I gruppi di cammino per promuovere l’attività fisica tra i soggetti sedentari

Data di inserimento	26/01/2021
Anno	2018
Descrizione dell'intervento	Con il termine “gruppo di cammino” ci si riferisce ad un’attività fisica organizzata e continuativa, basata su un gruppo di persone che si ritrova due/tre volte a settimana per percorrere a passo spedito un tragitto stabilito, urbano o extraurbano, sotto la guida di un conduttore, il “walking leader,” adeguatamente addestrato[1]. La sessione di camminata può essere preceduta e/o seguita da esercizi di riscaldamento e per il miglioramento dell’equilibrio. Si possono distinguere, in base al tipo di attività fisica svolta, gruppi di cammino classici basati su una camminata a passo sostenuto e, forme più codificate di intensità moderata modulabile come il nordic walking e il fit walking[2]. I gruppi di cammino dovrebbero comprendere una varietà di percorsi, ritmi e distanze da svolgersi in diversi giorni e momenti della settimana in modo da garantire la partecipazione al maggior numero di persone. Frequenza, durata e intensità delle attività dovrebbero essere modulate in base alle caratteristiche della popolazione coinvolta (età, livello di preparazione fisica e condizioni di salute)[3]. Gli interventi dovrebbero inoltre essere strutturati garantendo la sicurezza e l’accessibilità dei percorsi anche a persone con disabilità. Potrebbero, infine, essere anche inseriti all’interno delle aziende interessate a promuovere uno stile di vita più salutare tra i dipendenti. **Struttura della camminata[4]**: Una sessione dovrebbe avere una durata massima di 45/60 minuti suddivisa in 3 fasi: 1. fase di riscaldamento e mobilitazione articolare (circa 10 minuti); 2. fase di cammino medio/veloce di circa 30 minuti, con il walking leader che regola l’andatura in modo che si adatti a tutto il gruppo; 3. fase di rilassamento, 5 minuti di camminata a bassa intensità (defaticamento) e 5 minuti di esercizi di mobilitazione. L’intensità dell’attività varia a seconda della preparazione fisica del soggetto. In generale si consiglia come riportato dall’Istituto Superiore di Sanità: - di mantenere un passo che sia piacevole da sostenere e che possa essere mantenuto per almeno 40 minuti, tenendo conto che l’obiettivo è completare il tragitto stabilito insieme al conduttore (45/60 minuti); - un passo che faccia respirare un po’ più velocemente, che porti al riscaldamento del corpo e a un battito cardiaco leggermente accelerato. - Il ritmo di camminata dovrebbe consentire di conversare ma non di cantare. Alcune fonti scientifiche suggeriscono di usare proprio il test di conversazione (TALK Test) per stabilire la corretta velocità di andatura. Se la velocità del passo è corretta, dovrebbe essere possibile sostenere una conversazione: il respiro sarà più veloce, il battito cardiaco lievemente accelerato e ci si sentirà leggermente accaldati. Alla fine della camminata, la sensazione dovrebbe essere quella di un lieve/moderato affaticamento[4].
Popolazione target	Popolazione adulta di età superiore ai 18 anni, uomini e donne, generalmente poco attivi senza particolari rischi di caduta e fragilità.
Potenziale bacino di utenza	Circa 13.526.616* di italiani di età> 18 anni risultano essere sedentari e potrebbero essere esposti all’intervento. *[Il 34,5% degli italiani di età superiore ai 18 anni è sedentario[5]; la popolazione italiana di età>18 anni è pari a 39.207.583][6].
Equità	La partecipazione all’intervento tende ad essere minore da parte delle classi socioeconomiche più svantaggiate, principalmente per i costi e la scarsa informazione sulle disponibilità locali[7].
Operatori coinvolti	- Professionisti che lavorano nel campo della Sanità Pubblica (ASL, MMG.); - Professionisti nel settore dei trasporti, dell'ambiente e dello sviluppo economico; - Organizzazioni ricreative e volontari, Associazioni Comunali, Centri Anziani e altri Enti Locali[3,8].

Efficacia teorica	Dal lavoro di Kassavou et al (2013)[9] emerge una crescita dell'attività fisica praticata dalla popolazione adulta [differenza media standardizzata (SMD) 0,52 (0,32;0,71), p<0,0001], con effetti maggiori nel lungo termine e, nei gruppi di sesso misto e di età più giovane (18-59 anni). Il lavoro di Hanson e Jones (2015)[10] mostra l'efficacia dei gruppi di cammino sulla salute, riportando riduzioni significative dei valori metabolici nei partecipanti al termine degli interventi. Dalla metanalisi emergono riduzioni statisticamente significative della differenza media per la pressione arteriosa sistolica -3,72 mm Hg (da -5,28 a -2,17) e la pressione arteriosa diastolica -3,14 mm Hg (da -4,15 a -2,13); la frequenza cardiaca a riposo –2,88 bpm (da –4,13 a –1,64); il grasso corporeo –1,31% (da –2,10 a –0,52); il BMI –0,71 kg/m^2 (da –1,19 a –0,23); il colesterolo totale –0,11 mmol/L (da –0,22 a –0,01). I gruppi di cammino sembrano avere un effetto positivo anche sulla salute psicologica, riducendo i livelli di depressione (la differenza media standardizzata ha mostrato una riduzione dei punteggi di depressione con una dimensione dell'effetto di 0,67 [da -0,97 a 0,38].
Forza dell'evidenza	Si basa su revisioni sistematiche e metanalisi (Kassovou et al 2013; Hanson and Jones 2015) presenti su PubMed e Health Evidence.
Determinanti della copertura e dell'impatto	- Distribuzione sul territorio di percorsi pedonali sicuri, idonei e piacevoli; - gruppi di cammino attivi in Italia e a livello regionale[3]; - ASL con gruppi di cammino attivi; - associazioni sportive sul territorio coinvolte nell'organizzazione e promozione dei gruppi di cammino; - Medici di Medicina Generale che conoscono e consigliano i gruppi di cammino a livello locale; - soggetti inattivi informati e/o che potrebbero essere informati sull'esistenza dei gruppi di cammino.
Modalità di implementazione	Per aumentare l'aderenza ai gruppi di cammino si potrebbe: - garantire l'assenza di costi da parte dei partecipanti (favorendo così l'equità dell'intervento[7] - favorire la conoscenza dei gruppi tramite enti locali, MMG, associazioni[7]; - creare gruppi omogenei dal punto di vista delle prestazioni fisiche in modo da evitare l'abbandono da parte di soggetti con maggiori difficoltà; - creare calendari con più incontri giornalieri in fasce orarie differenti in modo da venire incontro all'esigenze dei partecipanti; - creare gruppi di cammino rivolti alle famiglie in modo da risolvere il problema di mancata partecipazione per la difficoltà nell'assistere i figli; - formare walking leader dotati di conoscenze nell'ambito dell'attività fisica, ma anche in grado di motivare i partecipanti e di creare un ambiente piacevole[11]; - assicurare percorsi facilmente raggiungibili a piedi o con mezzi di trasporto; - affrontare i problemi delle infrastrutture che possono scoraggiare le persone dal camminare, ad esempio il volume e la velocità del traffico automobilistico, la mancanza di comodi attraversamenti stradali, marciapiedi scarsamente mantenuti o la mancanza di essi[12].
Risorse necessarie	- Formazione dei volontari walking leader; - cooperazione tra Aziende Sanitarie Locali, Comune e Associazioni locali per creare una rete di promozione a livello territoriale; - materiali informativi per i professionisti coinvolti nell'organizzazione[13,14,15]; - individuazione dei percorsi idonei, accessibili, sicuri e piacevoli; - mappe dei percorsi disponibili; - cartellonistica per segnalare i percorsi; - eventuale presenza di punti di ritrovo dotati di spogliatoio con docce e bagni.
Fattibilità	Sono diverse le Regioni che presentano sul territorio gruppi di cammino[3].
Sostenibilità	L'intervento risulterebbe sostenibile nel lungo termine garantendo una corretta formazione dei walking leader, il sostegno degli operatori dell'assistenza primaria (tra cui i MMG), alleanze tra enti locali e associazioni sportive per la promozione dell'intervento e politiche del territorio che assicurino percorsi accessibili e sicuri.

Barriere all'implementazione dell'intervento	Tra le possibili cause di scarsa aderenza ai gruppi di cammino da parte della popolazione generale vi sono: - il costo e la scarsa informazione, soprattutto tra le classi socioeconomiche più svantaggiate[7]; - l'insicurezza e la convinzione di non essere sufficientemente allenati; - la mancanza di tempo; - motivi famigliari (gestione dei bambini ecc); - tendenza a non voler partecipare da soli soprattutto tra le donne[7,16]. Inoltre, l'abbandono potrebbe verificarsi per disomogeneità all'interno del gruppo per quanto riguarda le condizioni fisiche con incapacità di mantenere la velocità e il ritmo da parte di alcuni partecipanti[17]. Un altro limite potrebbe essere l'identificazione di percorsi urbani facilmente accessibili e raggiungibili, ma che assicurino la sicurezza dei pedoni e che permettano la partecipazione anche di soggetti con disabilità[8].
Accettabilità	I gruppi di cammino risultano essere un intervento efficace e più economico rispetto ad interventi di attività fisica in centri strutturati[18]. Inoltre, se correttamente organizzato e ben sponsorizzato potrebbe essere facilmente accettato dalla popolazione generale, anche tra le persone più anziane e tra le categorie a rischio.
Bibliografia	1. Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 Friuli Occidentale, I gruppi di cammmino: brochure (2017) 2. Mathieson S., Lin C.-W.C., "Health benefits of Nordic walking; a systematic review", Br J Sports Med , 2014, 48, pp. 1577-8. doi:10.1136/bjsports-2013-0932943. 3.RAPPORTO PREVENZIONE 2017. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace. Faggiano F. et al. "I gruppi di cammino per la promozione dell'attività fisica tra gli adulti: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile" di Sara Bortoluzzi, M. Elena Coffano, Silvia Caristia. 4.Istituto Superiore della Sanità https://www.epicentro.iss.it/obesita/pdf/territorio/lombardia/milano/Manuale%20WL%20small.pdf 5. Indagine Passi (2015-2018) https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita#dati. 6.Popolazione per età, sesso e stato civile. ISTAT 2019 https://www.tuttitalia.it/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2019/ 7. Withall J., Jago R., Fox K.R., "Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study", BMC Public Health , 2011, 11, p. 507.doi:10.1186/1471-2458-11-507. 8. Physical activity: walking and cycling. Overview/guidance/ NICE. (2012)https://www.nice.org.uk/guidance/ph41 9. Kassavou A., Turner A., French D.P., "Do interventions to promote walking in groups increase physical activity? A meta-analysis", Int J Behav Nutr PhysAct , 2013, 10, p. 18. doi:10.1186/1479-5868-10-18. 10. Hanson S., Jones A., "Is there evidence that walking groups have healthbenefits? A systematic review and meta-analysis", Br J Sports Med , 2015, 49,pp. 710-5. doi:10.1136/bjsports-2014-094157. 11. Morelli C., Sirtori M.D., Luigi Pajni M.V., Camminare insieme, manuale per i Gruppi di Cammino , 2017. www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/pdf/territorio/lombardia/milano/Manuale WL small.pdf. 12. Unintentional injuries on the road: interventions for under 15s. Overview/guidance/ NICE (2010) https://www.nice.org.uk/guidance/ph31 13. MANUALE GRUPPI DI CAMMINO EPICENTRO:www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/pdf/territorio/lombardia/milano/Manuale%20WL%20small.pdf 14. AZIONI PER UNA VITA IN SALUTE www.azioniperunavitainsalute.it/files/manuale_1_km_in_salute.pdf 15. Il colloquio motivazionale per incrementare la partecipazione nella popolazione in generale (E. Centis, V. Quercia, P. Beltrami, G. Guelfi ANNO) (www.azioniperunavitainsalute.it/files/manuale_1_km_in_salute.pdf). 16. South J., Giuntoli G., Kinsella K. et al. , "Walking, connecting and befriending: A qualitative pilot study of participation in a lay-led walkinggroup intervention", J Transp Heal , 2017, 5, pp. 16-26. doi:10.1016/j.jth.2016.12.008 17. Ciot E., Moretto F., Menegon T. et al. , "Organizzazione e gestione dei gruppi di cammino nell'AULSS 7 del Veneto, 2009-12", Bolletino Epidemiol. Naz.2013 . www.epicentro.iss.it/ben/2013/maggio/1.asp (accessed 25 Jul 2017). 18. Isaacs A.J., Critchley J.A., Tai S.S. et al. , "Exercise Evaluation Randomised Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centrebased exercise, community-based walking and advice only", Health Technol Assess , 2007, 11, pp. 1-165, iii-iv. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17313906.
Parole chiave	- promozione della salute - esercizio fisico - gruppi di cammino - attività fisica -
Aree di intervento	- attività fisica -
Setting	- comunitario -

Sintesi e traduzione	Scheda intervento realizzata all'interno del progetto del Ministero della Salute, CCM 2018: "Scegliere le priorità di intervento per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili”. Autori: Marta De Vito, UPO; Cristiano Piccinelli, CPO, Piemonte, Italia.