



## **Approfondimenti e note per la riprogrammazione degli interventi di promozione dell'attività fisica: 10 anni di studio PASSI**

### **Direttore del Dipartimento**

Dr. Paolo Coin

### **Servizio Epidemiologico Azienda ULSS 7**

Dr.ssa Alessandra dal Zotto, dr. Mario Saugo

### **Team Studio PASSI ULSS 7**

Dr. ssa Maria Caterina Bonotto, dr.ssa Alessandra Dal Zotto

ASV Elena Alessio, ASV Lucia Amadio, ASV Maddalena Berti, ASV Silvia Chimello,  
Inf Raffaella Conforto ASV Lucia Costa, ASV Elisa Dal Mas, ASV Anna Maria Dal Zotto,  
ASV Rita Dal Zotto, Inf. Lorenza Faccio, ASV Sonia Refosco, ASV Rosella Rigoni,  
ASV Beatrice Romare, ASV Debora Rigon, ASV Elena Scalco, ASV Matilde Tomasi, ASV Marilena Vellar

### **UOSD prevenzione malattie croniche non trasmissibili e promozione della salute**

Dr.ssa Fabrizia Polo, Ed. Annamaria Vezzano, Inf. Lucio Basso, Inf. Giorgio Dal Santo, Inf. Clara Giacon,  
Inf. Lorenza Faccio, ASV Paola Dal Zotto

### **Referenti Aziendali per la promozione dell'attività fisica e la mobilità attiva**

Dr.ssa Annacatia Miola, ASV Silvia Fietta,  
Dr. Giorgio Dal Santo, Dr. Umberto Di Spigno, Dr. Edoardo Chiesa

## **Perché le persone non fanno attività fisica?**

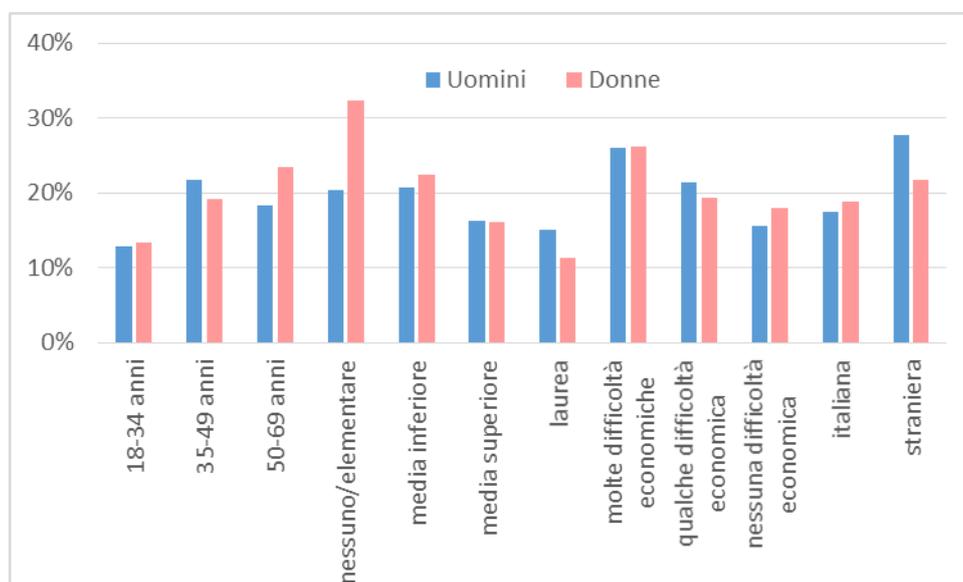
Tra il 2008 ed il 2017 27 Assistenti Sanitari e Infermiere del Dipartimento di Prevenzione e dei servizi territoriali hanno intervistato per telefono un campione di 6.382 persone, secondo un protocollo d'indagine molto solido dal punto di vista scientifico. Queste interviste forniscono quindi una importante base conoscitiva sui comportamenti di rilevanza sanitaria della popolazione ma anche, proprio per il dialogo che si attiva "in presa diretta" tra operatori sanitari e cittadini, uno strumento di valutazione e di riprogrammazione per tutta l'Azienda Sanitaria.

Il 31% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni risulta fisicamente attivo, il 51% parzialmente attivo ed il 19% sedentario (note metodologiche in allegato). Il primo dei motivi che spiegano il perché di questa situazione di inattività del tutto insoddisfacente è il cambiamento dei ritmi del lavoro: la meccanizzazione e l'informatizzazione hanno reso diseconomica la fatica muscolare che ha accompagnato nei secoli il lavoro fisico di contadini/e ed operai/e. Solo il 13% degli uomini ed il 4% delle donne oggi fanno un lavoro di fatica;

un altro 23% degli uomini e 11% delle donne svolge un'attività fisica intensa durante il tempo libero. Oggi, molto più che in passato, la forma fisica è riconosciuta come un segno di benessere, successo e cura di sé. Tuttavia la percentuale di persone che sono fisicamente attive nella nostra ULSS è in aumento solo negli uomini giovani (+11% annuo tra i 18 ed i 24 anni), mentre si mantiene sostanzialmente invariata nel tempo nel resto della popolazione.

Altri fattori che influenzano la sedentarietà sono noti ben da tempo in sanità pubblica e sono riconducibili ai determinanti socio-economici della nostra salute: il basso livello di istruzione, la presenza di difficoltà economiche, la cittadinanza straniera. Il differenziale più grande è quello legato al capitale culturale: la percentuale di persone sedentarie è pari al 28% tra coloro che hanno fatto soltanto le scuole elementari, ma solo al 13% tra le persone che hanno avuto l'opportunità di laurearsi.

**Figura 1: Percentuale di persone sedentarie in diversi sottogruppi di popolazione (ULSS 7, 2008-2017)**

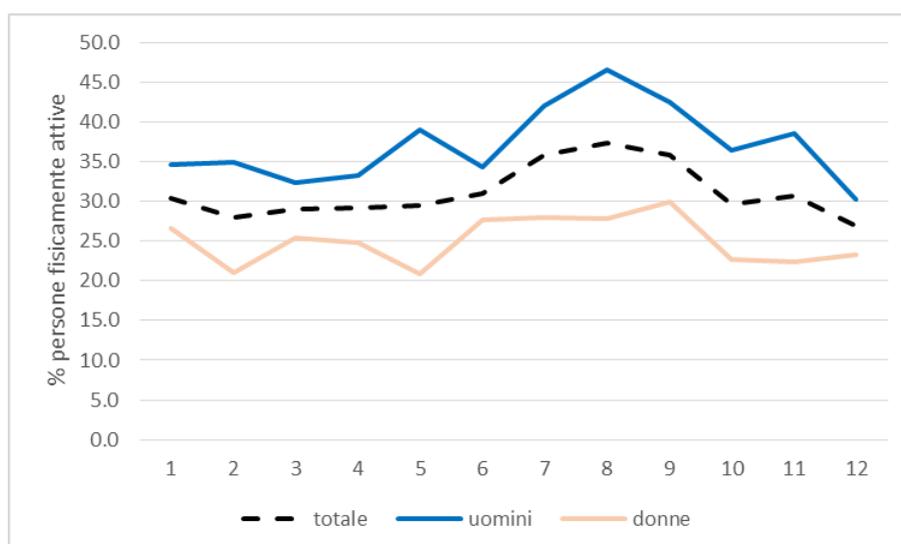


Di fatto, la possibilità di fare attività fisica è legata molto strettamente alla possibilità di organizzare i propri tempi di vita e di lavoro. La donna di fatto si trova a dedicare una quota importante del tempo allo svolgimento di commissioni, alla gestione della casa, alla preparazione dei pasti che le lasciano meno tempo per sé, anche per fare dell'attività fisica. Questo è uno dei motivi per cui la donna risulta meno attiva fisicamente nell'età in cui è impegnata nella gestione della famiglia, mentre si organizza meglio - anche per fare dell'attività fisica - con l'arrivo della menopausa e con l'uscita di casa dei figli, oppure quando raggiunge, con la laurea, una maggiore autonomia economica e di vita.

A riprova di questo, tra i 1.627 intervistati che non fanno un lavoro pesante e vivono in famiglia con bambini fino a 14 anni di età, si trova che il 32% degli uomini fa un'attività fisica intensa al di fuori del lavoro rispetto al 16% delle donne. La differenza è pari a 30 punti percentuali tra i 18 ed i 34 anni, a 17 punti percentuali tra i 35 ed i 49 anni, mentre non vi è più nessuna differenza di genere al di sopra dei 60 anni.

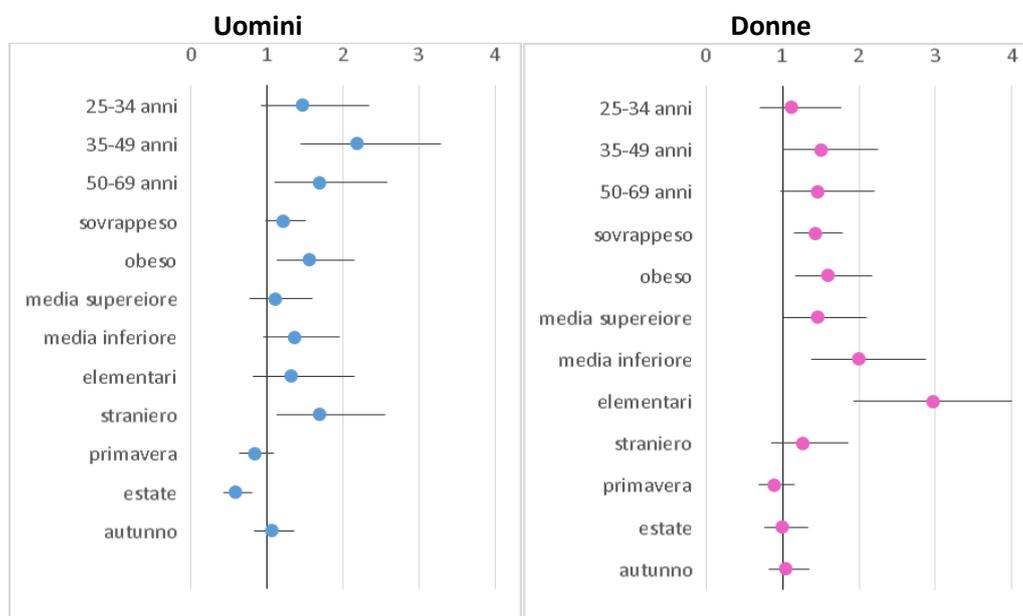
Ogni stagione è buona per fare attività fisica, anche se ci sono dei periodi dell'anno in cui è più facile organizzarsi: bisogna quindi arrivare ad Aprile con un progetto in testa già organizzato - e magari condiviso con familiari/amici/conoscenti - per aumentare il proprio livello di attività fisica dalla primavera all'autunno, quando è più facile fare del movimento anche senza dover spendere troppo tempo o troppi soldi. Anche durante l'inverno, tuttavia, è facile mantenere la propria forma fisica riorganizzando gli orari giornalieri e settimanali, magari acquistando un paio di indumenti più tecnici.

**Figura 2: Percentuale di persone fisicamente attive, per mese dell'anno (ULSS 7, anni 2008-2017)**



Considerati tutti assieme nel loro complesso, i fattori che interagiscono nell'aumentare il rischio di essere sedentari (valori alla destra del valore 1) sono il genere e la stagionalità (di cui abbiamo già detto sopra), l'età adulta, l'eccesso ponderale e la bassa scolarizzazione (specialmente tra le donne). I residenti stranieri meritano un cenno a sé, anche se sono numericamente poco rappresentati in questa indagine: diversi studi, anche effettuati in Regione, documentano che essi rappresentano una popolazione eterogenea, ma mediamente più esposta ai fattori di rischio ed alle malattie cardiovascolari.

**Figura 3: Fattori di rischio per la sedentarietà (ULSS 7, anni 2008-2017)**



Le persone sedentarie spesso associano all'inattività fisica anche uno stile di vita decisamente migliorabile anche sotto altri aspetti, come l'obesità, l'abitudine al fumo, un consumo elevato di alcolici o un consumo molto basso di frutta e verdura. È importante considerare i risvolti psicologici e pratici di questa osservazione - in particolare nei maschi - sia quando si progettano le azioni di comunità, sia quando si condivide un percorso di counselling, in particolare tra i maschi. Infatti il 32% degli uomini ed il 14% delle donne hanno almeno altri due fattori di rischio "maggiori" oltre alla sedentarietà.

## Indicazioni per la riprogrammazione

Il punto di partenza per ogni riprogrammazione è il monitoraggio e la valutazione dei progetti in corso: Regionali, Aziendali, di Distretto. Il Servizio Promozione della Salute organizza a questo fine dei tavoli di lavoro a livello aziendale per condividere gli obiettivi, valutare i punti forza e le criticità e delineare le modalità di integrazione intersettoriale con la Scuola ed i Comuni, che sono il fulcro della strategia “Guadagnare Salute”. Tra i progetti più consolidati possono essere citati la promozione dell’attività fisica e della mobilità attiva nei Comuni, il progetto Muovimondo (movimento e stili di vita sani a scuola nella Scuola Primaria), la formazione dei “walking leaders” e la collaborazione con l’Unione Italiana Sport per Tutti.

Tra le righe dell’analisi dei dati PASSI dell’ULSS 7 è possibile scorgere dei sottogruppi che richiedono un approccio più specifico alla promozione dell’attività fisica. Tra questi possiamo citare le donne che hanno figli piccoli, le persone con difficoltà economiche, gli uomini dopo i 50 anni. L’indagine di ULSS 7 ha raggiunto un numero non elevato di stranieri (anche perché la percentuale di non rispondenti è più alta in questo gruppo di residenti), tuttavia è chiaramente documentato a livello regionale e nazionale che si tratta di un sottogruppo mediamente a rischio più elevato e precoce per stili di vita e patologia cardiovascolare.

In generale, le proposte migliori per l’attività fisica sono quelle più accessibili in termini di costo economico, di orario e di luogo. La passeggiata veloce ed il trekking ad esempio offrono buone opportunità per lo svago attivo e anche per la promozione del turismo locale: in questo senso ad esempio molti Comuni hanno già realizzato ad esempio percorsi pedonali e ciclabili aperti tutto l’anno, distinti dai flussi di traffico veicolare e spesso apprezzabili anche dal punto di vista paesaggistico e culturale. La fine dell’inverno è il periodo ottimale per prepararsi ad aumentare il proprio livello di attività fisica: è il momento ottimale anche per lanciare iniziative di maggiore impatto comunicativo, come ad esempio il “Mois sans tabac” recentemente sperimentato con successo in Francia. Una quota non trascurabile di persone sedentarie ha anche altri stili di vita che possono essere migliorati: questo suggerisce un approccio all’attività fisica più flessibile e personalizzato, attento alle implicazioni psicologiche ed anche pratiche (inizio graduale dell’attività fisica nella persona sedentaria che fuma ed è obesa). La persona infatti è più disponibile a cambiare se avverte di poter avere un successo iniziale – anche parziale – su un singolo aspetto del proprio stile di vita. L’attività fisica – con una progressione ben commisurata alle esigenze ed alle capacità di ciascuno – è spesso una buona “porta d’ingresso” per migliorare il proprio stato di salute, mentre sono veramente rare le persone che non traggono un grande beneficio di salute da un progressivo aumento del loro livello di attività fisica.

La promozione di uno stile di vita attivo è un obiettivo di salute riconosciuto lungo tutto il corso della vita. Per i bambini di oggi, la mancanza di spazi, di tempi, di supervisione e sicurezza nel frequentare luoghi all’aperto, fa sì che essi vivano sempre più confinati in ambiti più chiusi e più sicuri, in particolare in casa davanti alla televisione o ai videogame. Il sistema di sorveglianza regionale “OKKIO alla salute” documenta (2016) che tra i bambini di 8-9 anni il 29% si reca a scuola a piedi o in bicicletta (questo anche grazie a iniziative importanti come il Pedibus ed i percorsi ciclopedonali urbani). Tuttavia soltanto il 10% fa ogni giorno dell’attività fisica (attività motoria a scuola, gioco all’aperto, attività sportive); di converso, il 17% ha la televisione in camera ed il 28% la guarda per almeno due ore al giorno.

Le forme di svago passive riducono non solo le opportunità ma anche l’esigenza stessa di fare attività fisica. Ecco che anche tra gli 11 ed i 15 anni gli adolescenti del Vicentino (rilevazione HBSC 2016) passano almeno 2 ore al giorno su vari intrattenimenti su schermo (TV, PC, DVD) e su smartphone nel 20% dei casi durante i giorni di scuola e nel 39% dei casi nel fine settimana. E’ interessante citare il fatto che lo smartphone, tanto usato dagli adolescenti, è citato espressamente soltanto nel questionario HBSC a partire dal 2018. Parallelamente a questo, la percentuale di adolescenti che fanno almeno 60 minuti di attività fisica per 5 giorni alla settimana - durante l’età più importante per il loro sviluppo – è pari al 35% a 11 anni e solo al 20% a 15 anni. Gli effetti negativi della sedentarietà quindi si accumulano nel corso dell’infanzia e dell’adolescenza ed influenzano non soltanto il peso e più in generale la salute cardiovascolare in età adulta, ma anche la capacità di socializzazione ed il comportamento aggressivo degli adulti di domani.

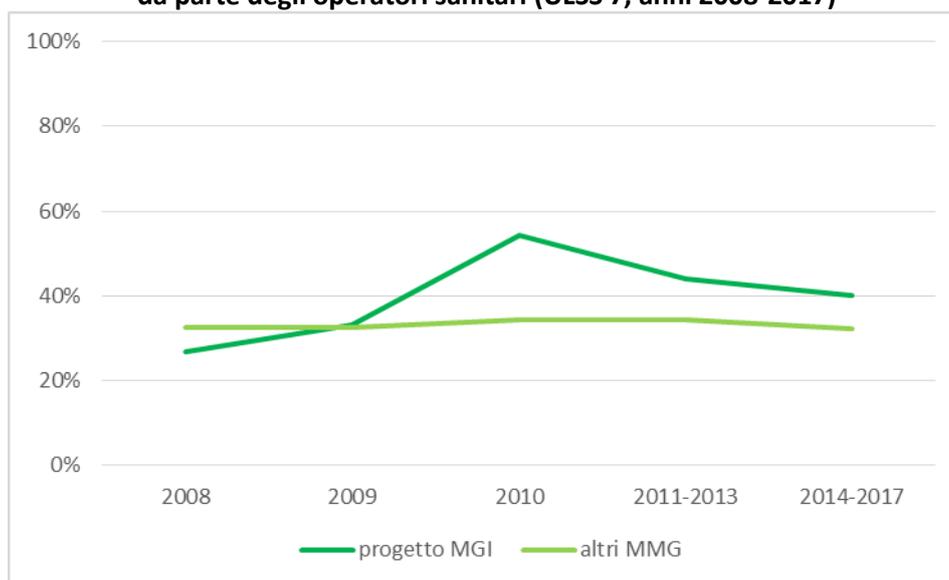
## Gli atteggiamenti degli operatori sanitari

Il primo fattore di facilitazione per un counselling efficace nei confronti dei propri pazienti/assistiti è l'esempio stesso dei medici e degli operatori sanitari – anche per ciascuno di loro è importante mantenersi in forma. Fare counselling inoltre richiede un cambiamento profondo del modo di rapportarsi con il paziente in termini psicologici, relazionali, ma anche pratici.

E' infatti necessario acquisire la capacità di fare un'anamnesi specifica, di dare consigli il più possibile utili e pertinenti alla situazione della persona, di condividere e prendere nota degli obiettivi condivisi e delle indicazioni fornite al paziente. E' ben riconosciuto il fatto che l'infermiere è il migliore candidato per fare counselling - con un'opportuna formazione e sempre in raccordo con il medico. Questo vale per tutti i setting: in ospedale, in ambulatorio, nei servizi territoriali.

Il secondo fattore che facilita il counselling è quello della formazione sul campo, cioè della partecipazione diretta a iniziative strutturate di prevenzione attiva. Nelle Medicine di Gruppo Integrate dell'Azienda ULSS 7 (Zugliano, Arsiero, Malo) è stata effettuata a partire dal 2009 un progetto di prevenzione (nel seguito: "progetto MGI"), imperniato sulla figura dell'infermiere di cure primarie, che prevedeva la convocazione attiva di ciascun assistito di 40-69enni. Il progetto ha dimostrato di essere incisivo ed ha lasciato un segno tangibile nella pratica clinica anche dopo la sua conclusione.

**Figura 4: Trend storico del suggerimento di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari (ULSS 7, anni 2008-2017)**

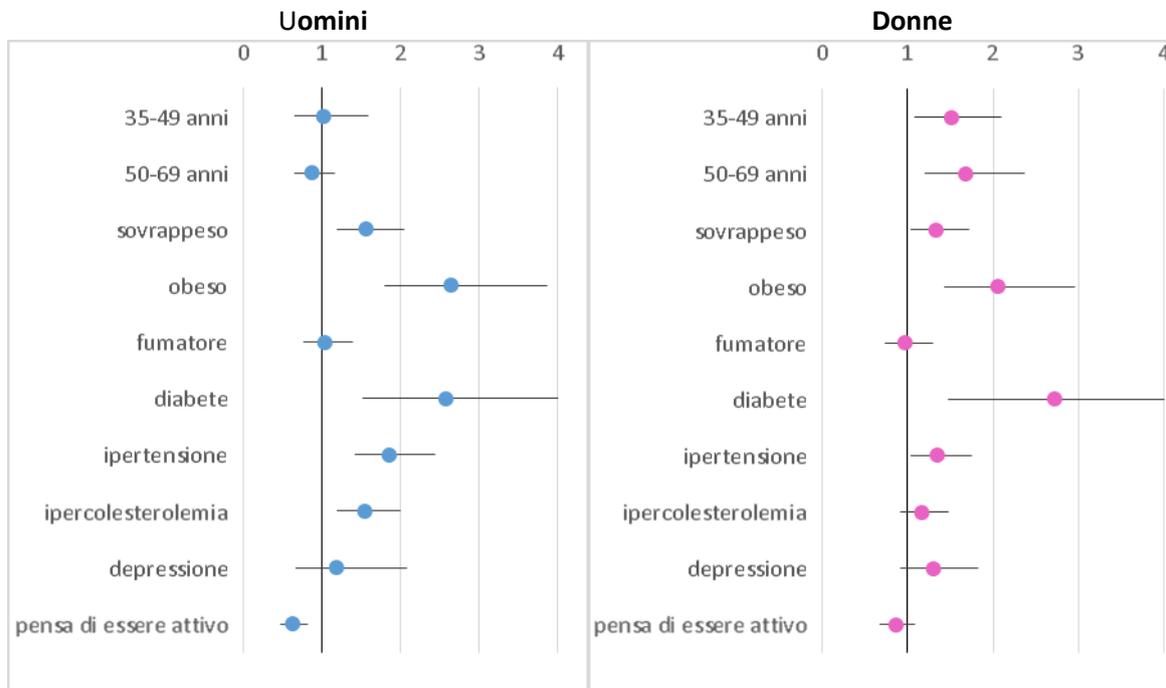


L'esperienza di quel progetto continua oggi con il progetto Cardio50, attualmente in fase di allargamento nel Distretto 1: un ASV/infermiere effettua una intervista strutturata sugli stili di vita dei cinquantenni, valutando anche la propensione al cambiamento del diretto interessato; effettua una rilevazione del BMI, della PAO, della glicemia e della colesterolemia su stick. Al termine della valutazione, l'infermiere propone alle persone che hanno degli stili di vita migliorabili oppure presentano delle alterazioni pressorie o metaboliche di nuova insorgenza di condividere un percorso strutturato di counselling (fino a 3 contatti telefonici nei 3 mesi successivi).

Altri fattori che influenzano il suggerimento di fare attività fisica sono legati ai problemi di salute dell'assistito, come la presenza di un'obesità e soprattutto di un problema di salute già conclamato (ad es. il diabete mellito, specialmente nell'uomo). Risultano meno importanti la presenza di un sovrappeso, di una

ipertensione o di una ipercolesterolemia (nel solo uomo). Una possibile chiave di lettura è il fatto che il medico considera che l'uomo ha un rischio cardiovascolare assoluto più elevato ed in età più precoce della donna.

**Figura 5: Fattori che influenzano il suggerimento di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari – persone che non sono fisicamente attive (ULSS 7, anni 2008-2017)**



Le persone che fumano o che sono depresse invece non ricevono un'attenzione specifica da parte degli operatori sanitari, come se si ritenesse che l'attività fisica non potesse influire su questi problemi di salute.

Le persone che, pur non essendo inquadrabili come "fisicamente attive" percepiscono comunque di "muoversi abbastanza" sembrano pure sfuggire, vuoi per un basso livello di motivazione, vuoi per una insufficiente capacità del medico di inquadrare in maniera più puntuale la loro situazione.

## Indicazioni per la riprogrammazione

Il counselling di prevenzione si sviluppa in un contesto di progressivo cambiamento, tuttora in pieno svolgimento, del rapporto tra medico e paziente e tra operatori sanitari e paziente.

Tra le “nuove” competenze che sono richieste possiamo citare:

- la capacità di rilevare in maniera standardizzata il livello di attività fisica dell’assistito
- la capacità di individuare lo stadio motivazionale dell’assistito (precontemplazione, contemplazione, azione, consolidamento, ricaduta) e di condividere con l’assistito un primo obiettivo comportamentale verificabile
- la conoscenza delle opportunità di partecipazione disponibili nel territorio (gruppi di cammino, attività sportive, ginnastica per anziani)
- la capacità di registrare e monitorare via via il raggiungimento degli obiettivi condivisi con l’assistito.

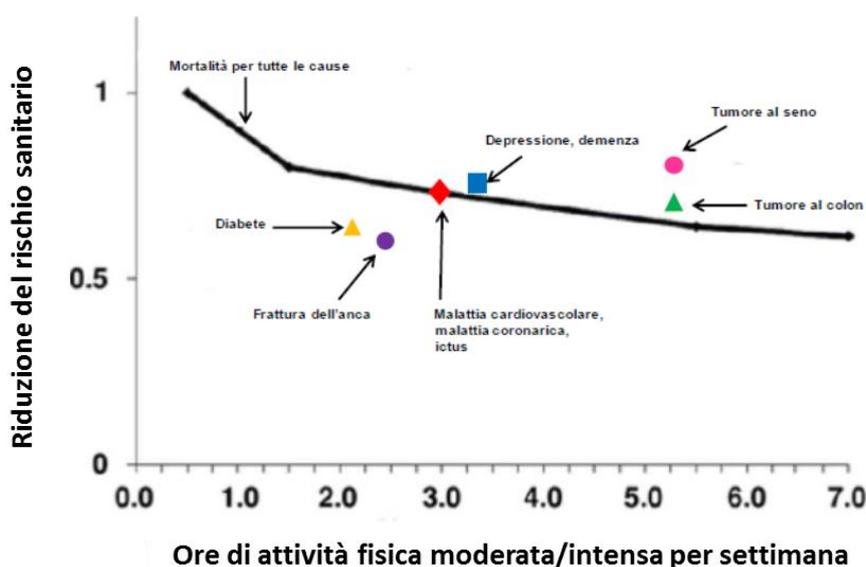
Tra le esperienze più importanti di counselling cardiovascolare sviluppate nell’Azienda ULSS 7 i possono considerare:

- i progetti di prevenzione cardiovascolare attiva condotti in alcune Medicine di Gruppo Integrate della Pedemontana nell’ambito del progetto regionale “Più a Cuore” più sopra descritte. Questi gruppi di medici e infermieri mantengono, anche dopo la fine della fase di chiamata attiva individuale, una attitudine più propositiva verso il cambiamento di diversi degli stili di vita
- il progetto Cardioaction , un programma riabilitativo e preventivo che ha lo scopo di accompagnare i soggetti colpiti da eventi coronarici e/o sottoposti a chirurgia cardiaca maggiore ed i loro familiari nel ritorno alle proprie attività abituali e nell’adozione di uno stile di vita più attivo e più sano.
- l’adozione della “ricetta verde” per la prescrizione dell’attività fisica con la medesima modalità e dignità terapeutica che è in uso per i farmaci
- Il programma regionale di prevenzione cardiovascolare Cardio50, che è ben consolidato nel Distretto 2 ed in fase di sperimentazione in alcuni Comuni montani del Distretto 1. Gli elementi distintivi del progetto sono: il ruolo di protagonista dell’ASV/infermiere del Dipartimento di Prevenzione, il raccordo con la MG, il riconoscimento dell’importanza della stadiazione della motivazione individuale e l’accompagnamento dell’assistito per i 3 mesi successivi al contratto iniziale.
- tutte queste esperienze hanno dimostrato di essere sostenibili se ben progettate, ben curate nella fase di formazione e incardinate sul ruolo centrale delle professioni infermieristiche.

## Le implicazioni per la salute

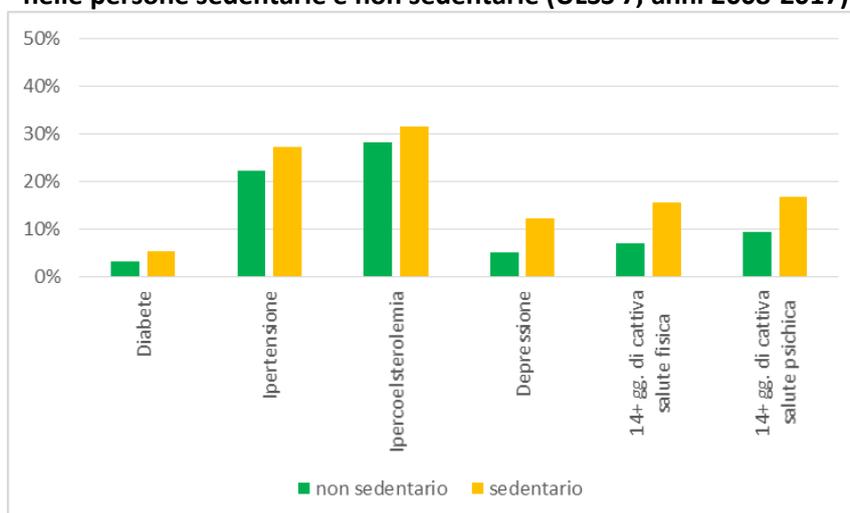
L'importanza del ruolo preventivo dell'attività fisica è stato chiarificato – anche in termini quantitativi – soltanto in tempi relativamente recenti: a questo hanno contribuito sia l'affinamento dei metodi di misura (questionari standardizzati), sia contributi scientifici (grandi studi in grado di distinguere il contributo specifico dell'attività fisica rispetto a quello dell'eccesso ponderale, che molto spesso lo accompagna). La revisione dei studi di intervento sperimentali e osservazionali sull'incremento della quantità di attività fisica condotti nella popolazione generale ed in diversi setting dell'assistenza sanitaria (cure primarie, cure ambulatoriali, pazienti dimessi dall'ospedale) evidenzia un margine di guadagno di salute che è rilevante anche rispetto alla sua sostenibilità ed ai suoi costi.

**Figura 6: Riduzione del rischio di incidenza/mortalità per alcuni problemi di salute, in funzione del numero di ore settimanali di attività fisica moderata/intensa svolta ogni settimana (Istituto Superiore di Sanità, Rapporto ISTISAN 18/9, 2018)**



Lo studio PASSI non è disegnato per poter rilevare in modo metodologicamente corretto gli effetti della sedentarietà sulla salute, tuttavia – a fini esemplificati e didattici – è in grado di evidenziare “con i dati di casa nostra” una frequenza nettamente più elevata di importanti problemi di salute tra le persone sedentarie di entrambi i sessi.

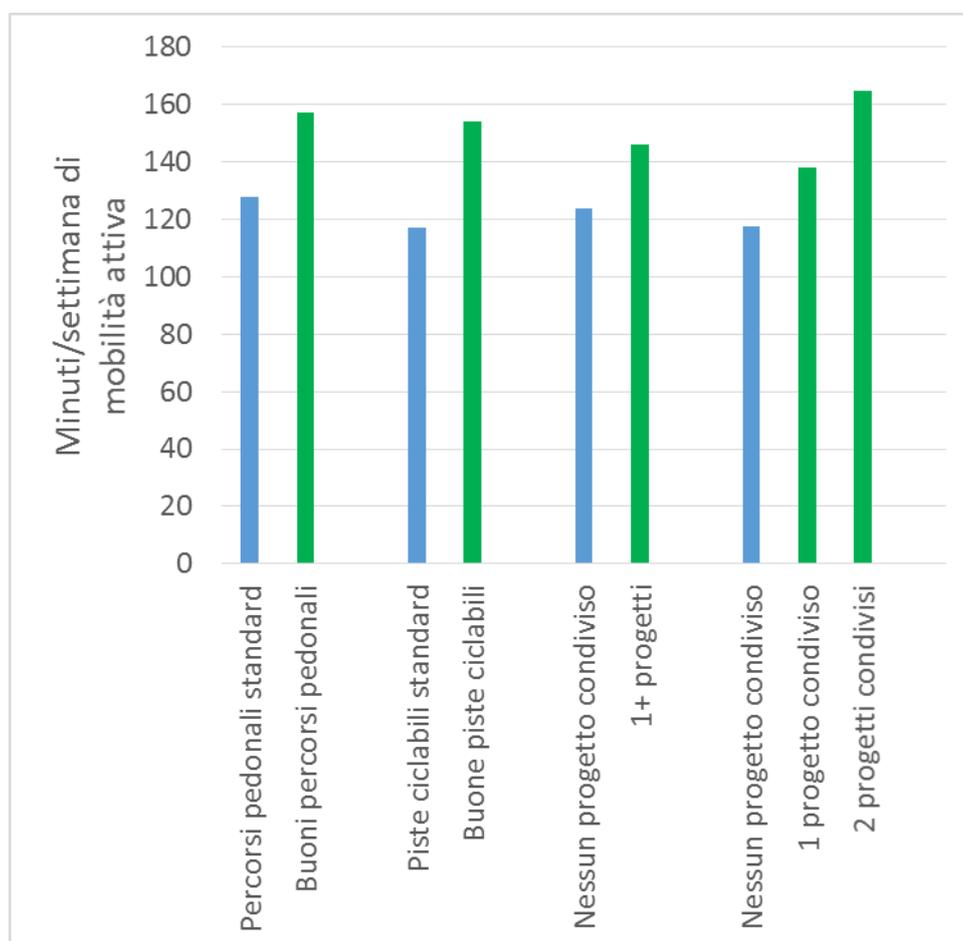
**Figura 7: Prevalenza di alcuni problemi di salute e di giorni in cattiva salute, nelle persone sedentarie e non sedentarie (ULSS 7, anni 2008-2017)**



## Appendice: la mobilità attiva

Una sezione importante dell'indagine PASSI riguarda la mobilità attiva, cioè le persone che riferiscono di fare abitualmente degli spostamenti a piedi o in bicicletta per raggiungere il loro posto di studio o di lavoro o per gli spostamenti abituali. La quasi totalità delle persone ovviamente fa dei piccoli tratti a piedi o in bicicletta, ad esempio: sbrigare commissioni, fare acquisti, visitare i vicini o i parenti se vivono nel vicinato. Possiamo convenzionalmente suddividere la mobilità attiva in tre fasce: bassa (0-49 minuti-settimana), media (50-149 minuti-settimana) ed alta (150+ minuti/settimana). Quest'ultima può rappresentare un riferimento utile per le persone (almeno mezz'ora di mobilità attiva nei giorni feriali della settimana) ma soprattutto per i Comuni, gli Uffici Tecnici, gli Urbanisti, dato che il tema è quello di spostarsi senza macchina in sicurezza e tenendosi per quanto possibile lontano dalle arterie di traffico veicolare pesante. Nei Comuni in cui una programmazione più incisiva si coniuga con una maggiore attenzione da parte dei cittadini ciascuno dei residenti fa circa mezz'ora di strada in bici/a piedi in più ogni settimana, al netto delle differenze di sesso ed età.

**Figura 8: Minuti di mobilità attiva/settimana in Comuni che hanno/non hanno già attivato progetti condivisi con l'Azienda ULSS (ULSS 7, anni 2008-2017)**



Numerose caratteristiche sia del contesto territoriale sia dell'abitato urbano influenzano in maniera importante la mobilità attiva dei cittadini: innanzitutto la necessità di utilizzare l'auto (o meglio: il mezzo pubblico laddove disponibile) per recarsi nel luogo di studio/lavoro. Questa limitazione peraltro non è assoluta: è possibile ad esempio parcheggiare un po' più lontano o scendere alla fermata precedente del bus. Gli abitati urbani sono poi molto diversificati tra di loro per dimensione, dispersione territoriale, quota altimetrica, disposizione delle arterie di traffico pesante rispetto all'abitato.

Sia lo studio urbanistico sia il confronto tra i tecnici dell'Azienda ULSS e dei Comuni possono consentire di scattare una fotografia sempre più nitida e condivisa delle migliori pratiche di programmazione attivabili nel nostro territorio. Un racconto molto concreto convincente – che può anche stimolare un viaggio di studio molto istruttivo – ci viene dall'Olanda: <https://www.youtube.com/watch?v=oJ3L-gTGGVs>.

E' importante citare anche una recente modalità d'azione che mira ad abilitare la comunità nell'organizzazione dei propri spazi e delle proprie modalità di spostamento, chiamata Urbanismo Tattico. In questa, gruppi di cittadini adottano sperimentazioni di rigenerazione degli spazi urbani che portano benefici per l'ambiente e la salute ed un miglioramento degli spazi urbani destinati al movimento. La seguente pubblicazione riporta molte esperienze fatte: [http://issuu.com/streetplanscollaborative/docs/tu\\_italy\\_ita](http://issuu.com/streetplanscollaborative/docs/tu_italy_ita).

Muoversi in bici o a piedi anziché utilizzare l'automobile genera un risultato apprezzabile anche a livello ambientale. L'Ufficio Europeo dell'OMS ha sviluppato il programma *open-source* Health Economic Assessment Tool, che permette di stimare la riduzione della mortalità e la riduzione delle emissioni di CO<sub>2</sub> in base ai minuti di mobilità attiva sostenuta pedalando o camminando (<https://www.heatwalkingcycling.org/tool/>).

Si considera che un pedone percorra in media circa 5 ed un ciclista circa 15 km/ora e si rechi a scuola o al lavoro oppure faccia i spostamenti abituali lasciando ferma un'utilitaria di medie dimensioni, che produce circa 150 grammi di CO<sub>2</sub>/km. Applicando a questi pedoni e ciclisti rispettivamente i 13 ed i 16 minuti/giorno rilevati con l'indagine PASSI si può stimare che nei Comuni della Pedemontana si verifichino circa 40 decessi/anno in meno grazie all'incremento dell'attività fisica, alla riduzione dell'inquinamento atmosferico e anche ad una riduzione degli incidenti, una volta che sia assicurata la sicurezza dei percorsi e degli attraversamenti. Oltre a questo, vi è una riduzione delle emissioni di CO<sub>2</sub>-equivalenti dell'ordine di 15.000 tonnellate/anno.

**Taella 1: ULSS 7: Benefici stimati per i residenti di 20-74 anni dell'ULSS 7 che praticano la mobilità attiva (Fonte: elaborazioni HEAT © - WHO-Euro)**

		A piedi	In bicicletta	Totale	
Mobilità attiva	Attività fisica	16.0	14.0	30.0	minuti/giorno
	km percorsi senza veicoli	1.0	3.0	4.0	km/giorno
Morti prevenute	per incremento dell'attività fisica	28.0	10.0	38.0	decessi/anno
	per riduzione inquinamento	0.5	0.6	1.1	decessi/anno
	per riduzione incidenti	0.3	0.3	0.6	decessi/anno
	Totale	28.8	10.9	39.7	decessi/anno
Inquinamento atmosferico	Riduzione emissioni CO <sub>2</sub> equivalenti	7107	7569	14676	t/anno

## Note metodologiche

### Definizione del livello di attività fisica

Attivo: fa 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni a settimana o attività intensa per 20 minuti per almeno 3 giorni a settimana oppure fa un lavoro pesante

Parzialmente attivo: Non fa un lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero senza raggiungere i livelli raccomandati

Sedentari: non fa nessuna attività fisica nel tempo libero e non fa un lavoro pesante

### Modalità di effettuazione dell'indagine PASSI

Lo studio PASSI dell'ULSS 7 si basa su 6382 interviste campionarie condotte tra il 2008 ed il 2017 dalle assistenti sanitarie e infermiere del Dipartimento di Prevenzione. Si tratta di un impegno molto complesso e consistente (le interviste durano circa mezz'ora sono realizzate di regola in orario di pausa pranzo, pomeridiano o serale)\*, particolarmente apprezzabile anche nel confronto con le indagini ISTAT, che sono fatte da rilevatori professionali: il PASSI è un'antenna attraverso cui gli operatori della prevenzione captano direttamente i segnali ed i cambiamenti che avvengono nel territorio, traendo indicazioni per la riprogrammazione delle proprie attività.

### Campionamento ed errore campionario

Nell'Alto Vicentino sono state realizzate circa 500 interviste in più, proprio per valutare attraverso un sovracampionamento il possibile impatto dell'intervento di prevenzione cardiovascolare primaria condotto nelle MG di Zugliano, Arsiero e Malo.

Il disegno campionario (campionamento mensile stratificato proporzionale, con sostituzione) richiede in fase analitica di effettuare una pesatura del campione, al fine di assicurarne la rappresentatività rispetto alla popolazione dell'Azienda ULSS Pedemontana.

I risultati presentati nel testo sono tutti statisticamente significativi (analisi bivariate: Test F, design based  $p < .05$ ). Le analisi multivariate sono pure design-based e si basano sulla distribuzione dell'Odds Ratio, su cui viene effettuato un Likelihood-ratio test con  $p < 0.05$ ; nei grafici l'Odds Ratio non è significativo quando la barra dell'intervallo fiduciale incrocia il valore 1, che corrisponde alla categoria di riferimento.

\*Considerando tutte le fasi del progetto: formazione, estrazione del campione, contatto con gli interessati, realizzazione dell'intervista, caricamento dei dati, controllo qualità e analisi dei dati, valutazione epidemiologica e diffusione dei risultati si può considerare una stima grezza di un'ora per intervista.