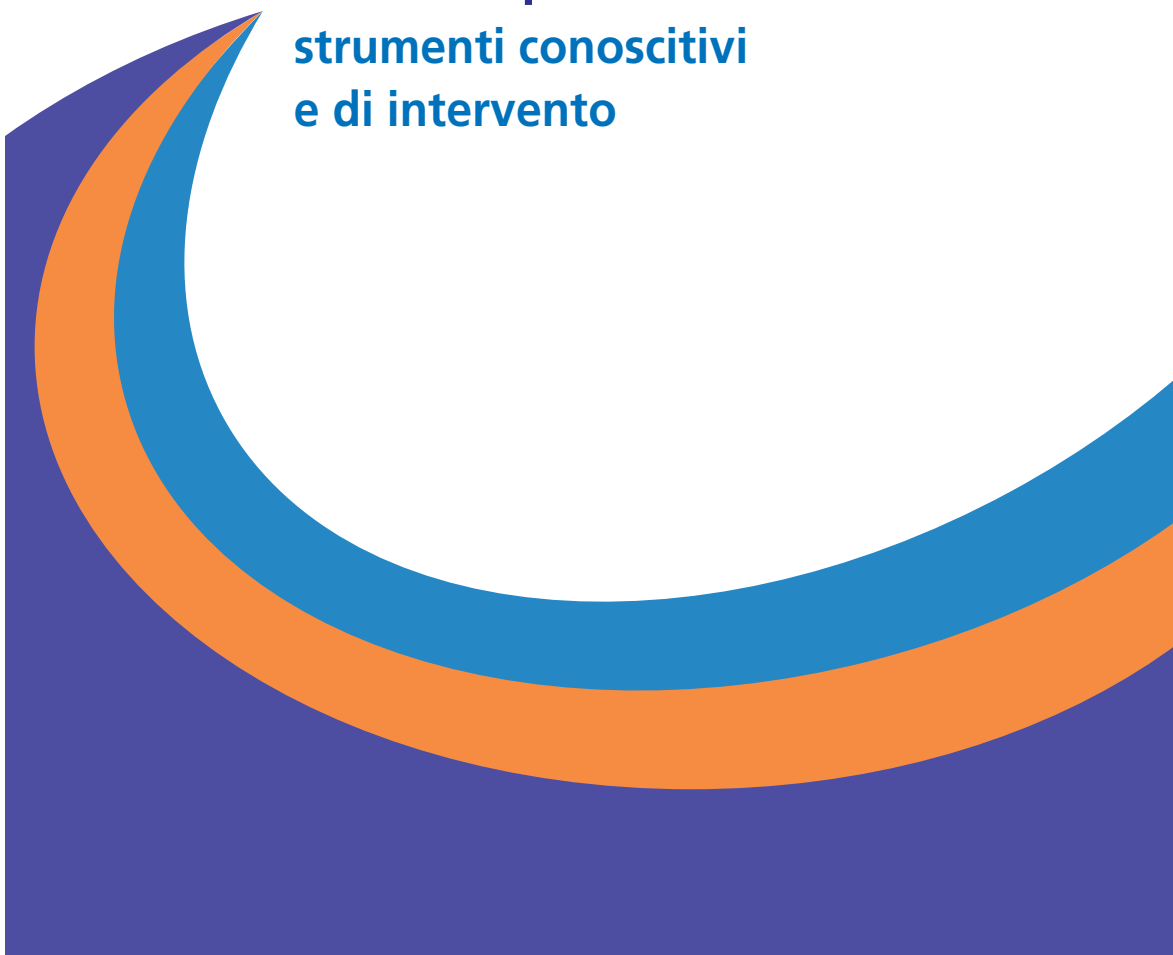


Barbara De Mei
Carla Faralli
Ilaria Luzi
Valentina Possenti
Monica Valli
Vittorio Palermo
Paola Scardetta

Promuovere l'attività fisica come obiettivo di salute pubblica: strumenti conoscitivi e di intervento



**PROMUOVERE L'ATTIVITÀ FISICA
COME OBIETTIVO DI SALUTE PUBBLICA:
STRUMENTI CONOSCITIVI E DI INTERVENTO**

© Ministero della Salute

Prima edizione: novembre 2022

Il Pensiero Scientifico Editore

Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma

Telefono (+39) 06 86281 – Fax (+39) 06 86282250

pensiero@pensiero.it

www.pensiero.it – www.vapensiero.info

www.facebook.com/PensieroScientifico

Progetto grafico e impaginazione: Doppiosegno s.n.c. Roma

Coordinamento editoriale: Martina Teodoli

Stampato da Ti Printing S.r.l.

Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma

ISBN: 978-88-490-0749-7

Questo volume è stato realizzato nell'ambito del Progetto
"Sostegno alle attività di counselling da parte dei MMG e dei PLS
per sensibilizzare e motivare sui vantaggi dell'attività fisica regolare
in raccordo con l'offerta del territorio" finanziato dal Ministero
della Salute nell'ambito del Programma CCM 2019 - Azioni Centrali.

AUTORI

Barbara De Mei
Carla Faralli
Ilaria Luzi
Valentina Possenti
Monica Valli
Vittorio Palermo
Paola Scardetta

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

Ringraziamenti per la revisione dell'apparato bibliografico

Paola Luzi
Sabrina Sipone

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

INDICE

PREFAZIONE	VII
<i>Daniela Galeone</i>	
INTRODUZIONE	IX
<i>Giovanni Capelli</i>	
CAPITOLO 1 – Malattie croniche non trasmissibili, stili di vita e attività fisica nella popolazione	2
L'impatto delle malattie croniche non trasmissibili sulla salute	3
Attività fisica e dati epidemiologici	4
CAPITOLO 2 – Attività fisica per la salute	14
Livelli di attività fisica e benefici nelle diverse fasce di età	16
Benefici e livelli di attività fisica in specifici gruppi di popolazione	18
CAPITOLO 3 – Strategie internazionali e nazionali per la promozione dell'attività fisica	24
Promuovere la salute, contrastare le malattie croniche non trasmissibili e favorire il benessere psicofisico	25
La promozione dell'attività fisica: le sfide sanitarie, sociali e ambientali	27
Strategie internazionali	28
Strategia nazionale	29
CAPITOLO 4 – L'intervento breve per promuovere l'attività fisica utilizzando le competenze di base del counselling	36
Introduzione	37
Le competenze di base del counselling	38
Le abilità relazionali	40
I tre livelli della comunicazione: verbale, paraverbale e non verbale	44
L'informazione personalizzata	44
Le fasi dell'intervento	45
Promuovere attività fisica: tipologie di intervento breve	46
CONCLUSIONI	57

PREFAZIONE

La letteratura scientifica attribuisce un ruolo determinante alla pratica regolare dell'attività fisica per prevenire le malattie croniche non trasmissibili e per migliorare il benessere psicofisico e quindi la qualità della vita dell'individuo – in tutte le fasce d'età – e della comunità. Di contro, i comportamenti sedentari rappresentano uno dei principali fattori di rischio per la salute: oltre 800.000 morti all'anno a livello globale sono attribuibili all'inattività fisica.

In questo contesto, la promozione della salute, che sostiene l'adozione di stili di vita salutari e il contrasto a quelli dannosi, assume un ruolo fondamentale di cui non si deve far carico solo il settore sanitario, ma tutti gli ambiti della società civile e la politica nel suo complesso. Ne consegue che per promuovere salute sia necessario un approccio multisetting, multistakeholder, multicomponente.

Le variabili coinvolte negli interventi di promozione della salute, e dunque anche della pratica di regolare attività fisica, sono quindi complesse e articolate e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato negli anni una serie di documenti programmatici con l'obiettivo di fornire ai diversi Paesi dei criteri di riferimento per politiche e strategie nazionali realizzabili ed efficaci. Incentrato esclusivamente sulla promozione dell'attività fisica, è del 2018 il Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world, un documento in cui si sottolinea come il contrasto all'inattività fisica debba passare attraverso azioni complessive e intersettoriali, che intervengano sia sui comportamenti individuali sia sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita. L'approccio proposto è quindi sistemico e prevede un coordinamento a livello istituzionale e una relazione chiara tra tutti i settori della società (salute, trasporti, urbanistica, sport, società civile, istruzione) per promuovere attività fisica.

La strategia italiana in cui si collocano le politiche per promuovere salute si muove in modo conforme alla cornice internazionale: mira a favorire l'adozione di stili di vita salutari – e quindi anche della pratica di regolare attività fisica – attraverso un approccio sistemico e integrato, evitando interventi frammentari e tenendo in considerazione tutti i determinanti che agiscono sugli stili di vita salute-correlati e impattano sul benessere individuale e collettivo.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, confermando l'approccio intersettoriale perseguito dal programma "Guadagnare Salute", sottolinea la necessità di attuare interventi per modificare i comportamenti non salutari, sia agendo sullo stile di vita individuale sia creando condizioni ambientali e sociali atte a favorire il cambiamento dei comportamenti

scorretti. In questa ottica, istituzioni centrali, governi regionali e locali devono operare in sinergia con le istituzioni scolastiche, le comunità territoriali, il mondo dell'associazionismo e il sistema sportivo, per programmare e realizzare interventi strutturati e coordinati di promozione dell'attività fisica e per diffondere la cultura della vita attiva come strumento fondamentale per il benessere. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, individuando alcuni Programmi Predefiniti, mira a mettere a sistema metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni. Il Piano intende inoltre rafforzare la connessione con i Livelli Essenziali di Assistenza, tenuto conto che il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza del 2017 ha adottato questo approccio strategico, riconoscendo l'importanza della promozione della salute, dell'empowerment e della costruzione di reti e alleanze con altri soggetti e prevedendo l'offerta di counselling, quale prestazione individuale, da fornire anche per la promozione dell'attività fisica. Le Regioni nei loro Piani Regionali di Prevenzione hanno programmato un insieme di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro, e che richiedono lo sviluppo di reti e alleanze intersettoriali anche con attori/istituzioni esterni al Servizio Sanitario Regionale.

A supporto delle strategie intersettoriali, le Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione del 2019 e del 2021 del Ministero della Salute rappresentano uno strumento a disposizione dei decisori, degli operatori sanitari e non, e dei diversi stakeholder coinvolti, delineando competenze e ruoli per progettare e attuare interventi efficaci per la promozione e l'incremento dell'attività fisica e ridurre settorialità e frammentarietà dell'azione.

All'interno di questo sistema, i professionisti del territorio – sanitari, e non solo – svolgono un ruolo decisivo nel sensibilizzare i cittadini verso la scelta di uno stile di vita attivo, accrescendone l'empowerment.

Daniela Galeone

Direzione generale della prevenzione sanitaria

Ministero della Salute

INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce dalla consolidata esperienza del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito della promozione di stili di vita salutari e del contrasto ai principali fattori di rischio modificabili delle malattie croniche non trasmissibili: alimentazione non corretta, tabagismo, consumo rischioso e dannoso di alcol e insufficiente attività fisica. In linea con il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, il Centro promuove la strategia globale per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, basata su interventi di comunità e interventi rivolti al singolo individuo, ed è impegnato in azioni di sistema, come l'attività di formazione e comunicazione, per il consolidamento dell'approccio intersettoriale e il raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del Piano. Nel corso degli anni, il Centro ha consolidato la sua esperienza in attività di formazione finalizzate ad accrescere le competenze comunicative e di base del counselling, essenziali per gli operatori sanitari e non sanitari impegnati sul territorio in interventi di prevenzione e promozione della salute. Tali competenze delineano le caratteristiche di un intervento impostato su un approccio comunicativo non improvvisato, uno stile di conduzione positivo non direttivo o paternalistico e sul riconoscimento della centralità della persona funzionale all'attivazione delle sue risorse (empowerment) e alla facilitazione di scelte a favore della salute e del benessere.

Scopo principale del presente lavoro è fornire conoscenze teoriche e pratiche che permettano ai professionisti del territorio, nella propria routine lavorativa, di realizzare un intervento breve volto a informare, sensibilizzare e motivare alla pratica regolare di attività fisica, rendendola una scelta di salute da inserire nella propria quotidianità. Un intervento con queste caratteristiche, che sia breve, sostenibile ed efficace, ha bisogno di essere condotto in modo metodologicamente strutturato sia per quanto riguarda i contenuti che la conduzione del processo relazionale stesso, avvalendosi di competenze comunicativo-relazionali trasversali, quali sono le competenze di base del counselling. Si vuole pertanto condividere una metodologia alla base di un modello di intervento centrato sul singolo, ma anche attento alle risorse offerte dal territorio, che possa rappresentare uno strumento per coloro che, per professione, sono impegnati nella promozione della salute.

Per facilitare una visione d'insieme del fenomeno dell'inattività fisica, vengono presentati nel volume i dati delle sorveglianze nazionali di popolazione sull'abitudine alla pratica di regolare attività fisica e sui comportamenti sedentari nelle diverse fasce di età, informazioni che permettono di conoscere la realtà in cui ci si sta muovendo. Sono poi descritti i principali

benefici dell'attività fisica per la salute nelle diverse fasi della vita e i relativi livelli raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. È quindi riportata una panoramica della strategia nazionale per la promozione di uno stile di vita attivo e dei principali documenti internazionali a supporto della sua implementazione.

L'auspicio è quello di offrire ai diversi professionisti che si occupano di promozione dell'attività fisica nelle reti del territorio (come medici, infermieri, fisioterapisti, farmacisti, nel setting sanitario, e laureati nell'area delle scienze motorie) una base condivisa, in termini conoscitivi, metodologici e di linguaggio, per promuovere uno stile di vita attivo, con un focus specifico sul potenziamento delle abilità comunicativo-relazionali e di base del counselling che possono rappresentare un valore aggiunto nell'intervento professionale.

Giovanni Capelli

*Direttore del Centro Nazionale
per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità*

CAPITOLO 1

**MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI,
STILI DI VITA E ATTIVITÀ FISICA
NELLA POPOLAZIONE**

L'impatto delle malattie croniche non trasmissibili sulla salute

Negli ultimi decenni, la speranza di vita è aumentata a livello globale, grazie a una serie di fattori sia sociali (come l'innalzamento del livello di istruzione) sia prettamente sanitari (come l'introduzione di nuove terapie mediche e chirurgiche).¹ Se il maggior guadagno di anni di vita è un chiaro indicatore demografico di miglioramento dello stato di salute della popolazione, parallelamente si assiste a un crescente impatto sulla salute dei fattori di rischio modificabili associati allo stile di vita delle persone, con un aumento dell'incidenza delle morti causate da malattie croniche non trasmissibili (MCNT). Tendenzialmente di lunga durata, determinate da una combinazione di fattori genetici, fisiologici, ambientali e comportamentali, queste patologie costituiscono attualmente la principale causa di morte in quasi tutto il mondo.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 41 milioni di persone, pari al 74% dei decessi a livello globale, muoiono a causa di MCNT: patologie cardiovascolari (17,9 milioni), tumore (9,3 milioni), patologie croniche dell'apparato respiratorio (4,1 milioni) e diabete (2 milioni).² I decessi totali attribuibili a morti premature, cioè che avvengono prima dei 70 anni di età (tra i 30 e i 69 anni), sono 15 milioni. Il numero annuale di morti causate da MCNT potrebbe aumentare, sempre secondo l'OMS, fino a 52 milioni entro il 2030.³

Gran parte di questi decessi sono però in larga misura prevenibili, perché alla base dell'insorgenza delle principali MCNT vi sono comportamenti individuali, modificabili, dovuti all'adozione di stili di vita che reiterano abitudini non salutari e che quindi rappresentano un fattore di rischio: scorretta alimentazione, consumo dannoso di alcol, fumo di tabacco e insufficiente attività fisica (AF). Pertanto, la scelta di agire su comportamenti individuali consolidati optando per l'adozione di stili di vita salutari rappresenta un passaggio essenziale e un fattore protettivo per la salute, che contribuisce a ridurre il rischio di insorgenza delle MCNT e al raggiungimento del benessere psicofisico.

L'OMS definisce lo stile di vita come "un modo di vivere basato su modelli di comportamento identificabili, che sono determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali". Questi modelli di comportamento sono soggetti ad adattamenti legati alle diverse condizioni sociali e quindi in costante cambiamento.⁴ È importante considerare che non esiste uno stile di vita "ottimale" per tutti: cultura, reddito, età, famiglia, abilità fisiche, ambiente domestico e lavorativo rendono alcuni modelli e condizioni di vivere più attraenti, attuabili e appropriati.

Accanto ai determinanti individuali, cioè le scelte di vita messe in atto dal singolo e dalla collettività, debbono pertanto essere considerati anche i determinanti di contesto come causa di insorgenza di MCNT: fattori socioeconomici, politici, ambientali, culturali.

Attività fisica e dati epidemiologici

Uno dei quattro fattori di rischio riconosciuti dall'OMS come causa dell'insorgenza delle principali MCNT è rappresentato, come già indicato, dal mancato raggiungimento di adeguati livelli di AF praticati (*per la definizione di AF e per i livelli di AF raccomandati dall'OMS v. Capitolo 2*). Questo problema causa, nella sola Regione europea dell'OMS, circa un milione di decessi all'anno e 8,3 milioni di anni in buona salute persi per disabilità.⁵

La conoscenza dei dati epidemiologici relativi all'inattività fisica nella popolazione diventa fondamentale non solo per avere contezza di tale fenomeno ma anche per pianificare e realizzare interventi di salute pubblica che rendano centrati ed efficaci i messaggi di promozione dell'AF.

Dati globali

In base a quanto riportato dall'OMS, il 28% della popolazione mondiale di 18 anni e più non raggiunge i livelli di AF raccomandati per la salute. L'insufficiente AF caratterizza in particolar modo le donne (32% vs 23% degli uomini) ed è più accentuata nei Paesi ad alto reddito, dove è aumentata di cinque punti percentuali nell'arco temporale 2001-2016. In queste aree, mentre cresce lo sviluppo economico, i livelli di inattività fisica aumentano e possono raggiungere il 70% a causa del cambiamento nei modelli di trasporto (spesso di tipo passivo), del maggiore uso della tecnologia sia per il lavoro che nel tempo libero e dell'aumento dei comportamenti sedentari. Sempre a livello globale, oltre l'80% degli adolescenti (11-17 anni) non svolge AF in maniera sufficiente, specialmente le ragazze (85% vs 78% nel 2016).⁶⁻⁹

Dati europei

Nella Regione europea dell'OMS¹⁰ il 30% della popolazione adulta non è sufficientemente attiva (2016)^{10 11} e nel 2018 tra i giovani di 11, 13 e 15 anni solo il 19% raggiunge i livelli di AF raccomandati per l'età; i ragazzi appaiono più attivi delle ragazze (23% vs 16%) e questa differenza di genere, crescendo, si accentua ulteriormente. I ragazzi più grandi e quelli che appartengono a famiglie con reddito più basso tendono a praticare meno AF. Non mancano differenze a livello geografico: la prevalenza di AF più alta è stata rilevata tra i maschi finlandesi

di 11 anni (52%) e quella più bassa tra le femmine italiane di 15 anni (4%); in generale, i livelli più bassi di AF si riscontrano nei Paesi del Centro-Sud.¹²⁻¹³

In merito ai più piccoli (6-9 anni), nel periodo 2015-2017 il 79,4% ha praticato gioco attivo per almeno un'ora al giorno, il 50% si è recato a scuola esclusivamente a piedi o in bici e il 54,9% non ha praticato alcuno sport. Si osserva, in generale, un'ampia varietà territoriale e in dieci Paesi della Regione europea dell'OMS le bambine sono risultate leggermente meno attive dei maschi.¹⁴⁻¹⁶

Dati italiani

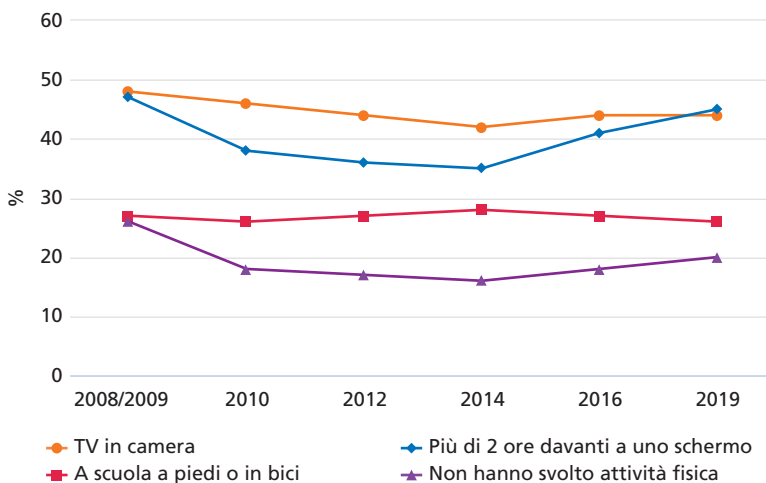
Nel nostro Paese sono attivi sistemi di sorveglianza dei fattori di rischio e dei comportamenti salute-correlati per tutta la popolazione – dai bambini agli anziani – coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in base al DPCM marzo 2017.¹⁷ Di seguito è presentata una panoramica dei risultati dei quattro sistemi di sorveglianza relativamente ad attività e inattività fisica nelle diverse fasi della vita della popolazione residente in Italia:¹⁸

- OKkio alla SALUTE (bambini in età scolare, 8-9 anni)¹⁹
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children, 11, 13 e 15 anni)²⁰
- Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI, popolazione adulta, 18-69 anni)²¹
- PASSI d'Argento (popolazione anziana, 65 anni e più).²²

L'ATTIVITÀ FISICA NEI BAMBINI – OKKIO ALLA SALUTE

Dall'inizio delle attività di raccolta dati all'ultimo round di rilevazione disponibile (periodo 2008-2019), l'adozione di comportamenti sedentari e l'abitudine a praticare AF di bambine e bambini appare stabile: la percentuale di coloro che nel 2019 ha la TV nella propria camera è del 43,5% e lo stesso indicatore era del 48% nel 2008; nel 2019, il 44,5% trascorre ogni giorno più di due ore davanti a uno schermo (TV, tablet, telefonino), un risultato che non si discosta molto dal 47% del 2008. Nel 2019 adottano una forma di mobilità attiva per andare a scuola il 26% degli intervistati (erano il 27% nel 2008-2009). Nel 2019, un bambino su cinque viene classificato come fisicamente inattivo; lo stesso indicatore nel 2008-2009 era pressappoco di un bambino su quattro (Figura 1.1). Nelle diverse ondate di rilevazione si osserva una variabilità sia per genere – i maschi risultano leggermente più attivi – che per area geografica, con valori tendenzialmente meno favorevoli al Sud.²³⁻²⁴

Figura 1.1 – Trend degli indicatori di attività fisica e sedentarietà (%) dei bambini frequentanti la terza classe primaria. Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. Italia. Periodo 2008-2019²³



L'ATTIVITÀ FISICA DURANTE L'ADOLESCENZA – HBSC

Nel periodo 2010-2018, il quadro osservato in merito alla quota di ragazze e ragazzi fisicamente attivi e all'adozione di comportamenti sedentari si presenta stabile. I maschi sono tendenzialmente più attivi e in alcuni gruppi le frequenze percentuali sono il doppio di quelle delle ragazze, come tra i quindicenni del 2010 (10% vs 5%) e tra i tredicenni del 2014 e del 2018 (13% vs 6%). Crescendo, l'abitudine a praticare AF si riduce e nel 2018 risultano fisicamente attivi il 15% degli undicenni, il 13% dei tredicenni e l'8% dei quindicenni intervistati; l'8% degli undicenni, il 10% dei tredicenni e l'11% dei quindicenni non svolge AF e il 38% la pratica in occasione di attività extrascolastiche 2-3 volte a settimana. In riferimento ai comportamenti sedentari nel tempo libero durante i giorni di scuola, la quota di coloro che guardano la TV per almeno due ore al giorno cresce con l'età; rispetto alle ragazze, la quota di maschi che utilizzano i videogiochi per almeno due ore al giorno è maggiore e sembrerebbe destinata a crescere (Figure 1.2A, 1.2B, 1.2C). Non si individua un marcato gradiente Nord-Sud.^{13 25-27}

Figura 1.2A – Ragazzi che praticano almeno un'ora al giorno di AF per sette giorni a settimana, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC. Italia. Periodo 2010-2018²⁵⁻²⁷

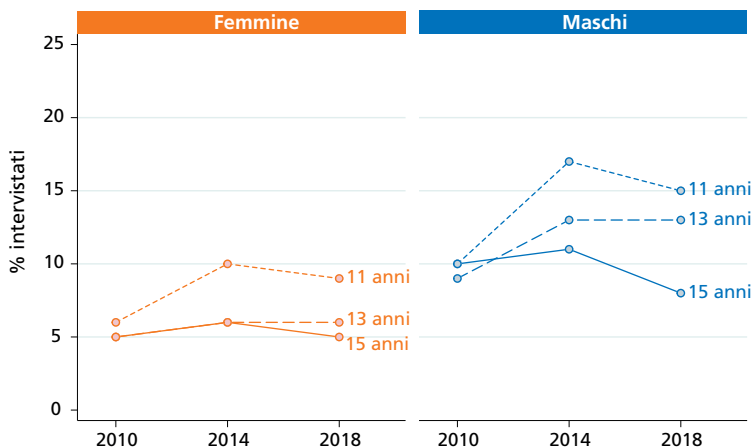


Figura 1.2B – Ragazzi che guardano la TV nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%). Sistema di sorveglianza HBSC. Italia. Periodo 2010-2018²⁵⁻²⁷

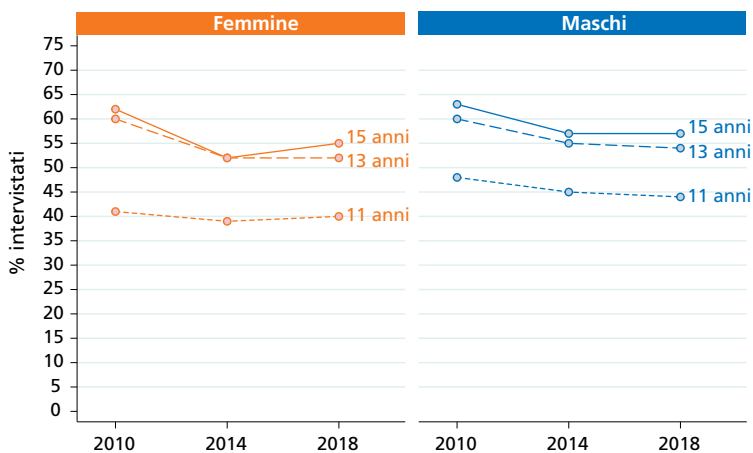
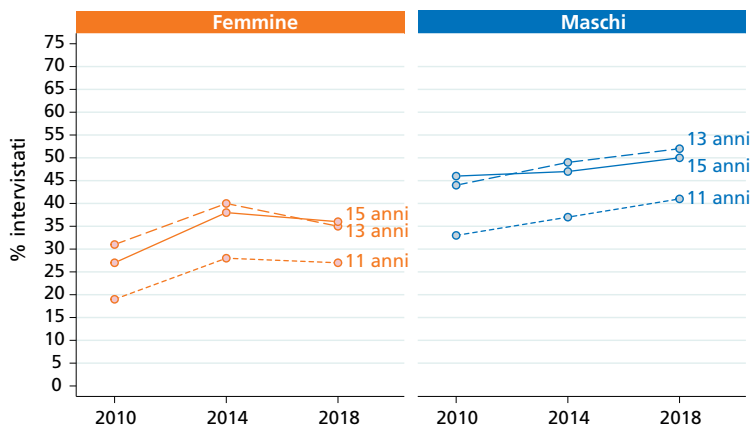


Figura 1.2C – Ragazzi che giocano al computer o alla playstation o simili nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, per anno di rilevazione, classe di età e genere (%).

Sistema di sorveglianza HBSC. Italia. Periodo 2010-2018²⁵⁻²⁷



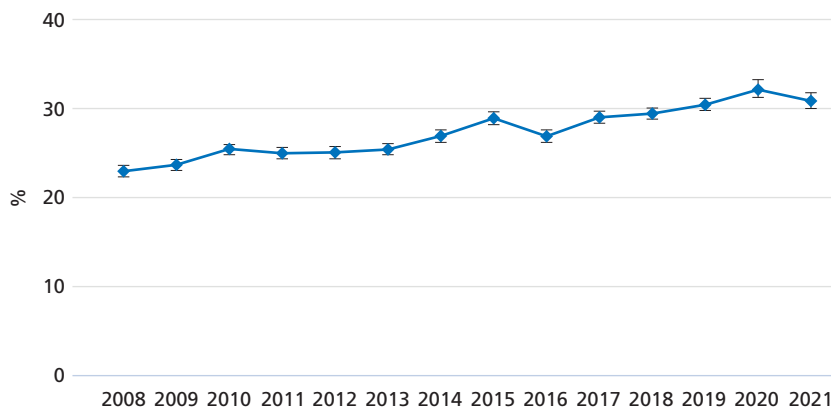
* Dal 2018 il riferimento è a computer, console, tablet, smartphone o altri device

L'ATTIVITÀ FISICA IN ETÀ ADULTA (18-69 ANNI) – PASSI

Le informazioni sull'intensità e il tempo dedicato all'AF, nel tempo libero e durante l'attività lavorativa, consentono di stimare i livelli complessivi di AF delle persone adulte e di identificare la quota di quelle sedentarie.^{28 29} I dati disponibili dalla sorveglianza PASSI fanno osservare un incremento continuo della quota nazionale di persone sedentarie, che dal 2008 al 2021 è passata dal 22,9% al 31,1% (Figura 1.3).

Nel biennio 2020-2021, e in linea con le rilevazioni precedenti, la sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (35% fra i 50-69enni), fra le donne e le persone con status socioeconomico più svantaggiato per difficoltà economiche o basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è a sfavore delle Regioni meridionali e nel corso del tempo la quota di sedentari è aumentata soprattutto nel Sud Italia. La percentuale di adulti che raggiunge i livelli di AF raccomandati dall'OMS è ferma al 45%.³⁰

Figura 1.3 – Trend annuale degli adulti (18-69 anni) sedentari (%). Sistema di sorveglianza PASSI. Italia. Anni 2008-2021.



Modificata da ISS EpiCentro. Sorveglianza PASSI (<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita-oms>)

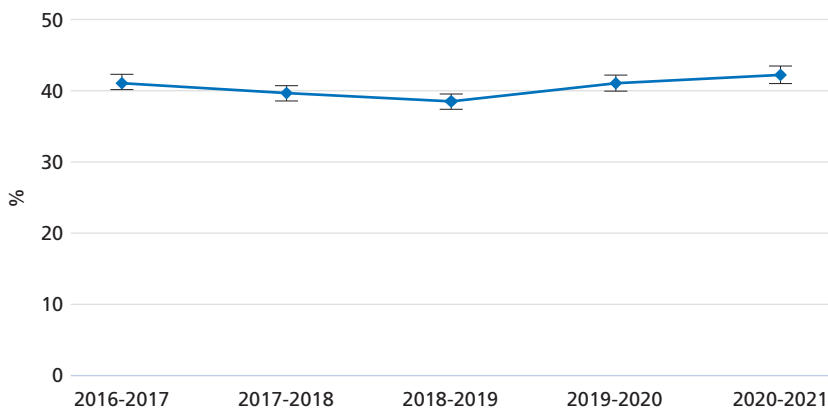
L'ATTIVITÀ FISICA TRA GLI ANZIANI (65 ANNI E OLTRE) – PASSI D'ARGENTO

Analogamente a PASSI, PASSI d'Argento permette di rilevare la prevalenza di persone sedentarie tra gli anziani autonomi nella deambulazione e in grado di rispondere all'intervista, che avviene telefonicamente, senza ricorrere all'aiuto di una persona di fiducia:^{29 31} si tratta di una quota ferma intorno al 40% nel periodo di osservazione disponibile (anni 2016-2021. Figura 1.4).

Gli ultimi dati disponibili (biennio 2020-2021) confermano che la quota di anziani sedentari cresce con l'età (raggiunge il 64% dopo gli 85 anni), è maggiore fra le donne (45% vs 39% degli uomini), tra coloro che hanno molte difficoltà economiche (54% vs 38% di chi riferisce di non avere difficoltà economiche) o un basso livello di istruzione (51% vs 38%) e fra chi vive solo (47% vs 41%). La variabilità regionale si mantiene ampia e a sfavore delle Regioni meridionali (51% vs 39% del Nord); la quota di anziani che raggiunge i livelli di AF raccomandati dall'OMS non supera il 35%.³²

Porre l'attenzione sulla riduzione dei fattori di rischio modificabili associati all'insorgenza di MCNT, monitorandone l'andamento nel tempo, aiuta ad avere sotto controllo il quadro generale e a fornire elementi importanti per individuare le priorità di azione e contribuire al potenziamento delle diverse strategie per la salute pubblica. Le sorveglianze di popolazione

Figura 1.4 – Trend annuale delle persone anziane (65 anni e oltre) sedentarie (%). Sistema di sorveglianza PASSI d'Argento. Italia. Anni 2016-2021.



Modificata da ISS EpiCentro. Sorveglianza PASSI d'Argento (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms>)

rappresentano uno strumento essenziale per conoscere i profili di salute e i fattori di rischio della popolazione sia a livello internazionale che nazionale: caratterizzate da un'attività di raccolta dati strutturata, continuativa e regolare, forniscono informazioni sull'andamento dei comportamenti salute-correlati all'interno di uno specifico territorio.

In Italia, dall'osservazione dei dati prodotti dalle sorveglianze di popolazione emerge un quadro caratterizzato da un ampio margine di miglioramento sulla pratica regolare di AF e sulla riduzione di comportamenti sedentari in cui è confermata la necessità di agire su più livelli: territoriale (forbice Nord-Sud), di genere (le donne continuano a praticare meno AF degli uomini), di età (al suo aumentare, l'AF praticata diminuisce) e socioeconomico.

Bibliografia

1. World Health Organization. World Health Statistics 2022. <https://www.who.int/news/item/20-05-2022-world-health-statistics-2022>; ultimo accesso 14/11/2022.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>; ultimo accesso 14/11/2022.

3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
4. Barbera E, Tortone C. (Ed.). Glossario OMS della Promozione della Salute. Torino: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute; 2012. Traduzione italiana di: World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
5. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. Roma: Ministero della Salute; 2019.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
6. World Health Organization. Fact sheets. Physical activity.
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>; ultimo accesso 14/11/2022.
7. World Health Organization. Health topics. Physical activity.
https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1; ultimo accesso 14/11/2022.
8. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018, Oct;6(10):e1077-e1086. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7
9. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Attività fisica. Aspetti epidemiologici nel mondo.
https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/epidemiologia-mondo; ultimo accesso 14/11/2022.
10. World Health Organization Regional Office for Europe. Fact sheet on the SDGs: Physical activity.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/416816/Physical-activity-factsheets_SDGs.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
11. World Health Organization Regional Office for Europe. 2021 Physical Activity Factsheets for the European Union Member States in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345335/WHO-EURO-2021-3409-43168-60449-eng.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
12. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Arnarsson AM (Ed.). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
13. World Health Organization Regional Office for Europe. About the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study.
[https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-\(hbsc\)-study](https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study); ultimo accesso 14/11/2022.
14. World Health Organization Regional Office for Europe. Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): physical activity habits of children aged 6-9 in the WHO European region.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-1647-41398-56426>; ultimo accesso 14/11/2022.
15. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).
[https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi)); ultimo accesso 14/11/2022.
16. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Sorveglianza pediatrica COSI: i dati 2015-17.
<https://www.epicentro.iss.it/obesita/dati-cosi-2015-17>; ultimo accesso 14/11/2022.

17. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 109 del 12 maggio 2017.
18. Faralli C, Luzi I, Possenti V, Valli M, Palermo V, Luzi P, et al. L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020). *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):46-56. doi: 10.53225/BEN_036
19. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. OKkio alla SALUTE. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>; ultimo accesso 14/11/2022.
20. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Che cosa è la sorveglianza Hbsc. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/>; ultimo accesso 14/11/2022.
21. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/>; ultimo accesso 14/11/2022.
22. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. La sorveglianza PASSI d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>; ultimo accesso 14/11/2022.
23. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. OKkio alla SALUTE. Indagine nazionale 2019: i dati nazionali. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati/>; ultimo accesso 14/11/2022.
24. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Cos'è il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE? <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/la-sorveglianza/>; ultimo accesso 14/11/2022.
25. Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, Spinelli A, Donati S, Cavallo F, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/HBSC-2018.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
26. Cavallo F, Lemma P, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014*. Torino: Università degli Studi; 2016. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/Report%20nazionale%20dati%20HBSC%20Italia%202014.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
27. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/5). <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/Studio%20Hbsc%20Italia%202010.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
28. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Sorveglianza PASSI. I dati per l'Italia. Attività fisica (OMS). Indicatori Passi: Attività fisica secondo le raccomandazioni dell'OMS. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita-oms#indicatori>; ultimo accesso 14/11/2022.
29. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>; ultimo accesso 14/11/2022.
30. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Sorveglianza PASSI. I dati per l'Italia. Attività fisica (OMS). <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita-oms>; ultimo accesso 14/11/2022.
31. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. I dati per l'Italia. Attività fisica (OMS). Indicatori Passi d'Argento: secondo le raccomandazioni dell'OMS e il PASE. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms#indicatori>; ultimo accesso 14/11/2022.
32. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. La sorveglianza PASSI d'Argento. I dati per l'Italia. Attività fisica (OMS). <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/attivita-oms>; ultimo accesso 14/11/2022.

CAPITOLO 2

ATTIVITÀ FISICA PER LA SALUTE

L'OMS definisce AF "qualsiasi movimento corporeo prodotto dall'apparato muscolo-scheletrico che richieda dispendio energetico".¹ Per AF si intende quindi non solo sport ed esercizio fisico, ma anche le attività che tutti possono svolgere nell'arco della giornata, a casa, a scuola, per lavoro o nel tempo libero: **camminare, andare in bicicletta, dedicarsi ai lavori domestici, fare giardinaggio, giocare all'aperto, salire e scendere le scale, portare a spasso il cane**, ecc. È pertanto una definizione estensiva e rappresenta una modalità di interazione tra i singoli e i rispettivi ambienti di vita.

Lungo tutto il corso della vita, una pratica regolare dell'AF aiuta a contrastare l'insorgenza delle principali MCNT (come malattie metaboliche, cardiovascolari, alcuni tipi di tumori e artrosi), a ridurre sintomi di ansia, stress, depressione, mantenendo e migliorando benessere psicofisico, socialità e, in generale, la qualità della vita.²

Come indicato sia a livello internazionale dall'OMS^{1 3} sia a livello nazionale dal Ministero della Salute,^{4 5} frequenza, intensità e tipologia raccomandate nella pratica dell'AF e i relativi benefici per la salute variano in base all'età, allo stato di salute e all'appartenenza a specifici gruppi di popolazione.

Le Linee-guida pubblicate dall'OMS sui livelli di AF raccomandati per la salute e la riduzione dei comportamenti sedentari sono indirizzate a tutte le fasce d'età della popolazione, nella prima infanzia (0-4 anni)³ e dai 5 anni in su,¹ indipendentemente dal genere, dal background culturale o dallo stato socioeconomico, e si riferiscono alle persone di tutte le abilità. Chi presenta specifiche condizioni croniche, persone con disabilità e donne in gravidanza e nel post-partum, in assenza di controindicazioni, dovrebbe cercare di soddisfare queste raccomandazioni, dove e come possibile, e specifici professionisti possono intervenire quando necessario per indicare tipologia e quantità di AF appropriate e adatte alle diverse condizioni psicofisiche.^{1 4 5}

Lungo tutto il proprio percorso di vita, fin dalla prima infanzia, ogni persona dovrebbe essere facilitata nell'adozione di uno stile di vita fisicamente attivo e, parallelamente, nella riduzione del tempo trascorso in comportamenti sedentari.¹

Livelli di attività fisica e benefici nelle diverse fasce di età

Prima infanzia (0-4 anni)

La pratica di regolare AF, adeguata per questa fascia d'età, contribuisce allo sviluppo cognitivo e motorio del bambino, nonché a migliorare salute e benessere. Associata alla riduzione del tempo trascorso in comportamenti sedentari e a un sonno di buona qualità* riduce il rischio di obesità nell'infanzia e di MCNT nelle età successive. Organizzare la giornata nelle 24 ore è fondamentale per lo sviluppo del bambino, riducendo il tempo trascorso davanti agli schermi e favorendo il gioco attivo; i momenti trascorsi in comportamenti sedentari devono essere dedicati insieme al caregiver ad attività interattive, come lettura, storytelling, puzzle (Tabella 2.1). Lo stile di vita familiare è determinante nel disegnare le traiettorie di apprendimento e di sviluppo dei bambini e per questo la prima infanzia può costituire un'opportunità per ridefinire tale modello e raggiungere in tal modo maggiori benefici per la salute di tutta la famiglia.³⁶⁷

Tabella 2.1. Attività fisica e comportamenti sedentari nella prima infanzia (0-4 anni)³

Età	Attività fisica	Comportamenti sedentari da limitare o evitare
<1 anno	Dovrebbero essere attivi fisicamente più volte al giorno e con modalità diverse, in particolare attraverso il gioco interattivo a terra. Per i bambini che ancora non si muovono vanno considerati almeno 30 minuti in posizione prona distribuiti nell'arco della giornata quando sono svegli	Non dovrebbero essere tenuti per più di un'ora alla volta in carrozzine/passeggini, seggioloni, marsupi, ecc. Non è raccomandato che trascorrono del tempo davanti agli schermi. Durante il tempo trascorso in modo sedentario, è incoraggiato il coinvolgimento in letture e narrazioni con un caregiver
1-2 anni	Dovrebbero trascorrere almeno 180 minuti, distribuiti nell'arco della giornata, in movimento, svolgendo attività fisica di varia intensità, inclusa quella da moderata a vigorosa	Non dovrebbero essere tenuti per più di un'ora alla volta in passeggini, seggioloni, marsupi, ecc., o seduti per lunghi periodi di tempo. Per i bambini di 1 anno non è raccomandato trascorrere del tempo davanti a schermi (ad esempio guardando televisione o video o giocando ai videogiochi); i bambini di 2 anni non dovrebbero trascorrere più di un'ora davanti a schermi. Durante il tempo trascorso in modo sedentario, è incoraggiato il coinvolgimento in letture e narrazioni con un caregiver
3-4 anni	Dovrebbero trascorrere almeno 180 minuti, distribuiti nell'arco della giornata, in movimento, svolgendo attività fisica di varia intensità, di cui almeno 60 minuti di intensità da moderata a vigorosa	Non dovrebbero essere tenuti per più di un'ora alla volta in passeggini o altro, o seduti per lunghi periodi di tempo. Non dovrebbero trascorrere più di un'ora davanti a schermi. Durante il tempo trascorso in modo sedentario, è incoraggiato il coinvolgimento in letture e narrazioni con un caregiver

* **Meno di 1 anno:** 12-17 ore di sonno, compresi i sonnellini; **tra 1 e 2 anni:** 11-14 ore di sonno, compresi i sonnellini e andare a dormire e risvegliarsi a orari fissi; **da 3 a 4 anni:** 10-13 ore di sonno compresi i sonnellini e andare a dormire e risvegliarsi a orari fissi³.

Infanzia e adolescenza (5-17 anni)

In questa fascia d'età l'AF rappresenta uno strumento essenziale perché bambini e ragazzi possano avere uno sviluppo armonico e adeguato dal punto di vista fisico, mentale, cognitivo e relazionale. Nello specifico, praticare AF regolare secondo i livelli raccomandati dall'OMS (Tabella 2.2), anche attraverso il gioco di movimento, contribuisce a:

- sviluppare l'apparato muscolo-scheletrico
- migliorare la capacità cardiorespiratoria e la salute cardiometabolica
- contrastare il sovrappeso
- migliorare la capacità di apprendimento e la salute mentale
- accrescere l'autostima.¹⁴⁵

Età adulta (18-64 anni)

In età adulta praticare regolarmente AF non solo apporta benefici per la salute psicofisica, ma contribuisce anche a porre le basi per un invecchiamento attivo, quindi per un invecchiamento in salute.

Gli adulti fisicamente attivi (Tabella 2.2) presentano:

- rischio ridotto di MCNT (ad esempio, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, alcuni tipi di cancro, ipertensione arteriosa)
- riduzione della mortalità per tutte le cause.

Inoltre, migliorano:

- salute mentale (con una riduzione di stress e ansia e del rischio di depressione)
- salute cognitiva
- qualità del sonno
- funzionalità digestiva e regolazione del ritmo intestinale
- controllo del peso corporeo.¹⁴⁵

Anziani (65 anni e oltre)

L'AF nella popolazione anziana (Tabella 2.2) è un valido strumento per conservare il più a lungo possibile l'autosufficienza, svolgendo le normali attività della vita quotidiana, rallentando il declino funzionale, restando in tal modo parte integrante della società.

Rispetto ai soggetti meno attivi, gli anziani fisicamente attivi presentano:

- diminuzione del rischio di morte per tutte le cause
- rischio ridotto di MCNT (ad esempio, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, alcuni tipi di cancro, ipertensione arteriosa)

- maggiore resistenza cardiorespiratoria e muscolare
- un miglior equilibrio, per prevenire possibili cadute
- una migliore salute mentale (con la riduzione dei sintomi di ansia e depressione) e cognitiva
- qualità del sonno e mantenimento di un peso corporeo adeguato migliori.^{1,4,5}

Tabella 2.2. Livelli di attività fisica raccomandati per classe di età/gruppo^{1,8}

Classe di età/gruppo	Livelli di attività fisica raccomandati
Bambini e adolescenti (5-17 anni), compresi quelli che vivono con disabilità	Praticare durante la settimana almeno una media di 60 minuti al giorno di attività fisica, soprattutto aerobica, di intensità da moderata a vigorosa Eseguire almeno tre volte alla settimana anche attività aerobica vigorosa ed esercizi per rafforzare l'apparato muscolo-scheletrico
Adulti (18-64 anni), compresi quelli che vivono con specifiche condizioni croniche* e con disabilità	Praticare almeno 150-300 minuti settimanali di attività fisica aerobica di moderata intensità o 75-150 minuti settimanali di attività fisica aerobica vigorosa, oppure combinazioni equivalenti delle due modalità Per ottenere ulteriori benefici, eseguire attività di rinforzo muscolare a intensità moderata o superiore che coinvolga tutti i principali gruppi muscolari, almeno due giorni a settimana
Anziani (65+), compresi quelli che vivono con malattie croniche* e con disabilità	Come per gli adulti (18-64 anni) e in più: eseguire almeno tre giorni a settimana attività fisica multicomponente differenziata per migliorare l'equilibrio e attività di rinforzo a intensità moderata o superiore, per aumentare la capacità funzionale e prevenire le cadute accidentali

* *Cancer survivor*, persone con HIV, persone con diabete di tipo 2 e persone con ipertensione

Benefici e livelli di attività fisica in specifici gruppi di popolazione

A livello internazionale, le Linee-guida OMS del 2020 riportano (diversamente dalle precedenti Raccomandazioni OMS⁹) i livelli di AF che anche alcuni gruppi specifici di popolazione (donne in gravidanza e nel post-partum; adulti e anziani con specifiche condizioni croniche; bambini e adolescenti, e adulti con disabilità) dovrebbero raggiungere per ottenere benefici di salute; a livello nazionale, il Ministero della Salute, con le due Linee di indirizzo sull'attività fisica (pubblicate rispettivamente nel 2019 e nel 2021) ha fornito indicazioni sui benefici della pratica dell'AF per ulteriori gruppi di popolazione (tra cui persone trapiantate, persone obese, persone con malattie respiratorie). Per approfondimenti specifici si rimanda alla lettura dei suddetti documenti.^{1,4,5}

Gravidanza e post-partum

Praticare AF durante la gravidanza e nel periodo post-partum apporta benefici sia per la mamma che per il nascituro, a meno che non siano presenti controindicazioni o condizioni patologiche specifiche. Nelle Linee-guida OMS è riportato che essere fisicamente attive durante questa fase della vita non può essere associato a eventi avversi come basso peso alla nascita e aumento dell'incidenza di bambini nati morti.

Molteplici sono i benefici di una regolare AF durante la gravidanza:

- migliora la funzionalità cardiocircolatoria, la forza e la resistenza muscolare
- evita un eccessivo aumento di peso
- riduce il rischio di pre-eclampsia, ipertensione e diabete gestazionale, macrosomia fetale, complicazioni durante il parto e neonatali
- previene o riduce disturbi muscoloscheletrici, come mal di schiena e dolori pelvici
- mantiene e migliora equilibrio e coordinazione.^{1,4,5}

Nel periodo post-partum, inoltre, l'AF contribuisce a una migliore salute mentale, riducendo ansia e depressione e migliorando il tono dell'umore.⁵

I livelli di AF raccomandati per le donne in gravidanza e nel post-partum, in assenza di controindicazioni, sono:^{1,8}

- praticare almeno 150 minuti a settimana di AF aerobica di intensità moderata
- includere una varietà di attività di tipo aerobico e di rafforzamento muscolare. Uno stretching dolce può portare benefici.

Adulti e anziani che vivono con specifiche condizioni croniche

Adulti e anziani che vivono con specifiche condizioni croniche (*cancer survivor*, ipertensione, diabete di tipo 2, HIV), in assenza di controindicazioni, dovrebbero praticare regolarmente AF come parte integrante della propria vita lavorativa e del tempo libero per ottenere benefici di salute in relazione alla specifica condizione cronica, raggiungendo i livelli di AF raccomandati per la popolazione generale nella stessa fascia d'età^{1,4,5} (Tabella 2.2). Persone che si trovano nella fase acuta del trattamento (ad esempio chemioterapico) e persone che non hanno raggiunto una stabilizzazione della terapia farmacologica dovrebbero essere seguite, nella pratica dell'AF, da operatori sanitari che facciano riferimento anche alle linee-guida cliniche per la specifica condizione cronica. Se non fosse possibile raggiungere i livelli raccomandati, si dovrebbe provare a praticare AF, secondo le proprie possibilità, per ottenere comunque benefici per la salute.

Tra i benefici per la salute, specifici per condizione cronica, vi sono:

- *cancer survivor*: migliora l'incidenza di morte per tutte le cause, la mortalità specifica per cancro e le recidive
- ipertensione: migliora il sistema cardiovascolare, la qualità della vita e ritarda la progressione della condizione cronica
- diabete di tipo 2: riduce l'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari e la progressione della condizione cronica
- HIV: può migliorare il benessere psicofisico e non influisce negativamente sulla condizione cronica.

Bambini e adolescenti, e adulti con disabilità

Bambini e adolescenti, e adulti con disabilità possono ottenere benefici per la salute praticando AF, dove possibile e se sono in grado di farlo. L'AF può essere svolta nel tempo libero, a casa, a scuola o al lavoro, quindi nei diversi setting di vita. Le persone con disabilità dovrebbero essere incoraggiate a partecipare ad attività fisiche adeguate alla loro età e alle loro capacità, che siano per loro piacevoli e diversificate.

Molti degli effetti positivi per la salute derivanti dalla pratica di AF riferiti alla popolazione generale della stessa età (5-17 anni e 18 anni e oltre) interessano anche le persone con disabilità, che possono ottenere ulteriori benefici, quali ad esempio un miglioramento della capacità cognitiva e/o delle funzionalità fisiche, in relazione alla loro età e disabilità.^{1,4} I livelli di AF raccomandati dall'OMS sono gli stessi della popolazione generale (Tabella 2.2); lo specialista può aiutare a definire tipologia e quantità di AF appropriate e adatte alle diverse condizioni psico-fisiche.^{1,4}

Bibliografia

1. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>; ultimo accesso 14/11/2022.
2. World Health Organization. Fact sheets. Physical activity.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>; ultimo accesso 14/11/2022.
3. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>; ultimo accesso 14/11/2022.
4. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. Roma: Ministero della Salute; 2019.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.

5. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. Roma: Ministero della Salute; 2021.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf ; ultimo accesso 14/11/2022.
6. World Health Organization. News. To grow up healthy, children need to sit less and play more.
<https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>; ultimo accesso 14/11/2022.
7. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. Bambini sotto i 5 anni: cosa è meglio fare o evitare.
<https://www.epicentro.iss.it/materno/attivita-bambini>; ultimo accesso 14/11/2022.
8. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-62. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33239350/>; ultimo accesso 14/11/2022.
9. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>; ultimo accesso 14/11/2022.

CAPITOLO 3

**STRATEGIE INTERNAZIONALI E NAZIONALI
PER LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA**

Promuovere la salute, contrastare le malattie croniche non trasmissibili e favorire il benessere psicofisico

Nel 1948 l'OMS aveva definito la salute "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità" affermando la rilevanza di tutte le componenti bio-psico-sociali nel suo sviluppo.¹ Circa 40 anni dopo, la Carta di Ottawa, definendo il concetto di promozione della salute come "il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo (empowerment)", ha riconosciuto la salute come una risorsa della vita quotidiana per la crescita del benessere dei singoli e della collettività.² Al centro delle strategie di promozione della salute vi è pertanto **l'obiettivo di mettere tutte le persone, a prescindere dal livello socioeconomico e dalla situazione fisiologica, nella condizione di poter adottare scelte a favore della salute e raggiungere il proprio potenziale di benessere all'interno dei diversi contesti di vita.**

L'equità nelle opportunità di salute può essere ottenuta non solo grazie all'impegno del sistema sanitario, ma attraverso l'intervento fattivo di tutte le istituzioni e i soggetti (organizzazioni, associazioni, mass media, società civile) in grado di incidere sui diversi fattori (politici, economici, culturali, ambientali) che possono favorire o danneggiare il processo di costruzione della salute a tutti i livelli. In sintesi, il processo di promozione della salute ha come obiettivo prioritario quello di rendere questi fattori positivi e non lesivi per la salute, attraverso: **la costruzione di una politica pubblica, il rafforzamento delle comunità locali, lo sviluppo delle capacità personali, la creazione di ambienti favorevoli e il riorientamento dei servizi sanitari.**

La Carta di Ottawa ha introdotto, dunque, una teoria socioecologica della salute ponendo l'accento sul legame tra l'uomo e i sottosistemi che compongono l'ecosistema in cui vive (famiglia, comunità, ambiente fisico e socioculturale) e ha collegato la promozione della salute al concetto di salutogenesi (dal lat. *salus -ūtis* "salvezza, incolumità, integrità, salute" e dal lat. *genēsis*, gr. γένεσις, dalla radice γεν- di γίγνομαι "nascere"), sottolineando l'importanza di individuare i fattori che permettono il mantenimento e lo sviluppo della salute nonostante la presenza di rischi per la stessa, rispondendo a queste domande: "Quali sono le fonti della salute, come si crea, e come può essere rinforzata?".³

Secondo il paradigma socioecologico² il comportamento umano ha luogo in sistemi ecologici complessi e interconnessi; è quindi evidente che la salute può essere costruita e promossa nei contesti di vita (scuola, lavoro, comunità, sanità) e lungo tutto il corso della vita (approccio

life-course) con la collaborazione attiva di tutte le strutture e dei professionisti interessati, dei cittadini e della società civile, secondo un'ottica multistakeholder e intersettoriale.

L'approccio intersettoriale introdotto con la Carta di Ottawa è stato confermato nei documenti programmatici e nelle conferenze mondiali sulla promozione della salute che si sono susseguite nel corso del tempo. In particolare, nell'ambito della 9ª Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute "Promoting health, promoting sustainable development: Health for all, and all for health", tenutasi a Shanghai nel novembre 2016, sono state ribadite le potenzialità dell'azione strategica della promozione della salute, soprattutto quando i governi nazionali, le autorità locali e gli altri soggetti interessati si impegnano in maniera concertata nel promuovere politiche di sviluppo secondo criteri di equità, sostenibilità e attenzione alla persona.⁴

L'accesso alle informazioni, il potenziamento delle competenze utili a compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute, un saldo radicamento in un ambiente accogliente rappresentano le opportunità e le risorse che gli interventi di promozione della salute devono mirare a garantire ai cittadini per ridurre le disuguaglianze e non devono essere orientate solo al superamento della deprivazione che crea iniquità di salute, ma a tutta la comunità, per potenziare la consapevolezza e le possibilità di scelta di tutti per la propria salute e il proprio benessere.

La pandemia da COVID-19 ha accentuato le disuguaglianze e l'azione sui determinanti di salute risulta cruciale per migliorare la salute e il benessere generale e rafforzare la resilienza del sistema nel caso di future emergenze. Michael Marmot, professore di Epidemiologia e Salute pubblica presso l'University College London, ha sottolineato che le disuguaglianze sociali non devono essere considerate fattori che incidono negativamente sui comportamenti e sugli stili di vita, ma fattori di rischio a sé stanti, paragonabili all'uso dannoso di alcol e alla scarsa AF, con un impatto diretto sulla salute in termini di perdita di anni di vita e di aumentato rischio di insorgenza di MCNT.⁵

La promozione dell'attività fisica: le sfide sanitarie, sociali e ambientali

La strategia di promozione dell'AF si inserisce in questa cornice generale di promozione della salute, caratterizzata da un approccio globale ai fattori di rischio delle MCNT e da un'ottica intersettoriale e multistakeholder.

Fra gli stili di vita salute-correlati, la pratica di regolare AF è riconosciuta come componente essenziale delle politiche pubbliche, determinante per la tutela e lo sviluppo della salute e del benessere non solo degli individui e delle comunità, ma anche dell'ambiente. La promozione dell'AF e il contrasto della sedentarietà sono presenti nelle strategie di promozione della salute a livello internazionale e nazionale come soluzioni e opportunità per affrontare le attuali sfide sanitarie, sociali ed ecologiche.⁶ Gli effetti benefici dell'AF possono infatti contribuire direttamente e indirettamente al raggiungimento di alcuni degli obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'Agenda ONU 2030,⁷ tra cui: riduzione dell'utilizzo di combustibili fossili e dell'inquinamento atmosferico, diminuzione del traffico, maggiore sicurezza stradale, sviluppo sostenibile delle città, insieme alla riduzione della mortalità prematura causata dalle MCNT e delle disuguaglianze di salute e a una maggiore parità di genere.⁸

I cambiamenti socioeconomici e ambientali dovuti alla globalizzazione, come i crescenti processi di urbanizzazione, hanno comportato un significativo aumento degli stili di vita non salutari, fra cui inattività fisica e sedentarietà e, di conseguenza, dell'incidenza delle MCNT.⁹ A fronte della natura multicomponente dei fattori di rischio per la salute, è necessario adottare un approccio che prenda in considerazione anche cause esterne all'ambito sanitario, coinvolgendo quei settori (come trasporti, progettazione urbana, istruzione, economia), che possono avere un ruolo nella diffusione e nel mantenimento di scorretti stili di vita ma, allo stesso tempo, anche mettere a disposizione competenze e risorse a favore di una riduzione dei livelli di inattività fisica.^{6 10 11}

In tale contesto, si inseriscono le strategie internazionali e nazionali di promozione dell'AF dell'ultimo decennio, caratterizzate da un'ottica integrata, intersettoriale e orientata alla partnership.¹²

Strategie internazionali

La promozione dell'AF è riconosciuta quale processo fondamentale per migliorare la salute della popolazione a livello globale. Nel corso degli ultimi anni, l'OMS ha pubblicato diversi documenti in cui ha riconosciuto i benefici intersettoriali dell'AF e l'importanza dello sviluppo di politiche e strategie condivise con reti e comunità locali per la sua promozione, fornendo indicazioni per orientarle.⁶ In particolare, nel Piano d'azione globale sull'attività fisica 2018-2030 l'OMS ribadisce come il contrasto all'inattività fisica debba passare attraverso azioni complessive e integrate, che coinvolgano intersettorialmente tutti i soggetti interessati. Dal documento emerge consolidata la necessità di promuovere la pratica dell'AF non soltanto per la prevenzione delle MCNT,¹³ ma in generale per favorire l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei diversi contesti di vita.^{6 12}

L'OMS ha pubblicato le linee-guida su attività motoria e comportamento sedentario specifiche per la prima infanzia (0-4 anni), e definito i livelli di AF per la salute di bambini e adolescenti (5-17 anni), adulti (18-64), anziani (dai 65 anni in poi) e gruppi specifici, quali le donne in gravidanza e le persone che vivono con condizioni croniche o di disabilità (*di cui si è trattato nel Capitolo 2*).^{14 15}

In un'ottica sistemica, le linee-guida hanno grande rilevanza in quanto la realizzazione di interventi di promozione dell'AF mirati e specifici in base alle diverse fasi della vita (dal concepimento alla vecchiaia) e condizioni di salute non può prescindere da una valutazione dei bisogni e dei livelli di AF adeguati per gruppi di popolazione.

I governi sono dunque chiamati ad agire per integrare una regolare AF nella vita quotidiana degli individui e sostenere in questo modo la riduzione delle disuguaglianze di salute e il miglioramento del benessere dell'intera comunità. Per favorire la scelta di uno stile di vita attivo in modo diffuso, l'opportunità di praticare AF dovrebbe far parte di tutti i contesti di vita: scuola, luoghi di lavoro, di cura e del tempo libero e negli spostamenti quotidiani. Gli stessi obiettivi dell'Agenda ONU 2030 prevedono l'aumento dei livelli di AF e la riduzione della sedentarietà attraverso la creazione di spazi e ambienti sicuri e accessibili a tutti, indipendentemente dal livello socioeconomico di appartenenza e dalla propria condizione fisiologica.¹²

Poiché alcuni gruppi di popolazione possono incontrare maggiori difficoltà ad accedere all'informazione e alle opportunità per svolgere AF, l'assegnazione di risorse e l'erogazione di servizi dovrebbe avvenire in modo proporzionale al grado di bisogno.⁶ Tale approccio richiede collaborazione fra le parti interessate, mettendo in collegamento i servizi e le risorse

del territorio, coinvolgendo e responsabilizzando i decisori politici, gli individui, le famiglie e le comunità su come facilitare l'accesso alla pratica regolare di AF. Questa rappresenta una delle strategie più efficaci per cambiare atteggiamento, norme, valori sociali e infine il comportamento.¹⁶

In sostanza, lo sviluppo di una cultura favorevole ad una vita attiva è sostenuto da un approccio sistemico alla società che preveda azioni complesse e multiple, sia a livello decisionale che di popolazione,^{17,18} al fine di perseguire i seguenti risultati strategici:

- **creare società attive**, in cui sono condivise conoscenze, comprensione e apprezzamento dei molteplici benefici dell'AF regolare, per tutte le fasce di età e le capacità degli individui;
- **creare ambienti attivi**, ovvero spazi e luoghi sicuri, che garantiscano il diritto di tutte le persone a praticare regolare AF;
- **creare persone attive**, attraverso programmi e opportunità che potenzino le competenze di salute di individui, famiglie e comunità a favore della scelta di uno stile di vita attivo nei diversi setting di vita;
- **costruire sistemi attivi**, che sviluppino politiche e azioni coordinate – a livello locale, nazionale e internazionale – per promuovere l'AF e ridurre i comportamenti sedentari.⁶

Strategia nazionale

La strategia italiana si muove in linea con gli obiettivi e le azioni promosse a livello internazionale: i diversi Piani e Programmi nazionali e regionali puntano a prevenire le MCNT e a promuovere la salute attraverso politiche e azioni intersettoriali, secondo un approccio integrato e globale.¹⁹⁻²¹

In tale contesto, si inseriscono la promozione dell'AF e il contrasto ai comportamenti sedentari, riconosciuti in via prioritaria dal Piano Nazionale della Prevenzione¹⁹ e dai Piani della Prevenzione sviluppati a livello regionale e locale, e dai Livelli Essenziali di Assistenza quali interventi di sanità pubblica prioritari per garantire salute e benessere alla popolazione. Si sottolineano i benefici e l'utilità di una regolare AF, ritenuta fondamentale **lungo tutto il corso della vita** (approccio life-course),²¹ non soltanto per prevenire e controllare le MCNT, ma anche per favorire una crescita sana e un invecchiamento attivo e in buona salute.

Si conferma la necessità di intervenire sui determinanti ambientali, sociali e individuali dell'inattività fisica attraverso l'attuazione di azioni che prevedano la **collaborazione tra più settori** (sanità, sport, urbanistica, trasporti, ambiente, agricoltura, industria, commercio, economia e istruzione) e il coinvolgimento attivo delle comunità, per sviluppare interventi di

promozione dell'AF efficaci e sostenibili, integrati nelle opportunità e nei contesti della vita quotidiana, orientandoli in questo modo **all'equità e alla riduzione delle disuguaglianze di salute**.^{7,19}

Pertanto, a livello sia nazionale che regionale e locale vanno realizzati interventi strutturati e coordinati con il fine di sviluppare un'alleanza più forte e sinergica tra tutti i soggetti nel diffondere la cultura della vita attiva e dello sport come strumento per il benessere psicofisico.

Nel perseguire tale obiettivo si rende necessaria l'integrazione delle azioni che spettano alla collettività con quelle che sono responsabilità dei singoli. Si tratta di mettere in atto politiche e azioni che mirano a **creare consapevolezza** negli individui e nella comunità, nelle organizzazioni e negli operatori del territorio, attraverso interventi di tipo informativo-comunicativo ed educativo-formativo. Al fine di assumere il controllo dei determinanti della propria salute, occorre accrescere l'empowerment dei cittadini, ovvero la loro capacità di prendere decisioni efficaci e consapevoli sulla propria salute.²² Responsabilità degli stakeholder e delle istituzioni è quella di **creare ambienti** favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo, attraverso interventi di tipo organizzativo, strutturale e ambientale.¹⁹

Coerentemente con le linee strategiche definite dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, la **promozione dell'AF** deve prevedere:

- un approccio intersettoriale che permetta di riconoscere il peso dei determinanti sociali, economici e politici che competono ai diversi settori;
- un approccio multistakeholder, vale a dire tenere dentro ai processi decisionali il più ampio e qualificato numero di soggetti interessati alla promozione dell'AF, riconoscendo identità e ruoli diversi ed evidenziandone i rispettivi benefici, dal settore pubblico a quello privato e della società civile, a livello locale, nazionale o internazionale;
- una programmazione partecipata e orientata alla partnership che corrisponde a processi di definizione a monte di obiettivi, ruoli e responsabilità al fine di realizzare azioni coordinate e sviluppare una forte alleanza tra tutti gli attori coinvolti;
- una formazione atta a sviluppare un linguaggio condiviso in termini conoscitivi, metodologici e di intenti tra professionisti che si occupano di promozione dell'AF con competenze e ruoli diversi, favorendo in tal modo la collaborazione interdisciplinare, la costruzione della rete e il conseguimento di un obiettivo di salute comune;
- un'efficace comunicazione per l'attivazione e il potenziamento di conoscenze e processi di empowerment tra i cittadini e nella comunità e per la costruzione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra organizzazioni e professionisti;

- politiche di comunità per promuoverne la partecipazione, favorendo il raccordo fra soggetti e opportunità sul territorio, attraverso la valorizzazione di programmi di AF e sport quali strumenti di inclusione ed empowerment.

Approccio per setting

Fra le strategie di promozione dell'AF merita un'attenzione specifica l'approccio per setting. Come si è visto, un requisito imprescindibile per promuovere salute in modo efficace e favorire l'adozione di corretti stili di vita è rappresentato dal cambiamento non soltanto dei comportamenti individuali, ma anche delle condizioni di contesto in cui le persone stesse vivono. L'OMS definisce setting per la salute *"il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per influenzare la salute e il benessere"*.²³ Il setting per la salute rappresenta quindi sia lo strumento che il risultato della promozione della salute, in quanto costituisce esso stesso l'obiettivo dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni e sui centri di responsabilità. I principi alla base di tale approccio sono: equità, partecipazione attiva, collaborazione intersettoriale, empowerment individuale e di comunità.

In Italia, la strategia intersettoriale è condivisa con le Regioni e con i servizi sanitari locali e sostenuta dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute,²⁴ attraverso la realizzazione di progetti coerenti con le diverse aree e contesti di intervento. Oggi esistono diverse iniziative e programmi, realizzati attraverso la costituzione di reti, che forniscono un contributo notevole alla creazione di ambienti organizzativi per la salute: *"Città sane (Healthy cities)"*, *"Scuole che promuovono salute (Health promoting schools)"*, *"Ospedali per la promozione della salute (Health promoting hospitals)"* e *"Aziende per la promozione della salute (European Network for Workplace Health Promotion - ENWHP)"*.

In questa direzione, nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, è stato sviluppato il Programma Predefinito **"Comunità attive"** che si rivolge parimenti alla popolazione sana, sedentaria o non sufficientemente attiva e con patologie o condizioni di fragilità specifiche. Attraverso di esso si intende intervenire specificatamente per promuovere il movimento nei diversi setting di vita (scolastico, lavorativo e di comunità) e in tutte le fasce di età.

Considerando comunità e città secondo un'ottica di empowerment e di Urban Health²⁵ è possibile agire per rendere gli ambienti urbani più sani, attivi, inclusivi, sostenibili e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, compresi bambini e anziani. Secondo tale modello, interventi che prevedono pianificazione dei trasporti, regolazione del traffico, politiche di rigenerazione urbana e forme di mobilità sostenibile (ad esempio, collegamenti e sicurezza stradale, cura delle strade, trasporti pubblici, zone pedonali, piste ciclabili, progettazione di spazi verdi pubblici), risultano essenziali per favorire e incentivare uno stile di vita sano e attivo.²⁶

Nell'intervento multisettoriale, la sanità pubblica gioca un ruolo essenziale nel contribuire a diffondere una cultura dell'AF attraverso gli operatori della salute sul territorio (come i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), in quanto figure privilegiate nel contatto con la popolazione. Se opportunamente formati, durante la routine lavorativa questi professionisti possono cogliere l'occasione per attuare un intervento breve (riconosciuto quale intervento di buon costo-efficacia) atto a sensibilizzare e motivare gli assistiti e le loro famiglie sull'importanza di uno stile di vita attivo, interfacciandosi con altri professionisti e con le risorse locali.²⁷

Un importante strumento pratico, a disposizione dei decisori, degli operatori sanitari e non sanitari e dei diversi stakeholder coinvolti a vario titolo nella promozione dell'AF, è rappresentato dalle Linee di indirizzo sull'attività fisica del Ministero della Salute pubblicate nel 2019 e nel 2021. In questi documenti, oltre a ribadire la necessità che tutti pratichino AF, soprattutto integrata nella vita quotidiana, si offrono elementi di policy di sistema e di indirizzo sulle azioni da mettere in atto, puntando all'equità, al superamento delle disuguaglianze sociali e geografiche e all'inclusione dei soggetti vulnerabili. Attraverso le Linee di indirizzo si intende superare il carattere settoriale e frammentario che hanno avuto molte azioni sinora intraprese nell'ambito della promozione dell'AF, favorendo in tal modo una maggiore omogeneità e condivisione di intervento a livello nazionale.^{28 29}

Bibliografia

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization; 1948. <https://www.who.int/about/governance/constitution>; ultimo accesso 14/11/2022.
2. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59557>; ultimo accesso 14/11/2022.
3. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int* 2008;23(2):190-9. doi: 10.1093/heapro/dan014

4. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute – Regione Piemonte. La Dichiarazione di Shanghai e il Consenso sulle Città Sane 2016. <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3088>; ultimo accesso 14/11/2022.
5. Marmot M. La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
6. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
7. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
8. La dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile. 6° Congresso internazionale ISPAH su attività fisica e salute pubblica. Bangkok, Thailandia, 16-19 novembre 2016. https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
9. World Health Organization. The power of cities: tackling noncommunicable diseases and road traffic injuries. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329429>; ultimo accesso 14/11/2022.
10. International Society for Physical Activity and Health. Otto investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica. https://www.ispah.org/wp-content/uploads/2021/04/Italian-Eight-Investments-That-Work_FINAL.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
11. World Health Organization. Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for country action. The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Geneva: World Health Organization; 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
12. World Health Organization, Regional Office for Europe. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Copenhagen: World Health Organization; 2016. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/311360/Physical-activity-strategy-2016-2025.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
13. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;%20jsessionid=52198FB44%20CB3BD8DF4B0CDDDBCE1A434?sequence=1; ultimo accesso 14/11/2022.
14. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>; ultimo accesso 14/11/2022.
15. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>; ultimo accesso 14/11/2022.
16. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: World Health Organization; 2013. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
17. Laverack G. Challenges and opportunities for health promotion in a changing landscape. https://www.dors.it/documentazione/testo/202107/202107_challenges_Laverack_ENG.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
18. Rutter H, Savona N, Glonti K, Bibby J, Cummins S, Finegood DT, et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet* 2017;390(10112):2602-4. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31267-9.

19. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
20. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
21. Ministero della Salute. Servizio sanitario nazionale: i LEA. Data di ultimo aggiornamento 31 marzo 2017.
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=Lea&menu=vuoto>; ultimo accesso 14/11/2022.
22. Francescato D, Tomai M, Ghiselli G. Fondamenti di psicologia di comunità. Roma: Carocci Editore; 2004.
23. Barbera E, Tortone C. (Ed.). Glossario OMS della Promozione della Salute. Torino: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute; 2012. Traduzione italiana di: World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
24. Ministero della Salute. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.
<https://www.ccm-network.it/home.html>; ultimo accesso 14/11/2022.
25. World Health Organization. Health topics. Urban health. Cities spotlight.
<https://apps.who.int/health-topics/urban-health/cities-spotlight/>; ultimo accesso 14/11/2022.
26. World Health Organization, Regional Office for Europe. WHO European Healthy Cities Network.
<https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network/>; ultimo accesso 14/11/2022
27. Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. Physical activity promotion in the health care system. *Mayo Clin Proc* 2013;88(12):1446-61. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.08.020.
28. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. Roma: Ministero della Salute; 2019.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
29. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. Roma: Ministero della Salute; 2021.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.

CAPITOLO 4

**L'INTERVENTO BREVE PER PROMUOVERE
L'ATTIVITÀ FISICA UTILIZZANDO
LE COMPETENZE DI BASE DEL COUNSELLING**

Introduzione

La promozione dell'AF rappresenta un obiettivo di sanità pubblica prioritario che richiede un approccio multisettoriale e multistakeholder e azioni volte sia a rafforzare le competenze dei singoli individui, sia a creare opportunità per facilitare la scelta di uno stile di vita attivo. Come già illustrato, la strategia nazionale per la promozione dell'AF¹ si sviluppa secondo un'ottica di sistema e quindi considera essenziali interventi a più livelli realizzati con la partecipazione dell'intera comunità, attraverso il coinvolgimento di molteplici attori.

Le diverse figure professionali del territorio, sanitarie e non sanitarie, hanno un ruolo molto importante in questa strategia globale in quanto possono mettere in atto, in fasi e setting diversi, interventi di promozione di regolare AF realizzati a livello individuale, centrati sulle specifiche esigenze della persona, facendo riferimento e valorizzando le opportunità e le risorse offerte dal contesto di vita (scuola, lavoro, comunità, sanità), indispensabili per facilitare le persone a praticare regolarmente AF.

Risulta pertanto indispensabile favorire la crescita della consapevolezza dei diversi professionisti sull'importanza strategica del loro ruolo, e predisporre momenti formativi per costruire un linguaggio e una visione comuni e favorire la condivisione di una cultura orientata alla salutogenesi e al benessere della persona nel suo contesto di vita.²

In questa prospettiva, la formazione deve prevedere il potenziamento sia delle competenze tecnico-scientifiche, attraverso percorsi formativi differenziati per contenuti e livello di approfondimento in base alle specificità dei professionisti a cui sono diretti, sia di competenze trasversali come quelle comunicativo-relazionali e di base del counselling o come quelle necessarie per il lavoro in team.^{1 3 4} Queste ultime sono indispensabili per favorire la creazione della rete e per rafforzare le sinergie tra i diversi stakeholder attraverso il riconoscimento dei rispettivi ruoli e professioni, in un'ottica di programmazione condivisa e integrata degli interventi che contribuisca anche ad alimentare la motivazione dei professionisti affinché si sentano parte di una strategia complessiva.^{1 3 5-8} L'OMS sostiene l'importanza del lavoro interprofessionale^{9 10} che caratterizza l'intervento di promozione della salute e riconosce alla formazione interprofessionale un ruolo strategico nell'implementare, nella pratica lavorativa, la collaborazione tra le diverse professionalità che operano in ambienti e contesti differenti.^{11 12}

Le competenze **comunicativo-relazionali e di base del counselling** rappresentano un'importante risorsa nella relazione professionale per attuare interventi di promozione dell'AF in grado di fornire informazioni non solo scientificamente corrette e aggiornate, ma anche

comprensibili e focalizzate sui bisogni della persona a cui sono rivolte, il tutto all'interno di una cornice relazionale in cui l'ascolto e la comprensione **di ciò che l'altro pensa e prova** è centrale e rappresenta il presupposto per favorirne la sensibilizzazione e l'attivazione verso uno stile di vita attivo.^{13 14}

Per gli operatori del territorio impegnati nella promozione dell'AF, le competenze comunicativo-relazionali e di base del counselling costituiscono dunque un valore aggiunto alla loro professionalità e alla possibilità di attuare **interventi brevi o molto brevi per la promozione dell'AF**, realizzabili in contesti e ambiti diversificati, non solo sanitari (ovvero contesto-specifici).¹⁵ Tali interventi, fra loro coordinati, coerenti e integrati all'interno della rete interprofessionale e interdisciplinare, sono importanti a livello di sistema in quanto sostenibili e concretamente applicabili dai diversi professionisti e possono contribuire a migliorare le conoscenze, a modificare gli atteggiamenti e, a lungo termine, i comportamenti¹⁵ della propria utenza.

Le competenze di base del counselling

La cornice concettuale che definisce le competenze di base del counselling può essere rappresentata dall'adozione da parte del professionista di un approccio comunicativo non improvvisato, basato su uno scambio relazionale consapevole, metodologicamente strutturato in merito ai contenuti e alla conduzione del processo relazionale stesso. In tale ottica, assume rilevanza non solo **cosa viene detto** (il contenuto), ma anche **il modo in cui viene detto** (il processo e le modalità), con un'attenzione per le implicazioni emotive e per il vissuto della persona a cui l'intervento è rivolto. Tale processo è infatti orientato al riconoscimento del ruolo attivo dell'individuo e a facilitarlo nel compiere scelte a favore della salute, del benessere e della qualità della vita anche in situazioni di malattia.

Lo scopo dell'intervento è sostenere l'attivazione delle risorse della persona affinché possa agire e fare scelte in modo consapevole anche quando si trova ad affrontare problemi e difficoltà: ad esempio, per quanto riguarda la pratica di regolare AF, vanno considerate disponibilità, prontezza e motivazione della persona ad adottare uno stile di vita attivo e/o ad attuare un cambiamento nelle proprie abitudini quotidiane. Essere consapevole di quale sia lo scopo dell'intervento rappresenta il presupposto, nel professionista, per delineare le caratteristiche dell'intervento stesso, che non si identifica con il dare consigli, prescrizioni o soluzioni veloci, né tantomeno con il passaggio di informazioni generalizzate, ma, piuttosto, con una gestione competente del processo relazionale. Tale gestione dovrebbe essere basata su modelli teorici

di riferimento, su uno stile di conduzione positivo, non giudicante, direttivo o paternalistico e sul riconoscimento della centralità della persona, funzionale al potenziamento delle sue risorse (empowerment).¹⁶ In questa prospettiva, il processo relazionale è finalizzato alla definizione concordata sia degli obiettivi concreti e raggiungibili per quella persona in quel momento, sia delle strategie più efficaci per conseguirli, facilitando l'individuazione di un ventaglio di possibili soluzioni affinché possa scegliere autonomamente quella più adeguata a sé, che non sempre corrisponde a quella considerata più opportuna dall'operatore.¹³

Le competenze di base del counselling non vanno confuse con un generico atteggiamento di simpatia e di buon senso (*befriending*) o con l'offerta di suggerimenti o consigli su cosa fare o non fare, né tanto meno con il counselling professionale, un lavoro specifico che richiede una formazione appropriata e pluriennale. Piuttosto, l'utilizzo di tali competenze facilita il confronto con il punto di vista, il vissuto e il sistema di valori delle persone che si rivolgono al professionista, con il loro modo di presentare i problemi e di individuare soluzioni e con la loro capacità decisionale,¹⁷ favorendone partecipazione e collaborazione.

Raramente alla proposta esplicita del professionista di apportare modifiche allo stile di vita corrisponde, da parte della persona, una reale e immediata disponibilità e motivazione all'azione.¹⁸ La scelta di mettere in atto comportamenti salutari è infatti molto spesso preceduta e accompagnata da un processo di cambiamento caratterizzato da un alto grado di complessità, dinamico, articolato in fasi temporali, anche quando si tratta di adottare piccoli cambiamenti (ad esempio, camminare ogni giorno, fare le scale o praticare altre forme di AF in base all'età e alle condizioni di salute di partenza). Sono infatti molteplici i fattori che influenzano il cambiamento degli atteggiamenti e dei comportamenti e riguardano sia aspetti micro, ossia il livello individuale, definito da caratteristiche soggettive, modo di pensare, di sentire e agire riguardo a quel comportamento e disponibilità al cambiamento, sia aspetti macro, ossia il livello contestuale, come la situazione familiare, la condizione socioculturale ed economica, il luogo di residenza. Per questo motivo sono indispensabili interventi e azioni concertate e di lungo periodo da parte di diversi attori della rete territoriale che possono intercettare i singoli individui in fasi e contesti diversi, affinché le scelte e i cambiamenti a favore di uno stile di vita attivo si trasformino in un patrimonio durevole nel tempo.¹⁸⁻²⁰

Le competenze di base del counselling possono essere rappresentate come un insieme di abilità, strumenti, procedure metodologiche e tecniche, di seguito descritte, funzionali all'attivazione del processo di empowerment:

- conoscenza e utilizzo di tre abilità relazionali essenziali: **consapevolezza, ascolto attivo ed empatia**

- capacità di osservare, riconoscere e utilizzare quelli che sono i tre livelli della prassi comunicativa: **comunicazione verbale, non verbale e paraverbale**
- capacità di trasformare un'informazione, scientificamente corretta ma generalizzata, in un messaggio personalizzato: **l'informazione personalizzata**
- organizzazione dell'intervento **in fasi**, secondo uno schema processuale.

Le abilità relazionali

Consapevolezza

La consapevolezza è un'abilità complessa strettamente collegata alle dimensioni che definiscono il setting della relazione, ossia la cornice in cui si attua l'interazione: le caratteristiche della personalità dei protagonisti, l'ambiente esterno, il periodo, il contesto di vita della persona e il tipo di relazione.²¹

Un efficace intervento di promozione dell'AF, e in generale di promozione di stili di vita salutari, richiede la consapevolezza sia del **setting esterno**, che comprende la dimensione spazio-temporale in cui si svolge la relazione professionale e il macro contesto sociale con i suoi determinanti di salute, sia del **setting interno** all'operatore. Il setting interno è inteso come spazio mentale dedicato, disposizione all'ascolto dell'altro in quel momento e in quel dato luogo; la consapevolezza del setting interno è essenziale affinché l'operatore mantenga il contatto con la propria dimensione personale, con pensieri, vissuti, emozioni, pregiudizi, motivazioni, schemi di riferimento culturali, valori e atteggiamenti che indirizzano il modo di stare nella relazione e di agire il ruolo professionale.²²

È anche fondamentale che il professionista rifletta sulle proprie **qualità e attitudini personali favorevoli la comunicazione**, come flessibilità, apertura, calore, disponibilità, facilitazione, creatività, coerenza, autenticità, sensibilità, rispetto, neutralità, accettazione dell'altro, così come sui **tratti ostacolanti**, come sarcasmo, irascibilità, aggressività, impotenza, onnipotenza, simpatia, antipatia, e che sia consapevole del proprio linguaggio paraverbale e non verbale (*v. paragrafo successivo*).

La consapevolezza rappresenta quindi un'abilità essenziale per effettuare interventi intenzionali rispettando la diversità dei ruoli delle due figure coinvolte: l'interazione infatti non avviene tra pari, e vissuti, reazioni emotive, bisogni dei due interlocutori non possono avere lo stesso riconoscimento o lo stesso peso.²³

Una capacità che può facilitare e aumentare la consapevolezza di sé da parte del professionista è quella di saper utilizzare il **feedback fenomenologico**. La risposta al messaggio, cioè il feedback ("contro-reazione", "restituzione"), rappresenta la manifestazione immediata e spontanea del proprio vissuto rispetto alla comunicazione ricevuta. Il feedback è influenzato dalla storia della persona, dal suo vissuto nel "qui e ora", dall'interpretazione di ciò che ascolta e osserva, da eventuali pregiudizi nei confronti della persona con la quale interagisce, dai valori e dalla percezione riguardo ai temi trattati nella relazione. In generale, è opportuno che nella relazione professionale l'operatore si astenga dal dare risposte di tipo reattivo basate su atteggiamenti spontanei che generalmente emergono quando si realizza uno scambio comunicativo. Riconoscere e osservare il feedback del proprio interlocutore a livello sia verbale che non verbale, e nello stesso tempo mantenere ciò che si osserva e ciò che si ascolta costantemente distinti da ciò che tutto questo suscita a livello cognitivo ed emotivo, permette al professionista di modulare e regolare l'intervento in itinere ("**ho ascoltato**" e "**ho osservato**" è diverso da "**quanto ho pensato o immaginato**" e da "**quanto ho provato**").²⁴ L'utilizzo del feedback fenomenologico nella relazione professionale permette di mantenere l'attenzione sull'altro, sul processo relazionale, su ciò che emerge dall'ascolto e dall'osservazione, sui fatti e su quanto si manifesta, al fine di capire ciò che l'altro esprime e di restituire questa comprensione, astenendosi da giudizi, interpretazioni e soluzioni veloci.

Empatia

È un'abilità che aiuta il professionista a comprendere il punto di vista razionale ed emotivo dell'altra persona, mettendosi nei suoi panni pur mantenendo la consapevolezza della propria soggettività, ovvero utilizzando la prospettiva del "**come se si fosse l'altro**".²⁵ È un'abilità complementare alla consapevolezza, in quanto consente di ascoltare e cogliere pensieri e vissuti dell'altra persona, senza perdere l'obiettività necessaria a non confondere il proprio mondo interno con quello dell'altro. L'empatia è efficace anche per stabilire con la persona una relazione significativa, caratterizzata da una reciproca collaborazione e fiducia: la comprensione dell'esperienza soggettiva della persona comporta il porsi nel suo punto di vista razionale ed emotivo, accettarlo e comunicare all'altro tale comprensione (che è un elemento centrale in una relazione di fiducia), senza necessariamente condividere ciò che l'altro pensa o prova. Nel corso della relazione professionale alcune affermazioni possono favorire l'espressione di tale abilità, come:

- ▶ "Comprendo le difficoltà di cui mi sta parlando, è possibile che per questo non si senta in grado di cambiare abitudini, ma cerchiamo di capire meglio se le difficoltà sono legate a questa ipotesi..." - "Credo di capire quanto mi sta dicendo, potrebbe spiegare in maniera più approfondita come si sente quando prova a...?"

Ascolto attivo

L'ascolto attivo o empatico è un'abilità che favorisce l'attivazione di un rapporto professionale positivo, in un clima relazionale non giudicante e che consente all'operatore di porsi con un atteggiamento di accettazione e disponibilità, mostrando attenzione e interesse a ciò che l'altro dice, pensa e prova. Con l'ascolto attivo l'operatore pone attenzione ai contenuti espressi dalla persona (il verbale) e alla connotazione emotiva (il paraverbale e il non verbale) che li accompagna. Una riflessione particolare va dedicata al tema del silenzio e a quanto sia importante in alcune situazioni non avere fretta di riempirlo di parole, valutando quando e come ricominciare a parlare, dimostrando anche con lo sguardo e i gesti di essere realmente presenti nella relazione:

► “Mi rendo conto delle sue difficoltà, o delle sue emozioni” - “Ora se la sente di...”.

Al di là delle barriere (visive, spaziali, personali, di contesto, ecc.) che possono ostacolare l'ascolto, il setting interno dell'operatore gioca un ruolo essenziale nel favorire una relazione di qualità con la persona.^{26,27}

Nella pratica dell'ascolto attivo è possibile fare riferimento alla **metodologia del rispecchiamento empatico**, che utilizza **quattro tecniche comunicative** utili a restituire alla persona ciò che si è ascoltato e osservato, ad approfondire quanto emerge nella relazione e ad affrontare situazioni complesse. Le quattro tecniche comunicative²⁴ sono:

Riformulazione. Consiste nel ripetere quanto detto dall'altro utilizzando le sue stesse parole (riformulazione semplice) o presentando gli stessi concetti con parole diverse (parafrasi), riassumendo l'esposizione dell'altro (riepilogo) oppure ripetendo le ultime parole dette (eco). La riformulazione rinforza la collaborazione e la fiducia della persona, che avrà la conferma di essere stata ascoltata e compresa dall'operatore, il quale può ottenere l'accordo su quanto sta dicendo e verificare di aver compreso correttamente il messaggio. Si può approfittare del momento in cui la persona sta concludendo il proprio pensiero per intervenire e riprendere ciò che è stato appena detto²⁸:

► “Mi sta dicendo che...” - “Lei vuol dire che...” - “In altre parole...” - “A suo avviso perciò...” - “Così, secondo lei...”.

Delucidazione. Consiste nel sottolineare i vissuti che accompagnano il contenuto verbale così come sono percepiti dall'operatore, verbalizzandoli attraverso un messaggio in prima persona,

agevolando in tal modo nell'altro l'autocomprensione di quanto sta comunicando con il linguaggio non verbale o paraverbale. Ad esempio:

- ▶ “Mi sembra di cogliere dal suo sguardo uno stato di preoccupazione...” - “Dal tono della sua voce mi sembra di cogliere delle perplessità...”.

Attraverso l'utilizzo di messaggi in prima persona, la delucidazione contribuisce a evitare che la dimensione personale dell'operatore (ciò che immagina, pensa o prova) venga confusa con quanto accade nell'interlocutore a livello cognitivo ed emotivo, oppure venga utilizzata per interpretazioni che potrebbero portare il professionista lontano dal punto di vista della persona e da ciò che questa voleva effettivamente dire. Permette, quindi, di concretizzare l'utilizzo del feedback fenomenologico.

Capacità di indagine. Incoraggia l'altro ad aprirsi e ad approfondire quanto sta dicendo. È un'abilità che aiuta l'operatore a scegliere la tipologia di domanda più adeguata in quel momento. Nella fase iniziale del colloquio, sono da preferire le domande aperte in quanto lasciano ampia possibilità di risposta e tendono ad approfondire e stimolare l'esposizione di opinioni e pensieri. Ad esempio:

- ▶ “Come, cosa vorrebbe...” - “Potrebbe... può approfondire...” - “Cosa ne pensa...”.

Le domande chiuse sono circoscritte, costringono a una sola risposta, spesso forzandola, restringono e rendono più mirata la comunicazione, richiedono solo fatti oggettivi e, a volte, possono sembrare limitative e ostacolanti “Quando? Dove? Chi?”. Andrebbero evitate anche le domande che iniziano con il “Perché”, in quanto potrebbero essere percepite come colpevolizzanti, preferendo il “Come”:²⁹

- ▶ “Come mai mi sta dicendo questo?” piuttosto che “Perché mi sta dicendo questo?”

Utilizzo di messaggi in prima persona. Facilita la distinzione tra ciò che pensa e prova l'operatore e ciò che riguarda invece l'altra persona, permette di evitare interpretazioni errate che potrebbero generare situazioni conflittuali o di resistenza all'apertura, e favorisce un clima non giudicante e positivo:

- ▶ “Mi sembra ...”.

I tre livelli della comunicazione: verbale, paraverbale e non verbale

La prassi comunicativa si sviluppa attraverso tre livelli o canali fondamentali, verbale (il cosa), paraverbale e non verbale (il come), che permettono di comprendere e condividere i significati dei messaggi che vengono scambiati nell'interazione.

- **Verbale.** Riguarda il contenuto del discorso: parole, frasi, sintassi e linguaggio
- **Paraverbale.** Concerne la musicalità del parlato, tutto ciò che modula e arricchisce il verbale: volume, tono, ritmo, timbro, cadenza, velocità, silenzi, espressioni e sospiri
- **Non verbale.** È tutto ciò che accompagna e talvolta sostituisce il parlato, ovvero quello che si esprime con il linguaggio del corpo: gestualità, mimica, sguardo, postura, orientamento spaziale, prossemica, abbigliamento e aspetto esteriore.³⁰

A livello verbale, una comunicazione efficace deve essere chiara, comprensibile e personalizzata e deve porre attenzione all'utilizzo di termini tecnici che comunque andrebbero tradotti per essere compresi correttamente ed evitare possibili blocchi nello scambio comunicativo. Il non verbale e il paraverbale conferiscono la tonalità affettiva ed emotiva alla comunicazione e all'interazione (gioia, rabbia, paura, tristezza, disgusto, disprezzo, interesse, sorpresa, tenerezza, vergogna, colpa) e possono esprimere il grado di comprensione delle informazioni ricevute. Pertanto, il contenuto di un messaggio può assumere significati diversi in base alle modalità affettivo-emotive con cui è veicolato. Quanto scambiato attraverso il non verbale e il paraverbale prevale infatti tra il 50 e il 70%¹³ su quanto viene espressamente detto attraverso il canale verbale. Se i tre livelli comunicativi non sono allineati, ovvero emergono discrepanze e incoerenze tra il contenuto espresso e il linguaggio non verbale o gli aspetti paraverbali, l'efficacia della comunicazione può risentirne notevolmente. L'operatore, che conduce il processo comunicativo, deve dunque porre attenzione a tutti e tre i livelli della comunicazione, in riferimento a se stesso e all'altro, per comprendere quanto più chiaramente possibile il messaggio dell'interlocutore e, allo stesso tempo, mantenere la consapevolezza del proprio modo di comunicare.

L'informazione personalizzata

L'informazione personalizzata è un'informazione scientificamente fondata, trasformata in un messaggio che assume significato per chi l'ascolta e che arriva a toccare le determinanti emotive, oltre che quelle cognitive, del comportamento. Quindi è un'informazione corretta,

aggiornata, chiara, completa ma anche argomentata e compresa e può essere utilizzata come risorsa per colmare dubbi o per rivedere alcune convinzioni o atteggiamenti della persona, in quanto è **calibrata sulla base di ciò che l'altro, in quel momento, è in grado di poter effettivamente ascoltare e interiorizzare**. Perché questo avvenga, il bagaglio conoscitivo dell'operatore deve essere scientificamente valido e aggiornato, nella piena consapevolezza che tutte le informazioni che è in grado di fornire potranno assumere significato solo se inserite nel sistema di vissuti individuali e se centrate sulle specifiche esigenze della persona in quel determinato momento. Questo presupposto richiede pertanto, da parte dell'operatore, ascolto attivo e attenzione non solo a quanto viene detto ma anche alle implicazioni emotive ad esso collegate.

L'informazione personalizzata va proposta considerando ciò che la persona sa già e desidera o meno sapere, necessita di un linguaggio chiaro e comprensibile e richiede una costante verifica di quanto e di cosa la persona ha compreso, attraverso la richiesta di esplicitare dubbi e domande e il riassunto dei contenuti emersi durante il colloquio.

Le fasi dell'intervento

Le competenze di base del counselling prevedono una strutturazione della relazione in fasi predefinite, sebbene non rigidamente fissate, che permettano all'operatore di avere uno schema di riferimento per condurre il processo relazionale in modo intenzionale fin dall'inizio, evitando di improvvisare e mantenendo il focus sulle esigenze della persona.^{13 31 32}

La fase iniziale della relazione richiede di porre attenzione all'accoglienza per creare un clima empatico, in cui sia l'operatore che la persona possano sentirsi a proprio agio, favorendo un adeguato setting interno ed esterno al fine di facilitare l'instaurarsi di una relazione di fiducia e di collaborazione. Gli elementi della comunicazione verbale, non verbale e paraverbale possono fornire un contributo in questa fase, insieme alla predisposizione di un adeguato ambiente nel quale accogliere la persona.

La fase intermedia o centrale è importante per conoscere e comprendere, attraverso l'abilità dell'ascolto attivo, le esigenze informative della persona, per chiarire il motivo di un'eventuale richiesta o la percezione soggettiva rispetto al tema posto. Un clima disteso, un atteggiamento accogliente ed empatico, un linguaggio chiaro e comprensibile e l'attenzione ai temi che la persona ritiene rilevanti in quel momento, possono facilitare la manifestazione di dubbi, preoccupazioni e paure, che rappresentano un'opportunità per informare in modo

personalizzato e concordare un obiettivo concreto e raggiungibile, individuando le strategie più efficaci per raggiungerlo. Le tecniche del rispecchiamento empatico possono facilitare l'ascolto attivo e aiutare il professionista a promuovere la consapevolezza della persona su particolari aspetti che riguardano la sua salute.

La fase finale o chiusura prevede il riassunto di quanto è stato detto ed è utile per consolidare i contenuti emersi e trattati, anche al fine di verificare ciò che la persona ha effettivamente compreso e cosa necessita di ulteriori chiarimenti. In questa fase è possibile pianificare le azioni o i passi successivi da compiere in base a quanto si è concordato, individuando insieme all'altro le soluzioni percorribili in quel momento, ma lasciandogli autonomia nella scelta. A volte la soluzione concordata può non corrispondere a quella che l'operatore considerava più opportuna. Così come il processo di accoglienza, anche la chiusura dell'incontro e il saluto devono avvenire in modo adeguato, senza essere affrettati e offrendo disponibilità quando possibile a ulteriori incontri e contatti o, a seconda della situazione, orientando la persona verso un altro percorso o struttura, secondo una prospettiva di intervento di rete.

Promuovere attività fisica: tipologie di intervento breve

L'intervento breve di promozione dell'AF, che utilizza competenze di base del counselling, pone al centro della relazione l'individuo con i suoi bisogni nel "qui e ora". L'ascolto, lo scambio interattivo, la comprensione e l'accettazione di ciò che l'altro dice e prova sono determinanti per favorire una comunicazione efficace in un clima relazionale positivo, e facilitano il raggiungimento dello scopo dell'intervento stesso: attivare un processo di potenziamento delle risorse della persona,¹⁶ in modo che possa affrontare attivamente specifiche difficoltà e ricercare le possibili soluzioni per praticare l'AF più adatta alla propria quotidianità e condizione, considerando i fattori legati alla dimensione individuale (età, conoscenze, convinzioni o timori sui rischi dell'AF, consapevolezza dei benefici e grado di motivazione personale, capacità personali, preferenze e attitudini, stato di salute) e quelli relativi alle eventuali opportunità offerte dal contesto di vita (dimensione familiare, condizione economica e lavorativa, livello di istruzione, tempo libero, disponibilità di spazi verdi, piste ciclabili o servizi socio-sanitari), ovvero l'offerta del territorio.³³

Intervento breve

Si può inserire in un processo relazionale già avviato per altri motivi, e rappresenta un'opportunità per proporre uno stile di vita attivo. Richiede un tempo che indicativamente va dai 3 ai 7 minuti e prevede la comprensione dello stato di salute percepito dalla persona, con un'attenzione specifica al suo livello di consapevolezza riguardo allo stile di vita, al fine di fornire un sostegno per gestire eventuali dubbi, perplessità, vincoli o impedimenti rispetto alla possibilità di praticare AF. Se possibile, l'intervento andrebbe concluso fornendo e illustrando materiale informativo che riassume quanto detto durante il colloquio, proponendo un nuovo appuntamento e programmando un follow-up, o inviando verso servizi specializzati per un supporto ulteriore. L'operatore deve possedere conoscenze aggiornate per la promozione dell'AF e differenziate per il livello di complessità e approfondimento da raggiungere in base al ruolo professionale e al setting d'intervento.

Il numero delle opportunità di incontro può condizionare l'intensità e l'obiettivo dell'intervento, che potrà essere di tipo prevalentemente informativo nel caso di un'unica occasione di incontro, oppure orientato a rafforzare i messaggi e approfondire implicazioni emotive e aspetti motivazionali nel caso di incontri ripetuti.^{15 34}

Di seguito vengono descritti in modo schematico alcuni passaggi o fasi fondamentali dell'intervento breve per la promozione dell'AF, prendendo come riferimento le competenze di base del counselling e lo schema processuale per la conduzione del processo relazionale, che è parte integrante di tali competenze.

Accoglienza. L'intervento si inserisce spesso in un processo relazionale già avviato per altri motivi e le indicazioni fornite vanno intese quale supporto per qualsiasi forma di interazione e comunicazione, ancor di più nel caso di interventi di promozione di stili di vita salutari. A livello verbale, può essere utile esprimere accoglienza e interesse per la persona utilizzando espressioni quali:

- **“Buongiorno. Prego, si accomodi. Come si sente oggi?/Mi fa piacere vederla/Ci rivediamo, come avevamo concordato”.**

A livello di comunicazione paraverbale e non verbale si può manifestare accoglienza con lo sguardo e il tono della voce o alzandosi dalla sedia per andare incontro o dando la mano quando possibile. Un approccio accogliente ed empatico aiuta la persona a sentirsi a proprio agio, predisponendola all'apertura e al confronto sui temi di salute.

Ascolto attivo. Aiuta a comprendere il punto di vista sul tema dell'AF, le necessità informative, le risorse personali e anche lo stato di salute percepito dalla persona. Per introdurre l'argomento, l'operatore può utilizzare la Scala di soddisfazione dello stato di salute percepito (Figura 4.1):³⁵

- ▶ “Se dovesse valutare con un numero da 1 a 7 il suo stato di salute attuale, come si posizionerebbe, considerando che 1 significa “Per nulla soddisfatto” e 7 “Del tutto soddisfatto”?”

Figura 4.1 – Scala di soddisfazione dello stato di salute percepito

1	2	3	4	5	6	7
Per nulla soddisfatto						Del tutto soddisfatto

Dopo aver ascoltato la risposta sullo stato di salute percepito, è importante approfondire le abitudini e gli eventuali ostacoli rispetto alla pratica dell'AF, ricorrendo a una o più domande aperte e valutando il tempo a disposizione per l'approfondimento. L'operatore potrebbe utilizzare frasi come:

- ▶ “Poco fa, quando le ho chiesto come potrebbe valutare il suo attuale stato di salute, mi diceva che in questo periodo si sente poco in forma, in quanto è un po' in sovrappeso (*rispecchiamento empatico, tecnica della riformulazione*). Potrebbe approfondire questo aspetto facendo riferimento alla sua disponibilità a fare un po' di movimento nel corso della giornata?” - “Mentre rispondeva alla mia domanda, mi è sembrato di cogliere dal tono della sua voce disagio o perplessità... le andrebbe di spiegare cosa la preoccupa al riguardo?” (*delucidazione e messaggi in prima persona*) - “Durante la giornata ha la possibilità di svolgere un po' di attività fisica, per esempio facendo giardinaggio, camminando, ballando, andando in bicicletta...?” - “Ha mai pensato di dover cambiare qualcosa nella sua routine giornaliera riguardo al movimento fisico?”

Focalizzazione del problema. Nell'intervento breve (a differenza di quello molto breve, v. *paragrafo successivo*) è indicato compiere un'ulteriore indagine sul bisogno informativo, identificando gli elementi che possono caratterizzare il problema generale, al fine di chiarire ciò che potrebbe preoccupare la persona e costituire una leva motivazionale importante per favorire la decisione di adottare qualche cambiamento. Di seguito alcune frasi introduttive che potrebbero essere utilizzate:

- “Mi rendo conto delle sue difficoltà nell’inserire l’attività fisica tra i vari impegni della giornata e che questo possa rappresentare per lei un problema (*comprensione empatica*). A questo proposito, le volevo dare qualche informazione che potrebbe essere utile per trovare una soluzione adeguata alle sue esigenze.” - “C’è un aspetto che in questo momento si sente disponibile ad approfondire insieme?” - “Quali cambiamenti adotterebbe per rendere la sua attività fisica più piacevole?” - “Da come ha parlato, mi sembra che quello che più le dispiace dell’essere fuori forma sia... [ad esempio: “poter giocare con i suoi nipoti”]. Cosa ne pensa al riguardo?” (*tecnica della delucidazione e messaggio in prima persona*) - “Mi diceva che vorrebbe capire meglio come migliorare i suoi livelli di attività fisica, per sentirsi più leggero e godersi meglio i momenti di svago” (*tecnica della riformulazione*).

In questa fase del colloquio è possibile utilizzare la tecnica della **bilancia decisionale**, un valido strumento operativo per riflettere insieme alla persona sui pro e sui contro (costi e benefici) sia dello stile di vita attuale sia di un eventuale cambiamento.^{5 20 36} Questa tecnica permette di facilitare il superamento dell’ambivalenza e delle barriere motivazionali della persona, approfondire i suoi valori e le preoccupazioni, accrescendo la consapevolezza del problema e dei benefici legati al cambiamento. Per aiutare la persona in questo processo, l’operatore può utilizzare anche una tabella che permette di avere un quadro sintetico di ciò che emerge dall’analisi dei pro e dei contro e attribuirvi uno specifico punteggio (Tabella 4.1). Questi aspetti possono essere verbalizzati o approfonditi dall’operatore durante l’incontro con la persona o, se possibile, in appuntamenti successivi.

Tabella 4.1. Costi e benefici di una scelta

Continuare a svolgere una vita sedentaria				Iniziare a fare attività fisica			
Benefici/ Aspetti positivi	Punteggio 1-10	Costi/ Aspetti negativi	Punteggio 1-10	Benefici/ Aspetti positivi	Punteggio 1-10	Costi/ Aspetti negativi	Punteggio 1-10
...		
...		
...		
Totale		Totale		Totale		Totale	

Informazione personalizzata. Dopo aver ascoltato, è importante fornire informazioni personalizzate, basate sui bisogni e sulla disponibilità della persona a riceverle. L'informazione infatti, in un intervento rivolto al singolo individuo, non dovrebbe essere mai generalizzata, uguale per tutti, e non dovrebbe partire dal punto di vista del professionista né da ciò che egli ritiene possa essere utile sapere per la persona che ha davanti. Al contrario, l'informazione dovrebbe essere centrata su ciò che emerge dall'ascolto e dall'osservazione durante l'intervento. Si possono utilizzare alcune frasi, come ad esempio:

- ▶ “Dalle sue parole mi sembra di capire che lei non si sente per nulla soddisfatto della sua vita sedentaria... (*delucidazione e messaggi in prima persona*). Se vuole, possiamo vedere insieme quali sono le tipologie di attività fisica che può praticare...” - “A tale proposito, le vorrei indicare, per sua conoscenza, il livello di attività fisica raccomandato per la sua età...” - “Considerando che da una parte le risulta difficile fare movimento perché non trova il tempo e dall'altra preferisce leggere o vedere la TV quando ha un po' di tempo libero (*riformulazione*), le faccio presente che ci sono molte attività della vita quotidiana che potrebbe svolgere per raggiungere i livelli di attività fisica raccomandati...”.

Per rafforzare il messaggio, è possibile utilizzare, se disponibili, strumenti informativi ad hoc che possono contribuire a rinforzare la consapevolezza sull'importanza di praticare AF per la salute.

Identificazione di un obiettivo concreto, realistico, raggiungibile. Come passaggio finale, prima di avviarsi alla chiusura del colloquio, è necessario concordare con la persona un obiettivo chiaro e raggiungibile in quel momento. Ad esempio:

- ▶ “Considerando i vantaggi e gli svantaggi che abbiamo individuato, in questo momento, che cosa pensa di poter fare per migliorare la pratica dell'attività fisica nel prossimo mese?”

Presentazione di alternative e soluzioni da concordare. Sulla base dell'obiettivo concordato, l'operatore può facilitare la persona nell'individuare un ventaglio di possibili soluzioni tenendo in considerazione le sue preferenze, le esperienze passate e le opportunità presenti sul territorio in termini di strutture (come palestre), infrastrutture (ad esempio, piste ciclabili, spazi verdi) e programmi di promozione dell'AF (ad esempio, i gruppi di cammino organizzati). Di seguito sono proposte alcune frasi introduttive che potrebbero essere utilizzate:

- ▶ “Mi diceva che, tra le varie opzioni, fare le scale e camminare nel tragitto da casa alla metro le sembra la scelta più percorribile...” - “Prima che nascesse suo figlio, lei andava regolarmente a giocare a tennis con suo cugino. Ora che suo figlio è cresciuto, potrebbe riproporre a suo cugino di riprendere l'attività una o due volte a settimana.” - “Se non sbaglio, nella sua zona c'è un bel parco facilmente accessibile, dove poter fare una passeggiata o una corsetta quando ha un po' di tempo libero...” - “Dal momento che abita vicino al mare, ora che è arrivata la bella stagione, potrebbe andare ogni tanto a farsi una nuotata o una passeggiata sulla spiaggia...” - “Se non la conosce già, mi permetta di illustrarle questa attività promossa dalla ASL: i “gruppi di cammino”.

Formulazione di un piano di azione. È importante che la persona si senta direttamente coinvolta nel processo di definizione delle azioni e che le sia lasciata, quanto più possibile, piena autonomia nelle decisioni (che verranno comunque concordate insieme), rinforzando così il suo processo motivazionale:

- ▶ “Sulla base di quanto abbiamo concordato e di quanto lei ritiene in questo momento di poter mettere in pratica, vediamo insieme quali passi si possono fare per realizzare il suo obiettivo”.

Riassunto e verifica. È necessario accertarsi che la persona abbia compreso il messaggio veicolato nel processo comunicativo; a tal fine, può essere utile porre domande aperte e riassumere quanto emerso durante l'intervento. Di seguito alcune frasi che potrebbero essere utilizzate:

- ▶ “Allora, mi sembra di aver capito dalle sue parole che lei ritiene possibile realizzare in un mese questo cambiamento... (*ripetere l'obiettivo di salute*)” - “Abbiamo concordato che potrà iniziare a usare le scale invece di prendere l'ascensore e che cercherà di sfruttare ogni occasione per camminare” - “Poco fa mi ha detto di voler capire meglio che cosa si intenda per ‘attività fisica’: le sembra ora più chiaro?” - “Sono riuscito a chiarirle quali siano i livelli adeguati di attività fisica per la sua età?” - “Dall'espressione sul suo viso mi sembra preoccupata..., da quanto mi dice, capisco che in questo momento lei ritenga che possa essere impegnativo affrontare dei cambiamenti nella propria quotidianità, ma le propongo intanto di iniziare e poi procedere per passi...” (*empatia, tecnica della delucidazione e messaggio in prima persona*).

Chiusura. È sempre opportuno mantenere un clima cordiale, che rinforza la relazione fra la persona e l'operatore e quindi l'efficacia dei messaggi di salute, consegnando, se disponibili, del materiale informativo sulla pratica dell'AF e i recapiti delle strutture che offrono AF sul territorio.

Intervento molto breve

Può essere rivolto opportunisticamente a tutti gli utenti nelle diverse occasioni di contatto e si può infatti inserire anche all'interno di un processo relazionale avviato per altri motivi. Richiede un tempo molto limitato, da 30 secondi a pochi minuti, è quindi adattabile a contesti in cui si ha l'opportunità di entrare in contatto con un'utenza numerosa e varia, ma poco tempo a disposizione. Può prevedere infatti anche solo la formulazione di una domanda riguardo alla pratica di AF ed eventualmente procedere con la proposta di messaggi brevi e chiari sull'importanza del movimento qualora la persona avesse uno stile di vita sedentario. È possibile fornire informazioni e indicazioni a sostegno di un comportamento attivo, per esempio chiarire cosa si intende per AF³⁷ e con quale modalità poterla praticare nell'arco della giornata (camminare, fare le scale, andare in bicicletta, ballare, fare giardinaggio), rafforzando alcuni messaggi chiave come "poca è meglio di niente", "più se ne fa e più aumentano i benefici" (eventualmente indicandone alcuni a breve termine riguardanti il benessere, oltre che quelli a lungo termine relativi alla prevenzione di molte malattie). L'intervento può anche prevedere, se opportuno, l'indicazione di servizi territoriali che possano offrire ulteriore supporto. Qualora la persona stia già adottando uno stile di vita attivo, è comunque importante supportarla nel mantenerlo. L'obiettivo è aumentare e rinforzare le conoscenze e la consapevolezza dell'importanza di praticare regolare AF e valutare l'apertura e la disponibilità della persona ad approfondire tali tematiche anche in altre occasioni. Se possibile, l'intervento andrebbe concluso fornendo e illustrando materiale informativo che riassume quanto detto durante il colloquio.

Come per l'intervento breve, è essenziale che l'operatore possieda conoscenze che siano aggiornate sul tema dell'AF e differenziate in base alle possibilità di intervento definite dal ruolo e dal setting professionale.¹⁵

Anche l'intervento molto breve per la promozione dell'AF prende come riferimento le competenze di base del counselling e lo schema processuale diviso in fasi – anche se meno articolate – dell'intervento breve: **accoglienza, ascolto attivo, informazioni personalizzate, riassunto e verifica, chiusura.**

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. Roma: Ministero della Salute; 2021.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
2. Eriksson M, Lindström B. Una interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa. Traduzione italiana a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte. Grugliasco: DoRS; 2014.
https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
3. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2020.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
4. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
5. De Mei B, Luzi AM. Guadagnare Salute. Dossier Guadagnare Salute. Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari. Milano: Zadig Editore; 2015.
https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
6. World Health Organization, Regional Office for Europe. Governance for health in the 21st century. Kickbusch I, Gleicher D (Ed.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governancefor-Health-Web.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
7. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO; 2013.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
8. Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A. Gruppo di lavoro. Lavoro di gruppo. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1996.
9. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen: WHO; 1984.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>; ultimo accesso 14/11/2022.
10. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 November 1986.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/59557>; ultimo accesso 14/11/2022.
11. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
12. Tzenalis A, Sotiriadou C. Health promotion as multi-professional and multi-disciplinary work. *Int J Caring Sci* 2010;(3)2:49-55.
13. De Mei B, Luzi AM. Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. Dossier Guadagnare Salute. Milano: Zadig; 2012.
https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
14. Murgatroyd S. Il counseling nella relazione di aiuto. Roma: Sovera Edizioni; 2008.

15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>; ultimo accesso 14/11/2022.
16. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
17. Bert G, Quadrino S. Il counselling nelle professioni di aiuto. Torino: Edizioni Change; 2006.
18. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practic* 1982;19(3):276-88.
<https://doi.org/10.1037/h0088437>; ultimo accesso 14/11/2022.
19. Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte; 2009.
<https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
20. Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. (Ed.). Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska. Il edizione. Torino: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte; 2014.
https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
21. Rogers CR, Kinget GM. Psicoterapia e relazioni umane. Torino: Bollati Boringhieri; 1970.
22. Di Fabio AM. Counseling e relazione d'aiuto. Linee guida e strumenti per l'autoverifica. Firenze: Giunti; 2003.
23. Giusti E, Masiello L. Il counseling sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute. Roma: Carocci; 2003.
24. Mucchielli R. Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto. Trento: Erickson; 2016.
25. Giusti E, Locatelli M. L'empatia integrata. Analisi umanistica del comportamento motivazionale nella clinica e nella formazione. Roma: Sovera Edizioni; 2007.
26. Carkhuff RR. L'arte di aiutare. Corso base. Trento: Erickson; 1987.
27. Gordon T. Relazioni efficaci. Come costruirle. Come non pregiudicarle. Molfetta (BA): Edizioni La Meridiana; 2014.
28. Rogers CR. La terapia centrata-sul-cliente. Firenze: Giunti Editore; 2013.
29. Hill CE, O'Brien KM. Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action. American Psychological Association 1999.
<https://psycnet.apa.org/record/1999-02337-000>; ultimo accesso 14/11/2022.
30. Giusti E, Ticconi G. La comunicazione non verbale. Il linguaggio segreto del comportamento in ambito clinico e nella formazione. Roma: Scione Editore; 2006.
31. Pezzotta P, Gatti M, Bellotti GG. Il counselling. In: Bellotti GG, Bellani ML, De Mei B, Greco D (Ed.). Il Counselling nell'infezione e nella malattia da HIV. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995 (Rapporti ISTISAN 95/28).
32. Littrell JM. Il counseling breve in azione. Roma: Quaderni ASPIC; 2001.
33. De Mei B, Cadeddu C, Luzi P, Spinelli A (Ed.). Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/9).
https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/pdf/18_9_web_rev.pdf; ultimo accesso 14/11/2022.
34. Shepherd MA, Lester C, van Woerden HC. Every Contact Counts: Encouraging public service workers to provide health advice during day to day contact with members of the public. 2012. doi:10.13140/RG.2.2.33712.56324

35. Regione Emilia-Romagna. Presentazione FAD e Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/doc/atti-di-convegni/PresentazioneFADeVademecumcounselingmotivazionalebreve.pdf/@@download/file/Presentazione%20%20FAD%20e%20Vademecum%20counseling%20motivazionale%20breve.pdf>; ultimo accesso 14/11/2022.
36. Janis I, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. London: Cassel & Collier Macmillan; 1977.
37. World Health Organization. Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.

CONCLUSIONI

Come ormai consolidato a livello internazionale, la promozione dell'AF, nell'ambito del più ampio processo di promozione della salute, è uno strumento essenziale nel contrasto alle MCNT, contribuendo a ridurne l'insorgenza e a rallentarne il decorso. La pratica regolare di AF sostiene e rafforza il benessere psicofisico e la qualità della vita di singoli e comunità e ha una ricaduta positiva sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

I trend epidemiologici internazionali e nazionali indicano aumenti generalizzati delle quote di sedentarietà nei diversi gruppi di popolazione, sebbene sia dimostrato che i benefici di una regolare AF si applichino a tutte le fasce di età e condizioni di salute, come evidenziato dall'approccio universale delle Linee-guida OMS sull'AF, aggiornate nel 2020. In tale documento, per l'indicazione dei livelli raccomandati di AF si richiama il concetto su cui è costruita la definizione operativa stessa di AF: non solo sport ed esercizio strutturato, ma qualsiasi attività e movimento del corpo che possano essere svolti nei diversi contesti della vita quotidiana, da quelli scolastici e lavorativi a quelli domestici e ricreativi, fino ai luoghi di cura e agli ambienti urbani.

Gli interventi di promozione dell'AF hanno dunque acquisito le caratteristiche di azioni che, integrate e coordinate, passano attraverso il coinvolgimento di setting e stakeholder differenziati, a più livelli e incorporando molteplici componenti.

Per poter realizzare un incremento concreto di AF nella popolazione è necessario, infatti, agire su più fronti: da **azioni regolatorie** e **strategie per modificare l'ambiente di vita** all'implementazione di **politiche e programmi intersettoriali**, come la promozione di forme di trasporto attivo, la creazione di spazi urbani facilmente accessibili alla popolazione e di strutture espressamente adibite all'AF, e l'attivazione di **collaborazioni e di reti**.

Per accrescere la consapevolezza sui benefici per la salute che derivano dall'essere fisicamente attivi, interventi brevi o molto brevi centrati sull'individuo, realizzabili in contesti e ambiti diversificati, non solo sanitari, assumono un ruolo strategico. Tali interventi – coordinati, coerenti e integrati all'interno di una rete interprofessionale e interdisciplinare – sono importanti a livello di sistema, in quanto sostenibili e concretamente applicabili da professionisti diversi, e possono contribuire a migliorare le conoscenze e a modificare gli atteggiamenti e, a lungo termine, i comportamenti dell'individuo a cui sono rivolti. Entrando in contatto con le persone in varie circostanze e fasi, i professionisti del territorio impegnati nella promozione dell'AF acquisiscono un ruolo di rilievo in quanto possono rivolgere interventi di promozione dell'AF centrati sulle specificità personali e valorizzando opportunità e risorse offerte dai contesti di vita.

Perché gli interventi siano efficaci, è necessario che i professionisti siano in grado di gestire con competenza e consapevolezza la relazione con le persone, per **informare, sensibilizzare, sostenere e motivare** sull'importanza di uno stile di vita attivo. A tale scopo, favorire la crescita della consapevolezza dei diversi professionisti sull'importanza strategica del loro ruolo e predisporre momenti formativi comuni per costruire un linguaggio condiviso rappresentano un investimento volto allo sviluppo di una cultura di impronta salutogenica e di una prospettiva del benessere della persona in senso lato, associato al contesto di vita, privato e sociale. Per questo è importante che il **bagaglio di competenze** sia ugualmente consolidato sia rispetto a quelle **tecnico-scientifiche** che relativamente a competenze trasversali, come quelle **comunicativo-relazionali** e di base del counselling.

Acquisisce dunque una valenza particolare la costituzione di un lavoro di rete, a cui partecipano coloro che, a vario titolo, sono coinvolti nella promozione dell'AF come strumento di benessere, prevenzione e cura, affinché possano rappresentare un riferimento per le persone, a loro volta riconosciute quali soggetti attivi e protagonisti della propria situazione di salute, di rischio e/o di malattia. In questo scenario, diventa fondamentale la presenza sul territorio di reti diffuse e capillari di professionisti che possano intervenire in ambiti differenziati, con competenze e ruoli definiti in base a specifiche necessità.

In Italia, gli elementi programmatici che si ritrovano nei documenti internazionali volti a identificare approcci, strumenti, tecniche e strategie sia di prevenzione e controllo delle MCNT sia di promozione dell'AF sono confluiti, rispettivamente, nei Piani Nazionale della Prevenzione – in modo rafforzato in quello attuale 2020-2025 – e nelle Linee di indirizzo 2019 e 2021 del Ministero della Salute. Di conseguenza, la sfida maggiore nel campo della promozione dell'AF, che vede il settore sanitario investito della responsabilità di guida, è quella di assolvere alle funzioni di costante implementazione, monitoraggio e valutazione delle strategie intersettoriali, a cascata, dal livello nazionale a quello regionale e locale, attraverso azioni complessive che intervengano sia sui comportamenti individuali sia sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita, secondo un approccio sistemico e coordinato tra tutti i settori della società.

Finito di stampare nel mese di novembre 2022
da Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma
per conto de Il Pensiero Scientifico Editore



ISBN 978-88-490-0749-7



9 788849 007497