

Stili di vita e salute nell'ASL VCO

I risultati del sistema di sorveglianza PASSI
sui cittadini tra i 18 e i 69 anni

(periodo 2009-2012)



Alcol

Fumo

Alimentazione

Attività fisica

**L'interesse degli
operatori sanitari
per gli stili di vita
dei loro assistiti**

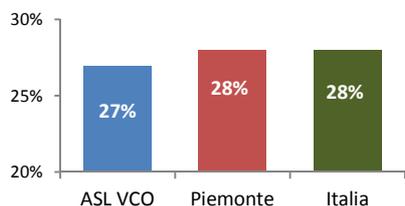
**Dipartimento di Prevenzione
Coordinamento del Piano Locale di Prevenzione**

A cura del Coordinatore PLP e PASSI

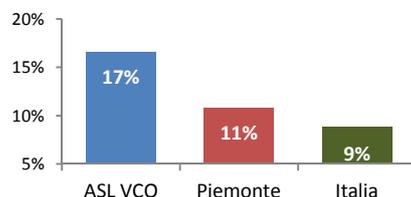
Dott. Paolo FERRARI

Stili di vita periodo 2009-2012

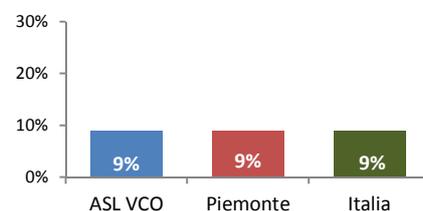
fumatori



guidatori con livelli rischiosi di alcol

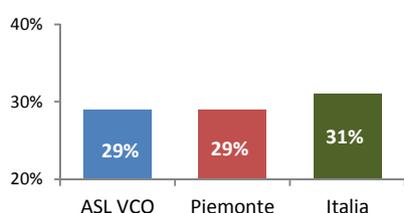


bevitori "binge"

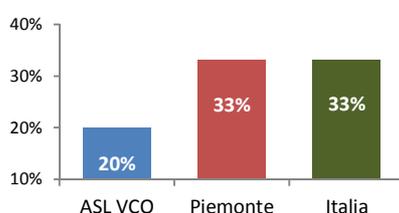


Donne che bevono 4 o più unità alcoliche in un'unica occasione, uomini che ne bevono 5 o più

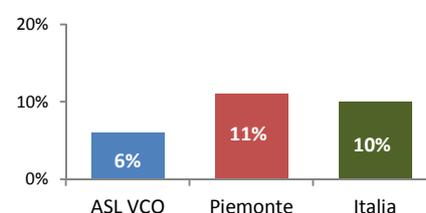
sedentari



fisicamente attivi

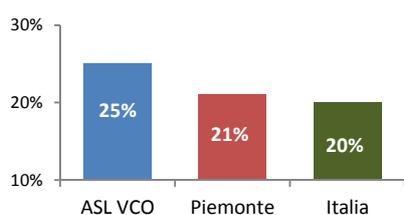


frutta-verdura: 5 porzioni al giorno

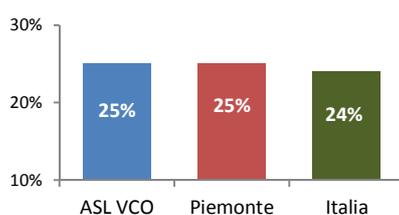


Situazioni di rischio periodo 2009-2012

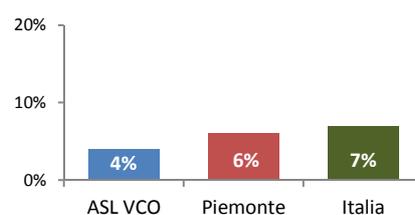
pressione alta



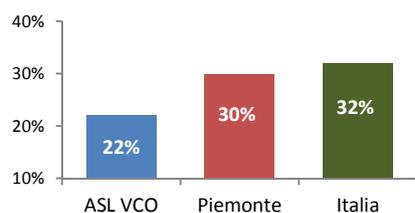
colesterolo alto



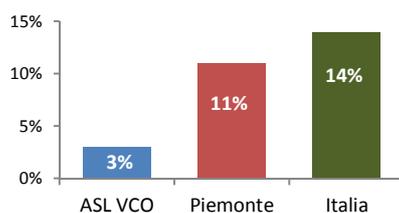
sintomi di depressione



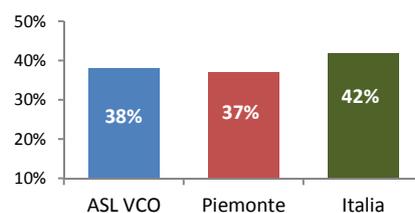
non in "buona salute"



molte difficoltà economiche



eccesso di peso



Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita dai residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL VCO:

2007- 2009

Popolazione media annuale: 118870

Campione intervistato: 700 persone, di cui il 51% uomini ed il 49% donne

Età media: 45 anni, senza differenze di sesso

Il campione è risultato costituito per:
il 25% da persone nella fascia 18-34 anni
il 36% da persone nella fascia 35-49 anni
il 39% da persone nella fascia 50-69 anni

2010-2012

Popolazione media annuale: 115407

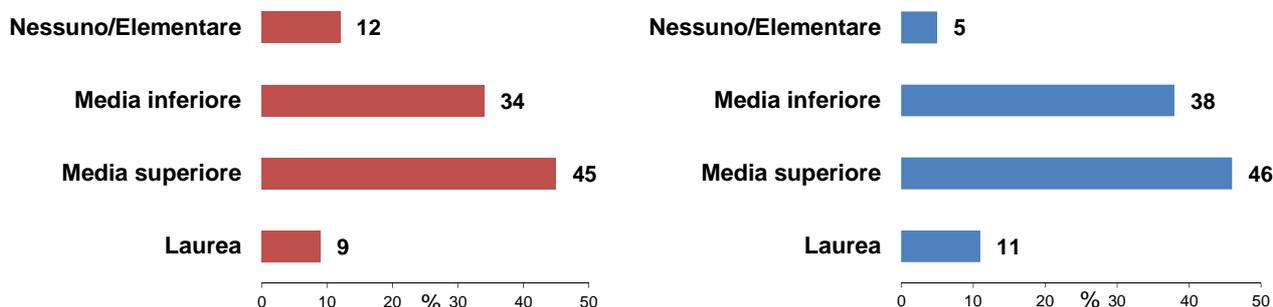
Campione intervistato: 825 persone, di cui il 49% uomini ed il 51% donne

Età media: 45 anni, senza differenze di sesso

Il campione è risultato costituito per:
il 24% da persone nella fascia 18-34 anni
il 37% da persone nella fascia 35-49 anni
il 39% da persone nella fascia 50-69 anni

La rappresentatività del campione è buona in quanto la distribuzione per sesso e classi di età è simile a quella della popolazione dell'anagrafe aziendale.

Campione per titolo di studio



L'istruzione è fortemente dipendente dall'età: i 50-69enni mostrano livelli di istruzione significativamente inferiori rispetto ai più giovani. Nel 2007-2009 le donne avevano un'istruzione inferiore agli uomini, nel 2010-2012 questa differenza si è quasi azzerata e addirittura la percentuale di donne laureate è superiore a quella degli uomini (12% rispetto a 10%). I valori sono in linea con quelli della Regione Piemonte.

Stato civile

Nel 2010-12, i coniugati/conviventi rappresentano il 61% del campione (62% nel 2007-09), i celibi/nubili il 30% (29% nel 2007-09), i separati/divorziati il 7% (6% nel 2007-2009) ed i vedovi l'1% (3% nel 2007-09).

Cittadinanza

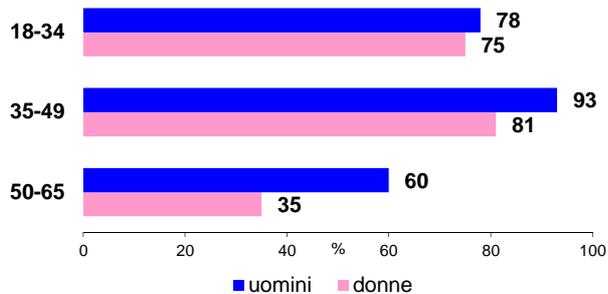
Nel 2007-09, gli stranieri intervistati sono stati il 2,3% (7,5% nell'anagrafe sanitaria); nel 2010-12, sono stati l'1,5% (9% nell'anagrafe sanitaria). Gli stranieri non intervistabili in italiano devono essere sostituiti, PASSI, pertanto, fornisce informazioni solo sugli stranieri integrati o da tempo in Italia.

Lavoro

2007-2009

Lavora regolarmente (18-65 anni): 71%
(donne 63%, uomini 78%)

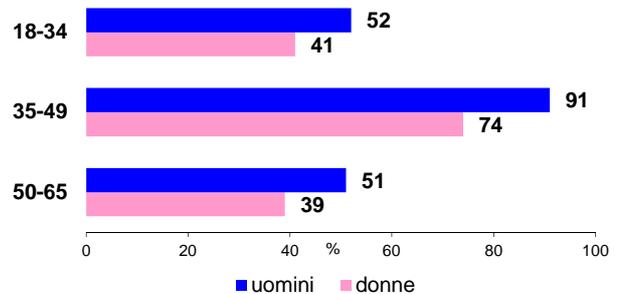
% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL VCO - PASSI 2007-09



2010-2012

Lavora regolarmente (18-65 anni): 60%
(donne 53%, uomini 67%)

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL VCO - PASSI 2010-12



Vi è un importantissimo calo dei lavoratori regolari nella fascia 18-34 anni (calo del 26% negli uomini, del 34% nelle donne); non trascurabile il calo del 9% dei lavoratori uomini nella fascia 50-69 anni. Il dato 2010-2012 del VCO, nella fascia 18-34enni è inferiore a quello del Piemonte 2011 (del 12% negli uomini e del 16% nelle donne) e del Piemonte 2012 (del 6% negli uomini e del 12% nelle donne).

Difficoltà economiche

Qualche difficoltà economica: 46%

Molte difficoltà economiche: 6%

Qualche difficoltà economica: 51%

Molte difficoltà economiche: 3%

Non si registrano importanti differenze per sesso e fasce di età

Consumo di alcol

L'alcol determina molteplici problemi sanitari e sociali: dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile - dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia. Il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività intera. Al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% degli anni di vita in buona salute persi (Daly) e un notevole impatto economico sulla società. Le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali aggiornano continuamente i livelli di consumo oltre i quali iniziano i rischi (documentati) per la salute.

Gli indicatori PASSI

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche standardizzate (UA); l'UA corrisponde a 12gr. di alcol puro (etanolo), contenuti all'incirca in una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

PASSI indaga aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

- **consumo abitualmente elevato¹**: per gli uomini, più di 2 UA medie al giorno (più di 60 negli ultimi 30 giorni) e per le donne, più di 1 unità alcolica media al giorno (più di 30 negli ultimi 30 giorni);
- **consumo *binge*²**: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di almeno 5 (per gli uomini) o almeno 4 (per le donne) UA in una singola occasione;
- **consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.**

2007-2009

Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni): 62,4%

2010-2012

Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni): 56,5%

Consumo a maggior rischio

Consumo a maggior rischio: 21,7%

Consumo abitualmente elevato: 13,2%

Consumo *binge*²: 4,5%

Consumo esclusivo o prevalente fuori pasto: 9,6%

Consumo a maggior rischio: 23,4%

Consumo abitualmente elevato: 5,5%

Consumo *binge*²: 8,5%

Consumo esclusivo o prevalente fuori pasto: 14,1%

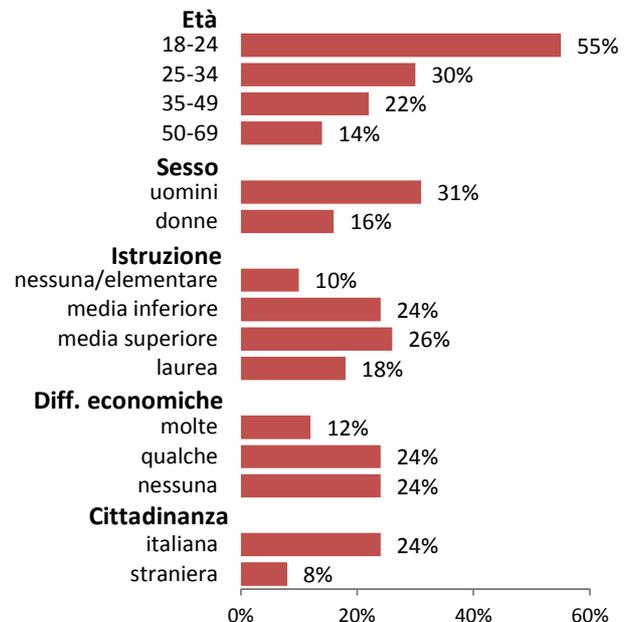
Il cambiamento di alcune definizioni relative al consumo di alcol permette confronti solo su alcune variabili.

Nell'ASL VCO, nel 2010-12, sono aumentati sia gli astemi (dal 37,4% al 43,5%), sia i consumatori a maggior rischio e fuori pasto; sono diminuiti i forti consumatori.

Sempre nel 2010-12, i consumatori a maggior rischio costituiscono il 55% della popolazione 18-24enne ed il 31% degli uomini tra 18 e 69 anni.

Le persone che dichiarano molte difficoltà economiche hanno consumi a rischio dimezzati rispetto agli altri.

Totale 2010-12: 23,4% (IC 95%: 20,6%-29,5%)



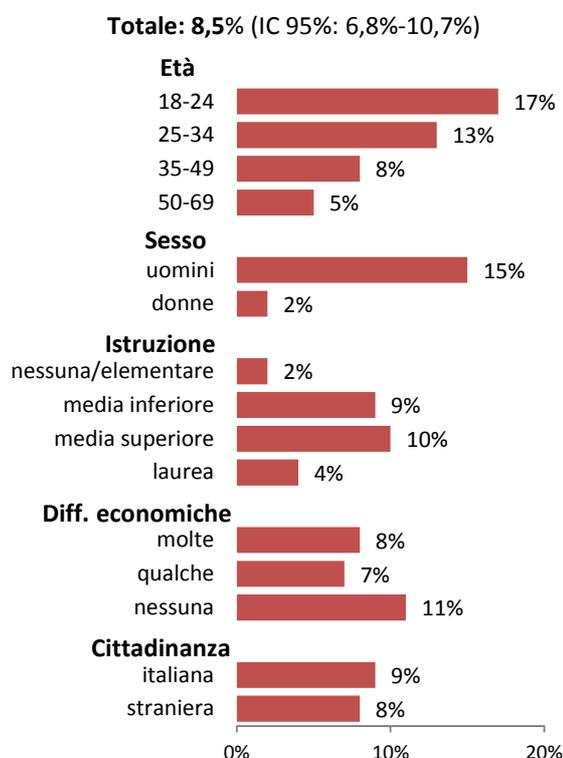
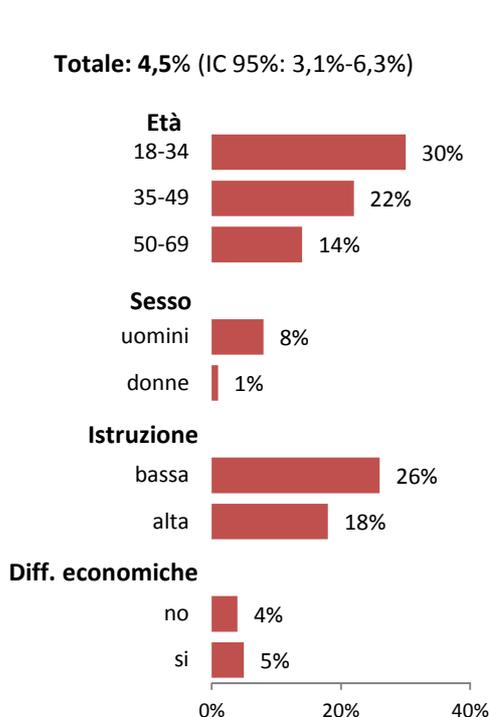
¹ Indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore", calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche comportando una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Le informazioni raccolte da PASSI permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo *binge*, che prevedeva il consumo di almeno 6 UA in entrambi i sessi. La diminuzione della soglia rende i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non confrontabili con quelli degli anni precedenti

Bevitori “binge”

2007- 2009

2010-2012



Dal 2010 la definizione di consumo binge, che prevedeva il consumo di almeno 6 UA in entrambi i sessi, è di almeno 5 UA (per gli uomini) o almeno 4 (per le donne); questo rende i valori non confrontabili, comunque il fenomeno è tipico dei giovani, diminuisce all'aumentare dell'età ed è maggiore negli uomini.

Gli operatori sanitari sono attenti al consumo di alcol dei loro assistiti?

Chiesto se consuma alcolici: 11%

Consigliato di bere meno alcolici ai bevitori a rischio: 2%

Consigliato di bere meno alcolici ai bevitori *binge*: 8%

Consigliato di bere meno alcolici ai bevitori fuori pasto: 0%

Consigliato di bere meno alcolici a chi consuma quantità elevate: 6%

Chiesto se consuma alcolici: 11%

Consigliato di bere meno alcolici ai bevitori a maggior rischio: 3%

Consigliato di bere meno alcolici ai bevitori *binge*: 6%

Consigliato di bere meno alcolici ai bevitori fuori pasto: 1%

Consigliato di bere meno alcolici a chi consuma quantità elevate: 7%

L'interesse degli operatori sanitari nei confronti dell'attività fisica rimane ancora molto basso.

Conclusioni

Nell'ASL VCO, nel 2010-12, sono aumentati sia gli astemi (dal 37,4% al 43,5%) che i consumatori a maggior rischio e fuori pasto; sono diminuiti i forti consumatori.

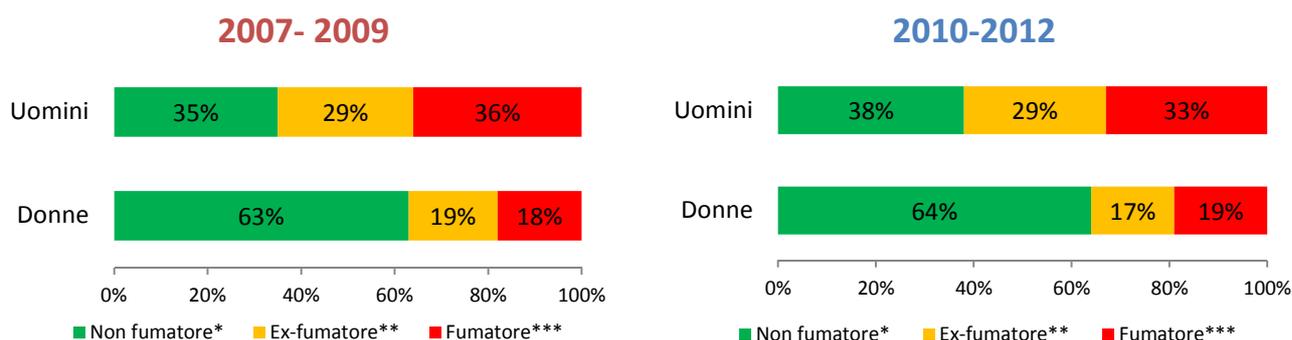
Il consumo a maggior rischio ed il consumo *binge* sono molto diffusi tra gli uomini e tra i giovani con meno di 25 anni. E' importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, identifichino precocemente i soggetti a rischio, ma l'attenzione degli operatori sanitari è molto bassa.

Per ridurre i danni causati dall'alcol, è dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono su prezzo e reperibilità e degli alcolici, eliminando la pubblicità di bevande alcoliche e migliorando l'informazione ed i programmi di educazione al fine di ridurre il consumo.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale di rischio evitabile di morte precoce ed è tra i maggiori fattori di rischio di malattie cronico-degenerative (in particolare respiratorie e cardiovascolari), a cui è attribuito il 12% degli anni di vita in buona salute persi per morte precoce o disabilità. In Italia sono attribuibili al fumo di tabacco dalle 70mila alle 83mila morti l'anno, tra i quali oltre il 25% ha età tra i 35 e i 65 anni. L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni è cambiata: si è ridotta tra gli uomini, nei quali è storicamente più diffusa, è aumentata nelle donne ed è molto diffusa tra i giovani.

Potenziando la prevenzione primaria può diminuire l'incidenza e la mortalità del tumore del polmone. I medici e gli altri operatori sanitari devono informare gli assistiti dei rischi del fumo: smettere di fumare dimezza il rischio di infarto dopo un anno e il rischio di tumore del polmone dopo 10 anni.



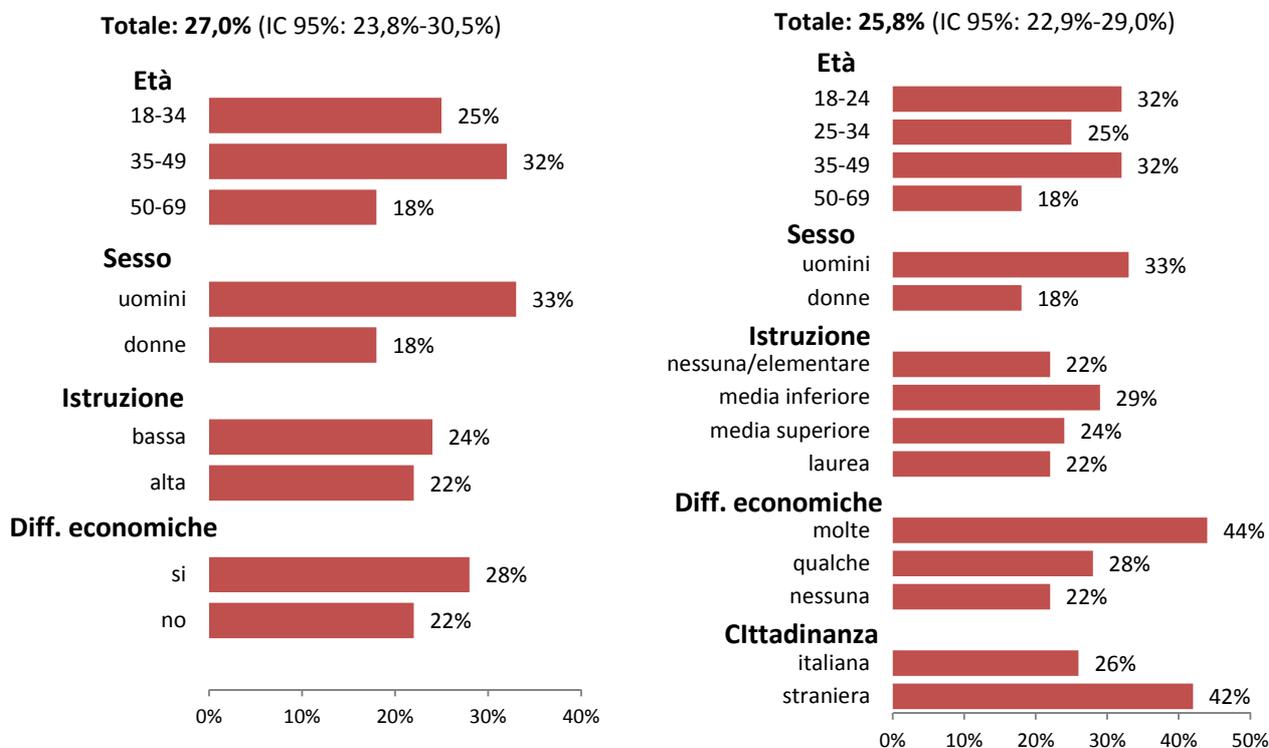
* Fumatore: ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

** Ex fumatore: non fuma, da oltre 6 mesi

*** Non fumatore: non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

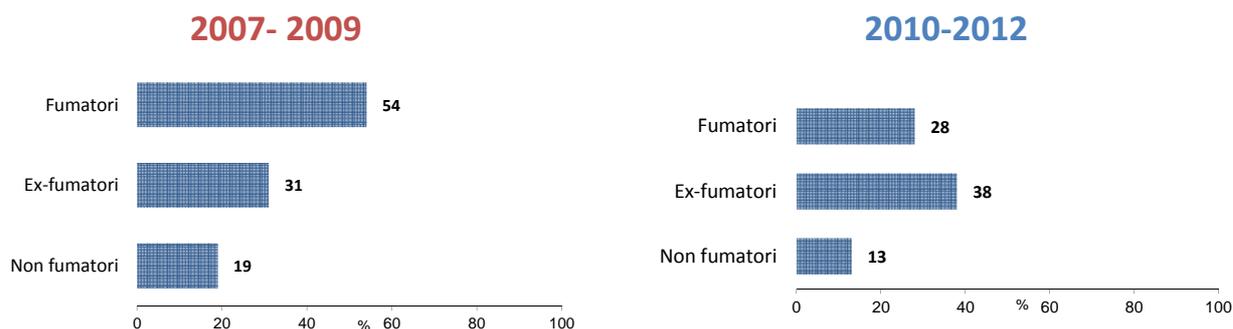
Nel sesso maschile la percentuale di fumatori diminuisce del 3% nel periodo 2010-12.

Nei 2007-09 istruzione e difficoltà economiche erano state analizzate a gruppi (bassa istruzione = nessuna/elementare + media inferiore, difficoltà economiche si = molte o qualche difficoltà).



Nell'ASL VCO l'abitudine al fumo è più frequente negli uomini (1 uomo su 3 è fumatore) e tra coloro con difficoltà economiche; è meno frequente tra coloro con età superiore a 50 anni. Nel 2010-12 fuma quasi 1 persona su 2 con molte difficoltà economiche.

Gli operatori sanitari sono interessati all'abitudine al fumo dei loro assistiti?



L'attenzione degli operatori sanitari ai loro assistiti è aumentata solo nei confronti degli ex fumatori, nei confronti dei fumatori si è quasi dimezzata.

Fumo passivo

2007-2009

2010-2012

L'abitudine al fumo in ambito domestico

Non si fuma: 79%

Permesso in alcune zone: 16%

Si fuma ovunque: 5%

Non si fuma: 89%

Permesso in alcune zone: 8%

Si fuma ovunque: 3%

La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

Rispettato sempre: 83%

Rispettato quasi sempre: 14%

Rispettato a volte/mai: 3%

Rispettato sempre: 86%

Rispettato quasi sempre: 13%

Rispettato a volte/mai: 1%

La percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Rispettato sempre: 74%

Rispettato quasi sempre: 19%

Rispettato a volte/mai: 5%

Rispettato sempre: 77%

Rispettato quasi sempre: 18%

Rispettato a volte/mai: 5%

Conclusioni

Nella popolazione tra i 18 ed i 69 anni dell'ASL VCO i fumatori sono il 26%, gli ex fumatori il 23% ed i non fumatori il 51%.

I fumatori sono più numerosi tra gli uomini e aumentano all'aumentare delle difficoltà economiche.

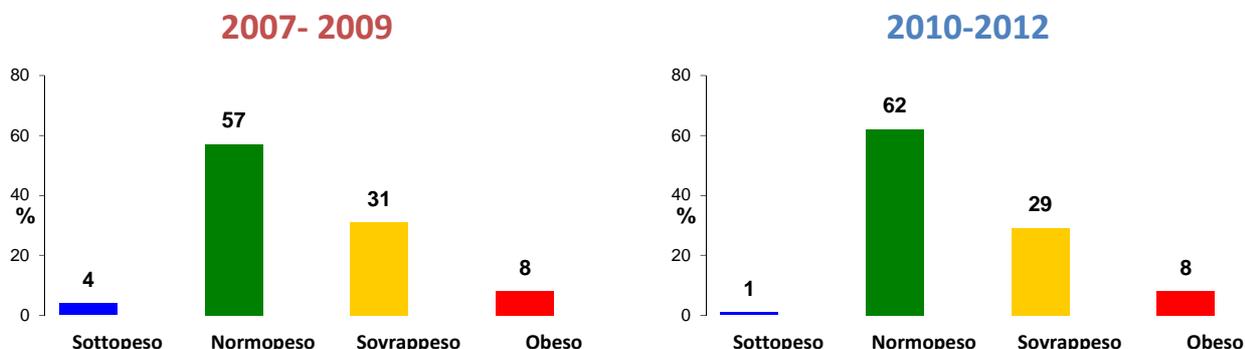
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo fondamentale nel contrasto al tabagismo ma i dati evidenziano un basso livello di attenzione degli operatori sanitari: il consiglio di smettere è in netto calo nel periodo 2010-2012 e di fatto tutti coloro che hanno tentato di smettere di fumare l'hanno fatto da soli.

In oltre 3 abitazioni su 4 non si fuma; nel 2010-2012 il dato migliora ulteriormente del 10%.

Sia nei luoghi di lavoro che in quelli pubblici più di 9 persone su 10 ritengono rispettato il divieto, con prevalenze in aumento.

Stato nutrizionale

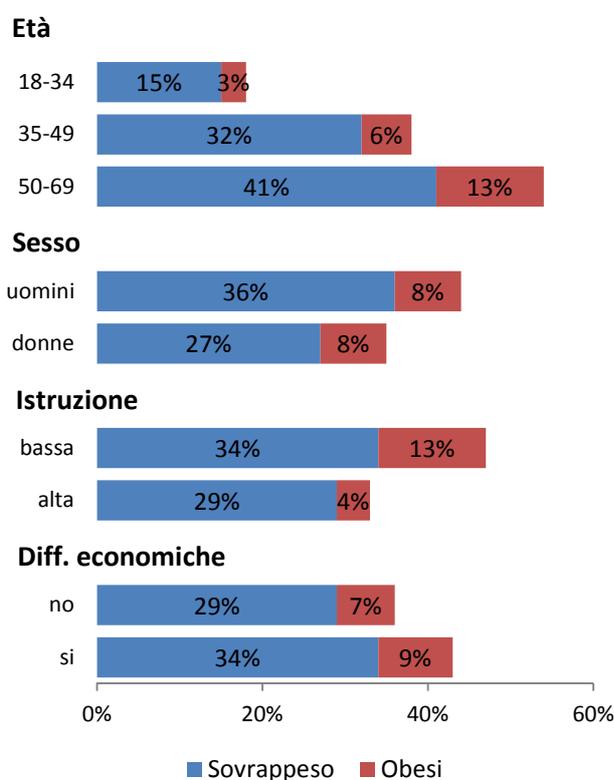
E' un determinante delle condizioni di salute di una popolazione in quanto l'eccesso di peso è un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati. In base all'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, le persone sono classificate in 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).



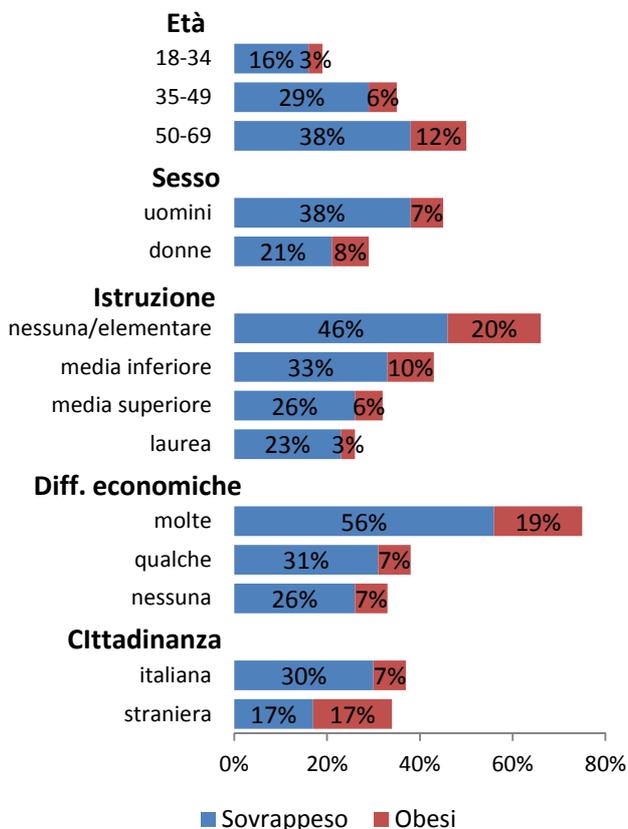
La situazione permane grave: quasi 4 persone su 10 sono sovrappeso o obese: l'eccesso ponderale si riduce, comunque, dal 39,4% del 2007-09 al 36,8% del 2010-12.

Nei 2007-09 istruzione e difficoltà economiche erano state analizzate a gruppi (bassa istruzione = nessuna/elementare + media inferiore, difficoltà economiche si = molte o qualche difficoltà).

Eccesso ponderale: 39,4% (IC 95%: 35,8%-43,2%)



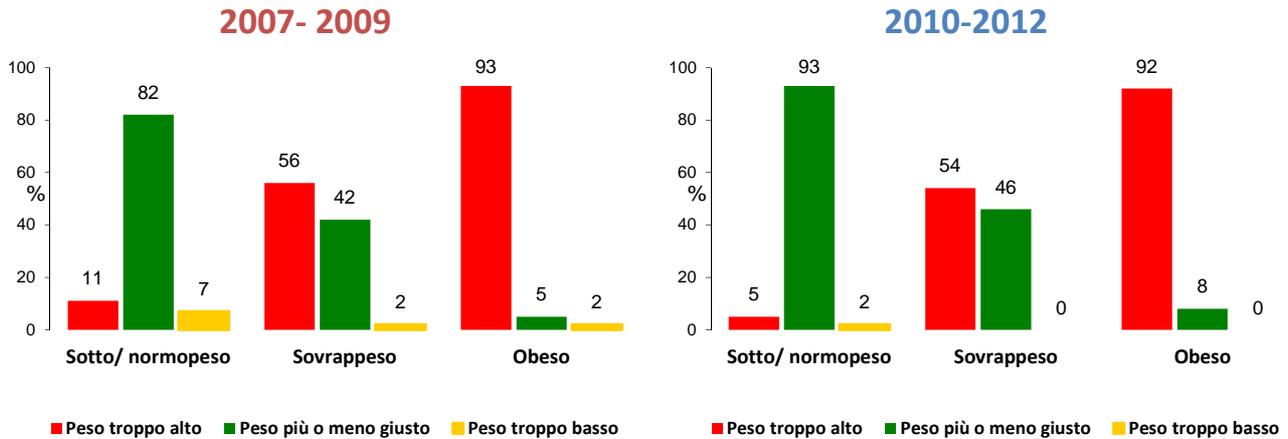
Eccesso ponderale: 36,8% (IC 95%: 33,6%-40,3%)



Nell'ASL VCO l'eccesso ponderale è più frequente all'aumentare dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Nel 2010-12 sono sovrappeso o obese 2 persone su 3 con livello di istruzione non superiore alle elementari e 3 persone su 4 con molte difficoltà economiche.

Percezione del proprio peso

La percezione che si ha del proprio peso è il fattore che condiziona cambiamenti dello stile di vita.



Quasi la metà delle persone sovrappeso non comprende che il proprio peso è troppo alto, senza differenze importanti tra i 2 trienni; tale percezione varia in relazione al sesso:

2007-09 → 58% uomini, 21% donne;

2010-12 → 65% uomini, 14% donne.

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

In eccesso ponderale: 45%

Sovrappeso: 38%

Obesi: 72%

In eccesso ponderale: 33%

Sovrappeso: 27%

Obesi: 56%

Dal 2007-09 al 2010-12 si evidenzia un preoccupante calo di interesse da parte degli operatori sanitari.

Personale in sovrappeso/obese che seguono una dieta: 19% Personale in sovrappeso/obese che seguono una dieta: 33%

La proporzione di persone in eccesso ponderale che segue una dieta è significativamente più alta: nelle donne, negli obesi, in coloro che ritengono il proprio peso "troppo alto" ed in coloro a cui è stata consigliata da un operatore sanitario; la proporzione di persone in eccesso ponderale che segue una dieta è nettamente aumentata nel 2010-12 rispetto al 2007-09.

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Personale in eccesso ponderale che

- sono sedentarie: 41% (36% dei sovrappeso, 61% degli obesi)
- hanno ricevuto il consiglio da un medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica: 25% (23% dei sovrappeso, 32% degli obesi)

Personale in eccesso ponderale che

- sono sedentarie: 34% (33% dei sovrappeso, 37% degli obesi)
- hanno ricevuto il consiglio da un medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica: 28% (26% dei sovrappeso, 38% degli obesi)

Conclusioni

I sistemi di sorveglianza basati su interviste telefoniche, utilizzando valori riferiti di peso e altezza, sottostimano lievemente la prevalenza di eccesso ponderale; nonostante questo PASSI rileva che nell'ASL VCO quasi 4 persone su 10 (il 39% nel 2007-09 ed il 37%), tra 18 e 69 anni, presenta eccesso di peso.

I programmi di intervento vanno rivolti, oltre che alle persone obese, alle persone in sovrappeso, nelle quali emerge che quasi 1 persona in sovrappeso su 2 non capisce di essere sovrappeso e ancora poche intraprendono una dieta. I consigli degli operatori sanitari, efficaci per l'attuazione di una dieta, non sono abbastanza diffusi.

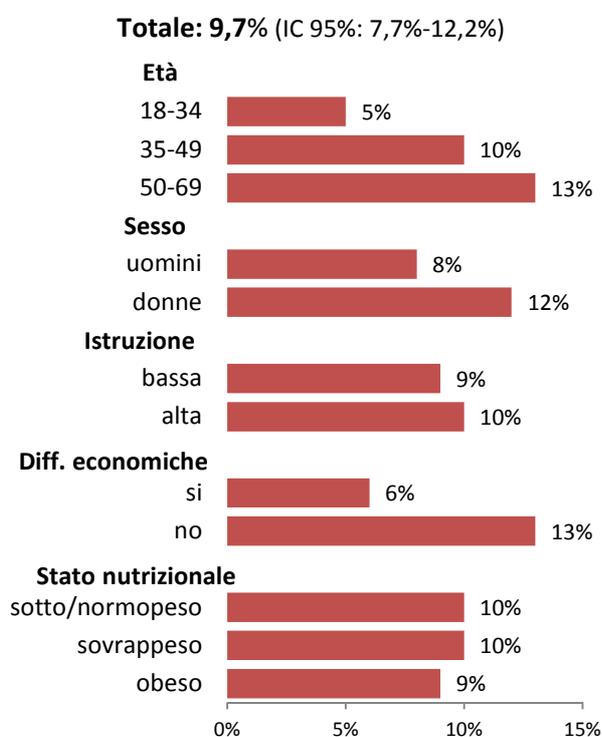
Consumo di frutta e verdura

L'Atlante delle malattie cardiache e ictus cerebrale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indica che lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, nel mondo, del 31% dei casi di malattia coronarica e dell'11% degli ictus cerebrali. Se ogni cittadino dell'Unione europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari; la soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

Adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e riducono la densità energetica della dieta, grazie alla sensazione di sazietà che generano.

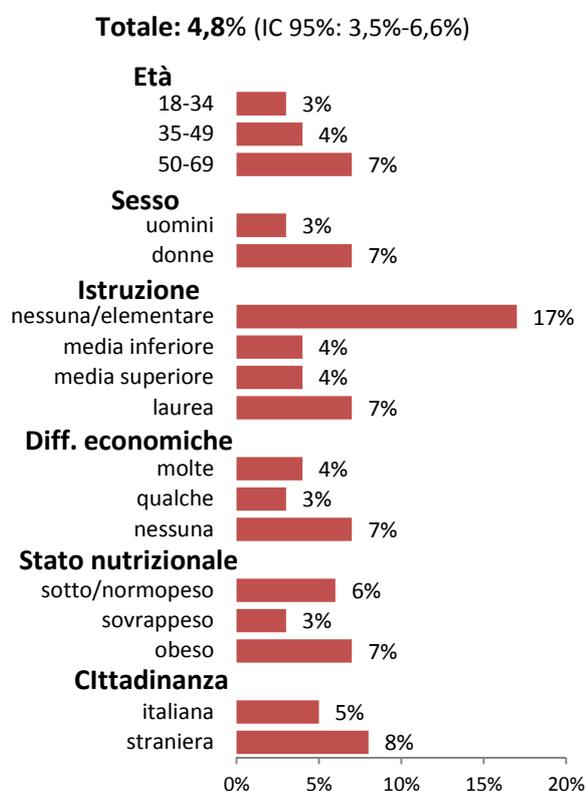
2007- 2009

Nell'ASL VCO il 99% delle persone mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 10% consuma le 5 porzioni al giorno, il 32% 3-4 porzioni ed il 57% 1-2 porzioni.



2010-2012

Nell'ASL VCO il 98% delle persone mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 5% consuma le 5 porzioni al giorno, il 35% 3-4 porzioni ed il 58% 1-2 porzioni.



L'adesione al five a day, già molto bassa nell'ASL VCO e in tutta Italia, è calata drasticamente, praticamente dimezzandosi, nel 2010-12. E' comunque più frequente nelle donne, in coloro senza difficoltà economiche e aumenta all'aumentare dell'età. Il picco di consumo tra coloro con nessuna istruzione/elementare è legato all'età e alla bassa numerosità della classe di appartenenza.

Conclusioni

Quasi tutti consumano giornalmente frutta e verdura: 4 persone su 10 ne assumono almeno 3 porzioni, ma solo 1 persona su 20 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace azione di prevenzione.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente è fondamentale nella prevenzione di malattie cardiovascolari, tumori del colon e della mammella, ipertensione, obesità, diabete; uno stile di vita sedentario contribuisce, invece, allo sviluppo di diverse malattie croniche, soprattutto cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

L'attività fisica raccomandata per un adulto è di almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

La promozione dell'attività fisica è un'azione prioritaria di Sanità Pubblica, inserita ovunque nella programmazione sanitaria: negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 la inserisce tra gli obiettivi primari di salute per il Paese; l'Unione europea nel Health Programme (2008-2013) propone progetti per promuoverla; in Italia, il Piano Sanitario Nazionale ed il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-12 sottolineano la sua importanza per la salute; il programma Guadagnare Salute favorisce uno stile di vita attivo, coinvolgendo diversi settori della società per favorire scelte attive del cittadino.

2007- 2009

2010-2012

Attivo: 27%

Parzialmente attivo: 38%

Sedentario: 35%

Attivo: 18%

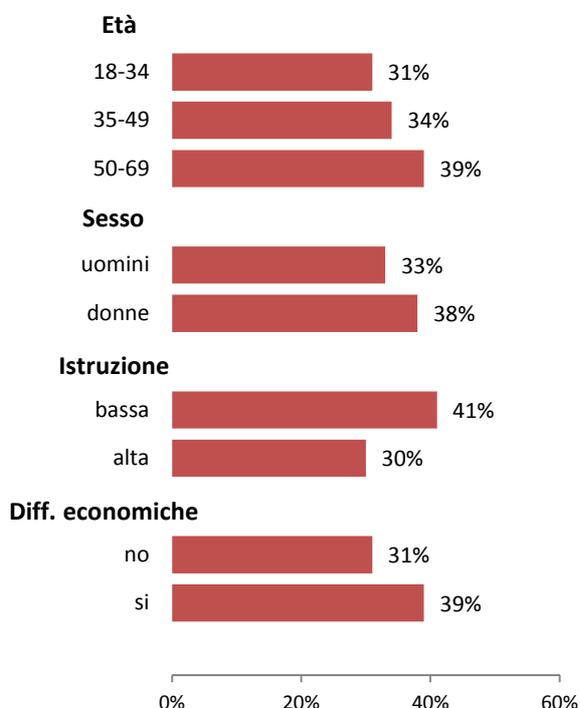
Parzialmente attivo: 53%

Sedentario: 29%

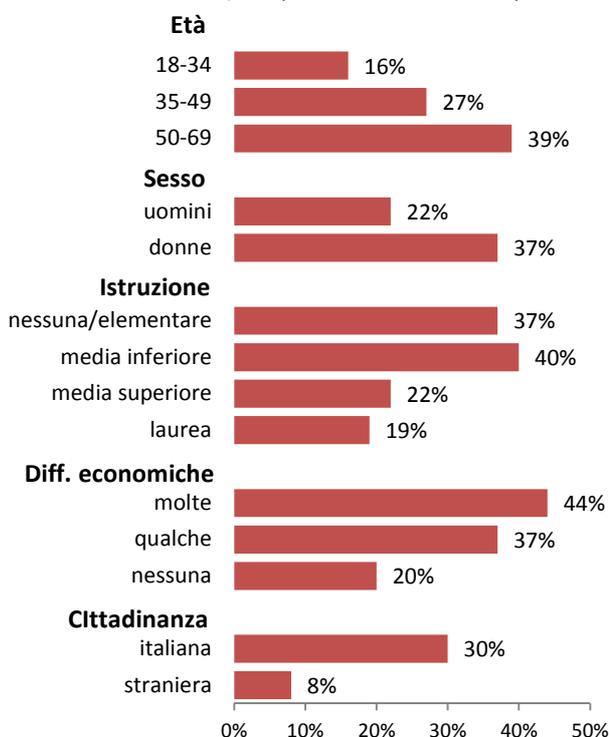
Sedentari

Nei 2007-09 istruzione e difficoltà economiche erano state analizzate a gruppi (bassa istruzione = nessuna/elementare + media inferiore, difficoltà economiche si = molte o qualche difficoltà).

Totale: 35,3% (IC 95%: 31,8%-39,0%)



Totale: 29,0% (IC 95%: 26,2%-32,5%)



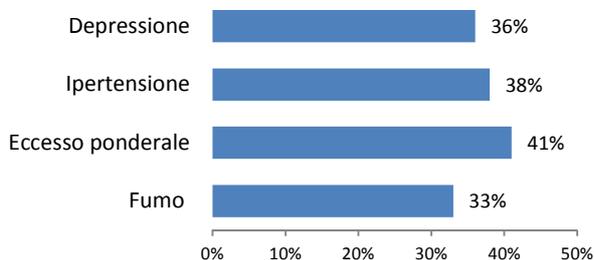
Nell'ASL VCO la sedentarietà è più frequente all'aumentare dell'età, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Nel 2010-12 si ha un calo della sedentarietà, ma permangono sedentarie circa 4 persone su 10 di sesso femminile, con bassa istruzione e con difficoltà economiche.

Sedentarietà e presenza di altre condizioni di rischio

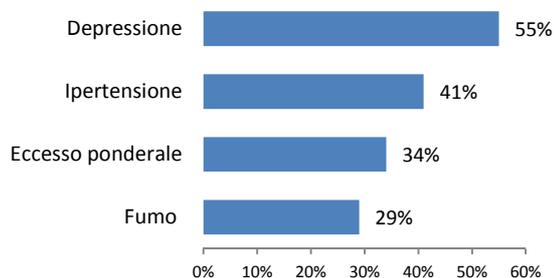
2007-2009

2010-2012

Lo stile di vita sedentario è spesso associato ad altre condizioni di rischio:



Associazione statisticamente significativa con l'eccesso ponderale



Associazione statisticamente significativa con la depressione, l'iperensione e l'eccesso ponderale

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

Chiesto se svolge attività fisica: 21%

Consigliato di fare attività fisica: 18%

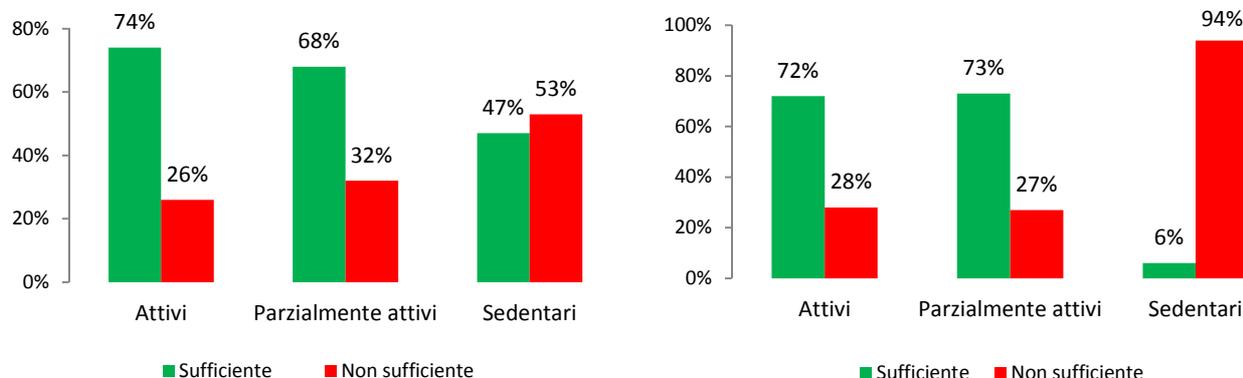
Chiesto se svolge attività fisica: 17%

Consigliato di fare attività fisica: 16%

L'interesse degli operatori sanitari nei confronti dell'attività fisica è ancora molto basso.

Percezione del proprio livello di attività fisica

La percezione del livello di attività praticata condiziona il cambiamento verso uno stile di vita più attivo.



La percezione di non essere sufficientemente attivi è nettamente aumentata tra i sedentari nel 2010-12.

Conclusioni

Nell'ASL VCO meno di un adulto su 5 nel 2010-12: i sedentari, anche se diminuiti rispetto al 2007-09, sono quasi 3 persone su 10 (29%). La sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età ed è maggiore nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche; i sedentari sono, inoltre, più numerosi in sottogruppi di popolazione che avrebbero benefici maggiori dall'attività fisica, come persone con sintomi di depressione, ipertesi o in eccesso ponderale.

Gli operatori sanitari potrebbero promuovere maggiormente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti: si informano e consigliano di svolgere attività fisica regolare in meno di 2 persone su 10.

Lo sviluppo di strategie la diffusione dell'attività fisica, attraverso interventi intersettoriali efficaci, è un obiettivo raggiungibile intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano la scelta di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).