



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Rapporto Osservasalute

Stato di salute e qualità dell'assistenza
nelle regioni italiane

2018



INDICE *Approfondimenti*

La sorveglianza della Mortalità Perinatale.....	3
Il primo piano di azione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per promuovere l'attività fisica.....	7
Autori.....	21

La sorveglianza della mortalità perinatale

Dott.ssa Paola D'Aloja, Dott.ssa Alice Maraschini, Dott.ssa Ilaria Lega, Dott.ssa Stefania Dell'Oro, Dott.ssa Silvia Andreozzi, Dott.ssa Serena Donati, Gruppo di Lavoro Regionale

I dati disponibili

La mortalità perinatale è stata inclusa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tra i "100 indicatori sanitari cruciali" per descrivere lo stato di salute della popolazione. Gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (*Millennium Development Goals*) (2000-2015) (1) e dello Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*) (2016-2030) (2) hanno incluso la diminuzione della mortalità perinatale e infantile negli ambiti di azione prioritaria del loro programma allo scopo di combattere la povertà e le disuguaglianze sociali nel mondo. È stato calcolato che, globalmente, nel 2017 sono morti approssimativamente 5 milioni di bambini prima del compimento di un mese di vita; circa metà di queste morti sono avvenute in utero (3) e l'altra metà nel periodo neonatale (4). Va comunque sottolineato che le stime ottenute mediante i dati ufficiali a livello globale sono generalmente inferiori al numero reale perché utilizzano statistiche sanitarie che in molti Paesi non consentono di ottenere un dato affidabile. L'aspetto più tragico di questi numeri è che nella maggior parte dei casi si tratta di decessi che potevano essere evitati attraverso una migliore assistenza prenatale ed *intrapartum*, integrata in un programma di assistenza all'intero percorso nascita.

A livello globale negli ultimi 27 anni si è registrata una riduzione di circa il 58% della mortalità dei bambini sotto i 5 anni (93 su 1.000 nati vivi nel 1990 vs 39 su 1.000 nel 2017) (5). Nello stesso periodo, la riduzione della mortalità neonatale, entro i primi 28 giorni di vita, è avvenuta più lentamente, raggiungendo circa il 51% (37 morti nel 1990 vs 18 su 1.000 nati vivi nel 2017) (5).

Anche in Europa la mortalità perinatale è drasticamente diminuita negli ultimi decenni passando, nella maggior parte dei Paesi, da un tasso di mortalità neonatale di 10-20 morti ogni 1.000 nati negli anni '70 all'attuale tasso di 3 morti ogni 1.000 nuovi nati (6, 7). Nello stesso periodo, le morti in utero sono diminuite, seppure più lentamente (8). Le differenze riscontrate tra i vari Paesi sono attribuibili, oltre che alle diverse modalità di assistenza alla gravidanza e alla nascita, anche alle molteplici definizioni di morte perinatale e alle differenti disposizioni che disciplinano l'iscrizione dei bambini nati e morti nei registri di popolazione.

In Italia, in base alla rilevazione sui decessi e sulle cause di morte effettuata dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), l'andamento della mortalità perinatale ha subito una diminuzione negli anni, passando da 5,7 morti ogni 1.000 nati nel 2000 a 4,1 morti ogni 1.000 nati nel 2015 (7).

Definizioni

La definizione di mortalità perinatale include la natimortalità e la mortalità neonatale (9).

A livello internazionale, la definizione di "nato morto" (natimortalità) varia da Paese a Paese. In base alla legislazione italiana il nato morto, è definito come il feto partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di amenorrea (>25+5 settimane gestazionali). Negli Stati Uniti e in Canada la definizione comprende le morti fetali a partire da 20 settimane di età gestazionale, in Finlandia da 22 settimane e nel Regno Unito da 24 settimane. L'OMS ha raccomandato, per i confronti internazionali, di utilizzare il termine "nato morto" per definire il feto partorito, o estratto dalla madre, senza segni vitali con un'età gestazionale di 28 settimane o più o con un peso di 1.000 grammi, facendo quindi coincidere la propria definizione di nato morto con quella di morte fetale tardiva fornita dall'ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*) (10).

Nella definizione di mortalità neonatale adottata a livello internazionale vengono inclusi i neonati vivi, morti entro 28 giorni dalla nascita: questa popolazione viene a sua volta distinta in 1) morti neonatali precoci, che comprendono le morti che avvengono entro 7 giorni dalla nascita; 2) morti neonatali tardive, che comprendono le morti che avvengono tra 7 e 28 giorni di vita (9).

Cause

Circa il 99% dei decessi neonatali si verifica nei Paesi a basso e medio reddito: la maggior parte avviene a casa e spesso non viene registrata (11). Per questo motivo, le informazioni sulle cause e sul *timing* dei decessi sono spesso incomplete. A livello globale, nel 2016, la maggior parte dei decessi neonatali (circa il 75% di 2,5 milioni) si è verificata durante la prima settimana di vita; circa 1 milione di neonati ha perso la vita entro le prime 24 ore. Le principali cause di morte responsabili dei decessi neonatali sono le complicazioni alla nascita per parto pretermine (circa il 35%), le complicazioni *intrapartum* quali l'asfissia alla nascita (circa il 24%), la sepsi e la meningite (circa il 15%) (12).

Per la natimortalità, tra il 2009 e il 2016 la causa di morte riportata più di frequente è la morte inspiegata, con percentuali variabili tra il 31,2% e il 43,7% nelle diverse casistiche, seguita da “altre condizioni non specificate” (9,3%-11,6%) e dall’emorragia *ante partum* (8,4%-9,3%) (13). Per le morti in utero è ancora più difficile disporre di stime d’incidenza e di cause certe perché spesso questi decessi vengono ignorati o rimangono senza l’attribuzione di una causa, soprattutto nei Paesi a basso sviluppo economico.

Nei Paesi ad alto reddito il basso livello di istruzione (<10 anni) è associato a quasi il doppio della probabilità di natimortalità (14). Il sovrappeso, l’obesità materna e il fumo di sigaretta sono i principali fattori di rischio modificabili nei Paesi ad avanzato sviluppo economico e hanno un grande impatto specialmente nella natimortalità da asfissia (14). L’età materna superiore a 35 anni è associata ad un aumento del 65% della probabilità di morte in utero; l’assistenza subottimale, che include il mancato riconoscimento dei feti a rischio, è associata a circa il 10-60% dei casi di morte in utero e dei decessi neonatali (14). Oltre a ciò, nei Paesi ad alto reddito contribuisce alle morti perinatali l’incremento dei tassi di gravidanze multiple dovute all’aumentare dell’età materna e al più frequente ricorso alle tecniche di riproduzione assistita (15, 16).

Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale SPiOSS

Il Progetto di Sorveglianza della Mortalità Perinatale “SPiOSS” si inserisce all’interno del più ampio sistema di Sorveglianza Ostetrica Italiana ItOSS (*Italian Obstetric Surveillance System*) che, dal 2008, raccoglie dati e diffonde informazioni sulla mortalità e grave morbosità materna con l’obiettivo di promuovere interventi utili al miglioramento della qualità assistenziale, monitorare i progressi e valutare il loro impatto in Italia.

Nel nostro Paese, le stime sulla mortalità perinatale sono messe a punto dall’Istat, che utilizza i flussi provenienti dall’indagine sulle cause di morte. Anche i Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) rilevano questo fenomeno, tuttavia i dati provenienti da queste due fonti spesso non coincidono: nel 2013 hanno individuato rispettivamente 1.236 (Istat) e 1.362 (CedAP) nati morti, differenza meritevole di attenzione.

SPiOSS nasce per raccogliere dati completi e affidabili sui casi incidenti di morte perinatale con l’obiettivo di identificare, grazie alla segnalazione attiva da parte dei presidi sanitari, tutti i casi incidenti di morti in utero tardive e di morti neonatali precoci per produrre stime *population-based*, attribuire le cause, evidenziare eventuali criticità assistenziali e verificare l’evitabilità dei decessi. Grazie all’identificazione delle cause di morte e dei possibili fattori di rischio, la sorveglianza SPiOSS si propone di contribuire alla riduzione delle morti perinatali evitabili attraverso il miglioramento della qualità dell’assistenza alla madre e al neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e nella prima settimana di vita.

SPiOSS è coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con tre Regioni italiane rappresentative del Nord, del Centro e del Sud del Paese: Lombardia, Toscana e Sicilia.

La metodologia

SPiOSS raccoglie informazioni dettagliate di ogni caso incidente di mortalità perinatale avvenuto nei presidi sanitari pubblici e privati dotati di Unità di Neonatologia e/o di Unità di Terapia Intensiva Neonatale in Lombardia, Toscana e Sicilia. In seguito alla validazione del progetto pilota, sarà possibile valutare l’opportunità di estendere la sorveglianza all’intero territorio nazionale. I professionisti sanitari coinvolti nell’assistenza alla nascita partecipano attivamente al progetto segnalando i casi incidenti di morte perinatale via *web* su una piattaforma dedicata accessibile tramite credenziali personali. Il sistema di sorveglianza, nel rispetto dell’indicatore adottato a livello internazionale (8, 10) include la segnalazione e l’analisi approfondita dei casi di natimortalità (dalla 28^a settimana di gestazione) e di mortalità neonatale precoce (nati vivi morti entro la prima settimana di vita). Inoltre le procedure della sorveglianza prevedono: a) la presenza, in ogni presidio sanitario partecipante, di un referente per la sorveglianza che, in ogni caso di morte perinatale, coordina la realizzazione di un *audit* clinico multi-professionale coinvolgendo tutti i professionisti che hanno partecipato all’assistenza; b) la nomina da parte delle Regioni di un comitato multi-professionale di esperti che hanno la responsabilità di effettuare le indagini confidenziali; c) la revisione centrale presso l’ISS dei casi sottoposti a indagine confidenziale da parte di un comitato nazionale di esperti; d) l’analisi critica delle informazioni raccolte per mettere a punto raccomandazioni per la buona pratica clinica e interventi finalizzati alla prevenzione delle morti evitabili; e) la disseminazione delle informazioni e della conoscenza prodotta a livello regionale e nazionale.

L’*audit* è il punto strategico della sorveglianza: ad esso partecipano tutti gli operatori sanitari coinvolti nell’assistenza del feto/neonato deceduto in collaborazione con la rete del rischio clinico aziendale. Nel corso dell’*audit* viene discussa l’assistenza offerta, stabilita la causa di morte e sintetizzato, su un apposito modulo in forma anonima, l’intero percorso assistenziale. È un processo di revisione tra pari che si pone l’obiettivo di individuare le opportunità di miglioramento e di renderle operative nella pratica clinica. L’esecuzione sistematica degli *audit*

multi-professionali si propone di facilitare la comunicazione tra pari durante le riunioni. Il confronto instaura un ambiente psicologicamente “protetto” volto a promuovere un clima costruttivo per l’apprendimento; l’apertura ad una cultura “non giudicante” stimola i medici a reinquadrare le criticità assistenziali come opportunità di apprendimento (17).

Le indagini confidenziali hanno come obiettivo l’attribuzione della causa del decesso, la ricerca di eventuali criticità organizzative e assistenziali che possono aver contribuito all’esito negativo del caso e la definizione dell’evitabilità della morte perinatale. Le criticità identificate promuovono e facilitano lo sviluppo di raccomandazioni cliniche e organizzative per migliorare la qualità dell’assistenza e ridurre il rischio di esiti avversi evitabili. Le procedure del sistema di sorveglianza prevedono un ordine di priorità con il quale selezionare i casi da sottoporre alle indagini confidenziali: 1) le morti *intrapartum*, che risultano essere gli eventi più rari e più spesso associati ad assistenza sotto lo standard e, pertanto, potenzialmente prevenibili (18-22); 2) le morti neonatali (da 28 settimane al 7° giorno di vita) correlate a condizioni di sofferenza *intrapartum* e, a seguire, le altre morti neonatali; 3) le morti *ante partum* a partire da 35 settimane e a seguire le altre. Sono esclusi dalle indagini confidenziali i decessi per malformazioni congenite incompatibili con la vita. Questa selezione in ordine di priorità è stata adottata a causa della numerosità dei decessi perinatali che, diversamente da quanto si attua nella revisione delle morti materne, non permette di effettuare indagini confidenziali di tutti casi incidenti da parte dei comitati regionali e del comitato nazionale.

Per la classificazione delle cause di morte, SPItOSS ha adottato il sistema internazionale di classificazione delle morti perinatali ICD-*Perinatal Mortality* (ICD-PM) (23). L’ICD-PM è la classificazione più utilizzata a livello globale e permette l’attribuzione della causa di morte distinguendo il momento del decesso in *ante partum*, *intrapartum* e neonatale, passando in rassegna le informazioni cliniche disponibili e prevedendo la sistematica verifica delle condizioni materne quale possibile concausa della morte perinatale. L’adozione di questa classificazione è un punto di forza della sorveglianza perché facilita la produzione di stime confrontabili a livello internazionale e aiuta e sostiene i clinici nella codifica appropriata della causa di morte.

La segnalazione dei casi

Dopo un anno dall’inizio della raccolta dei casi, i presidi partecipanti alla sorveglianza coordinata da SPItOSS, hanno segnalato 394 morti perinatali, di cui 251 *ante partum*, 17 *intrapartum* e 126 neonatali (Tabella 1).

Tabella 1 - Morti perinatali (valori assoluti) per alcune regioni e per timing di decesso - Periodo 1 luglio 2017-31 luglio 2018

Timing	Lombardia	Toscana	Sicilia	Totale
<i>Antepartum</i>	136	45	70	251
<i>Intrapartum</i>	8	2	7	17
Neonatali	57	20	49	126
Totale	201	67	126	394

Fonte dei dati: SPItOSS. ISS. Anno 2018.

Conclusioni

Il Progetto pilota si prefigge di implementare e validare un modello di sorveglianza attiva delle morti perinatali. L’obiettivo è quello di produrre stime *population-based* e di fornire ai professionisti e alle organizzazioni sanitarie coinvolte nell’assistenza al percorso nascita informazioni e conoscenza utile per intraprendere azioni migliorative volte a ridurre le morti perinatali evitabili. I tre livelli di valutazione – di struttura, regionale e centrale - garantiscono una analisi accurata e condivisa delle cause responsabili delle morti fetali e neonatali. La raccolta dei casi incidenti, iniziata a luglio 2017, dopo un anno, ha rilevato 394 morti perinatali nelle tre Regioni partecipanti. Il tasso di mortalità perinatale stimato in Italia nel 2015 è pari a 4,1 morti ogni 1.000 nati (7), molto più alto del rapporto di mortalità materna pari a 9,2 decessi ogni 100.000 nati vivi (24). L’attività prevista dal sistema di sorveglianza della mortalità perinatale è quindi molto più impegnativa di quella della mortalità materna e richiede un appropriato investimento economico e di risorse umane dedicate. Il lavoro di alto profilo professionale svolto a titolo non retribuito da parte dei componenti dei comitati regionali e nazionali che effettuano la revisione critica dei casi e il numero elevato di casi incidenti di morte perinatale rappresentano una importante criticità organizzativa. Il Ministero della Salute e le Regioni dovranno operare un’attenta valutazione costi/benefici della sorveglianza e del suo impatto in termini di *reporting* dei dati e di ricaduta

di salute pubblica per garantire il sostegno e l'estensione della sorveglianza all'intero Paese. La morte di un bambino mai nato o appena nato è un evento inaspettato che trasforma uno degli eventi fisiologici tra i più rilevanti dal punto di vista sociale, affettivo e biologico del ciclo vitale di una donna in tragedia. L'implementazione di un sistema di sorveglianza della mortalità perinatale è uno strumento essenziale per ridurre le morti perinatali evitabili e rappresenta l'unica opportunità disponibile per accertare che ogni feto o neonato che muore a seguito della nascita sia visibile e diventi oggetto di revisione critica.

Riferimenti bibliografici

- (1) United Nations Millennium Development Goals. Disponibile sul sito: www.un.org/millenniumgoals (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (2) United Nations Sustainable Development Goals. Disponibile sul sito: <https://sustainabledevelopment.un.org> (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (3) Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al.. Stillbirths: rates, risk factors and potential for progress towards 2030. *Lancet* 2016; 387:587-603.
- (4) Lawn, J. E., H. Blencowe, S. Ozo, et al., "Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival". *Lancet*, 2014; 12.384 (9938): 189-205.
- (5) United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Hug L, Sharrow D, Zhong K, You D (eds.). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2018. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Disponibile sul sito: www.childmortality.org/files_v22/download/UN%20IGME%20Child%20Mortality%20Report%202018.pdf (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (6) Eurostat. Data explorer. Infant mortality rates. Disponibile sul sito: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (7) Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Disponibile sul sito: www.europeristat.com (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (8) World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Disponibile sul sito: www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/ (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (9) World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva: World Health Organization. Disponibile sul sito: www.who.int/iris/handle/10665/43444 (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (10) ICD-10 version 2010. World Health Organization. Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (11) Lawn JE, Cousens S, Zupan J; Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005; Mar 5-11; 365 (9462): 891-900.
- (12) United Nations Children's Fund (UNICEF). For every child alive 2018. Disponibile sul sito: <https://data.unicef.org/resources/every-child-alive-urgent-need-end-newborn-deaths> (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (13) Reinebrant HE, Leisher SH, Coory M, Henry S, Wojcieszek AM, Gardener G, Lourie R, Ellwood D, Teoh Z, Allanson E, Blencowe H, Draper ES, Erwich JJ, Frøen JF, Gardosi J, Gold K, Gordijn S, Gordon A, Heazell A, Khong TY, Korteweg F, Lawn JE, McClure EM, Oats J, Pattinson R, Pettersson K, Siassakos D, Silver RM, Smith G, Tunçalp Ö, Flenady V. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. *BJOG*. 2018; Jan 125 (2): 212-224.
- (14) Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, Coory M, Gordon A, Ellwood D, McIntyre HD, Fretts R, Ezzati M. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011; Apr 16; 377 (9774): 1.331-40.
- (15) Eriksson AW, Fellman J. Factors influencing the stillbirth rates in single and multiple births in Sweden, 1869 to 1967. *Twin Res Hum Genet*. 2006 Aug; 9 (4): 591-6.
- (16) Fellman J, Eriksson AW. Stillbirth rates in singletons, twins and triplets in Sweden, 1869 to 2001. *Twin Res Hum Genet*. 2006 Apr; 9 (2): 260-5.
- (17) Edmonson A, Bohmer R, Pissano G. Disrupted routines: team learning and new technology implementation in hospitals. *Admin Sci Q* 2001; 46: 685-716.
- (18) Kernaghan D, Penney G, Adamson L. Scotlandwide Learning from Intrapartum Critical Events: Final Report Covering events in 2005: Scottish Programme for Clinical Effectiveness in Reproductive Health, 2006.
- (19) Tan KH, Wyldes MP, Settattree R, Mitchell T. Confidential regional enquiry into mature stillbirths and neonatal deaths: multi-disciplinary peer panel perspective of the perinatal care of 238 deaths. *Singapore Medical Journal* 1999; 40 (4): 251-5.
- (20) Draper ES, Kurinczuk JJ, Lamming CR, Clarke M, James D, Field D. A confidential enquiry into cases of neonatal encephalopathy. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 2002; 87 (3): F176-80.
- (21) Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Johan P, Mackenbach. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG* 2003; 110 (2): 97-105.
- (22) Lawn JE, Kinney MV, Belizan JM, et al; Born Too Soon: Accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon. *Reprod Health*. 2013; Nov 1510 (Suppl 1): S6. Epub 2013 Nov 15.
- (23) ICD-PM. World Health Organization. Disponibile sul sito: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752eng.pdf?sequence=1>; (ultimo accesso 6 dicembre 2018).
- (24) Donati S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Buoncristiano M, Manno V; Regional Maternal Mortality Working Group. Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018; Nov 97 (11): 1.317-1.324.

Gruppo di Lavoro Regionale

Dott. Roberto Bellù, Prof.ssa Patrizia Vergani (Regione Lombardia), Dott. Fabio Voller, Dott. Monia Puglia, Prof. Carlo Dani, Dott. Federico Mecacci (Regione Toscana), Dott.ssa Gabriella Dardanoni, Dott.ssa Angela Motta, Dott.ssa Rosamaria D'Anna, Dott.ssa Immacolata Schimmenti (Regione Sicilia).

Il primo piano di azione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per promuovere l'attività fisica

Dott.ssa Laura Murianni, Dott.ssa Emanuela Bologna, Dott.ssa Rita De Carli, Dott.ssa Laura Iannucci, Dott. Ivan Di Mauro, Prof.ssa Daniela Caporossi

Introduzione

Negli ultimi dieci anni è stato confermato che l'attività fisica - cioè qualunque sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo (1) - è in grado di sostenere e rafforzare il benessere psico-fisico e di migliorare la qualità della vita delle persone a tutte le età e di entrambi generi. L'attività fisica è efficace nella prevenzione a tutti i livelli¹ di diverse patologie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*-NCDs), soprattutto quelle mentali, i disturbi ormonali e metabolici come il diabete mellito di tipo 2, le malattie dell'apparato cardiovascolare, l'ictus e alcune tipologie di tumore (2-4). La pratica dell'attività fisica agisce su tutti i fattori di rischio modificabili (5).

Nella sesta conferenza della Società Internazionale per l'Attività Fisica e la Salute (*International Society for Physical Activity and Health*-ISPAH²) del 2005, i delegati di settantadue Paesi, principalmente dell'Asia e dell'Europa, hanno sottoscritto una nuova dichiarazione, la Dichiarazione di Bangkok (6), di consenso sull'importanza della promozione dell'attività fisica per la prevenzione delle NCDs e la promozione della salute globale. Nel suddetto documento sono state individuate sei aree prioritarie, per le quali tutti i Governi dovrebbero investire risorse e attuare politiche e interventi per raggiungere l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) di aumentare del 10% i livelli di attività fisica e ridurre la sedentarietà entro il 2025, al fine di guadagnare salute e migliorare la qualità della vita. La Dichiarazione di Bangkok pone anche l'attenzione sulle potenzialità della promozione dell'attività fisica per il conseguimento di otto dei diciassette obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*-SDGs) (7), assegnati dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) a tutti i Paesi per il 2030:

- 1) tutelare la salute e il benessere per tutti e a tutte le età;
- 2) offrire una istruzione di qualità;
- 3) realizzare l'uguaglianza di genere;
- 4) ridurre le disuguaglianze;
- 5) rendere le città e le comunità inclusive, sicure, resilienti e sostenibili;
- 6) agire per combattere il cambiamento climatico;
- 7) proteggere la vita sulla terra;
- 8) promuovere società eque, pacifiche e inclusive.

La Dichiarazione di Bangkok fa un appello ai decisori politici, ai potenziali finanziatori e alle parti interessate - comprese l'OMS, l'ONU e tutte le principali Organizzazioni Non Governative - affinché creino *partnership* tra più settori - che vedano partecipe la sanità, ma non solo - per implementare piani nazionali e regionali di promozione dell'attività fisica, sulla base delle evidenze oggi disponibili. Questa Dichiarazione illustra il piano di azione per integrare l'attività fisica in tutte le politiche, completa i principi e le azioni definiti nei documenti precedenti quali la "Carta di Toronto per l'attività fisica" e gli "Investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica" che pianificano e propongono interventi suddivisi per settori d'intervento³.

L'OMS risponde all'appello dell'ISPAH e, oltre a fornire le raccomandazioni sui livelli di attività fisica efficaci per la salute in base a tre fasce di età (5-17 anni, 18-64 anni, ≥64 anni) secondo parametri ben definiti (8), nel 2018 pubblica il primo Piano di Azione Globale per promuovere l'Attività Fisica (*Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: more active people for a healthier world*) (9), che risponde alla necessità delle Nazioni di avere nuove Linee Guida in grado di migliorare la quantità e la qualità dell'attività fisica di tutta la popolazione.

¹La prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare è un insieme di attività, azioni ed interventi che, attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, tendono al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose. La prevenzione secondaria, attiene a un grado successivo rispetto alla prevenzione primaria, intervenendo su soggetti già malati, anche se in uno stadio iniziale. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica (programmi di screening) mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione. Consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso. La prevenzione terziaria, fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo ed al contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali conseguenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo del malato, e all'aumento della qualità della vita (per esempio, misure di riabilitazione motoria, supporto psicologico etc.). Disponibile sul sito: <http://old.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2473&tipo=77>.

²An International Professional Society For Those Interested In Advancing The Science And Practice Of Physical Activity And Health. Disponibile sul sito: www.ispah.org.

³Vedi traduzioni in Italiano di questi documenti a cura dell'Università di Cagliari, Dipartimento di Sanità Pubblica. Disponibile sul sito: <http://dipartimenti.unica.it/sanitapubblicamedicina-clinicaemolecolare/>; e della Regione Piemonte e la ASL TO3, disponibile sul sito: www.dors.it/index.php.

Al termine del processo di consultazione avvenuto tra i Governi, i rappresentanti dell'ISPAH e le parti interessate di più settori, l'OMS si è prefissata quattro obiettivi strategici e singole azioni *evidence-based* da raggiungere con i singoli Paesi nei prossimi anni ed una riduzione del 15% della prevalenza complessiva dell'inattività fisica nella popolazione adulta e adolescente entro il 2030. Questi obiettivi hanno come scopo comune quello di costruire una società connotata da uno stile di vita sempre più attivo e salutare attraverso la messa in pratica di specifiche politiche, individuate in 20 azioni organizzate in interventi di popolazione e che tengono conto delle peculiarità dei singoli Paesi.

Metodo

Tale contributo ha l'obiettivo di passare in rassegna lo *status quo* dei sistemi informativi utili a monitorare gli interventi, per raggiungere gli obiettivi prefissati in termini di riduzione della sedentarietà ed aumento dell'attività fisica. Ciò è reso possibile dalla descrizione ed analisi delle caratteristiche delle fonti dei dati e degli indicatori nazionali ad oggi disponibili tra quelli inerenti le tematiche affrontate nei singoli obiettivi fissati dall'OMS e parte degli SDGs (7) concernenti il benessere psico-fisico, diffusi anche dalla banca dati Eurostat (10) e con la possibilità di fare comparazioni tra i Paesi.

Risultati

Obiettivo 1

Per quanto concerne il primo obiettivo, si tratta di attivare azioni strategiche che stimolino abitudini e comportamenti sociali volti a promuovere l'attività fisica. Si mira a costruire società attive agendo mediante norme e comportamenti sociali, promozione dell'informazione sui molteplici benefici dell'attività fisica praticata con costanza, in base alle capacità di ciascun individuo e ad ogni età. Per questo obiettivo sono proposti 4 interventi di natura politica:

1. Implementare campagne di comunicazione sulle migliori pratiche, collegate a programmi di comunità, per aumentare la consapevolezza, la conoscenza e la comprensione dei molteplici benefici che una regolare attività fisica e comportamenti meno sedentari apportano al benessere individuale, delle famiglie e della comunità.
2. Condurre campagne nazionali e di comunità per aumentare la consapevolezza, la conoscenza e l'apprezzamento dei benefici sociali, economici e ambientali dell'attività fisica, in modo particolare incrementando la mobilità alternativa, e fornendo un contributo significativo al raggiungimento dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (SDGs 2-5; SDGs 8-11; SDG-13; SDGs 15-17);
3. Attuare iniziative regolari di partecipazione ad ampio spettro negli spazi pubblici, coinvolgendo intere comunità, per fornire accesso gratuito a programmi di attività fisica piacevoli ed economici, socialmente e culturalmente appropriati;
4. Rafforzare la formazione dei professionisti, all'interno e all'esterno del settore sanitario, per aumentare conoscenze e competenze relative ai loro ruoli e per stimolare la creazione di opportunità eque e inclusive per una società attiva che comprenda, ma non esclusivamente, i seguenti ambiti: trasporti, pianificazione urbana, istruzione, turismo e svago, sport e *fitness*, così come organizzazioni di comunità e della società civile.

Ciò si riferisce in particolare alla progettazione di una serie di interventi divulgativi ad ampio raggio rivolti alla società civile che vadano ad integrarsi e connettersi con azioni politiche incentrate più specificatamente sul benessere psico-fisico dei singoli. L'idea di fondo da cui sembra si sia partiti muove dal convincimento che azioni politiche di promozione e incentivazione all'attività fisica producano nel breve-medio periodo molteplici benefici su salute, ambiente sociale e tessuto economico della comunità (11). Questo tipo di politiche concorrerebbero di fatto al raggiungimento degli SDGs dell'ONU (7), poiché si pongono come complementari ai traguardi di altre strategie politiche globali ad essi strettamente collegati (9). Dai risultati preliminari delle consultazioni con gli Stati membri, verrebbe infatti ad avvalorarsi l'idea, già emersa più volte in alcuni lavori scientifici, di come l'investimento, anche economico, nella promozione dell'attività fisica abbia un impatto non solo sulla salute e sul benessere dei singoli individui, ma produca anche altre forme di vantaggio in termini ad esempio di risparmio nelle cure sanitarie e contribuisca in maniera indiretta alla cura dell'ambiente di ogni singola comunità (12).

Articolando le azioni in quattro punti specifici, il primo obiettivo del Piano è quello di promuovere un cambiamento culturale, attraverso l'avvio di campagne di informazione, scambio delle conoscenze e promozione di maggiore consapevolezza sui molteplici effetti benefici dell'attività fisica praticata in maniera proporzionata alle specificità del singolo in ogni fase della vita. Più in particolare, si tratterebbe di promuovere campagne divulgative nazionali in accordo con le priorità politiche e gli obiettivi dell'Agenda per lo Sviluppo Sostenibile 2030 dell'ONU (7), in primo luogo SDG 3 (buona salute e benessere), incidendo altresì sul raggiungimento di

altri traguardi, quali SDG 2.2 (mettere fine ad ogni forma di malnutrizione), SDGs 4.1 e 4.2 (istruzione di qualità), SDG 5.1 (parità di genere), SDG 8 (lavoro dignitoso e crescita economica), SDG 9.1 (imprese, innovazione e infrastrutture), SDGs 10.2 e 10.3 (ridurre le disuguaglianze), SDGs 11.2, 11.3, 11.6 e 11.7 (città e comunità sostenibili), SDGs 12.8 e 12.C (produzione e consumo responsabili), SDGs 13.1 e 13.2 (lotta al cambiamento climatico), SDGs 15.1 e 15.5 (vita sulla terra), SDGs 16.1 e 16.B (pace, giustizia e istituzioni solide), SDG 17 (partnership per gli obiettivi) (7). A livello globale, negli ultimi anni sono stati realizzati numerosi interventi e campagne per rendere le persone fisicamente più attive come ad esempio la promozione di eventi specifici (12) dove viene lasciata libertà ad ogni Paese di determinarne la tempistica e la natura, tentando di monitorare il più possibile la frequenza e le caratteristiche di questo tipo di iniziative. Esempi di questo tipo sono l'European Mobility Week, che comprende una serie di attività settimanali da svolgersi a settembre volte a trasformare le auto private in mezzi di trasporto sostenibili e attivi, l'*International Walk to School Month* che si svolge regolarmente ad ottobre fornendo a bambini, genitori, insegnanti e decisori l'opportunità di far parte di un evento mondiale celebrando i numerosi benefici legati al recarsi a scuola a piedi, il *Bike to work day* o il *Day of Dance* organizzato dalle città che fanno parte del WHO *European Healthy Cities Network*, in occasione del quale tra il 10-17 maggio giovani di molte città e Paesi danzano la stessa coreografia nello stesso momento dello stesso giorno. Anticipando in un certo senso quanto predisposto nel terzo punto dell'Agenda, anche nel nostro Paese, si è già sperimentata la portata mediatica di una serie di eventi specifici, volti ad attuare iniziative cadenzate di partecipazione di massa negli spazi pubblici, coinvolgendo intere comunità, per fornire accesso gratuito ad esperienze di attività fisica piacevoli ed economiche, socialmente e culturalmente appropriate come, eventi di pulizia del territorio, passeggiate pubbliche, fiere dell'attività fisica e case aperte con attrezzature per lo sport e per le attività ricreative, lezioni di danza e balli all'aperto nei campi da tennis e al chiuso nelle apposite strutture, giornate di pic-nic con la famiglia con attività per tutte le età, promosse per lo più da associazioni ambientaliste nazionali con il supporto del Governo locale. Come ultimo punto, viene promosso il rafforzamento della formazione di una rete di professionisti da inserire all'interno e all'esterno del settore sanitario, per aumentare le conoscenze e le competenze relative ai loro diversi ruoli, in vista di possibili contributi volti alla creazione di opportunità eque e inclusive per una società attiva. Ciò dovrebbe avvenire attraverso l'attivazione e il finanziamento di corsi di formazione specifici, da svolgersi in particolar modo presso le scuole secondarie e nelle università, e lo sviluppo e l'ampliamento di professionalità volte alla promozione dell'attività fisica nelle varie fasi del ciclo vitale.

Sebbene i documenti prodotti correlati a questo tema, come la Strategia dell'Ufficio regionale europeo per l'Europa per il periodo 2013-2020⁴ e la Strategia europea per l'attività fisica per la salute (2016-2025)⁵, sottolineino l'importanza dell'incorporazione della promozione dell'attività fisica nell'ambito educativo e sanitario, identificandola come prioritaria, fino ad oggi non sono state intraprese azioni specifiche a livello nazionale o europeo per definire un profilo altamente qualificato⁶. Specialmente in Italia si sta ancora valutando la preparazione di Master in Promozione della Salute e dell'Attività Fisica (HEPA)⁷, rispetto alla Laurea in Scienze Motorie, spesso considerate interscambiabili. Inoltre, a causa dei confini settoriali o finanziari, diversi Paesi scelgono di attuare programmi di formazione in attività fisica per la salute da consegnare a professionisti dell'educazione o della sanità (insegnanti scolastici, infermieri etc.). Pertanto, sebbene il Master europeo in Promozione della Salute e dell'Attività Fisica, nonché altri programmi di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (classe delle lauree LM-67), rappresentino un potenziale importante per lo sviluppo dei settori pertinenti, la sfida rimane quella di delineare al meglio le loro possibilità occupazionali nel contesto di un definito quadro professionale nazionale ed europeo⁸. La sfida, condivisa per questi corsi di formazione, sembra interessare i laureati soprattutto nel contesto socio-economico italiano e meno in altri Paesi europei, come il Regno Unito, la Spagna e la Norvegia, dove l'introduzione nella pratica clinica dell'utilizzo dell'attività fisica e quindi delle prescrizioni delle cure primarie (*Primary care Exercise Referral Schemes-ERSs*) sono già in atto e il sistema sanitario privato svolge un ruolo più forte.

Obiettivo 2

Costruire ambienti di vita attivi realizzando spazi dove poter fare attività fisica regolarmente che siano accessibili a tutte le persone, di ogni età e stato socio-economico. Per questo obiettivo sono stati proposti 5 interventi di natura politica:

⁴Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2087_ulterioriallegati_ultioreallegato_0_alleg.pdf.

⁵Disponibile sul sito: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>.

⁶Disponibile sul sito: <http://professioni.istat.it/cp2011/scheda.php?id=3.4.2.6.1>.

⁷Disponibile sul sito: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe>.

⁸Disponibile sul sito: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>.

1. Integrare le politiche di trasporto e di pianificazione urbana. Progettare città ben collegate con i mezzi pubblici e nelle quali sia possibile muoversi in sicurezza a piedi, in bicicletta o con altri mezzi su ruote (comprese sedie a rotelle, *scooter* e pattini).
 2. Migliorare le infrastrutture di reti pedonali e ciclabili, per consentire e promuovere passeggiate, ciclismo, altre forme di mobilità su ruota (comprese sedie a rotelle, *scooter* e pattini).
 3. Rafforzare ed accelerare l'attuazione di azioni politiche per migliorare la sicurezza stradale e personale di pedoni, ciclisti, e di altre forme di mobilità su ruota (comprese sedie a rotelle, *scooter* e pattini).
 4. Migliorare l'accesso agli spazi aperti pubblici verdi ad uso ricreativo (comprese le aree fluviali e costiere) e renderle fruibili in sicurezza da parte di tutti i cittadini (di ogni età e abilità) nelle comunità urbane, periurbane e rurali.
 5. Implementare politiche di costruzione proattiva che promuovano la progettazione di edifici destinati a servizi pubblici (scuole, assistenza sanitaria, strutture sportive e ricreative, luoghi di lavoro, alloggi sociali) che consentano agli utenti di essere fisicamente attivi all'interno e all'esterno degli edifici.
- L'investimento in azioni politiche per aumentare l'attività fisica può contribuire al raggiungimento degli SDGs.
- l'attività fisica può contribuire al mantenimento e alla perdita di peso (SDG 2.2);
 - l'aumento dei tassi di attività fisica può ridurre il successivo carico di malattia e la mortalità complessiva, promuovendo il benessere e la salute mentale per tutti (SDG 3.4);
 - il miglioramento delle infrastrutture che consentono un accesso equo e sicuro alla camminata e al ciclismo contribuisce a ridurre gli incidenti stradali, promuovendo al contempo una maggiore partecipazione alle attività fisiche (SDG 3.6);
 - incoraggiare il passaggio dall'uso dell'automobile alla camminata, al ciclismo e all'uso dei trasporti pubblici contribuisce a ridurre le emissioni e migliorare la qualità dell'aria (7), riducendo così il numero di decessi e malattie provocati dall'inquinamento atmosferico (SDG 3.9);
 - la progressiva diminuzione dell'uso dell'automobile comporta riduzione delle emissioni, diminuendo in tal modo l'impatto ambientale pro capite negativo delle città (SDG 11.6);
 - l'aumento del numero di persone che si muovono a piedi e in bicicletta può contribuire alla sostenibilità e alla conservazione della natura attraverso un uso ridotto dell'automobile e una maggiore consapevolezza dell'impatto ambientale delle persone (SDG 12.8);
 - il ridotto utilizzo dell'automobile e l'aumento dell'uso della bicicletta possono comportare diminuzione dell'impiego di combustibili fossili e delle conseguenti emissioni, contribuendo in tal modo a mitigare i cambiamenti climatici (SDG 13.2).
- È stata proposta una lista, pubblicata dall'Istituto Nazionale di Statistica, di indicatori utili per monitorare l'evoluzione di tali azioni, di seguito esplicitata:
- Trasporto Pubblico Locale (TPL) nelle città. Reti urbane di TPL (autobus, tram, filobus, metropolitana e funicolari) nei comuni capoluogo di provincia per 100 km² di superficie comunale (13);
 - passeggeri trasportati dal TPL nei comuni capoluogo di provincia per abitante. Rapporto tra il numero di passeggeri trasportati dal TPL nei comuni capoluogo di provincia e la popolazione residente media nell'anno (13);
 - posti-km offerti dal TPL (Benessere Equo e Sostenibile-BES-12.8). Prodotto del numero complessivo di km effettivamente percorsi nell'anno da tutti i veicoli del TPL per la capacità media dei veicoli in dotazione, rapportato al numero totale di persone residenti (posti-km per abitante) (13);
 - utilizzo di mezzi pubblici di trasporto da parte di lavoratori, studenti, scolari e utenti di mezzi pubblici. Numero di lavoratori, studenti, scolari e utenti di mezzi pubblici che hanno utilizzato mezzi pubblici di trasporto sul totale delle persone che si sono spostate per motivi di lavoro e di studio e hanno usato mezzi di trasporto (14);
 - soddisfazione per i servizi di trasporto (BES 12.10). Percentuale di utenti che hanno espresso un voto uguale o superiore a 8 per tutti i mezzi di trasporto che utilizzano abitualmente (più volte a settimana) sul totale degli utenti assidui (15);
 - percentuale di popolazione che ha un accesso comodo al trasporto pubblico (SDG 11.2.1). Percentuale di famiglie che dichiarano molta o abbastanza difficoltà di collegamento con mezzi pubblici nella zona in cui risiedono (16);
 - persone che usano la bicicletta per spostarsi da un posto all'altro (17);
 - persone che camminano per spostarsi da un posto all'altro (17);
 - mortalità per incidenti stradali (BES 1.6) (18);
 - disponibilità di aree pedonali nei comuni capoluogo di provincia (m² per 100 abitanti) (13);
 - superficie delle aree pedonali nei comuni capoluogo di provincia (valori assoluti in m²) (13);
 - densità di piste ciclabili nei comuni capoluogo di provincia (km per 100 km²) (13);

- piste ciclabili nei comuni capoluogo di provincia (valori assoluti in km) (13);
- verde pubblico nelle città. Metri quadrati di verde urbano (il verde storico, i grandi parchi urbani, le aree a verde attrezzato, le aree di arredo urbano, i giardini scolastici, gli orti urbani, le aree sportive all'aperto, le aree destinate alla foresta urbana, le aree boschive, il verde incolto e altre tipologie di verde urbano) gestito da comuni, province, regioni e stato nei comuni capoluogo di provincia per abitante (13);
- percentuale media dell'area urbanizzata delle città che viene utilizzata come spazio pubblico (SDG 11.7.1). Incidenza delle aree di verde urbano sulla superficie urbanizzata delle città (m² per 100 m²) (13).

Obiettivo 3

Promuovere stili di vita attivi progettando e promuovendo, in più contesti (scuola, lavoro, comunità etc.) programmi ed occasioni adatte alle diverse esigenze di vita e di età, per incoraggiare individui, famiglie e i gruppi più a rischio di inattività fisica, a praticare e a consolidare stili di vita attivi. Per questo obiettivo sono proposti sei interventi di natura politica per cui nelle tabelle di seguito sono state individuate le fonti dei dati utili alla valutazione dell'implementazione e al monitoraggio.

Azione 1 - *Promozione dello sport e dell'attività fisica nella fascia dei bambini, ragazzi e giovani nei diversi livelli scolastici (scuola primaria, secondaria e livelli di istruzione superiori) per stabilire e rafforzare la salute e l'alfabetizzazione fisica e promuovere il godimento e la partecipazione all'attività fisica, in base alla capacità e alle caratteristiche individuali*

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
Sistema COSI	6-9 anni	Cipro, Spagna, Italia, Grecia, Malta, Bulgaria, Croazia, Ungheria, Polonia, Romania, Finlandia, Lituania, Lettonia, Estonia, Slovenia, Austria, Svezia, Repubblica Ceca, Francia, Irlanda, Danimarca, Macedonia, Montenegro, Serbia, Turchia, Albania, Norvegia.	Esistenza di parchi giochi all'aperto. Esistenza di palestre. Educazione fisica obbligatoria. Minuti di educazione fisica per classe.	Pattern di attività fisica e inattività	2016
Health Behaviour School Aged Children (HBSC)	11, 13, 15 anni	Albania, Armenia, Austria, Belgio (fiammingo), Belgio (francese), Bulgaria, Canada, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Galles, Germania, Grecia, Groenlandia, Inghilterra, Islanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Irlanda, Repubblica Slovacca, Romania, Russia, Scozia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Ucraina, Ungheria, USA.	L'attività fisica e la sedentarietà. Svolgimento di regolare attività fisica durante la settimana. Tempo trascorso a guardare la televisione, a giocare con videogiochi o al computer.		2018
Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana	3-17 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Sport e Attività fisica nel tempo libero. Livello di attività fisica (scarsa, moderata e pesante) connesso al lavoro domestico ed extra-domestico (per le persone di età ≥15 anni).		2018

Azione 2 - Attuare e rafforzare sistemi di valutazione e consulenza per aumentare l'attività fisica e la riduzione della sedentarietà, da parte di operatori sanitari e di assistenza sociale opportunamente formati nell'assistenza sanitaria e nei servizi sociali, come parte dei programmi di salute universale, garantendo il coinvolgimento di comunità e pazienti e garantendo, quando opportuno, il collegamento con le risorse della comunità

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Azione 3 - Migliorare le opportunità e la promozione di programmi di attività fisica nei parchi e in altri ambienti naturali (come spiaggia, fiumi) e in luoghi di lavoro pubblici e privati, centri comunitari, attività ricreative, impianti sportivi etc. per sostenere la partecipazione all'attività fisica da parte di tutte le persone ognuna con le proprie abilità

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
EHIS (Indagine Europea sulla Salute)	≥15 anni	2013: Belgio e Regno Unito; 2014: Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Grecia, Spagna, Francia, Croazia, Italia, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Austria, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, 2015: Danimarca, Slovacchia, Finlandia e Svezia; Germania, Irlanda, Italia, Islanda e Norvegia.	<i>Commuting</i> a piedi ed in bicicletta (numero di giorni e tempo dedicato a questa attività). Ambito lavorativo (lavoro domestico ed extra-domestico): livello di attività fisica scarsa, moderata e pesante. Tempo libero: 1) pratica di sport, <i>fitness</i> o attività fisiche ricreative per almeno 10 minuti (numero di giorni e tempo dedicato per questa attività); 2) giorni a settimana di pratica di attività specifiche per potenziare i muscoli. Le informazioni socio-demografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (<i>Minimum European Health Module- MEHM</i> e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione.		2013-2015
Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana	≥3 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Sport e Attività fisica nel tempo libero. Livello di attività fisica (scarsa, moderata e pesante) connesso al lavoro domestico ed extra-domestico (per le persone di età ≥15 anni). Le informazioni socio-demografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (<i>MEHM</i> e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione.		2018
Studio PASSI	18-69 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Attività fisica svolta durante il lavoro. Per lavoro pesante si intende un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (per esempio, manovale,		2017

Azione 3 - (segue) *Attuare e rafforzare sistemi di valutazione e consulenza per aumentare l'attività fisica e la riduzione della sedentarietà, da parte di operatori sanitari e di assistenza sociale opportunamente formati nell'assistenza sanitaria e nei servizi sociali, come parte dei programmi di salute universale, garantendo il coinvolgimento di comunità e pazienti e assicurando, quando opportuno, il collegamento con le risorse della comunità*

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
PASSI d'Argento	≥ 65 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	<p>muratore o agricoltore). Per lavoro che richiede uno sforzo fisico moderato si intende quello di un operaio in fabbrica, cameriere o addetto alle pulizie. Per lavoro sedentario si intende stare seduto o in piedi (per esempio, chi lavora al computer, guida la macchina o fa lavori manuali senza sforzi fisici).</p> <p>Attività fisica svolta fuori dal lavoro. Per attività fisica intensa si intende quella attività che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione (per esempio, correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici).</p> <p>Per attività fisica moderata si intende quella attività che per quantità, durata e intensità comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione (per esempio, camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti).</p> <p>Persone che camminano autonomamente. Questionario <i>Physical Activity Scale for elderly</i> Livello di attività fisica riferita agli ultimi 7 giorni e distinta in: attività di svago e attività fisica strutturata; attività casalinghe/sociali; attività lavorative.</p> <p>Persone che non sono in grado di camminare o che riescono a farlo solo se aiutate da qualcuno. Info su pratica di ginnastica riabilitativa.</p>	2017	

Azione 4 - Migliorare la fornitura di opportunità per la realizzazione di programmi opportunamente adattati e servizi mirati ad aumentare l'attività fisica e ridurre la sedentarietà negli anziani, secondo le capacità individuali, in contesti chiave come quelli locali e comunitari, sociali e strutture di lungodegenza, case di riposo e ambienti familiari, al fine di supportare un invecchiamento in salute

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
EHIS (Indagine Europea sulla Salute)	≥15 anni	2013: Belgio e Regno Unito; 2014: Bulgaria, Repubblica, Ceca, Estonia, Grecia, Spagna, Francia, Croazia, Italia, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Austria, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, 2015: Danimarca, Slovacchia, Finlandia e Svezia; Germania, Irlanda, Italia, Islanda e Norvegia.	<i>Commuting</i> a piedi ed in bicicletta (numero di giorni e tempo dedicato a questa attività). Ambito lavorativo (lavoro domestico ed extra-domestico): livello di attività fisica scarsa, moderata e pesante. Tempo libero: 1) pratica di sport, <i>fitness</i> o attività fisiche ricreative per almeno 10 minuti (numero di giorni e tempo dedicato per questa attività); 2) giorni a settimana di pratica di attività specifiche per potenziare i muscoli. Le informazioni socio-demografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (MEHM e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione.		2013-2015
Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana	≥3 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Sport e Attività fisica nel tempo libero. Livello di attività fisica (scarsa, moderata e pesante) connesso al lavoro domestico ed extra-domestico (per le persone di età ≥15 anni). Le informazioni socio-demografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (MEHM e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione.		2018
PASSI d'Argento	≥65 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Persone che camminano autonomamente. Questionario <i>Physical Activity Scale for elderly</i> Livello di attività fisica riferita agli ultimi 7 giorni e distinta in: attività di svago e attività fisica strutturata; attività casalinghe/sociali; attività lavorative. Persone che non sono in grado di camminare o che riescono a farlo solo se aiutate da qualcuno. Info su pratica di ginnastica riabilitativa		2017

Azione 5 - Rafforzare lo sviluppo e l'attuazione di programmi e servizi, in vari contesti comunitari, per coinvolgere e aumentare le opportunità per l'attività fisica nei gruppi meno attivi, come identificati da ciascun Paese, quali ragazze, donne, anziani, comunità rurali e indigene e popolazioni vulnerabili o emarginate

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
Sistema COSI	6-9 anni	Cipro, Spagna, Italia, Grecia, Malta, Bulgaria, Croazia, Ungheria, Polonia, Romania, Finlandia, Lituania, Lettonia, Estonia, Slovenia, Austria, Svezia, Repubblica Ceca Francia, Irlanda, Danimarca, Macedonia, Montenegro, Serbia, Turchia, Albania, Norvegia.	Esistenza di parchi giochi all'aperto. Esistenza di palestre. Educazione fisica obbligatoria. Minuti di educazione fisica per classe.	Pattern di attività fisica e inattività	2016
Health Behaviour School Aged Children (HBSAC)	11, 13, 15 anni	Albania, Armenia, Austria, Belgio (fiammingo), Belgio (francese), Bulgaria, Canada, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Galles, Germania, Grecia, Groenlandia, Inghilterra, Islanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Irlanda, Repubblica Slovacca, Romania, Russia, Scozia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Ucraina, Ungheria, USA.	L'attività fisica e la sedentarietà. Svolgimento di regolare attività fisica durante la settimana. Tempo trascorso a guardare la televisione, a giocare con videogiochi o al computer.		2018
EHIS (Indagine Europea sulla Salute)	≥15 anni	Belgio e Regno Unito; 2014: Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Grecia, Spagna, Francia, Croazia, Italia, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Austria, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, 2015: Danimarca, Slovacchia, Finlandia e Svezia; Germania, Irlanda, Italia, Islanda e Norvegia.	Commuting a piedi ed in bicicletta (numero di giorni e tempo dedicato a questa attività). Ambito lavorativo (lavoro domestico ed extra-domestico): livello di attività fisica scarsa, moderata e pesante. Tempo libero: 1) pratica di sport, fitness o attività fisiche ricreative per almeno 10 minuti (numero di giorni e tempo dedicato per questa attività); 2) giorni a settimana di pratica di attività specifiche per potenziare i muscoli. Le informazioni socio-demografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (MEHM e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione.		2013-2015
Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana	≥3 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Sport e Attività fisica nel tempo libero. Livello di attività fisica (scarsa, moderata e pesante) connesso al lavoro domestico ed extra-domestico (per le persone di età ≥15 anni).		2018

Azione 5 - (segue) Rafforzare lo sviluppo e l'attuazione di programmi e servizi, in vari contesti comunitari, per coinvolgere e aumentare le opportunità per l'attività fisica nei gruppi meno attivi, come identificati da ciascun Paese, quali ragazze, donne, anziani, comunità rurali e indigene e popolazioni vulnerabili o emarginate

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
Studio PASSI	18-69 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Le informazioni socio-demografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (MEHM e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione. Attività fisica svolta durante il lavoro. Per lavoro pesante si intende un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (per esempio, manovale, muratore o agricoltore). Per lavoro che richiede uno sforzo fisico moderato si intende quello di un operaio in fabbrica, cameriere o addetto alle pulizie. Per lavoro sedentario si intende stare seduto o in piedi (per esempio, chi lavora al computer, guida la macchina o fa lavori manuali senza sforzi fisici). Attività fisica svolta fuori dal lavoro. Per attività fisica intensa si intende quella attività che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione (per esempio, correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici). Per attività fisica moderata si intende quella attività che per quantità, durata e intensità comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione (per esempio, camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti)		2017
PASSI d'Argento	≥65 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Persone che camminano autonomamente. Questionario <i>Physical Activity Scale for elderly</i> Livello di attività fisica riferita agli ultimi 7 giorni e distinta in: attività di svago e attività fisica strutturata; attività casalinghe/sociali; attività lavorative. Persone che non sono in grado di camminare o che riescono a farlo solo se aiutate da qualcuno. Info su pratica di ginnastica riabilitativa.		2017

Azione 6 - Attuare iniziative inclusive, a livello di città o comunità, che stimolino il coinvolgimento di tutte le parti interessate e ottimizzino una combinazione di approcci politici, in contesti diversi, per promuovere una maggiore partecipazione all'attività fisica e una riduzione del comportamento sedentario di persone di tutte le età e con abilità diverse, concentrandosi sul coinvolgimento della comunità, sul co-sviluppo e sulla proprietà

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
Sistema COSI	6-9 anni	Cipro, Spagna, Italia, Grecia, Malta, Bulgaria, Croazia, Ungheria, Polonia, Romania, Finlandia, Lituania, Lettonia, Estonia, Slovenia, Austria, Svezia, Repubblica Ceca Francia, Irlanda, Danimarca, Macedonia, Montenegro, Serbia, Turchia, Albania, Norvegia.	Esistenza di parchi giochi all'aperto. Esistenza di palestre. Educazione fisica obbligatoria. Minuti di educazione fisica per classe.	Pattern di attività fisica e inattività	2016
Health Behaviour School Aged Children (HBSC)	11, 13, 15 anni	Albania, Armenia, Austria, Belgio (fiammingo), Belgio (francese), Bulgaria, Canada, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Galles, Germania, Grecia, Groenlandia, Inghilterra, Islanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Irlanda, Repubblica Slovacca, Romania, Russia, Scozia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Turchia, Ucraina, Ungheria, USA.	L'attività fisica e la sedentarietà. Svolgimento di regolare attività fisica durante la settimana. Tempo trascorso a guardare la televisione, a giocare con videogiochi o al computer.		2018
EHIS (Indagine Europea sulla Salute)	≥15 anni	2013: Belgio e Regno Unito; 2014: Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Grecia, Spagna, Francia, Croazia, Italia, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Austria, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, 2015: Danimarca, Slovacchia, Finlandia e Svezia; Germania, Irlanda, Italia, Islanda e Norvegia.	Commuting a piedi ed in bicicletta (numero di giorni e tempo dedicato a questa attività). Ambito lavorativo (lavoro domestico ed extra-domestico): livello di attività fisica scarsa, moderata e pesante. Tempo libero: 1) pratica di sport, <i>fitness</i> o attività fisiche ricreative per almeno 10 minuti (numero di giorni e tempo dedicato per questa attività); 2) giorni a settimana di pratica di attività specifiche per potenziare i muscoli. Le informazioni sociodemografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (MEHM e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti.		2013-2015
Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana	≥3 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	Sport e Attività fisica nel tempo libero; Livello di attività fisica (scarsa, moderata e pesante) connesso al lavoro domestico ed extra-domestico (per le persone di ≥15 anni).		2018

Azione 6 - (segue) *Attuare iniziative inclusive, a livello di città o comunità, che stimolino il coinvolgimento di tutte le parti interessate e ottimizzino una combinazione di approcci politici, in contesti diversi, per promuovere una maggiore partecipazione all'attività fisica e una riduzione del comportamento sedentario di persone di tutte le età e con abilità diverse, concentrandosi sul coinvolgimento della comunità, sul co-sviluppo e sulla proprietà*

Indagine/ sistema	Popolazione indagata	Paesi coinvolti	Indicatori rilevati per tutti i Paesi	Indicatori non rilevati per tutti i paesi	Ultimo dato disponibile
Studio PASSI	18-69 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	<p>Le informazioni sociodemografiche rilevate e quelle sullo stato di salute (MEHM e batteria malattie croniche) consentono di valutare l'attività fisico sportiva su vari segmenti di popolazione.</p> <p>Attività fisica svolta durante il lavoro. Per lavoro pesante si intende un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (per esempio, manovale, muratore o agricoltore). Per lavoro che richiede uno sforzo fisico moderato si intende quello di un operaio in fabbrica, cameriere o addetto alle pulizie. Per lavoro sedentario si intende stare seduto o in piedi (per esempio, chi lavora al computer, guida la macchina o fa lavori manuali senza sforzi fisici).</p> <p>Attività fisica svolta fuori dal lavoro. Per attività fisica intensa si intende quella attività che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione (per esempio, correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici).</p> <p>Per attività fisica moderata si intende quella attività che per quantità, durata e intensità comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione (per esempio, camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti)</p>		2017
PASSI d'Argento	≥65 anni	Indagine a livello Italia, non sono possibili confronti europei che usino stessa metodologia	<p>Persone che camminano autonomamente. Questionario <i>Physical Activity Scale for elderly</i>.</p> <p>Livello di attività fisica riferita agli ultimi 7 giorni e distinta in: attività di svago e attività fisica strutturata; attività casalinghe/sociali; attività lavorative.</p> <p>Persone che non sono in grado di camminare o che riescono a farlo solo se aiutate da qualcuno. Info su pratica di ginnastica riabilitativa.</p>		2017

Obiettivo 4

Orientare i sistemi di governo alla promozione dell'attività fisica e della salute garantendo gli investimenti necessari per rafforzare il lavoro di gestione e di coordinamento di azioni efficaci di promozione dell'attività fisica a livello internazionale, nazionale e locale. Questo obiettivo riguarda principalmente le leve politiche e di governo: la *governance*, la *leadership*, le *partnership* intersettoriali, le azioni di *advocacy*, i sistemi informativi, gli strumenti di finanziamento tra settori diversi. Sono definite la necessità di garantire investimenti, sistemi informativi e *partnership* intersettoriali. Per questo obiettivo sono proposti 5 interventi di natura politica, il primo richiede la stesura di Linee Guida, raccomandazioni e piani di attività che favoriscano l'attività fisica e contrastino i comportamenti sedentari per la popolazione di tutte le età ed il continuo monitoraggio e valutazione a livello nazionale e subnazionale delle responsabilità sul tema. Il secondo richiede di dare avvio a sistemi di sorveglianza a livello nazionale e subnazionale rivolto all'intera popolazione avvalendosi anche dell'ausilio delle tecnologie digitali.

Per questo l'OMS ha sviluppato un sistema di sorveglianza dell'attività fisica "The Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)" (19) che si è dimostrato essere uno strumento valido e affidabile, ma anche adattabile per incorporare differenze culturali e di altro tipo. È stato utilizzato in più di 100 Paesi in tutto il mondo, principalmente attraverso l'approccio WHO STEPwise alla Sorveglianza del fattore di rischio NCD (STEPS). Il GPAQ copre diverse componenti dell'attività fisica, come intensità, durata e frequenza, e valuta tre domini in cui viene svolta l'attività fisica (attività fisica professionale, legata al trasporto e durante il tempo libero).

Esiste poi l'esperienza STEPS *Country Reports* (20) in cui 111 Paesi (Italia non inclusa) di tutte e sei le regioni dell'OMS hanno pubblicato i risultati del loro sondaggio STEPS in relazioni, in libri, in schede informative, in articoli di riviste, presentazioni e manifesti.

Nel 2010 l'OMS ha pubblicato diversi lavori relativi al monitoraggio dei sistemi di sorveglianza inerenti anche l'attività fisica in molti Paesi come la "Revisione dei Sistemi di Sorveglianza dell'attività fisica per fonte di dati negli Stati membri dell'Unione Europea" (21), risultato di un Progetto di ricerca triennale 2008-2010 del gruppo WHO in collaborazione con il *Directorate General for Health and Consumers* (DG SANCO) della Commissione europea dal titolo "Monitoring progress on improving nutrition and physical activity and preventing obesity in the EU" che ha costruito un *database* composto dai dati dei Sistemi di Sorveglianza, dai documenti delle politiche adottate dai singoli Paesi e sull'implementazione di tali politiche attraverso strumenti ed informazioni di *best practice* (21).

Tutte le *survey* identificate a livello internazionale nel periodo precedente al 2018 erano basate su metodi di misurazione soggettivi (questionario, intervista), a parte pochissimi Paesi che utilizzavano misure oggettive come *fitness test*, accelerometri etc⁹. La maggior parte di essi includeva tutti o la maggior parte degli articoli della versione breve dell'*International Physical Activity Questionnaire (IPAQ short)* (22), che include informazioni sulla frequenza e la durata dell'attività fisica moderata e vigorosa, il tempo e la frequenza della camminata e il tempo trascorso seduti (23). Per i bambini o gli adolescenti è stato identificato lo studio HBSC (24), che ha riguardato 36 Paesi nell'ultimo ciclo di raccolta nel 2005-2006. L'indagine sulla salute, sull'invecchiamento e sul pensionamento in Europa (Survey of Health Ageing and SHARE) (25), che copre 15 Paesi, è stato l'unico studio identificato che si concentra specificamente sugli anziani. Informazioni su livelli di attività fisica e modelli per adulti erano disponibili solo per alcuni Stati membri. Solo pochi non utilizzano Sistemi di Sorveglianza ma conducono *survey* che indagano sull'attività fisica dei cittadini in diversi contesti (scuola, lavoro, trasporti, tempo libero, sport, casa e famiglia), che è possibile ritrovare nella banca dati internazionale OMS NOPA *Nutrition, Obesity and Physical Activity Database* (25). Altra azione prevista nel piano è quella di incentivare in ciascun Paese l'utilizzo di applicazioni digitali/tecnologie per diffondere più velocemente e poter sviluppare ed implementare al meglio le *policies*. Infine è importantissimo favorire *joint action* per coinvolgere le comunità, le associazioni sportive dilettantistiche, il settore commerciale e industriale ed infine promuovere strumenti economico-finanziari come ad esempio agevolazioni fiscali per la pratica dell'attività fisica.

Conclusioni

Da quanto detto finora, risulta evidente come il monitoraggio sistematico e tempestivo delle azioni nazionali e internazionali in attuazione dei punti sopra descritti, si pone come un obiettivo irrinunciabile per i singoli Paesi.

⁹Disponibile sul sito: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428382/

¹⁰Le Aziende Sanitarie della Regione, valorizzando i propri servizi di medicina dello sport e promozione dell'attività fisica, promuovono l'accesso dei cittadini alla pratica dell'attività motoria, in particolare favorendo la prescrizione dell'esercizio fisico come strumento efficace nella prevenzione primaria e secondaria di diverse patologie, tra cui quelle di ambito cardiovascolare, respiratorio, oncologico, muscolo-scheletrico, diabetologico e metabolico, nonché dei soggetti trapiantati. La Regione promuove inoltre la prescrizione dell'attività motoria adattata, attraverso protocolli di esercizio fisico individuali o standardizzati per gruppi omogenei, definiti in riferimento alla presenza di una specifica patologia sensibile all'esercizio fisico, anche con attenzione ai criteri della medicina di genere [...] (27).

L'auspicio è che a livello nazionale ed internazionale europeo venga messo a punto un sistema informativo integrato di statistiche su questo argomento, in grado di fornire indicatori il più possibile comparabili, statisticamente robusti e tempestivamente aggiornabili su questi temi per programmare, monitorare e valutare le politiche volte all'aumento dell'attività fisica della popolazione.

Nel corso del 2018 in Italia sono stati istituiti dei tavoli di lavoro multisettoriali presieduti dal Ministero della Salute (26) che si prefiggono di produrre dei report che permettano la valutazione delle politiche sportive, sociali e sanitarie.

L'esempio a livello regionale è rappresentato dall'Emilia-Romagna in cui, a fine 2018, è stata approvata la prima Legge regionale (27), entrata in vigore il 1 gennaio del 2019, sulla promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e sulla prevenzione primaria. Questo nuovo dispositivo legislativo è frutto del lavoro di tutte le parti politiche e, nel suo mettere al centro la prevenzione, può essere considerato uno strumento che valorizza e supporta il Piano regionale della prevenzione. Si tratta della prima Legge di questo tipo in Italia le cui finalità sono di due tipi: creazione di un sistema regionale di promozione della salute (messa in atto di politiche focalizzate sulla prevenzione delle malattie prevenibili, sull'invecchiamento sano (*active ageing*), sul prolungamento della qualità della vita, sulla riduzione dei bisogni di cura) e sul raggiungimento del più alto standard di salute fisica e psichica possibile. Nella Legge vengono anche affrontate tematiche specifiche¹⁰, come la promozione della attività motoria e della pratica sportiva, della alimentazione sana e sicura e della prevenzione delle malattie del sistema cardiovascolare, del diabete, delle dipendenze (da alcol, sostanze stupefacenti e psicotrope, e da nuove tecnologie), delle patologie oncologiche, fino alla promozione della sicurezza del bambino, del benessere psicofisico e della salute mentale.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Physical activity, fact sheet, febbraio 2018.
- (2) National Institute for Health and Care Excellence. Physical activity in the workplace. Public health guideline, PH13, 2008 (pdf 178 kb).
- (3) WHO Regional Office for Europe. Physical Activity and health in Europe: evidence for action. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F (eds), WHO, Copenhagen, 2006 (pdf 620 kb). Versione italiana: Organizzazione mondiale della sanità, Ufficio regionale per l'Europa. Attività fisica e salute in Europa: conoscere per agire. Armando editore, Roma, 2007.
- (4) Bull F, Armstrong TP, et al. Physical inactivity, Chapter 10. In: Ezzati M, Lopez AD, et al (eds). Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Volume I. Who, Geneva, 2004; p 729-881.
- (5) ISS, Il progetto cuore, Prevenzione e stili di vita. Disponibile sul sito: www.cuore.iss.it/prevenzione/prevenzione.asp.
- (6) WHO. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 Agosto 2005). Disponibile sui siti: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en; www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/en.
- (7) WHO. Sustainable Development Goals (SDGs). Disponibile sul sito: www.who.int/sdg/en.
- (8) World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva, 2010. Disponibile sul sito: www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf.
- (9) WHO (2018), Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world, WHO/NMH/PND/18.5 - At a glance brochure. Disponibile sul sito: www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en.
- (10) Eurostat, Health database. Disponibile sul sito: https://ecas.ec.europa.eu/cas/login?loginRequestId=ECAS_LR-25076059-fVKTSni80sOcIL83R7tIRKWxzs0iMszvm6n8mCgUcRhmcRuagt3qzZjEDhiRxKbwiKblUvsr8bsD2hkbJSe4N9m-jpJZscgswOKrxeEf5XzTps-ejxqDWgTkeBbc0qjXUOfq7uNUehKZTkhzh4T2G4UT0.
- (11) Barton, J., Bragg, R., Wood, C. and Pretty, J. eds., (2016). Green exercise: Linking nature, health and well-being. London: Routledge.
- (12) WHO (2017), Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf;jsessionid=143E37FB96C15A48778B4224233B741C?sequence=1>.
- (13) Istat, Dati ambientali nelle città. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/55771.
- (14) Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/16777.
- (15) Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files//2018/12/BES2018-cap-12.pdf.
- (16) Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/storage/SDGs/SDG_11_Italy.pdf.
- (17) Istat, Indagine europea sulla salute (EHIS). Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- (18) Istat, Per i decessi: Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/219637.
- (19) WHO Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Disponibile sui siti: www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/en; www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ_Italian.pdf.
- (20) STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Disponibile sul sito: www.who.int/ncds/surveillance/steps/lebanon/en/.
- (21) WHO report, Review of physical activity surveillance data sources in European Union Member States. Disponibile sul sito: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/148784/e95584.pdf e WHO report, Meeting of WHO Nutrition Counterparts and National Information Focal Points for the WHO/EC monitoring project. Disponibile sul sito: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/182593/e96763.pdf.

- (22) International Physical Activity Questionnaire. (2016). Home. Disponibile sul sito: <https://sites.google.com/site/theipaq/>.
- (23) Lee, P.H., Macfarlane, D.J., Lam, T.H., Stewart, S.M. (2011). Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8:115.
- (24) DrPedro CHallal et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. the Lancet Physical Activity Series Working Group. Volume 380, Issue 9838, 21–27 July 2012, Pages 247-257. Disponibile sul sito: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612606461?via%3Dihub#!.
- (25) WHO European Nutrition, Obesity and Physical Activity Database (NOPA).
- (26) Istituto Superiore di Sanità. Attività fisica. Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Barbara De Mei. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/Movimento-Sport-Salute-2018.
- (27) Regione Emilia-Romagna Legge regionale n.19 del 5 dicembre 2018. Promozione Della Salute, Del Benessere Della Persona E Della Comunità E Prevenzione Primaria. Disponibile sul sito: <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=481f90467a2c4362ae2f27886f1c573b>.

Autori

Sig.ra Silvia Andreozzi, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Emanuela Bologna, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Rita De Carli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Prof.ssa Daniela Caporossi, Università degli Studi di Roma, Foro Italico

Dott.ssa Paola D'Aloja, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Stefania Dell'Oro, Università degli Studi di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo, Dipartimento di Medicina Materno-Fetale, Fondazione "Monze e Brianza per il Bambino e la sua Mamma, Monza

Dott. Ivan Di Mauro, Università degli Studi di Roma, Foro Italico

Dott.ssa Serena Donati, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Ilaria Lega, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Alice Maraschini, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Laura Murianni, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Gruppo di Lavoro Regionale