promozione dell'AF hanno continuato e continuano a muoversi in linea con quanto indicato a livello internazionale attraverso programmi di intervento nazionali e locali che puntano a contrastare la sedentarietà, sempre secondo un'ottica intersettoriale e con un approccio sistemico: i Piani Nazionali della Prevenzione (PNP), i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e le recenti Linee di indirizzo sull'AF (3).

Obiettivo del presente lavoro è quello di offrire una panoramica dei trend nazionali relativi alla pratica dell'AF in tutte le fasce di popolazione tra il 2008 e il 2020, cercando di considerare se gli interventi messi in atto a partire da GS abbiano facilitato i singoli individui e la collettività a compiere scelte a favore di uno stile di vita attivo. Parallelamente verrà preso in considerazione l'impatto che GS ha avuto sulle politiche di indirizzo e sui progetti nazionali relativamente alla promozione dell'AF.

Materiali e metodi

I dati delle sorveglianze di popolazione

È stato osservato l'andamento temporale dei dati di prevalenza di una selezione di indicatori su AF e sedentarietà elaborati nell'ambito delle sorveglianze di popolazione a rilevanza nazionale coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (4), che monitorano comportamenti e condizioni salute-correlate nelle diverse fasce di età di popolazione residente in Italia. Nello specifico, sono stati consultati sia i dati di tendenza disponibili online sul portale dell'ISS EpiCentro (5), sia i dati pubblicati nei report tecnici, se disponibili, relativi ai seguenti quattro sistemi di sorveglianza:

- OKkio alla SALUTE (Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria) (6);
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) (7);
- PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (8);
- PASSI d'Argento (Salute e qualità della vita nella popolazione ultra 65enne in Italia) (9).

Ogni sistema considerato si riferisce a una specifica fascia di età, utilizza una propria metodologia di raccolta dati, ha una diversa periodicità di rilevazione ed è stato avviato in anni diversi; per questo motivo, il periodo di osservazione selezionato per il presente lavoro non è omogeneo tra le varie sorveglianze. Più precisamente, l'intervallo temporale scelto ha considerato tutti gli anni di rilevazione disponibili; fa eccezione HBSC, per il quale l'inizio del periodo di osservazione coincide con l'anno in cui la rilevazione ha avuto per la prima volta rappresentatività nazionale. Nell'ambito dei quattro sistemi di sorveglianza è stato selezionato un set di indicatori che potessero fornire, in maniera sintetica, una panoramica dell'andamento dell'AF e dei comportamenti sedentari nei diversi gruppi di età rappresentati (**Materiale Aggiuntivo - Tabella 1**).

I Piani Nazionali della Prevenzione (PNP)

Sono stati esaminati i quattro PNP pubblicati fino a oggi, strumenti essenziali di programmazione per le politiche e gli interventi di prevenzione e promozione della salute, con l'obiettivo di individuare spazio dedicato e modalità di trattazione nel corso del tempo delle seguenti tematiche: AF, sedentarietà e inattività fisica. I quattro Piani analizzati (2005-2007, 2010-2012, 2014-2018, 2020-2025) sono disponibili sul sito del Ministero della Salute (10-13).

I progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm)

Per osservare quanto il Ccm abbia sostenuto, nell'intervallo di tempo analizzato, i progetti sulla promozione di stili di vita salutari, in particolare relativamente all'AF, a livello nazionale e regionale, sono stati considerati i progetti consultabili sul sito dedicato del Ministero della Salute (14).

Risultati

I dati delle sorveglianze di popolazione

OKkio alla SALUTE - Dal 2008 al 2019 l'andamento degli indicatori relativi a comportamenti sedentari e pratica di AF appare tendenzialmente stabile, anche scorrendo i dati a livello regionale: la quota di bambini che nel 2019 ha la TV nella propria camera è del 43,5% e lo stesso indicatore era del 48% nel 2008; nel 2019, il 44,5% dei bambini trascorre almeno più di due ore al giorno davanti a uno schermo, un risultato molto vicino al 47% del 2008. Nel 2019 il tragitto casa-scuola è percorso a piedi o in bici dal 26% dei bambini intervistati, risultato sovrapponibile a quello del 2008 (27%). Nel 2019 un bambino su cinque è classificato come inattivo; lo stesso indicatore nel primo anno di rilevazione era circa di un bambino su quattro. Nelle diverse ondate di rilevazione, si osserva in linea generale una variabilità sia per genere, le femmine risultano leggermente più inattive dei maschi, sia per area geografica, con valori tendenzialmente meno favorevoli nelle Regioni meridionali (15-20) (**Figura 1**).

HBSC - Nel corso delle tre ondate di rilevazione considerate (2010, 2014 e 2018) il quadro osservato in merito alla quota di ragazzi fisicamente attivi e all'adozione di comportamenti sedentari mostra una sostanziale stabilità, anche scorrendo i dati a livello regionale. I maschi di ogni fascia di età sono mediamente più attivi delle loro coetanee e in alcuni casi le frequenze

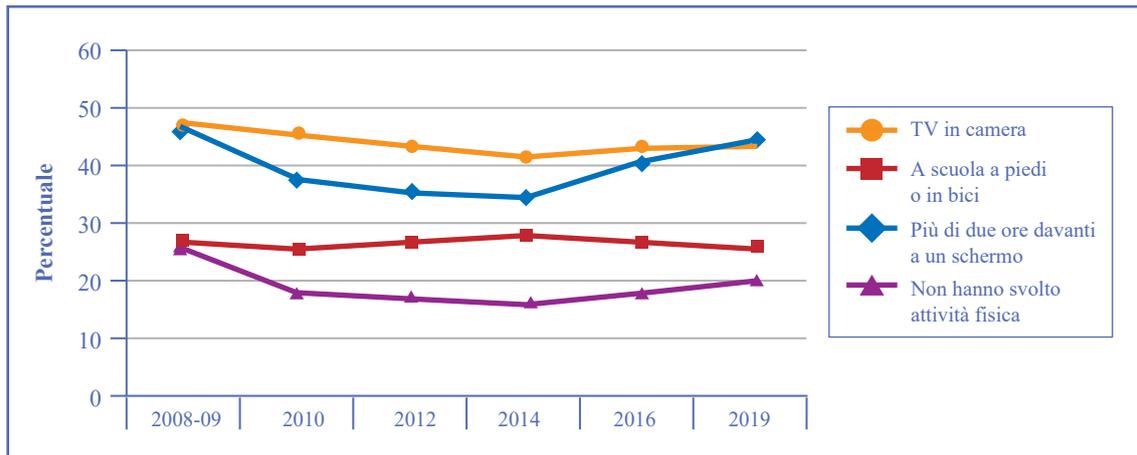


Figura 1 - Trend degli indicatori di attività fisica e sedentarietà (%). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. Anni 2008-2019

percentuali sono il doppio di quelle delle ragazze, come tra i quindicenni del 2010 (10% vs 5%) e i tredicenni del 2014 e del 2018 (13% vs 6%); l'AF tende a diminuire con l'aumentare dell'età in entrambi i sessi (nel 2018 sono attivi il 15% degli undicenni intervistati, il 13% dei tredicenni e l'8% dei quindicenni); mediamente, le quote più alte di attivi si trovano nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano, ma non si individua un netto gradiente Nord-Sud. In riferimento ai comportamenti sedentari, la percentuale di ragazzi che nel tempo libero guarda la TV per almeno due ore al giorno durante i giorni di scuola cresce con l'età sia per i maschi che per le femmine; questo andamento si riscontra in ogni rilevazione, senza variazioni di particolare rilievo nelle frequenze osservate. La percentuale di maschi che nel tempo libero utilizza i videogiochi per almeno due ore al giorno durante i giorni di scuola è maggiore rispetto a quella delle femmine di ogni fascia di età; i valori mostrano un aumento nel corso delle rilevazioni, soprattutto tra i maschi. La distribuzione Nord-Sud di questo indicatore è abbastanza omogenea; nel 2018 i valori più alti si osservano nella PA di Bolzano tra i maschi di quindici anni (67%) (Figura 2A, B, C) (21-23).

PASSI - Nel corso del periodo di osservazione 2008-2020, la quota di persone sedentarie è aumentata a livello nazionale, con un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali (Figura 3); l'andamento in crescita della sedentarietà confermato nel 2020, presumibilmente anche per le misure di contenimento adottate per il contrasto alla pandemia, necessita di ulteriori approfondimenti con specifiche analisi *ad hoc* (24). Per il dettaglio relativo a questo indicatore si rimanda all'articolo "Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui

fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione" del presente fascicolo (p. 1-11). PASSI fornisce anche una stima della mobilità attiva e dell'attenzione degli operatori sanitari a fornire il consiglio di fare regolare AF. Nel quadriennio 2017-2020, il 43,5% degli adulti intervistati ha dichiarato di aver praticato mobilità attiva nel mese precedente l'intervista e anche per questo indicatore le Regioni più virtuose sono prevalentemente quelle settentrionali (25) (Figura 4). Relativamente al consiglio di svolgere AF ricevuto da parte di un operatore sanitario, in tutto il periodo osservato la prevalenza di questo indicatore nelle Regioni meridionali si mantiene più bassa del dato nazionale (intorno al 30%), mentre al Centro e al Nord i valori sono sostanzialmente stabili intorno al 32-33% (Figura 5).

PASSI d'Argento - La prevalenza di persone sedentarie nella fascia di età di 65 anni e più è rimasta stabile intorno al 40% nel periodo osservato (2016-2020), anche stratificando per area geografica (Figura 6). L'analisi dei trend annuali su pool omogeneo mostra una significativa diminuzione della quota di ultra 65enni attivi nel 2020 rispetto agli anni precedenti; i cambiamenti rilevati possono essere attribuiti alle restrizioni imposte dalla pandemia ma, come per la sorveglianza PASSI, si rendono necessari approfondimenti e un monitoraggio dedicato nel tempo (24). Per il dettaglio relativo all'andamento dell'indicatore persone sedentarie si rimanda all'articolo "Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento: oltre 10 anni di raccolta dati sui fattori di rischio comportamentali a sostegno dei Piani Nazionali della Prevenzione" del presente fascicolo (p. 1-11). Il dato nazionale relativo all'attenzione degli operatori sanitari a

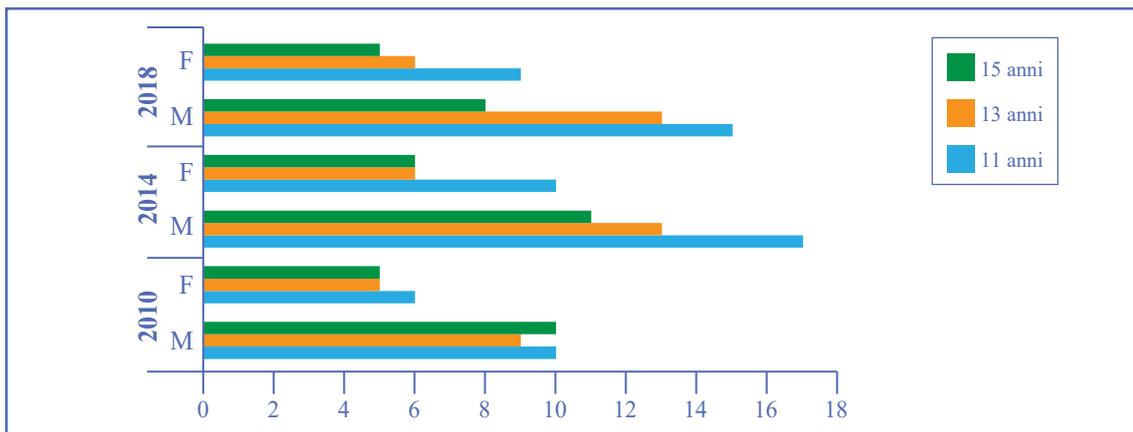


Figura 2A - Ragazzi che praticano almeno un'ora al giorno di AF per sette giorni a settimana, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

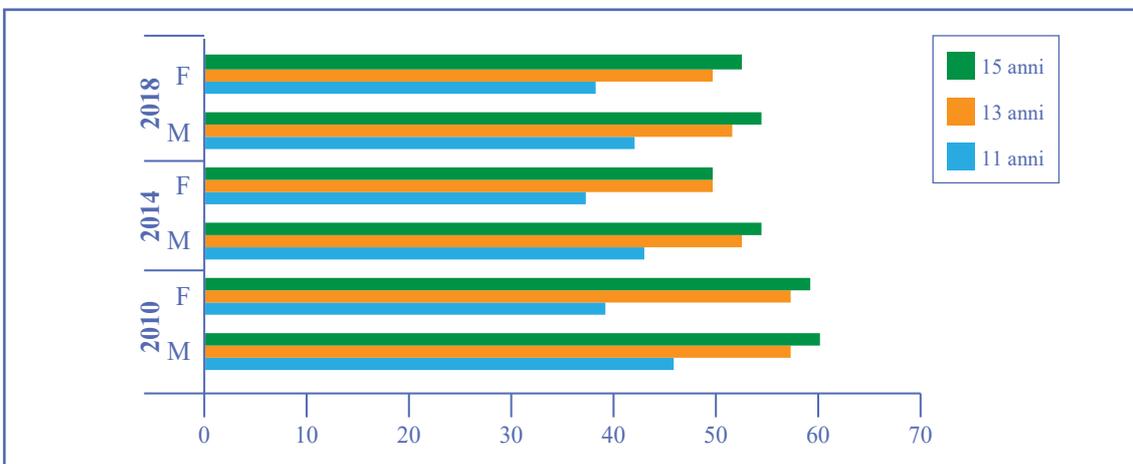


Figura 2B - Ragazzi che guardano la TV (dal 2018 il riferimento è a TV, video, DVD e altre forme di intrattenimento su schermo) nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

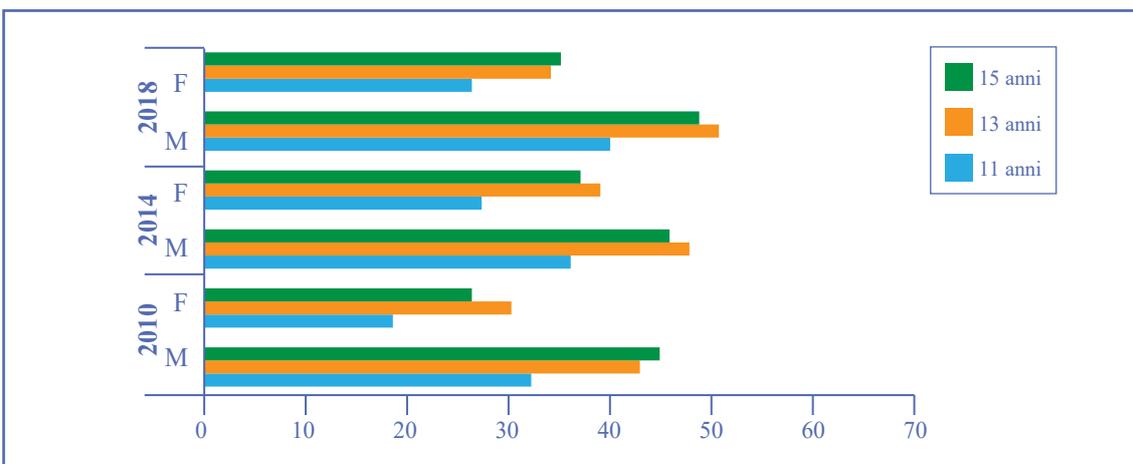


Figura 2C - Ragazzi che giocano al computer o alla playstation o simili (dal 2018 il riferimento è a computer, console, tablet, smartphone o altri device) nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

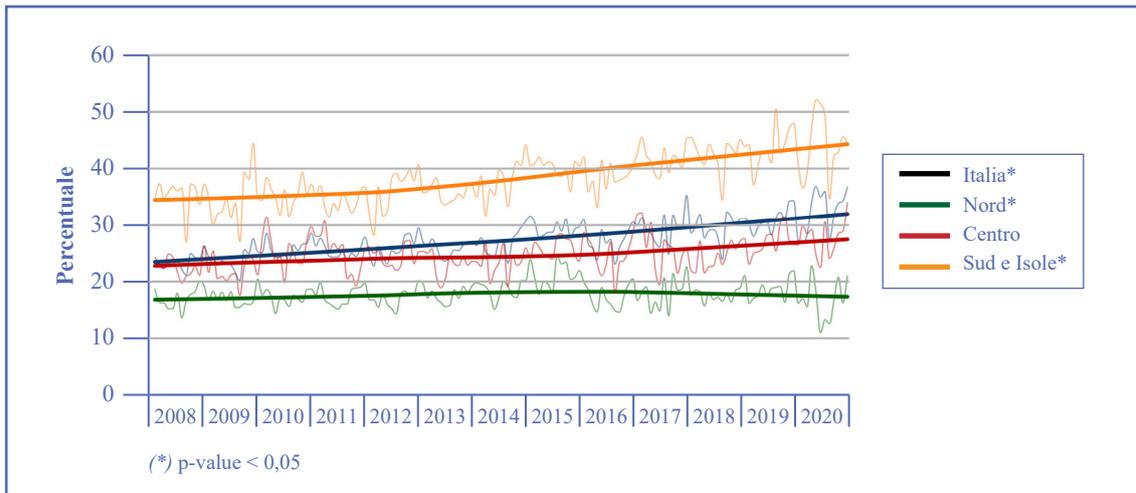


Figura 3 - Serie storica delle persone sedentarie per area geografica (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Anni 2008-2020

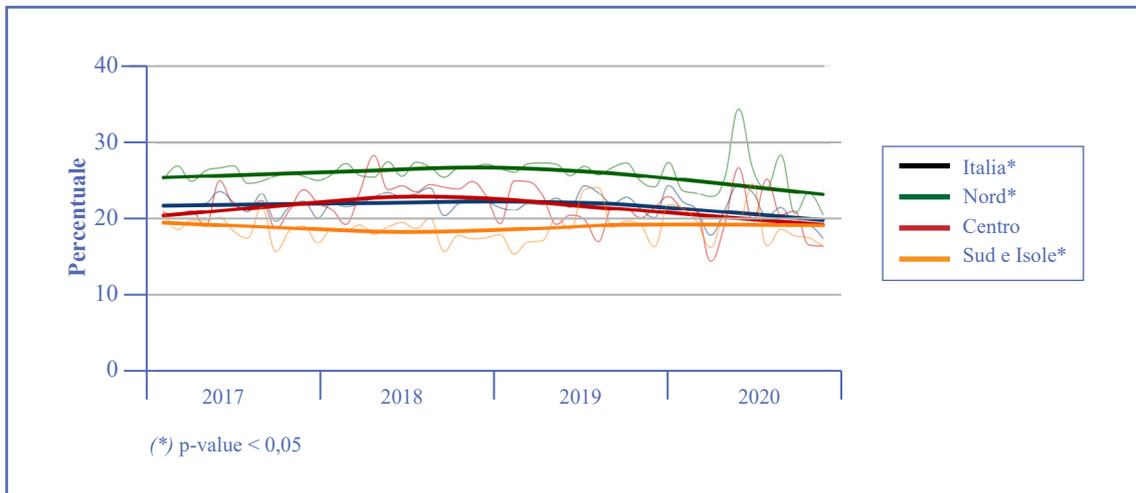


Figura 4 - Serie storica della mobilità attiva complessiva per area geografica (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Anni 2017-2020

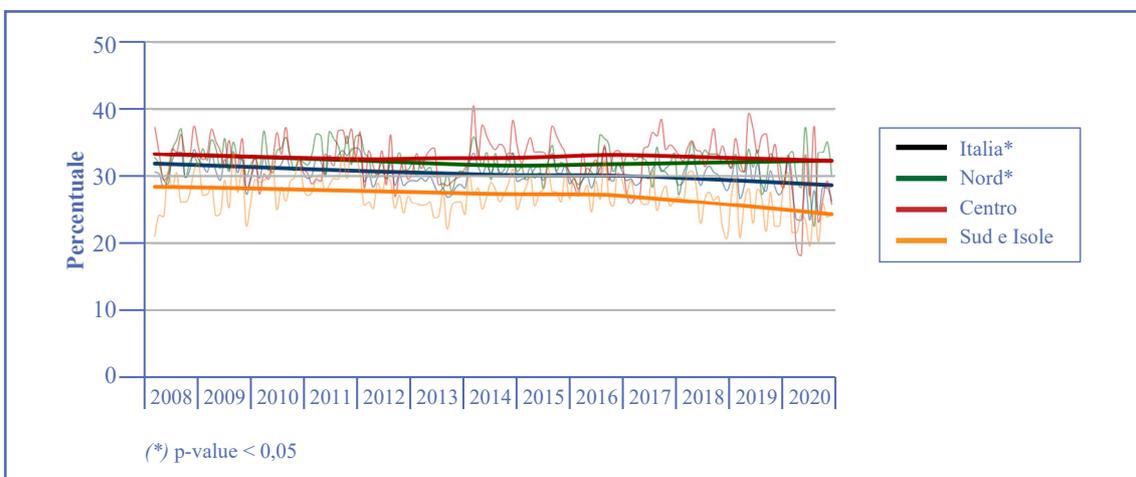


Figura 5 - Serie storica del consiglio di praticare attività fisica per area geografica (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Anni 2008-2020

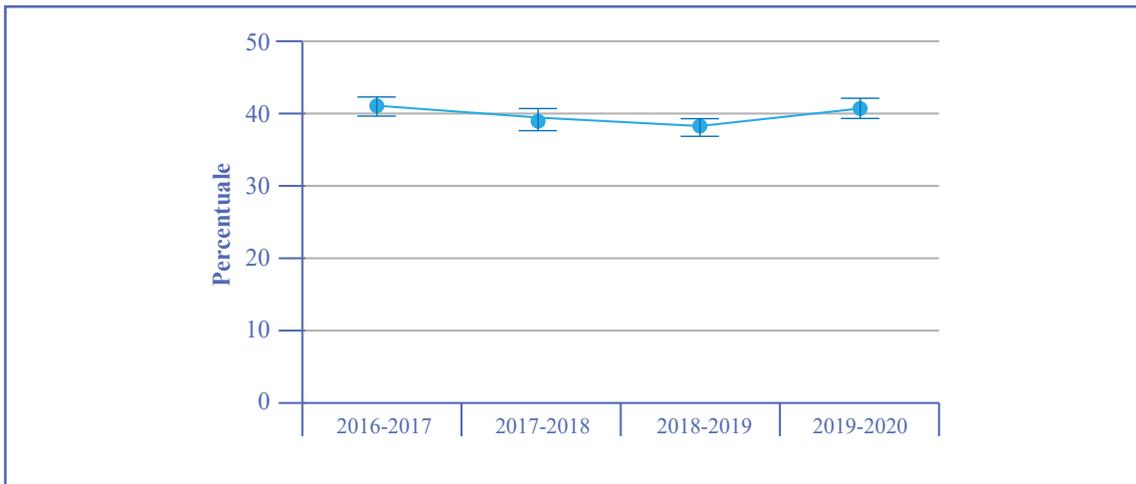


Figura 6 - Trend annuale delle persone sedentarie (%). Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento. Anni 2016-2017, 2019-2020

promuovere l'AF appare costante nel tempo (tra il 26% e il 28%, **Figura 7**); il valore più alto e anche stabile nel tempo si osserva nelle Marche, sempre superiore al 40%, mentre tale attenzione sembra più bassa al Sud (in Campania e in Basilicata non supera il 21%) (26).

I Piani Nazionali della Prevenzione

L'analisi del PNP 2005-2007, precedente all'intervallo di tempo considerato nel presente lavoro, è significativa, perché il Piano pur avendo come obiettivo la riduzione dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e delle loro complicanze non ne individua la correlazione con gli stili di vita. I successivi PNP, a partire da quello 2010-2012, recepiscono pienamente gli elementi caratterizzanti di GS, a partire dalla

correlazione tra stili di vita non salutari e incidenza delle MCNT. Relativamente alla promozione dell'AF e alla riduzione della sedentarietà, tali PNP individuano la necessità di:

- adottare un approccio intersettoriale e multistakeholder, fondamentale per sviluppare interventi di promozione dell'AF integrati nella vita quotidiana e orientati all'equità e alla riduzione delle disuguaglianze di salute, secondo il principio della "salute in tutte le politiche";
- sviluppare iniziative di formazione e comunicazione, strumenti indispensabili per accrescere conoscenza ed empowerment tra i cittadini e nella comunità, con il coinvolgimento più incisivo dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

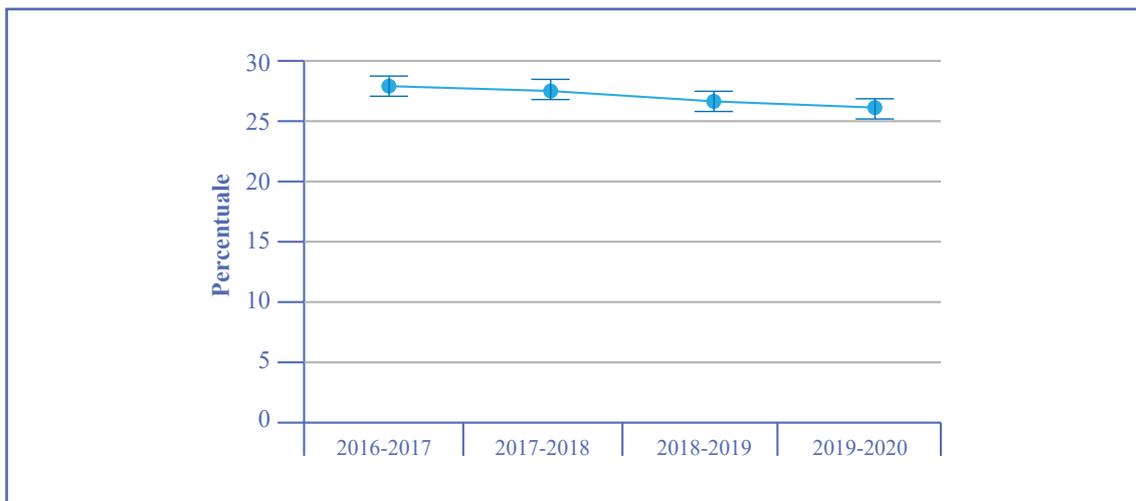


Figura 7 - Trend annuale del consiglio di praticare attività fisica (%). Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento. Anni 2016-2017, 2019-2020

A questi principi, che fanno esplicitamente riferimento al programma GS, i PNP 2014-2018 e 2020-2025 introducono, sempre relativamente alle tematiche dell'AF e della riduzione della sedentarietà:

- la centralità della persona e della comunità;
- l'approccio life-course, finalizzato al mantenimento del benessere in ogni fase della vita e all'invecchiamento attivo;
- l'approccio per setting (comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi sanitari, città), come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione nei contesti di vita, e di genere, al fine di migliorare l'appropriatezza e l'equità degli interventi;
- un'attenzione particolare alla formazione e alla comunicazione quali azioni strategiche, trasversali e funzionali all'implementazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP);
- l'implementazione di: i) iniziative di comunicazione per l'attivazione e il potenziamento di conoscenze ed empowerment nei cittadini e nella comunità; ii) programmi sia mirati all'inclusione di soggetti con fattori di rischio comportamentali o in condizioni di fragilità attraverso interventi di counselling per la promozione dell'AF da parte dei MMG e dei PLS, sia rivolti alla popolazione generale per la promozione del benessere psicofisico con il coinvolgimento di professionisti sanitari e non sanitari.

I progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm)

Dal 2007 al 2019 (nel 2020 tutti i progetti si sono focalizzati sul tema del COVID-19) sono stati approvati 38 progetti che hanno incluso al loro interno, in modo più o meno esplicito, il tema dell'AF in un'ottica di approccio globale ai fattori di rischio. In questi progetti, GS ha rappresentato spesso la cornice metodologica di riferimento, tanto che dal 2008 il Programma è diventato una delle aree di intervento all'interno della progettualità annuale delle attività del Ccm ("Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e di Guadagnare Salute"). In linea con le necessità individuate dai PNP, la maggior parte dei progetti adotta un approccio intersettoriale e multistakeholder, sebbene il settore sanitario rappresenti il principale interlocutore.

Gli interventi proposti all'interno dei 38 progetti sono riconducibili a tre tipologie di target: fasce di popolazione (giovani, genitori, anziani, pazienti cronici, popolazione generale), operatori professionali (sanitari, sociosanitari, assistenziali,

insegnanti, volontari), decisori (locali, regionali, nazionali, rappresentanti dei servizi) (**Materiale Aggiuntivo - Tabella 2**).

Discussione

Le strategie di indirizzo nazionali volte alla promozione dell'AF hanno fatto propri i principi ispiratori di GS, individuando nell'approccio multicomponente, multistakeholder e intersettoriale la modalità di intervento più efficace nella prevenzione e promozione di stili di vita salutari applicati alla pratica dell'AF (3, 10-13).

A partire dal 2008, il programma GS è diventato una delle aree di intervento dei progetti Ccm, a riprova di quanto abbia influito non solo sulle politiche e sulle strategie, ma anche sulla progettazione degli interventi.

L'impatto positivo di GS ha anche favorito il consolidamento dei sistemi di sorveglianza di popolazione che, per questo lavoro, hanno permesso di offrire una panoramica generale sulla pratica dell'AF e sul fenomeno della sedentarietà in tutte le fasce di età tra il 2008 e il 2020. Tale intervallo di tempo è stato caratterizzato in Italia e nel resto del mondo da profondi mutamenti sociali e da cambiamenti nelle abitudini di vita quotidiane, che hanno reso più difficile la pratica di uno stile di vita attivo e contribuito a una maggiore sedentarietà: globalizzazione, urbanizzazione, aumento delle tipologie di lavoro sedentario, difficoltà nel conciliare i tempi di vita con quelli del lavoro, evoluzione nel mondo digitale, con il conseguente utilizzo sempre più diffuso di strumenti tecnologici altamente sofisticati anche nel tempo libero.

I trend relativi a indicatori correlati alla pratica dell'AF e alla sedentarietà nel periodo preso in esame evidenziano che: l'inattività fisica è un fattore di rischio presente in modo costante in tutte le fasce di età; si osservano prevalenze progressivamente crescenti nella popolazione adulta; è confermato un gradiente Nord-Sud che vede le Regioni meridionali tendenzialmente svantaggiate in termini di livelli di AF praticata.

Questo scenario si ritrova nei dati dell'indagine campionaria Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" relativi a cittadini residenti in Italia a partire dai tre anni di età. Per quegli stessi anni, ossia dal 2007 al 2020, gli indicatori mostrano valori e andamenti analoghi in merito alla distribuzione dell'AF nella popolazione per età, genere e territorio di residenza: la quota di persone fisicamente attive, prevalentemente maschi, si riduce in età avanzata e man mano che si scende da Nord verso Sud (27).

La pratica dell'AF in Italia trova riscontro in quella che è la situazione a livello internazionale: secondo l'OMS (28), a livello globale, un adulto su quattro e tre adolescenti su quattro non raggiungono adeguati livelli di AF.

A fronte di questa situazione e date le numerose e complesse variabili coinvolte negli interventi di promozione dell'AF, i documenti programmatici pubblicati dall'OMS negli ultimi anni hanno considerato prioritario fornire indicazioni per orientare le politiche nazionali ad adottare strategie focalizzate non solo sui determinanti individuali ma soprattutto su quelli di contesto (ambientali, culturali, economici e sociali), al fine di facilitare e sostenere le scelte a favore di uno stile di vita attivo nella popolazione generale e nelle persone con peculiari situazioni fisiologiche e specifiche patologie (1, 28-32).

Il quadro che emerge dai dati presi in esame relativamente all'AF praticata in Italia induce a ragionare su alcune criticità che possono essere intervenute nel processo di implementazione dei principi cardine di GS, ostacolandone in qualche modo la piena ed efficace attuazione.

Considerando come presupposto le caratteristiche del contesto sociale che non hanno facilitato la pratica di uno stile attivo nella quotidianità, si può ipotizzare che un'efficacia relativa degli interventi di promozione dell'AF sia probabilmente attribuibile al fatto che in alcuni casi gli esiti delle azioni intraprese siano stati difficilmente misurabili per la mancanza di un piano di valutazione ben definito, oppure perché non è stato previsto lo stanziamento di adeguate risorse finanziarie a sostegno dell'intero processo.

Un ulteriore aspetto sul quale è opportuno riflettere è il tema della governance (33): la promozione dell'AF richiede, infatti, una forte leadership da parte del settore sanitario che possa esercitare il ruolo di advocacy, collaborare e integrarsi con altri settori per sviluppare e attuare politiche, programmi e progetti nel rispetto delle reciproche competenze.

Un requisito imprescindibile per promuovere l'AF e per favorire un cambiamento comportamentale è rappresentato dalla modifica delle condizioni ambientali e dei diversi contesti o setting in cui le persone vivono. Secondo il paradigma socio-ecologico, già enunciato dalla Carta di Ottawa nel 1986 (34), il comportamento umano ha luogo in sistemi ecologici interconnessi e complessi, in ambienti multistrato (interpersonali, organizzativi, comunitari, sociali) e le condizioni ambientali sono spesso sotto il controllo di agenti di cambiamento che agiscono su diversi livelli: interpersonale, organizzativo comunitario

e sociale. Queste ultime riflessioni si ricollegano all'approccio per setting e life-course dell'attuale strategia nazionale di prevenzione e promozione della salute che riconosce ai setting di vita un ruolo fondamentale nella costruzione della salute in generale e in particolare nel diffondere la cultura di uno stile di vita attivo come abitudine di vita.

Le istituzioni centrali, i governi regionali e locali possono operare in sinergia con la scuola, le comunità territoriali, il sistema sportivo, le associazioni, il sistema urbanistico per programmare e realizzare interventi strutturati e coordinati di promozione dell'AF rivolti alla popolazione generale, ma soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità (35).

Questo processo può essere favorito investendo nello sviluppo continuo di conoscenze e competenze di quanti si occupano di promozione dell'AF a tutti i livelli, per la condivisione di una cultura orientata alla salutogenesi e al benessere della persona nel suo contesto di vita, familiare, sociale e lavorativo (36).

Uno dei settori sui quali è essenziale investire per la promozione dell'AF è la scuola. Poiché le competenze cognitive, socio-emozionali e fisiche di un individuo si formano a partire dalla nascita e nei primi anni e caratterizzano l'intero corso della vita (37), l'AF dovrebbe essere proposta sin dalla primissima infanzia attraverso giochi di movimento, in modo che si strutturi nel tempo come un comportamento abituale e essenziale per la crescita, per lo sviluppo della socialità e del senso civico. La scuola rappresenta pertanto il setting privilegiato per dotare i giovani di una cultura favorevole alla salute capace di incidere sui loro atteggiamenti e stili di vita, visto che la salute deve essere parte integrante dell'attività didattica quotidiana (38).

Per quanto riguarda la popolazione adulta, il luogo di lavoro rappresenta un setting privilegiato per poter raggiungere in maniera efficiente una parte rilevante della popolazione per il miglioramento degli stili di vita, perché le persone vi trascorrono la maggior parte della propria giornata (39).

Una riflessione finale spetta all'attività di comunicazione, elemento strutturale e indispensabile del programma GS. È noto che un processo comunicativo efficace non può essere improvvisato, ma va organizzato in modo strategico e pianificato a livello nazionale, regionale e locale, garantendo iniziative concordate tra professionisti e istituzioni coinvolte e tenendo costantemente presenti le peculiarità del contesto sociale e le percezioni dei singoli e della collettività

(40). Le attività di comunicazione devono essere coerenti con le caratteristiche e le aspettative dei diversi destinatari (centralità della persona) e finalizzate alla diffusione di messaggi che possano raggiungere le persone in tempi e contesti diversi.

Conclusioni

Da quanto analizzato è possibile avanzare possibili strategie future per promuovere in modo sempre più efficace e mirato la pratica dell'AF.

Sarebbe opportuno che gli accordi e le alleanze tra il sistema salute e gli altri ambiti istituzionali e sociali (istruzione, trasporti, economia, ambiente, urbanistica, sistema sportivo, associazionismo) favoriscano l'adozione di politiche integrate e condivise e che tutte le politiche tengano sempre in considerazione gli esiti di decisioni e azioni relativamente alla promozione dell'AF. È importante che vengano attuati interventi volti a favorire cambiamenti organizzativi per rendere i setting di vita (scuola, lavoro, comunità) ambienti favorevoli per incentivare le occasioni di movimento e per ridurre la sedentarietà (3).

Occorre rafforzare la governance che può favorire una visione integrata degli interventi di promozione dell'AF nei diversi setting e prevedere un sistema di monitoraggio per verificare la reale fattibilità e l'effettivo recepimento di quanto pianificato, con il coinvolgimento di settori importanti della società (34). Una buona governance, riconoscendo diversi ruoli e competenze, può contribuire alla costruzione di un linguaggio comune e alla condivisione di una cultura orientata alla salutogenesi e al benessere della persona nel suo contesto di vita (35). In tale prospettiva, la formazione ricopre un ruolo cruciale: sono essenziali momenti formativi congiunti che arricchiscano il bagaglio di competenze tecnico-scientifiche differenziate in base alle professioni e di competenze trasversali, come quelle comunicativo-relazionali e di base del counselling o quelle necessarie per lavorare in team e costruire reti (3).

Le iniziative di formazione dovrebbero essere sviluppate a tutti i livelli, dai corsi di studio universitario e post universitario fino all'aggiornamento, coinvolgendo quindi studenti e professionisti che possono avere un ruolo per la promozione dell'AF: professionisti sanitari impegnati sul territorio, ma anche professionisti non sanitari (come insegnanti, educatori delle associazioni sportive, amministratori pubblici, architetti della progettazione urbanistica), figure rilevanti per

garantire una visione coerente con i principi di tutela dell'ambiente e del territorio e di mobilità sostenibile (One Health) (40).

Uno dei punti nodali degli interventi messi in atto da GS sul quale sarebbe importante focalizzarsi è quello della comunicazione, che necessita di particolare attenzione relativamente agli aspetti metodologici e alla pianificazione. Per attuare iniziative di comunicazione che possano aumentare le conoscenze e alimentare la motivazione a praticare l'AF per il mantenimento del benessere e della salute, occorre programmare interventi mirati, rivolti sia alla popolazione generale che a gruppi con particolari situazioni fisiologiche o specifiche patologie (3, 32), realizzati con il contributo di professionisti sanitari e non sanitari in contesti e ambiti diversificati (contesto-specifici), strettamente collegati all'offerta del territorio (41).

I principi guida e l'approccio di sistema introdotti da GS sono stati confermati dalle più recenti linee strategiche e di indirizzo nazionali e internazionali. La strada indicata da GS può essere considerata quindi una "strada maestra" ancora da percorrere, soprattutto in questa fase pandemica in cui è necessario costruire ulteriori opportunità di praticare AF che possano essere accessibili a tutti, tenendo conto degli ostacoli già esistenti e di quelli derivanti dalle restrizioni imposte dall'emergenza legata al COVID-19.

Citare come segue:

Faralli C, Luzi I, Possenti V, Valli M, Palermo V, Luzi P, et al. L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020). *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):46-56.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Ringraziamenti

Si ringraziano Paola Nardone e Silvia Ciardullo (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS) per le indicazioni fornite a supporto della lettura dei risultati delle sorveglianze OKkio alla SALUTE e HBSC.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Gaining Health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
2. Ministero della Salute. *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*. 2007. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.

3. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
4. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - n. 109 del 12 maggio 2017.
5. Epicentro. <https://www.epicentro.iss.it>; ultimo accesso 2/2/2022.
6. Epicentro. OKkio alla Salute. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute>; ultimo accesso 2/2/2022.
7. Epicentro. Sorveglianza Hbsc. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc>; ultimo accesso 2/2/2022.
8. Epicentro. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi. <https://www.epicentro.iss.it/passi>; ultimo accesso 2/2/2022.
9. Epicentro. La sorveglianza Passi d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento>; ultimo accesso 2/2/2022.
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1207_allegato.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
11. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
12. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
13. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
14. Ministero della Salute - Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie. Network per la prevenzione e la sanità pubblica. <https://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=programmi>; ultimo accesso 2/2/2022.
15. Epicentro. OKkio alla Salute. Indagine nazionale 2019: i dati nazionali. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati>; ultimo accesso 2/2/2022.
16. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pizzi E, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2014*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. 63 p.
17. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, Galeone D (Ed.). *Il Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. 83 p.
18. Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi A, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
19. Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
20. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S e Galeone D (Ed.). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/24).
21. Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, Spinelli A, Donati S, Cavallo F, Dalmasso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. 65 p.
22. Cavallo F, Lemma P, Dalmasso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014*. Torino: Università degli Studi; 2016.
23. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P e Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).
24. Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. PASSI e PASSI d'Argento: la robustezza del dato nazionale. Versione del 25 novembre 2021. <https://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2021/trend-omogeneo-vs%20totale.pdf>; ultimo accesso 2/2/2022.
25. Epicentro. Sorveglianza Passi. I dati per l'Italia: mobilità attiva. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/mobilita-attiva#dati>; ultimo accesso 2/2/2022.
26. Epicentro. La sorveglianza Passi d'Argento. I dati per l'Italia: attività fisica. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms#dati>; ultimo accesso 2/2/2022.
27. Istituto Nazionale di Statistica. Annuario statistico italiano. <https://www.istat.it/it/archivio/annuario+statistico+italiano>; ultimo accesso 2/2/2022.
28. World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO; 2018.
29. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.

30. World Health Organization. *The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion*. Helsinki, 10-14 June 2013. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
31. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region 2016-2025*. Copenhagen: WHO European Office for NCDs; 2016.
32. World Health Organization. *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. Geneva: WHO; 2020.
33. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL - TO3. La Dichiarazione di Shanghai sulla promozione della salute nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. 9ª Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute. Shanghai 21-24 novembre 2016. https://www.dors.it/documentazione/testo/201711/Dichiarazione%20Shanghai_DoRS.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
34. World Health Organization. *Health Promotion: Ottawa Charter*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59557>; ultimo accesso 2/2/2022.
35. Regione Piemonte. Una interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa. https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
36. Centro per la Salute del Bambino onlus (Ed.). *La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce*. <https://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2018/10/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>; ultimo accesso 2/2/2022.
37. Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf; ultimo accesso 2/2/2022.
38. SHE Scuole per la salute in Europa. Reti e partnership efficaci per la promozione della salute nelle scuole. SHE Factsheet 3. Traduzione italiana a cura dell'Università degli Studi di Milano, giugno 2015. <https://www.scuolapromuovesalute.it/wp-content/uploads/2020/09/SHE-Factsheet-3-IT.pdf>; ultimo accesso 2/2/2022.
39. European Network for Workplace Health Promotion. *Good practices in Workplace Health Promotion. Models of Good practice from companies of different sectors and size*. 2018. <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.workplace-health-promotion>; sezione sulle buone pratiche <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.good-practices>; ultimo accesso 2/2/2022.
40. World Health Organization, Regional Office for Europe. *One Health*. 2022. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/one-health>; ultimo accesso 2/2/2022.
41. National Institute for Health and Care Excellence. *Behaviour change: individual approaches*. 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>; ultimo accesso 2/2/2022.