



**Sistema di
Sorveglianza
Passi**

REPORT AZIENDALE SUI DATI D'INDAGINE 2014-2017

L'ATTIVITÀ FISICA

SINTESI DEI RISULTATI

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

Dipartimento di Prevenzione

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali – CCM

COORDINATRICE AZIENDALE DELL'INDAGINE

Paola Colussi

INTERVISTATRICI:

Bendagli Anna (Ass. San.)
Caliari Patrizia (Ass. San.,
Cracco Gaetano (T.dP.)
Bogoni Agnese (Inf.)
Berno Marialuisa (Inf.)
Dal Soglio Germano (Ass. San.)
Girardi Lucia (Ass. San.)
Padoin Serena (Ass. San.)
Ramina Antonella (Ass. San.)
Saccardo Erica (Ass. San.)
Vajente Caterina (Ass. San.)

REDAZIONE A CURA DI:

Gianni Bregolin
Stefania Meneghini

ANALISI STATISTICA A CURA DI:

Gianni Bregolin

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Dott.ssa Paola Colussi
0444 – 75 2263
paola.colussi@aulss8.veneto.it
Dipartimento di Prevenzione – Via IV Novembre 46, 36100 Vicenza

SI RINGRAZIANO:

TUTTI I CITTADINI CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INDAGINE, DIMOSTRANDO COSÌ DI AVER COMPRESO LA PUBBLICA UTILITÀ DEL PRESENTE PROGETTO DI RICERCA;

LE INTERVISTATRICI CHE PAZIENTEMENTE HANNO SVOLTO IL PREZIOSO COMPITO DI RACCOLGERE OGNI SINGOLA INFORMAZIONE UTILE A RICOMPORRE UN QUADRO ORGANICO DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE, I LORO COMPORTAMENTI E ATTEGGIAMENTI IN MERITO

IL PERSONALE SANITARIO TUTTO CHE SAPRA' VALORIZZARE CON LE PROPRIE AZIONI LE INFORMAZIONI CONTENUTE IN QUESTE PAGINE

SOMMARIO

Premessa.....	1
Quante sono le persone attive e quanti i sedentari?.....	2
Descrizione della popolazione sedentaria	3
La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari	5
Autopercezione del proprio livello di attività fisica	7
Conclusioni e raccomandazioni.....	8
Nota metodologica	9

PREMESSA

L'attività fisica ha un impatto positivo su diversi aspetti della vita quotidiana. Dal punto di vista dello stato di salute, essa svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che il rischio attribuibile alla sedentarietà sia maggiore di quello imputabile al fumo, all'ipertensione e all'obesità. In generale, l'attività fisica aumenta la qualità della vita anche nei suoi aspetti legati alla socialità.

FIGURA 1: PRINCIPALI BENEFICI NELLA VITA QUOTIDIANA DELL'ATTIVITÀ FISICA.



FIGURA 2: ATTIVITÀ FISICA RACCOMANDATA.



Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 25 minuti per almeno 3 giorni.

PROMUOVERE L'ATTIVITÀ FISICA RAPPRESENTA PERTANTO UN'AZIONE DI SANITÀ PUBBLICA PRIORITARIA, ORMAI INSERITA NEI PIANI E NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA IN TUTTO IL MONDO.

QUANTE SONO LE PERSONE ATTIVE E QUANTI I SEDENTARI?

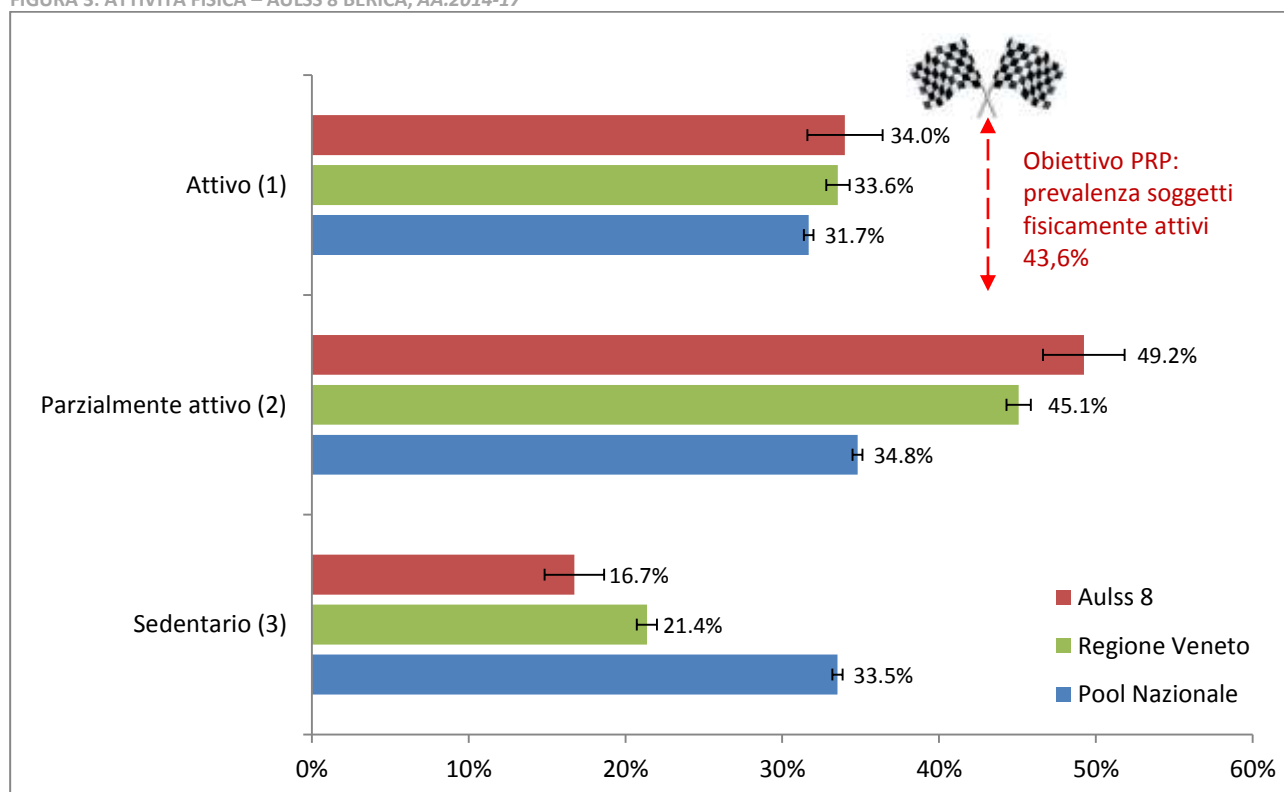


Nel periodo 2014-17, nella AULSS 8 Berica il 34% delle persone intervistate dichiara uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica attività fisica moderata o intensa come definita in premessa. In un 49,2% della popolazione la quantità di attività fisica è inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e solo un 17% circa risulta sedentario.

La percentuale di persone attive è simile a quella regionale e nazionale. Non raggiunge, tuttavia, l'obiettivo desiderato inserito nel Piano Regionale di Prevenzione pari a 43,6%.

Ciò in cui si differenzia il Veneto e ancora di più il territorio dell'Aulss 8 Berica è la quota di quanti si dichiarano "parzialmente attivi", ovvero la limitata consistenza di quanti hanno uno stile di vita sedentario.

FIGURA 3: ATTIVITÀ FISICA – AULSS 8 BERICA, AA.2014-17



¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

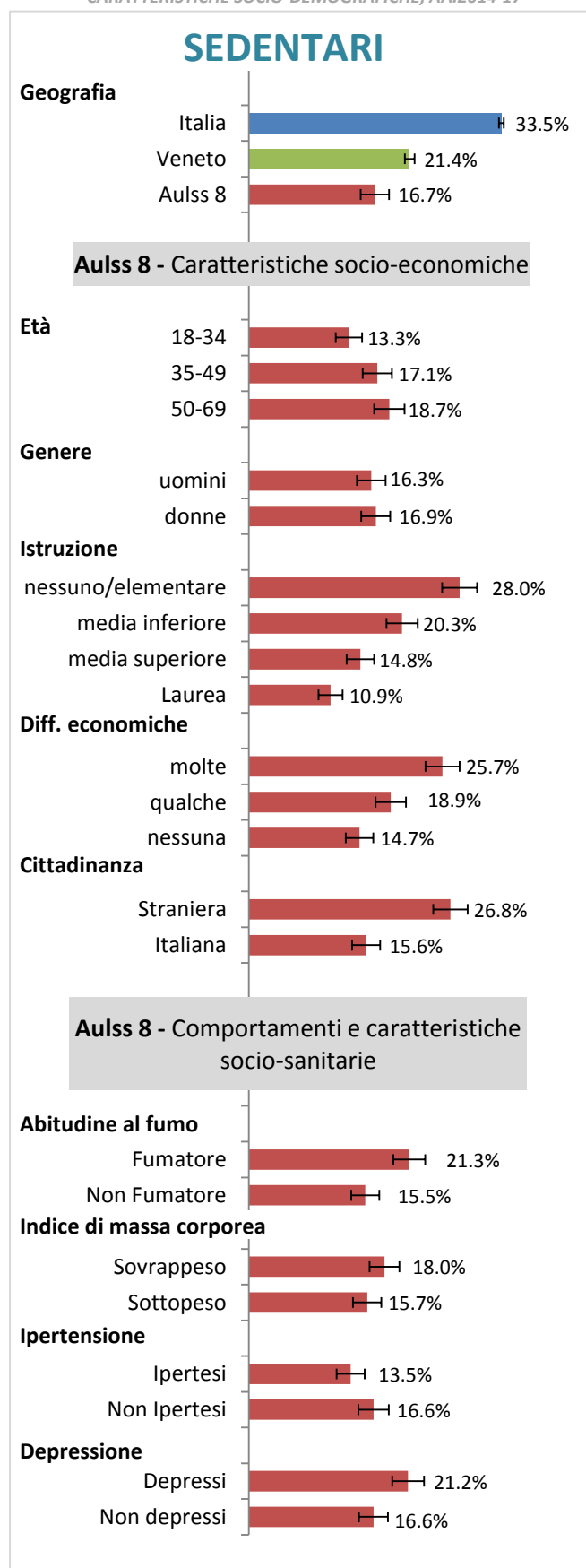
In considerazione del rischio attribuibile alla sedentarietà, nelle pagine successive verrà analizzata questa dimensione per caratteristiche della popolazione, stabilità del fenomeno nel tempo e distribuzione sul territorio nazionale.

DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE SEDENTARIA

Nel periodo 2014-17, il 16,7% degli intervistati è classificabile come persona **sedentaria**, in quanto non svolge un lavoro pesante e nessuna attività fisica nel tempo libero. Una quota decisamente più contenuta rispetto alla media del Veneto e nazionale. Il grafico a fianco ci offre un panoramica sulle caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati che risultano essere sedentari.

- Non si rilevano differenze statisticamente significative per genere mentre si intuisce come il basso livello di istruzione e una difficile situazione economica influenzano la scelta di adottare uno stile di vita fisicamente attivo. Anche l'età diventa una discriminante. La sedentarietà si limita al 13% della popolazione entro i 34 anni, mentre sale – in modo significativo – fino al 18,7% nelle persone oltre i 50 anni. Rilevante è la percentuale di persone con cittadinanza straniera che risulta sedentaria. La sedentarietà, dunque, parrebbe essere un fenomeno culturale, veicolato dalle abitudini e connesso ai livelli di istruzione.
- Relativamente alle caratteristiche socio-sanitarie e di comportamento della popolazione, osserviamo che tra i fumatori la quota di sedentari risulta significativamente maggiore (21.3%) rispetto ai non fumatori (15.5%). Significatività statistica presente anche in relazione a stati di depressione. La popolazione con sindrome di depressione è più sedentaria. Non significative – pur esistenti - le altre relazioni con il sovrappeso e l'ipertensione.
- Condizioni patologiche e stati di dipendenza al fumo si correlano quindi in modo significativo al fenomeno della sedentarietà.

FIGURA 4: SEDENTARIETA' - VALORI DI PREVALENZA PER TERRITORIO E CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE, AA.2014-17

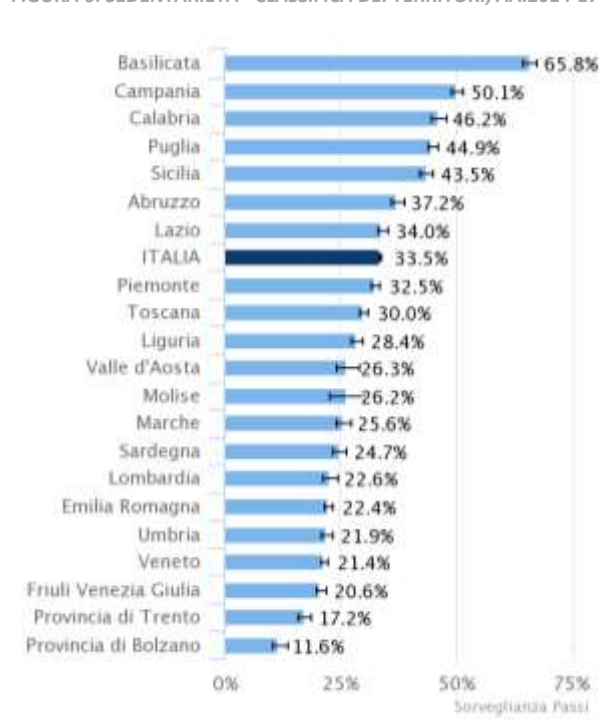


- Si è precedentemente ribadito che la quota di persone sedentarie nel territorio di interesse (Aulss 8 Berica) è inferiore al livello medio nazionale (33.5%) e regionale (21.4%); un valore quest'ultimo tra i più bassi (quindi migliore) in Italia.
- In figura 6 osserviamo che sussistono differenze statisticamente significative tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Una forbice ampia che comprende valori tra il 10-11% di persone sedentarie a circa il 60-65% in regioni meno "virtuose".

FIGURA 5: SEDENTARIETÀ - MAPPA REGIONALE, AA.2014-17



FIGURA 6: SEDENTARIETÀ - CLASSIFICA DEI TERRITORI, AA.2014-17



- Ciò che desta particolare preoccupazione è che il fenomeno della sedentarietà tende ad aumentare in tutte le aree geografiche, anche se in modo più consistente al sud. Fortunatamente il Veneto sembra avere un andamento in controtendenza (Figura 8).

FIGURA 7: SEDENTARIETÀ' - SERIE STORICA, AA.2010-17

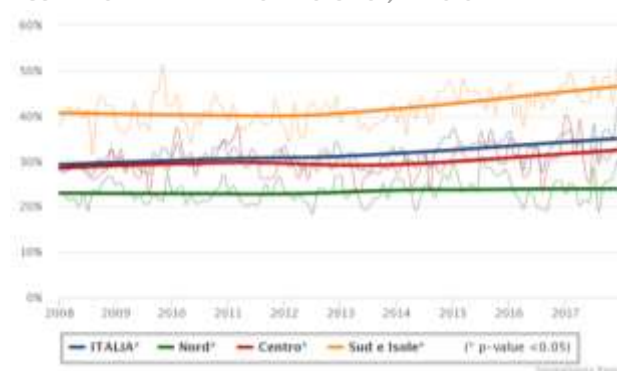
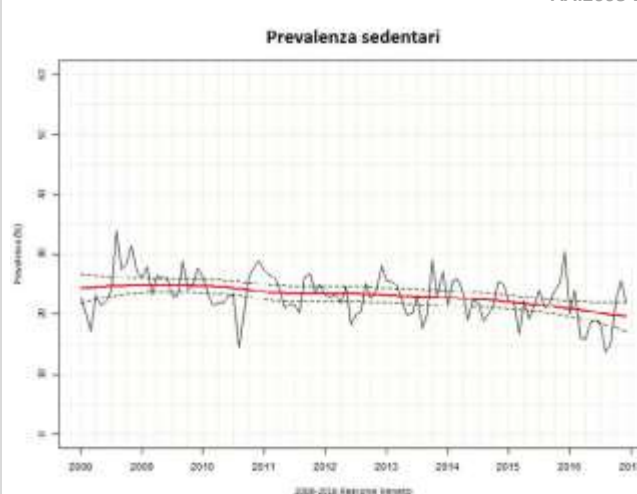


FIGURA 8: SEDENTARIETÀ' - SERIE STORICA PER LA REGIONE VENETO, AA.2008-17



LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI



- Il ruolo chiave del Medico di Medicina Generale (MMG) e degli operatori sanitari è imprescindibile quando l'obiettivo è migliorare un fenomeno negativo come la sedentarietà.

Dai risultati d'indagine non si può affermare che i medici dell'Aulss 8 Berica siano – nel loro complesso – più attenti nel dare questo consiglio ai propri assistiti rispetto ai medici degli altri territori analizzati (Nazione; Regione Veneto).

FIGURA 9: SOGGETTI A CUI È STATO CONSIGLIATO DI FARE ATTIVITÀ FISICA, AA.2014-17

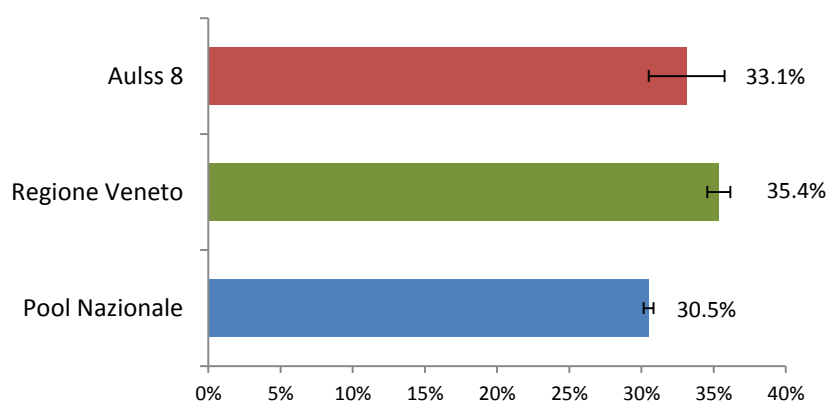


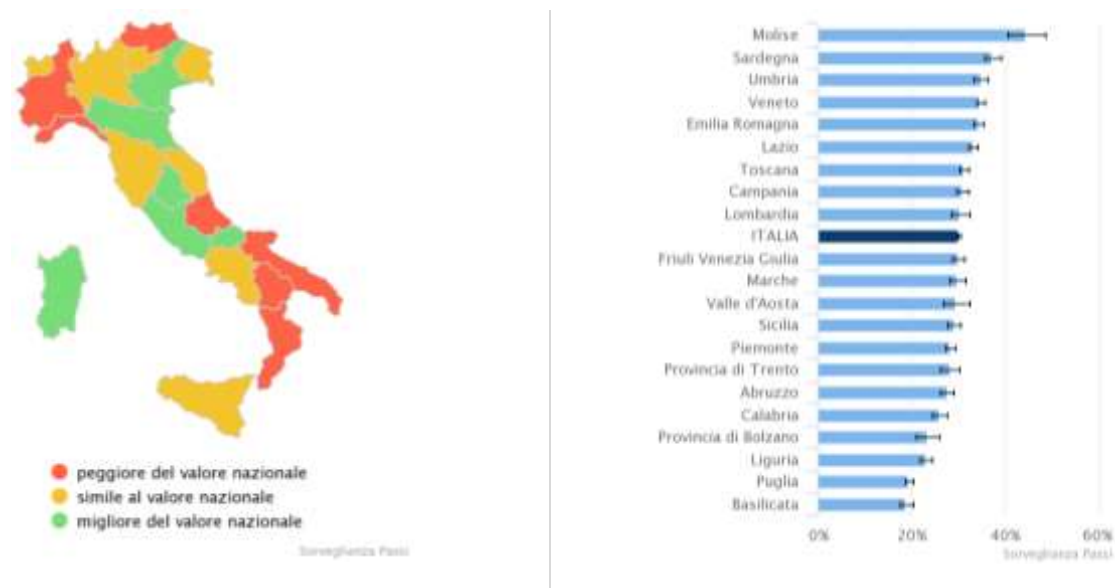
FIGURA 10: SOGGETTI A CUI È STATO CONSIGLIATA L'ATTIVITÀ FISICA - SERIE STORICA, AA.2008-17



- A livello di regioni (Figura 11), si scorgono diversità significative che si sviluppano “a macchie di leopardo”, ossia in modo non necessariamente coerente con lo sviluppo del fenomeno della sedentarietà nel territorio italiano (Figura 5). Si osserva, ad ogni modo, che dove è minore il fenomeno

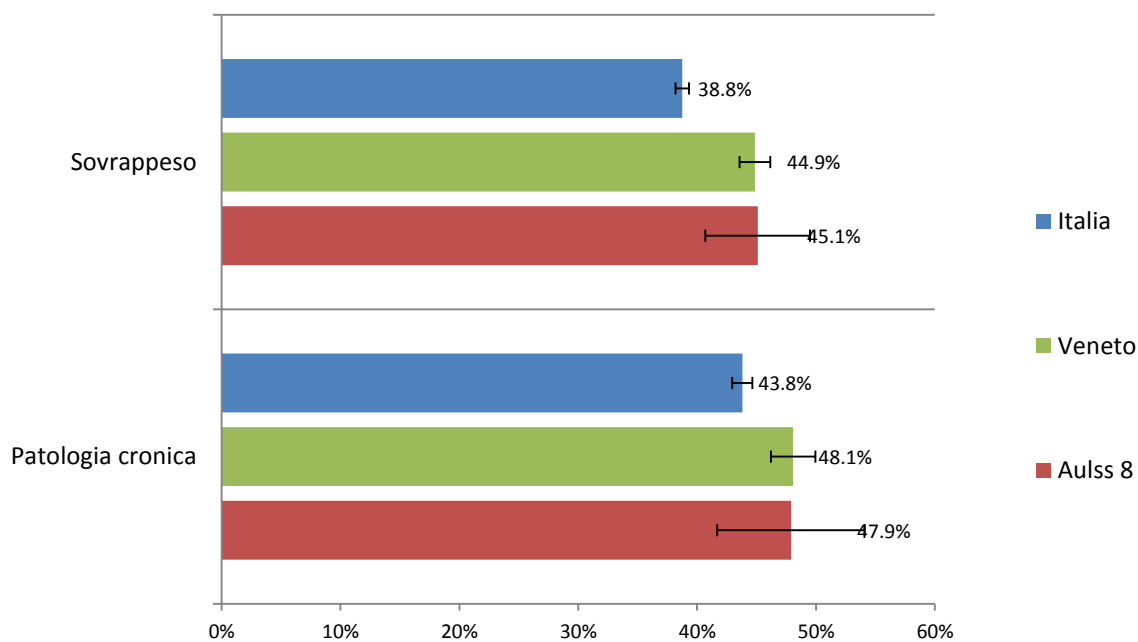
della sedentarietà risulta maggiore (o in media rispetto al livello nazionale) l'insistenza da parte dei sanitari affinché venga svolta l'attività fisica.

FIGURA 11: HANNO RICEVUTO IL CONSIGLIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA - MAPPA E INDICATORI A LIVELLO REGIONALE, AA.2014-17



Fortunatamente, si osserva che quanti sono affetti da qualche patologia cronica, o in sovrappeso, ricevono molto più spesso il consiglio di fare attività fisica.

FIGURA 12: SOGGETTI CHE HANNO RICEVUTO IL CONSIGLIO DI FARE ATTIVITÀ FISICA E PRESENZA DI STATI PATOLOGICI, AA.2014-17

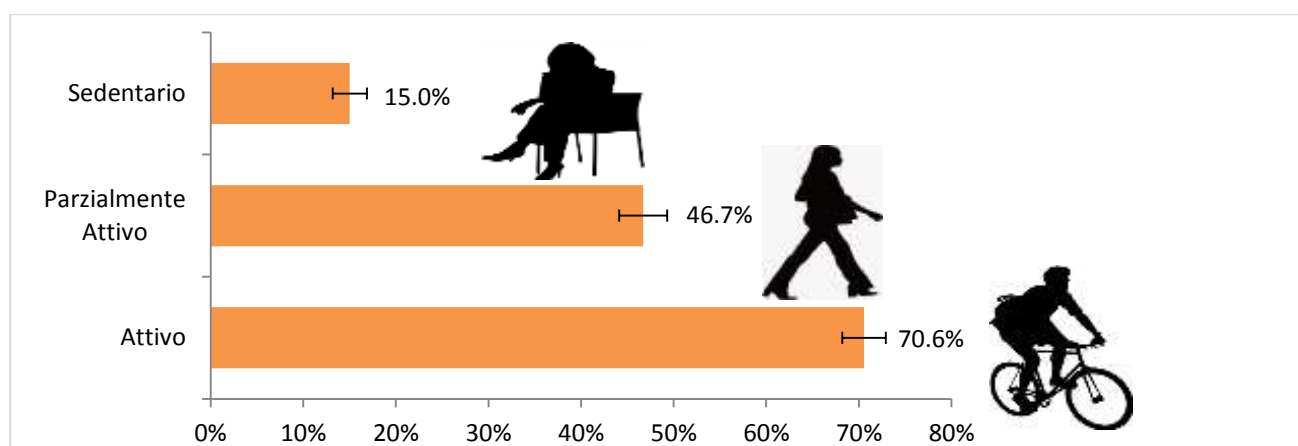


AUTOPERCEZIONE DEL PROPRIO LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Analizzando i dati si osserva una certa coerenza con la situazione reale; segno di una consapevolezza degli utenti circa la propria “forma fisica”. Chi effettivamente è attivo, dichiara nel 70.6% dei casi di considerare sufficiente la propria “attività fisica”. Quasi la metà di chi non è sedentario, ma nemmeno uno sportivo o con un lavoro impegnativo dal punto di vista fisico, vede sufficiente la propria attività fisica. Un 85% di quanti sono sedentari considerano la propria attività fisica – giustamente - insufficiente.

FIGURA 13: SOGGETTI CHE DICHIARANO SUFFICIENTE LA LORO ATTIVITÀ FISICA, AULSS 8 BERICA - AA.2014-17



CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Come molti degli aspetti sanitari connessi agli stili di vita, anche la quantità di attività fisica svolta è da considerarsi un fenomeno socio-culturale.

Risultano particolarmente sedentari quanti si trovano in una condizione economica disagiata. È uno stile di vita inappropriato più nella popolazione straniera che italiana. Cresce velocemente mano a mano che diminuisce il livello di istruzione e si correla, ovviamente, con l'anzianità della popolazione. Chi è fumatore tende ad essere più sedentario rispetto a chi non lo è, così come uno stato di depressione influisce sulla propensione a svolgere un adeguato livello di attività fisica. A conferma del fatto che si sta parlando di uno stile di vita, una scelta connessa alle abitudini spesso condivise con altri, è il differenziale presente in Italia. Al Centro-Nord ci si impone uno stile di vita con maggiore attività fisica rispetto al resto del territorio (Centro- Sud) e ciò che è grave è che questa sana abitudine stia –per dichiarazione spontanea degli intervistati – diminuendo.

Anche alla luce dei dati rilevati, che vedono un comportamento altalenante da parte dei medici di medicina generale e poco in linea con gli obiettivi prefissati dal Piano di Prevenzione Regionale, il ruolo dei sanitari diventa essenziale. La promozione di un'attività fisica adeguata deve essere fatta con maggiore incisività, soprattutto quando sussistono patologie croniche o situazioni di sovrappeso. La popolazione, d'altra parte, è abbastanza presente a se stessa e riconosce adeguatamente il proprio livello di mobilità fisica in virtù del proprio stile di vita.

NOTA METODOLOGICA

1. I dati dell'osservatorio Passi sono a tutt'oggi elaborati a livello di distretto, ossia sulla base della vecchia ripartizione ULSS, per intenderci, in vigore sino al Dicembre 2016.

In questo report, al contrario, i risultati saranno offerti in forma aggregata grazie alla rielaborazione delle stime originarie. Per farlo, si è utilizzata la più classica riponderazione ai minimi quadrati, in cui ogni stima di distretto è ponderata per l'inverso della sua varianza campionaria. In pratica, le stime più affidabili, perché frutto di un campione più ampio, assumono un peso maggiore nel ricostruire il valore medio dell'intera Aulss. Nello specifico:

$$(\text{valore di stima globale}) \vartheta = \frac{\sum w_i * \theta_i}{\sum w_i}$$

dove $w_i = \frac{1}{V_i}$ con $V_i = \text{Varianza campionaria distretto } i$

2. A volte si farà riferimento a valori di stima a livello nazionale. È da precisare che non tutte le aziende sanitarie locali hanno partecipato (o hanno sempre partecipato) alla rilevazione dei dati. Sarebbe quindi più corretto parlare di stima riferibile al "pool nazionale", facendo quindi riferimento esplicito all'insieme delle aziende sanitarie che partecipano al progetto PASSI. Tuttavia, dato l'esiguo numero di territori che non partecipano alla rilevazione, l'espressione "stima nazionale" e "pool nazionale" può essere considerato un sinonimo.