

I temi di



guadagnare salute

rendere facili le scelte salutari

nel Sistema di Sorveglianza



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

dell'Azienda ULSS 18 Rovigo

Anni 2009-2012

Rapporto elaborato da

Dr.ssa Patrizia Casale

Coordinatore aziendale

Responsabile SOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa

Azienda ULSS 18 Rovigo

con il prezioso contributo degli Operatori Sanitari che hanno effettuato le interviste rendendo possibile la realizzazione di questo rapporto:

- ***Claudia Cavalieri (2009-2012)***
- ***Giliola Rando (2009-2012)***
- ***Fabrizia Chioldin (2010-2012)***
- ***Sebastiana Giliberto (2010-2012)***
- ***Carla Daniolo (2009)***
- ***Alfredo Schiavo (2009)***

e del Gruppo Tecnico Regionale e Nazionale PASSI

***Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate
che hanno dedicato tempo e attenzione all'indagine***

Per approfondimenti sui temi indagati, procedure e metodi, pubblicazioni nazionali, regionali e di AULSS, network, aggiornamenti ed altro consultare il sito www.epicentro.iss.it/passi

Indice	
<i>Introduzione</i>	<i>pag. 4</i>
<i>Il Sistema di Sorveglianza PASSI</i>	<i>pag. 10</i>
<i>Gli stili di vita della popolazione residente nell'Azienda ULSS 18 rilevati dal PASSI</i>	<i>pag. 12</i>
<i>1. L'attività fisica</i>	<i>pag. 14</i>
<i>2. Lo stato nutrizionale ed il consumo di frutta e verdura</i>	<i>pag. 20</i>
<i>3. Il consumo di alcol ed "alcol e guida"</i>	<i>pag. 27</i>
<i>4. L'abitudine al fumo ed il divieto di fumo</i>	<i>pag. 32</i>
<i>Il rischio cardiovascolare nella popolazione dell'Azienda ULSS 18 secondo i dati PASSI</i>	<i>pag. 39</i>

Introduzione

Attualmente, le *malattie croniche o malattie non trasmissibili (non communicable diseases)* sono la causa principale di morte nel mondo: secondo il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 17 milioni di persone muoiono prematuramente ogni anno proprio a causa di una "epidemia" globale di malattie croniche. Un'epidemia che deve essere fermata per evitare sofferenze inutili e morte prematura ai milioni di persone che soffrono di malattie cardiovascolari, infarto, cancro, diabete, ecc. e che continua a crescere colpendo soprattutto i Paesi a basso e medio reddito e, all'interno di ogni paese, le persone in posizione di disagio sotto il profilo socio-economico.

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l'impatto di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura "*gli anni di vita persi a causa della disabilità*" (DALY, Disability Adjusted Life Year, pari alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in condizione di disabilità).

E' ormai accertato che più della metà delle malattie croniche è attribuibile a 7 fattori di rischio conosciuti, modificabili e quindi prevenibili e le percentuali di DALY attribuibili a questi sono (OMS 2002):

1. ipertensione arteriosa: 12,8%,
2. fumo: 12,3%,
3. consumo dannoso di alcol: 10,1%,
4. dislipidemia: 8,7%,
5. obesità e sovrappeso: 7,8%,
6. scarso consumo di frutta e verdura: 4,4%
7. inattività fisica: 3,5%.

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

Le malattie cardiovascolari causano il 18% dei DALY, per la maggior parte ascrivibili a malattie ischemiche del cuore (8,5%) e ictus (5%), i tumori determinano un ulteriore 18% (il cancro del polmone 3,5%, quello colo-rettale 2,2% e della mammella femminile 1,7%), le malattie muscolo-scheletriche il 14% (con un ruolo maggiore per

la sede lombare 10%), i disturbi mentali il 10%, gli incidenti l'8,4% (con un ruolo crescente delle cadute 4%), la BPCO il 4%, il diabete oltre il 3%.

In Italia negli ultimi 20 anni si sono avuti notevoli miglioramenti dello stato di salute della popolazione sintetizzati da un'aspettativa di vita che negli uomini è passata da 74 a 80 anni (con anni in buona salute aumentati da 64 a 68) e nelle donne da 80 a 84 anni (con anni in buona salute da 69 a 72). Ad oggi emerge un quadro caratterizzato da poche malattie che causano la maggior parte di anni potenziali di vita in salute persi a causa di disabilità o morte prematura, secondo la valutazione DALY.

Nell'Azienda ULSS 18, nel periodo 1990-2011, la prima causa di morte, è data dalle malattie del sistema cardiovascolare, che provocano il 43% dei decessi, seguono i tumori (30%) seguiti dalle malattie del sistema respiratorio (5%).

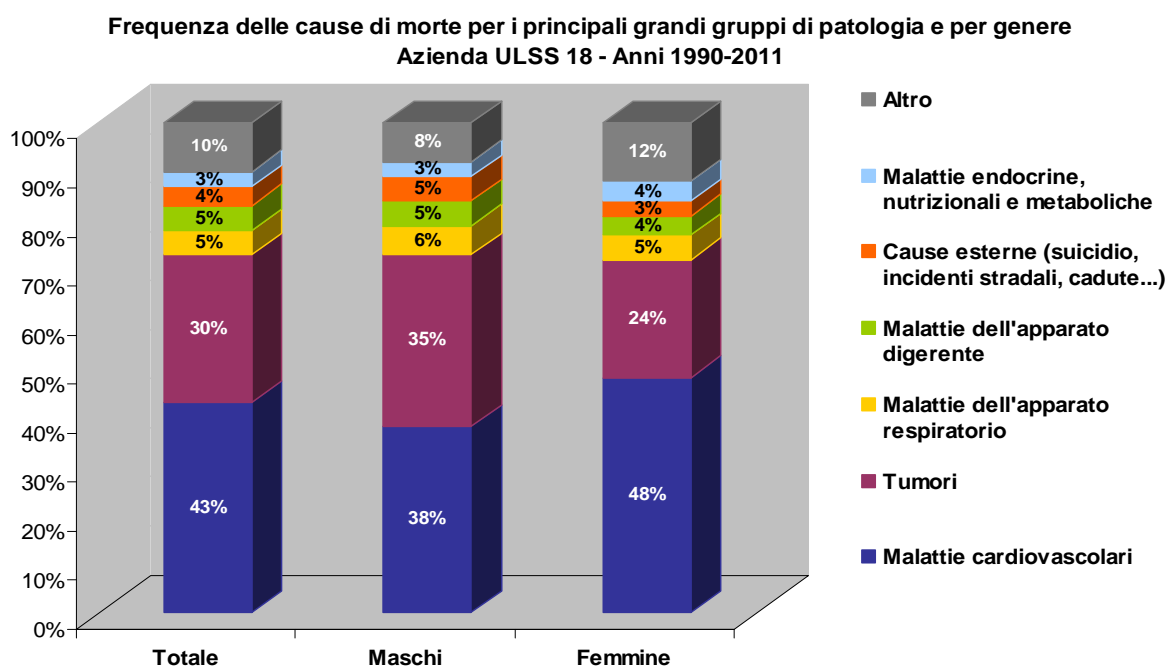
L'analisi per genere rileva che, in entrambi i sessi, la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema cardiovascolare, contribuendo per il 38% al totale delle morti nel sesso maschile e per il 48% in quello femminile; in entrambi i gruppi, le patologie maggiormente rappresentate sono le cardiopatie ischemiche.

I tumori rappresentano la seconda causa di morte, sia nel sesso maschile (35% del totale dei decessi) che in quello femminile (24%).

Le malattie del sistema respiratorio rappresentano la terza causa di morte in entrambi i generi (6% delle morti nei maschi e 5% nelle femmine).

Nella **Figura 1** si rappresenta la frequenza delle principali cause di morte per i principali grandi gruppi di patologie, in totale e suddivisi per genere nel periodo 1990-2011 nell'ULSS 18.

Figura 1



Alcune delle malattie croniche succitate hanno in comune 4 fattori di rischio: il fumo di tabacco, la ridotta o assente attività fisica, la scorretta alimentazione ed il consumo di alcol [OMS, 2011]: globalmente, questi fattori di rischio stanno aumentando. Le popolazioni, infatti, tendono a convertire la propria dieta sempre più verso una alimentazione ricca di grassi e di zuccheri, e al tempo stesso le situazioni abitative e lavorative inducono a ridurre notevolmente l'attività fisica. Oggi oltre un miliardo di persone, nel mondo, sono sovrappeso o obeso, e l'OMS prevede che questo numero salirà a 1,5 miliardi entro il 2015, se non si prendono contromisure immediate.

L'aumento di attività di marketing e di vendita di tabacco e sigarette nei Paesi a basso e medio reddito comporta una crescente esposizione ai rischi da fumo.

Oltre alle sofferenze fisiche, queste malattie generano gran parte del carico di lavoro e dei costi dei servizi sanitari, mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano.

Il riconoscimento del ruolo tanto rilevante di questi fattori di rischio nel provocare il "*carico di malattia*" (*burden of disease*), cioè l'impatto di un problema di salute misurato dalla mortalità, dalla morbilità ed altri indicatori sanitari, oltre che dal costo economico, si basa su misure di associazione e di attribuzione e sull'osservazione della riduzione della mortalità e morbilità per specifiche malattie croniche a seguito di mutamenti dell'esposizione ai fattori di rischio. In seguito a ciò all'inizio del nuovo millennio, l'Assemblea delle Nazioni Unite, con la dichiarazione su "*Prevenzione e controllo delle malattie croniche non trasmissibili*", ha avviato un percorso che ha condotto a definire strategie di sanità pubblica appropriate, coordinate a livello globale dall'OMS e ad individuare gli interventi efficaci, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle patologie.

Secondo il Ministero della Salute, la *sorveglianza* è una funzione essenziale nel sistema "sanità", infatti nel modello di governance, promosso con il *Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012* e nel successivo *2014-2018*, la sorveglianza diventa fondamentale per la realizzazione di un sistema informativo per la prevenzione, con produzione di informazioni che servano sia a supportare la programmazione, l'implementazione, il monitoraggio, ma soprattutto ad effettuare valutazioni di impatto degli interventi di prevenzione messi in atto.

Le strategie delineate nel Piano Nazionale vengono declinate nei *Piani Regionali della Prevenzione*, adattandoli alle realtà locali, e, a cascata, riprese nelle azioni

programmatorie delle Aziende Sanitarie, in particolare dalle strutture operative del Dipartimento di Prevenzione.

Il PNP 2010-2012 distingue alcune macro-aree di intervento:

- ✓ *Medicina predittiva*, che si rivolge agli individui sani, con la valutazione del rischio individuale di malattia (es. utilizzo della carta del rischio cardiovascolare) ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
- ✓ *programmi di prevenzione collettiva* che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, degli eventi infortunistici in ambito stradale o domestico ecc.) compresa la prevenzione e *sorveglianza* di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze);
- ✓ *programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio* e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare);
- ✓ *programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia* e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc. (prevenzione e *sorveglianza* della disabilità e della non autosufficienza).

Il nuovo approccio del PNP consiste nel fatto che sia l'enucleazione di *priorità di salute* che la scelta degli *indicatori per il monitoraggio degli interventi intrapresi e/o dei risultati* ottenuti dovrebbero derivare dall'utilizzo sistematico di dati/informazioni disponibili (di natura demografica, epidemiologica, economica, sociale, ambientale, tecnica, scientifica, ecc.); tutto ciò comporta la necessità di un consolidamento della "cultura del dato" e di una gestione sistematica delle conoscenze.

L'impostazione strategica si basa inoltre su un'azione preventiva sempre più multidisciplinare e intersettoriale, sulla "persona" posta al centro della

programmazione e dell'azione e su una particolare attenzione alla Medicina predittiva e alla prevenzione terziaria. Ne consegue l'utilizzo dell'*Evidence Based Prevention*, di dati epidemiologici "organizzati" (sorveglianze, sistemi informativi correnti, Registri di patologia, ...) e di una valutazione in continuo dei risultati raggiunti anche per "innescare un circolo virtuoso che adegui sempre più gli interventi ai contesti cui sono diretti".

Nel Piano sono tracciate varie linee di intervento, e nello specifico la *Linea di intervento 2.9-Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)* prevede l'implementazione dei Sistemi di sorveglianza, tra cui il PASSI.

Nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie si sono sviluppati negli anni diversi sistemi di sorveglianza, specifici per età e stili di vita della popolazione



OKkio alla salute
(8-9 anni)



Health Behaviour School-aged Children-HBSC
(11-13-15 anni),



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
(18-69 anni)



PASSI d'Argento
(65 anni e più)

Tali sistemi contribuiscono, integrati con altri fonti esistenti (ISTAT, SDO, mortalità, ecc.), a fornire indicatori utili per lo sviluppo e il monitoraggio del Piano.

Gli obiettivi del PNP sono per lo più già inseriti nella strategia generale del programma nazionale "**Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari**" approvato con DPCM 4.5.2007 (G.U. 117/2007) e nel Piano Nazionale della Prevenzione.

"Guadagnare salute" rientra nella cornice della strategia europea "*Gaining in health*" (Guadagnare in salute), promossa dall'OMS nel 2006, per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, e "*Action Plan 2008-2013*" riguardante le malattie non trasmissibili che definisce gli obiettivi e le azioni da attuare nell'arco di 6 anni, fissando indicatori guida per il lavoro dell'OMS, con particolare attenzione verso i Paesi a basso e medio reddito.

Il programma “*Guadagnare Salute*” del Ministero della Salute è un intervento “multicomponenti” che coinvolge diversi Ministeri ed Enti pubblici, Associazioni, ecc. e che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute.

Si articola, partendo proprio dai 4 fattori di rischio modificabili e principali determinanti delle malattie croniche più frequenti, in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici basilari al fine di indurre comportamenti alimentari salutari (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di bevande e alimenti troppo calorici), promuovere l’attività fisica, contrastare il tabagismo e l’abuso di alcol al fine di ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI

Il *Sistema di Sorveglianza PASSI* è stato realizzato per rilevare informazioni sui determinanti di salute, che rappresentano un classico “bersaglio in movimento” e necessita pertanto di un sistema di sorveglianza dinamico.

PASSI, infatti, è sistema di sorveglianza “in continuo” in grado di monitorare la maggior parte dei comportamenti della popolazione affrontati dal programma “Guadagnare Salute” per verificarne l’andamento nel tempo e per indirizzare e/o modificare le politiche e gli interventi di sanità pubblica.

PASSI, al quale partecipano tutte le Regioni e le Province Autonome tramite quasi tutte le Aziende Sanitarie, ha come obiettivo di stimare la frequenza e l’evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, e la diffusione delle misure di prevenzione.

Il sistema rileva informazioni riguardanti:

- comportamenti che costituiscono un rischio per la salute, ad esempio fumare, essere sedentari, seguire una dieta povera di frutta e verdura;
- comportamenti “preventivi”, quali l’essersi sottoposti agli screening per la diagnosi precoce dei tumori o a vaccinazione antinfluenzale, ma anche l’adozione di misure di sicurezza alla guida o in ambienti di lavoro;
- condizioni sanitarie (diagnosi di ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia o diabete, malattie croniche...) che rappresentano fattori di rischio cardiovascolare e sono fortemente correlati ai fattori di rischio comportamentali indagati;
- caratteri socio-demografici, che rappresentano altrettanti determinanti di salute, come l’età, il sesso, il titolo di studio, la cittadinanza, la condizione economica e lavorativa;
- atteggiamenti e percezioni, come ad esempio quelli relativi allo stato di benessere fisico e psicologico.

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di ULSS tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

La popolazione di studio è costituita da persone fra i 18 e i 69 anni iscritte all’Anagrafe Sanitaria dell’Azienda ULSS 18, periodicamente aggiornata.

I criteri di inclusione sono: la residenza nel territorio di competenza dell’AULSS e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l’impossibilità di sostenere un’intervista (ad es. per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l’istituzionalizzazione durante il periodo dell’indagine.

Strategie di campionamento

Il sistema di sorveglianza PASSI è nato soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello di AULSS, il campionamento deve garantire quindi la rappresentatività a livello aziendale.

Il tipo di campionamento scelto è il campionamento “stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34 anni, 35-49 anni, 50-69 anni)” ed è direttamente effettuato dal coordinatore aziendale dall’Anagrafe Sanitaria dell’AULSS.

Il protocollo dello studio prevede che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna ULSS, sia di 25 unità. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irreperibili o che non desiderano partecipare all’indagine.

Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale con i dati complessivi della regione di appartenenza, il Gruppo Tecnico Nazionale ha provveduto a mettere a disposizione i programmi di analisi per ottenere le stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole AULSS partecipanti al sistema di sorveglianza.

Interviste

Nella fase iniziale della sorveglianza sono stati informati, tramite lettera, i Medici di Medicina Generale ed i Sindaci dei Comuni appartenenti all’Azienda ULSS.

Le interviste telefoniche alla popolazione in studio sono condotte da personale sanitario dell’Azienda opportunamente addestrato e aggiornato con corsi di formazione, organizzati a livello regionale.

I cittadini estratti ed i loro Medici di Medicina Generale vengono preventivamente avvisati tramite un’ulteriore lettera spedita dal personale dell’AULSS.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l’effettuazione di misurazioni dirette da parte di Operatori Sanitari. La qualità dei dati è assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi delle informazioni

I dati delle interviste, raccolti rispettando le normative sulla privacy dagli Operatori Sanitari, vengono inviati, in maniera anonima, all’Istituto Superiore di Sanità - CNESPS, che restituisce le informazioni ai coordinatori aziendali che le elaborano per la stesura dei rapporti e/o delle schede tematiche specifiche per argomento, per la propria Azienda Sanitaria.

L’analisi dei dati raccolti viene effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale.

Gli stili di vita della popolazione residente nell'Azienda ULSS 18 Rovigo rilevati dal PASSI anni 2009-2012

In questo rapporto si restituiscono i risultati del **Sistema di Sorveglianza PASSI** relativi al quadriennio 2009-2012, che viene attuato nell'Azienda ULSS 18 dal 2008. In particolare vengono riportati quelli riferiti agli stili di vita più rilevanti in relazione al loro effetto sulle malattie cronico-degenerative più frequenti (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie e diabete, ...) e ripresi dal programma Guadagnare Salute:

1. *attività fisica,*
2. *alimentazione e stato nutrizionale,*
3. *consumo di alcol,*
4. *abitudine al fumo.*

Caratteristiche socio-demografiche del campione intervistato

Il campione di popolazione residente, composto da 1.119 persone intervistate nel dal 2009 al 2012, presentava caratteristiche socio-demografiche riportate in **Tabella 1**.

Tabella 1 - Descrizione del campione (n=1.119) Azienda ULSS 18 - Anni 2009-2012	
	% (IC 95%)
Uomini	50,0 (47,1-53,0)
Donne	50,0 (47,0-52,9)
Età media	45,1
Classi di età	
18-34 aa	25,6 (23,1-28,3)
35-49 aa	34,2 (31,5-37,1)
50-69 aa	40,1 (37,2-43,1)
Titolo di studio	
nessuno/elementare	9,7 (8,0-11,6)
media inferiore	34,0 (31,2-36,8)
media superiore	44,7 (41,7-47,7)
laurea	11,7 (9,9-13,8)
Livello di istruzione	
<i>alto</i> ¹	56,4
uomini	57,3
donne	55,4
18-34 aa	80,1
35-49 aa	61,9
50-69 aa	36,5

Segue Tabella 1	
<i>basso</i> ²	43,7
uomini	42,7
Donne	44,5
18-34 aa	19,9
35-49 aa	38,1
50-69 aa	63,5
Stato civile	
Coniugati	61,1 (58,2-64,0)
celibi/nubili	30,6 (27,9-33,4)
vedovi/e	3,1 (2,2-4,4)
separati/divorziati	5,2 (4,0-6,7)
Cittadinanza	
italiana	98,4 (97,4-99,0)
Straniera	1,3 (0,8-2,3)
Doppia	0,3 (0,1-0,9)
Lavoro regolare ³	63,5 (60,5-66,4)
uomini	72,2
Donne	54,8
18-34 aa	56,8
35-49 aa	82,0
50-69 aa	50,0
Difficoltà economiche	
Nessuna	48,6 (45,6-51,6)
qualche	40,9 (38,0-43,9)
Molte	10,5 (8,8-12,5)
¹ licenza media superiore o laurea	
² licenza media inferiore o elementare o nessun titolo	
³ campione compreso tra 18 e 65 anni	

Per la valutazione della *qualità* del Sistema di Sorveglianza PASSI si utilizzano alcuni indicatori di processo standard internazionali, tra i quali rilevanti sono risultati essere per l'Azienda ULSS 18:

1. *il tasso di risposta*, che misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistate e no), è fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine: nell'ULSS 18 è stato del 90,4% (Veneto 87,9%; Pool ASL 87,6%);
2. *il tasso di rifiuto*: nell'indagine è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a rispondere all'intervista, per cui viene registrata come un rifiuto e sostituita, pertanto questo indicatore misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili: nell'Azienda ULSS 18 il tasso di rifiuto è stato del 6,3% (Veneto 9,7%; Pool ASL 10,4%).

1. L'attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute fisica e aumenta il benessere psicologico. In particolare, l'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di morte prematura per tutte le cause, di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità, ictus, osteoporosi, depressione, alcuni tipi di cancro (del colon retto, del seno e dell'endometrio) ed esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata. Inoltre, previene i traumi da caduta negli anziani, favorisce il rafforzamento osseo, migliora le funzioni cognitive, determina perdita di peso (sovrappeso e obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione) e migliora la fitness cardiovascolare e muscolare.

Uno stile di vita sedentario determina il 9% delle malattie cardiovascolari, l'11% del diabete di tipo II, 16% dei tumori al seno, il 16% dei tumori al colon e il 15% delle morti premature [Lancet 2012].

Gli effetti sulla salute prodotti dall'attività fisica si possono notare già con poche ore settimanali di attività e crescono con l'aumento della quantità di attività fisica praticata.

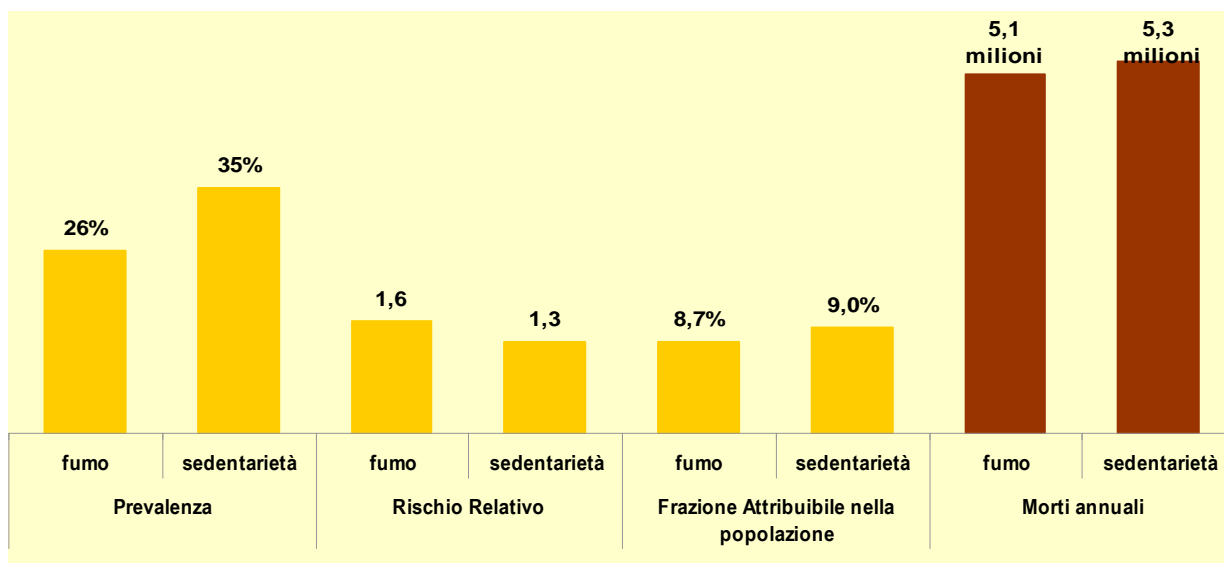
Si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Il rischio di ammalarsi a causa del proprio comportamento è maggiore nei fumatori rispetto a quello dei sedentari, tuttavia, data l'elevata prevalenza della sedentarietà, la frazione attribuibile nella popolazione (Population Attributable Fraction), cioè la stima dei casi incidenti che non si verificherebbero in assenza di un particolare fattore di rischio, è all'incirca la stessa per il fumo e per la sedentarietà.

Infatti, a livello globale, il numero annuale di morti attribuibili alla sedentarietà è all'incirca lo stesso di quello attribuibile al fumo di tabacco [Chi Pang Wen, Xifeng Wu, "Stressing harms of physical inactivity to promote exercise", The Lancet, Vol. 380, Issue 9838, p.192-193, 21 luglio 2012].

La **Figura 2** rappresenta il confronto dell'impatto sulla salute di 2 fattori di rischio; fumo e sedentarietà, a livello mondiale [tratta da "Profilo di salute della Provincia di Trento 2012"].

Figura 2 - Confronto dell'impatto sulla salute del fumo e della sedentarietà a livello globale



Definizioni utilizzate nel questionario PASSI

1. Attività fisica svolta fuori dal lavoro:

- **intensa** che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione (correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici) per più di 20 minuti per almeno 3 giorni alla settimana,
- **moderata** che per quantità, durata e intensità comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione (camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti) per almeno 30 minuti al giorno per almeno 5 giorni alla settimana.

2. Attività fisica svolta durante il lavoro:

- **lavoro pesante** che richiede un notevole sforzo fisico (manovale, muratore, agricoltore),
- **lavoro moderato** che richiede uno sforzo fisico moderato (operaio in fabbrica, cameriere, addetto alle pulizie),
- **lavoro sedentario** comporta lo stare seduto o in piedi (lavoro al computer, guida della macchina, lavori manuali senza sforzi fisici).

Limiti di queste definizioni sono legate al fatto che gli indicatori misurano un comportamento riferito dall'intervistato e sono in teoria soggetti a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento che spinge il rispondente a sovrastimarne (per gli attivi) o sottostimare (per i sedentari) la frequenza.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta per ottenere dei benefici di salute: il livello dell'attività fisica minima raccomandato nella popolazione adulta è di trenta minuti di attività moderata al giorno per almeno cinque giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di venti minuti per almeno tre giorni alla settimana.

Le persone vengono, quindi, definite:

1. *attive* se svolgono un lavoro pesante oppure aderiscono alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni),
2. *parzialmente attive* se non fanno un lavoro pesante, ma qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati,
3. *sedentarie* se non svolgono un lavoro pesante e non fanno alcuna attività fisica nel tempo libero.

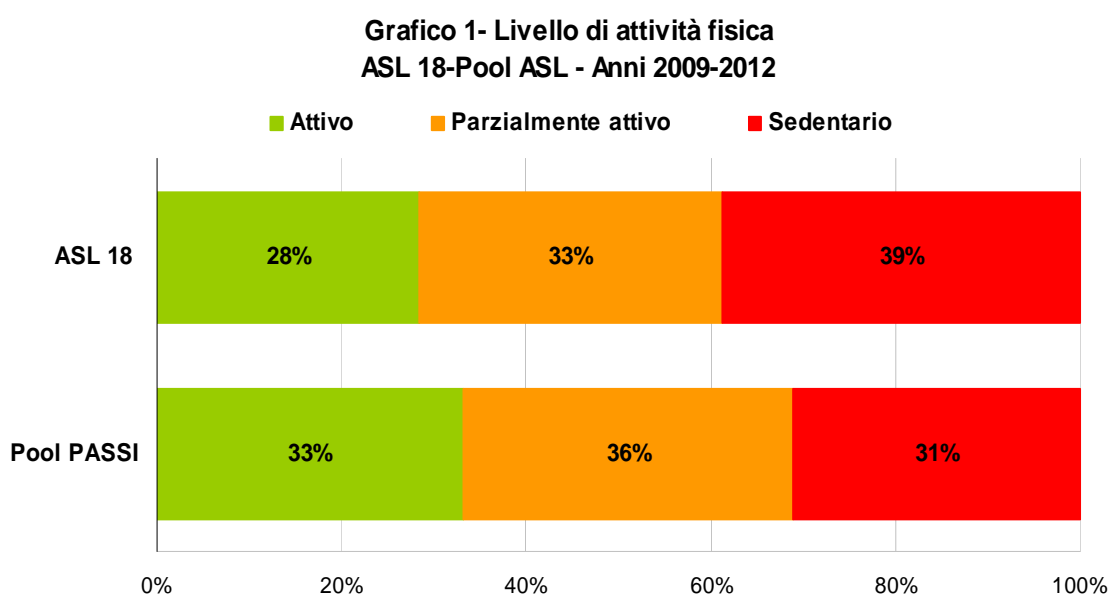
Le persone fisicamente attive e i sedentari

Dalle stime rilevate nel periodo 2009-2012, il 28% dei residenti nell'ULSS 18 tra i 18 e i 69 anni adotta uno stile di vita *attivo*: conduce, infatti, un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata, mentre un altro 33% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (*parzialmente attivo*), ed il 39% dei residenti è completamente *sedentario*. , questo significa che circa 47.000 persone in età adulta non praticano alcun tipo di attività fisica.

La sedentarietà è più frequente:

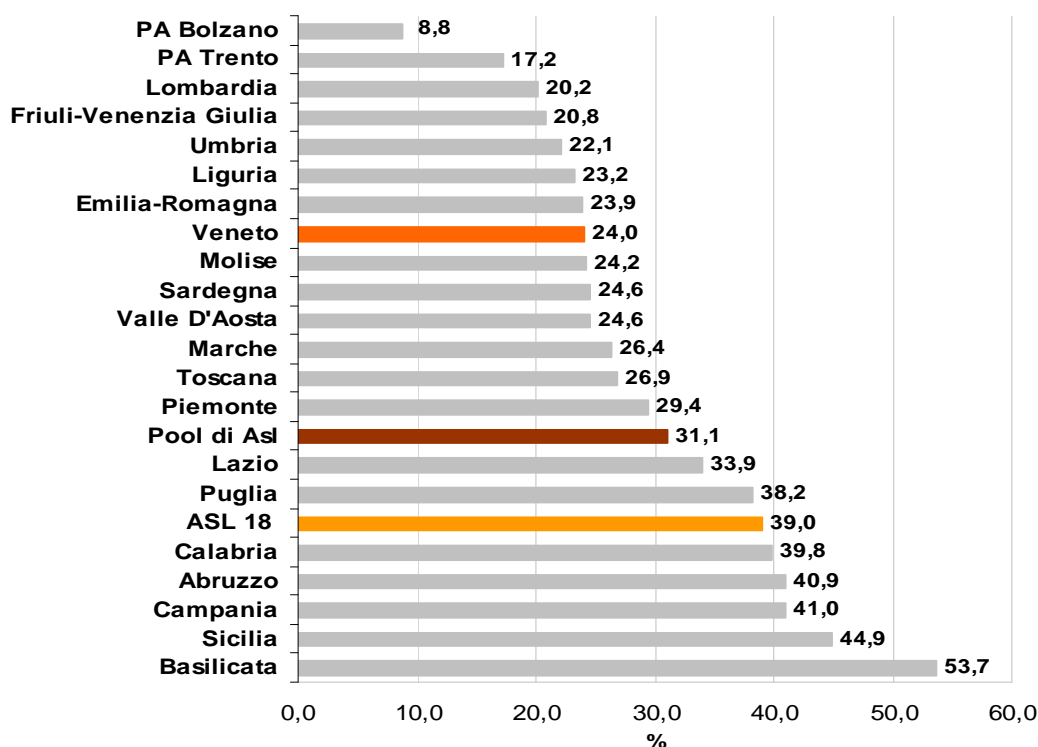
- nella fascia di età più anziana (39-49 anni 39% e 50-69 anni 40%),
- fra le donne (41%),
- fra le persone con molte difficoltà economiche (50%),
- fra quelle con un titolo di studio basso o assente (41%),
- tra gli intervistati con cittadinanza straniera (60%).

Il **Grafico 1** riporta il confronto dei livelli di attività fisica tra ULSS 18 e il Pool di ASL a livello nazionale.



La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centro-meridionali (con il valore più alto in Basilicata, 54%, con eccezione di Molise, 24% e Sardegna, 25%), e con i valori più bassi nella P. A. Bolzano (9%) e nella P.A. di Trento (17%) (**Grafico 2**).

Grafico 2 - Sedentarietà: prevalenze (%)
ASL 18-Regioni-Pool ASL - Anni 2009-2012

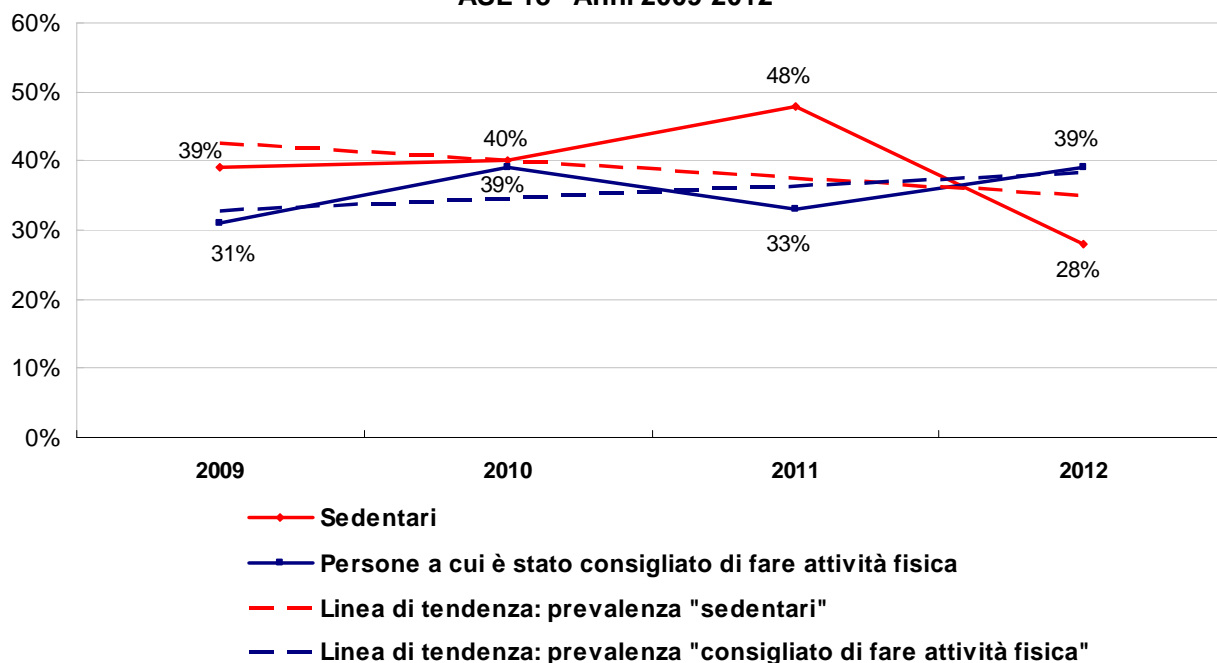


L'attenzione degli Operatori Sanitari

L'andamento temporale della prevalenza di sedentarietà nell'ULSS 18 indica una tendenza alla diminuzione dal 2009, anche se con andamento alterno nei 4 anni, mentre l'andamento temporale della percentuale dei Medici e degli Operatori Sanitari che consigliano di fare attività fisica mostra una tendenza in aumento, come evidenziato nel **Grafico 3**.

Fondamentale nella modifica degli stili di vita è il rapporto di fiducia degli assistiti con i Medici di Medicina Generale, che possono influire in modo positivo su una larga fetta di popolazione; sembra che i consigli dei Medici e degli Operatori Sanitari si dimostrino efficaci nel modificare il livello di attività fisica, infatti ad una più bassa percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica corrisponde una più alta percentuale di persone sedentarie, e viceversa (**Grafico 3**).

**Grafico 3 - Sedentari e persone a cui è stato consigliato di fare attività fisica:
andamento temporale e linee di tendenza
ASL 18 - Anni 2009-2012**

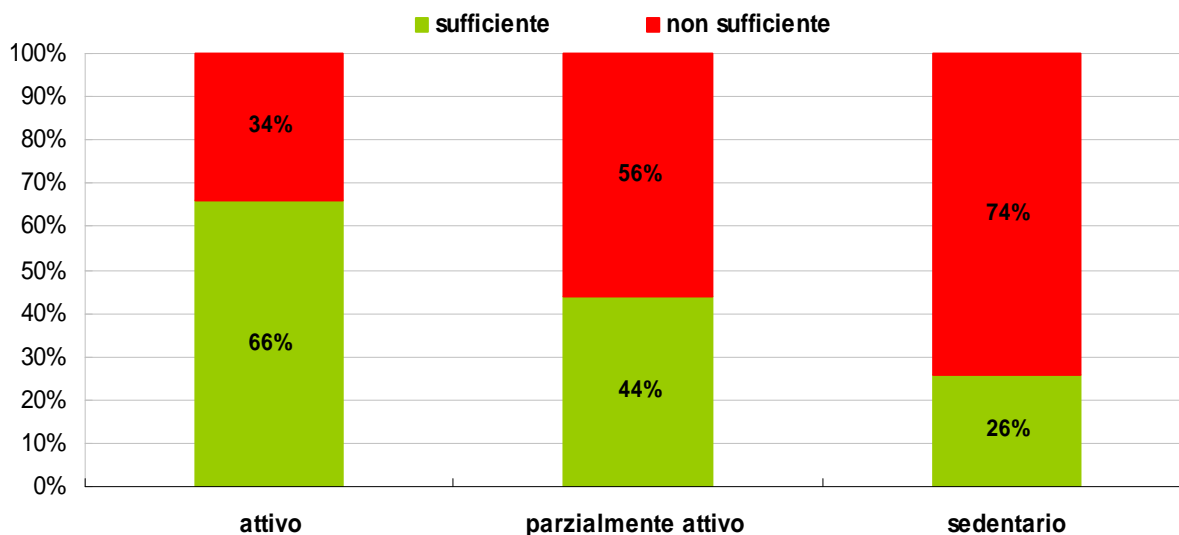


La percezione del proprio livello di attività fisica

Oltre all'intervento dei MMG, anche la percezione che la persona ha del livello di attività fisica praticata è importante nel condizionare eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Nell'ULSS 18 percepiscono erroneamente il proprio livello di attività fisica come sufficiente il 26% dei sedentari, il 44% delle persone parzialmente attive ed il 66% delle persone attive (**Grafico 4**); nel Pool di ASL nazionale sono rispettivamente il 20%, il 50% ed il 71%.

**Grafico 4 - Autopercezione del livello di attività fisica praticata, per categoria
ASL 18 - Anni 2009-2012**



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Nell'Azienda ULSS 18, lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio, risultando più diffuso che nella popolazione generale (39%) tra le persone depresse (40%), tra le persone in eccesso ponderale (42%) e tra i fumatori (44%), mentre è minore tra gli ipertesi (36%).

Nell'ULSS 18 si stima che il 39% dei residenti siano completamente *sedentari*: questo significa che circa 47.000 persone in età compresa tra i 18 ed i 69 anni non praticano alcun tipo di attività fisica.

Promuovere l'attività fisica rappresenta un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo.

In Italia ed in Veneto, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nei Piani della Prevenzione Nazionale e Regionale, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma "*Guadagnare Salute*" si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Nell'ULSS 18 da molti anni l'attività di promozione della salute, coordinata e svolta dalla SOC Igiene e Sanità Pubblica, si occupa dell'attività fisica quale tema rilevante nella prevenzione delle malattie cronicodegenerative più frequenti, con iniziative, svolte in collaborazione con altri soggetti (UISP, Amministrazione Provinciale e Comuni, ...), rivolte alle Scuole Primarie, agli adulti e anziani, a gruppi a rischio e con patologie specifiche. In particolare con la UISP si sono organizzati Gruppi di Cammino, corsi di Attività Fisica Adattata per patologie (mal di schiena, diabete...), Attività Fisica in acqua e ginnastica "dolce" per anziani.

2. Lo stato nutrizionale e il consumo di frutta e verdura

La condizione nutrizionale è un importante fattore che influisce sullo stato di salute di una popolazione, infatti l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie, peggiora la qualità della vita e ne riduce la durata.

L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) ha stimato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, cioè quanto un fumatore: ogni 15 kg di peso in eccesso aumenta del 30% il rischio di morte prematura.

Inoltre, i bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere a loro volta obesi: la causa è in parte genetica (rendendo gli individui ancora più vulnerabili in un contesto obesogenico) e in parte dovuta all'acquisizione degli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria).

In Italia, come nella gran parte dei paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di Indice di Massa Corporea (Body Mass Index - BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m) al quadrato. Il BMI è rappresentato in 4 categorie:

SOTTOPESO (BMI < 18,5)
NORMOPESO (BMI 18,5-24,9)
SOVRAPPESO (BMI 25-29,9)
OBESO (BMI = 30)

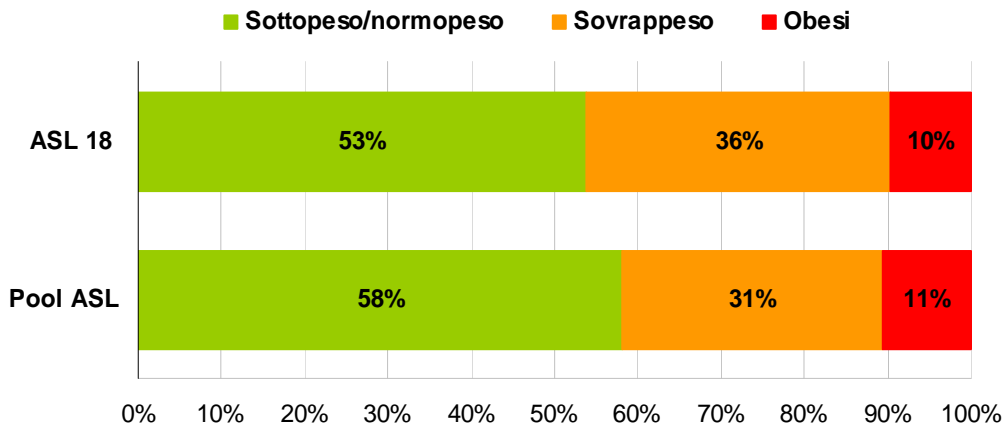
Le persone in eccesso ponderale

Nel periodo 2009-2012, il 3% dei residenti nell'ULSS 18 tra i 18 e i 69 anni risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 36% sovrappeso e il 10% obeso, quindi complessivamente il 46% della popolazione residente presenta un eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) (**Grafico 5**).

Sia l'obesità che il sovrappeso:

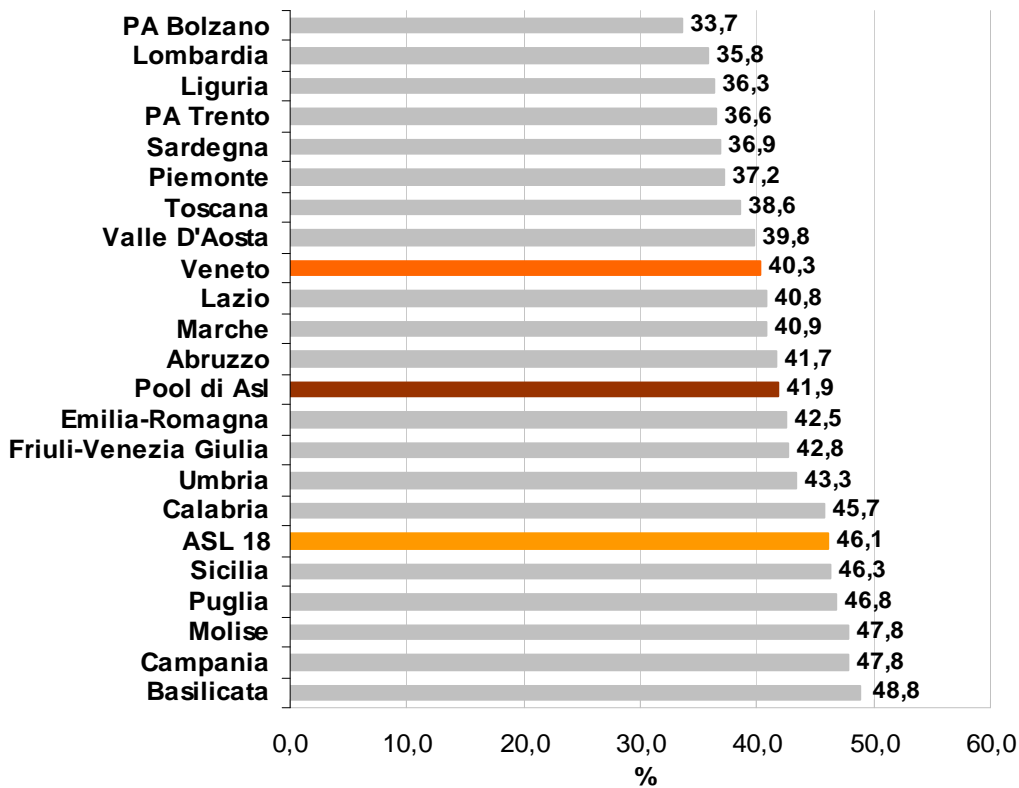
- sono più frequenti negli uomini che nelle donne (obesità: 11% nei maschi vs 9% nelle femmine; sovrappeso: 46% vs 26%),
- aumentano con l'età (obesità: 18-34 anni 4%, 35-49 anni 9%, 50-69 anni 13%; sovrappeso: 21%, 36%, 47% rispettivamente),
- sono più frequenti nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

**Grafico 5 - Stato nutrizionale
ASL 18-Pool ASL - Anni 2009-2012**



Nel periodo 2009-2012, la distribuzione dell'eccesso ponderale disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (la Basilicata è la Regione con il valore più alto, 49%, seguita da Campania e Molise con 48%, mentre la P.A. Bolzano con il 34% è quella con il valore più basso) (**Grafico 6**).

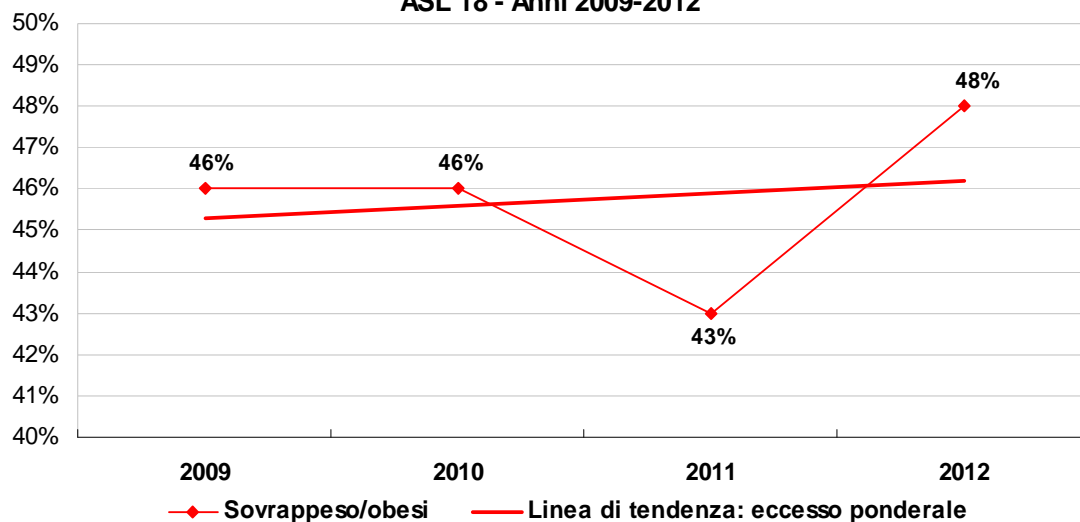
**Grafico 6 - Eccesso ponderale: prevalenze (%)
ASL 18-Regioni-Pool ASL - Anni 2009-2012**



Il **Grafico 7** riporta la distribuzione, dal 2009 al 2012, della prevalenza dell'eccesso ponderale nella popolazione residente nell'ULSS 18: l'andamento appare in

tendenza con l'allarmante aumento dell'obesità in vari Paesi, mentre nel Pool di ASL l'andamento appare in controtendenza.

**Grafico 7 - Eccesso ponderale:
andamento temporale e linea di tendenza
ASL 18 - Anni 2009-2012**



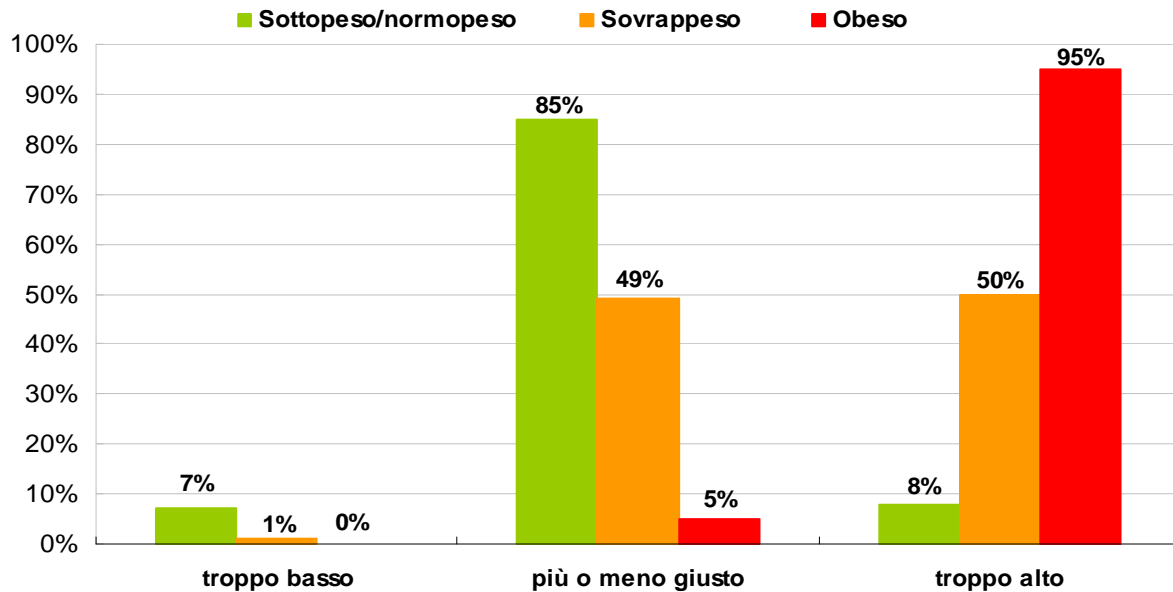
La percezione del proprio peso

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita. Tale percezione non sempre coincide con quello calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati (IMC): nell'ULSS 18 si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (95%) mentre solo una persona sovrappeso su due (50%) ritiene il proprio peso troppo alto ed il 5% delle persone obese ritiene il proprio peso giusto (**Grafico 8**).

Emerge una diversa percezione del proprio peso per genere, più corretta nelle donne, infatti, tra le persone in sovrappeso il 64% delle donne considera il proprio peso "troppo alto" rispetto al 43% degli uomini; invece tra gli obesi oltre il 95% sia degli uomini che delle donne considera il proprio peso "troppo alto", anche se circa il % sia degli uomini che delle donne lo considerano "più o meno giusto".

In Italia, tra le persone in sovrappeso, circa il 50% ritiene il proprio peso troppo alto e addirittura tra quelle obese il 10% ritiene il proprio peso giusto; la percezione del proprio stato nutrizionale risulta più corretta nelle donne che negli uomini: delle persone sovrappeso, il 66% delle donne considera troppo alto il proprio peso contro il 41% degli uomini; l'8% delle obese ritiene giusto il proprio peso contro il 12% degli uomini.

**Grafico 8 - Autopercezione del proprio peso:
prevalenze per stato nutrizionale - ASL 18 - Anni 2009-2012**



L'attenzione degli Operatori Sanitari

Nell'ULSS 18 nel periodo 2009-2012, il 51% dei residenti in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un Medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese.

Mediamente, in Italia, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 52%, mentre in Veneto la percentuale è del 54%.

Il 19% dei residenti nell'ULSS 18 in eccesso ponderale sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (media nazionale: 25%). La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta nelle donne (23% vs 18% negli uomini), negli obesi (31% vs 16% nei sovrappeso), nelle persone in sovrappeso (inclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (24%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "più o meno giusto" (12%), in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (34% vs 7%).

Nell'ULSS 18, il 41% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (38% dei sovrappeso e 51% degli obesi; 39% della popolazione generale).

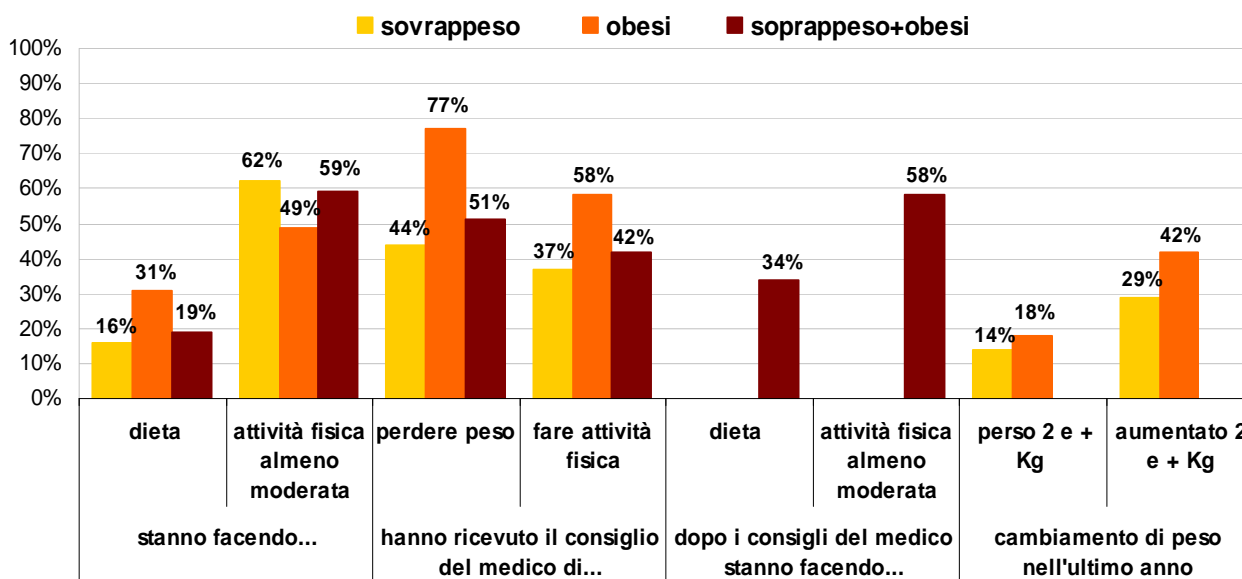
Il 42% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica con regolarità da parte di un Medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 37% delle persone in sovrappeso e il 58% di quelle obese, contro il 36% della popolazione generale.

Nell'ULSS 18, tra le persone in eccesso ponderale, chi ha ricevuto il consiglio del Medico segue maggiormente una dieta (37% rispetto al 7% di chi non l'ha ricevuto),

mentre non è così per quanto riguarda l'attività fisica (58% rispetto al 61% di chi non ha ricevuto il consiglio). In Italia solo il 50% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica con regolarità (44% persone in sovrappeso e 78% obese).

Nel **Grafico 9** sono illustrati alcuni comportamenti, rilevati dal PASSI, delle persone in eccesso ponderale in relazione ai consigli del Medico e degli Operatori Sanitari.

**Grafico 9 - Alcuni comportamenti delle persone in sovrappeso e obese
ASL 18 - Anni 2009-2012**



Il consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle Malattie Cardiache e dell'Ictus Cerebrale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. Se ogni cittadino dell'Unione europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135.000 morti all'anno per malattie cardiovascolari.

La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa cinque porzioni (five-a-day), è la quantità minima consigliata.

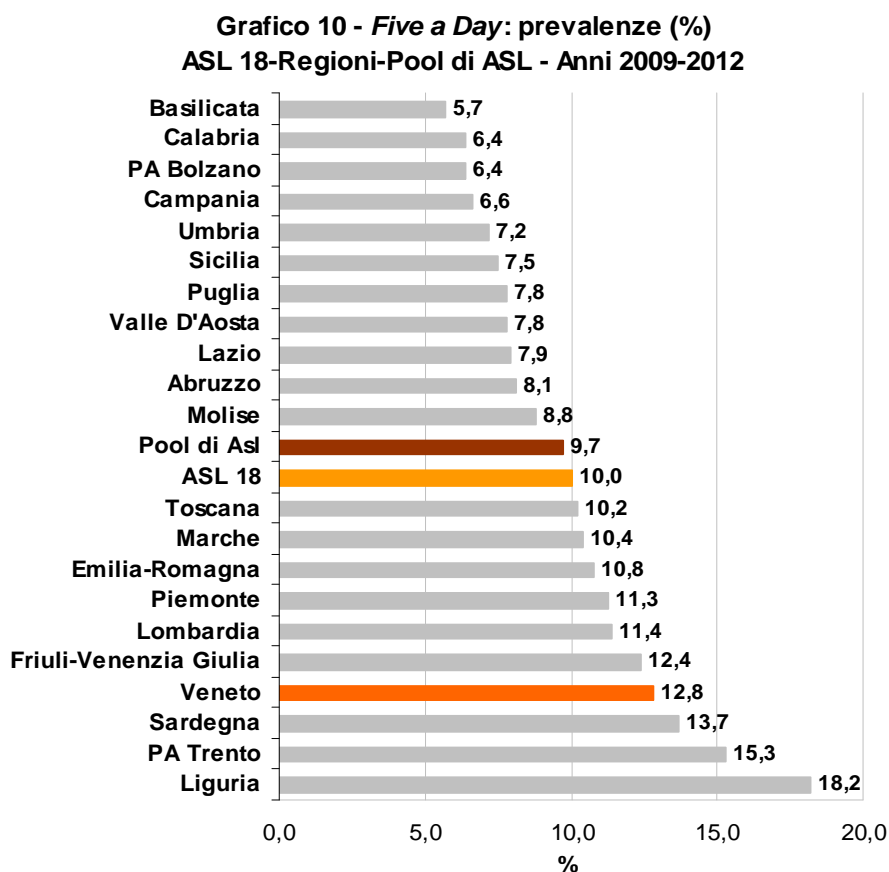
Anche le Linee Guida italiane per una sana alimentazione sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

Il 98% dei residenti nell'ULSS 18 tra i 18 e i 69 anni mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 42% 3-4 porzioni al giorno e solo una persona su dieci (9%) consuma le cinque porzioni raccomandate (*five a day*) nelle linee guida per una corretta alimentazione.

L'abitudine a consumare cinque o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle persone sopra ai 50 anni, nelle donne e nelle persone obese.

Nel Pool di ASL risulta che quasi la metà degli adulti intervistati da PASSI nel 2009-2012 consuma tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura (49%) mentre solo il 10% ne consuma la quantità raccomandata.

Si osserva un gradiente geografico, con una più alta adesione al *five a day* nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: il valore più alto (18%) si registra in Liguria (Veneto 13%) e il valore più basso (6%) in Basilicata e Calabria (**Grafico 10**).



Nell'ULSS 18 l'eccesso ponderale è molto diffuso (circa 4 persone su 10) e costituisce un problema di salute pubblica rilevante, con una stima di quasi 12.000 adulti obesi e circa 44.000 persone in sovrappeso.

La maggior parte delle persone intervistate consuma giornalmente frutta e verdura, ma solo 1 su 10 assume le cinque porzioni al giorno raccomandate.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da circa 2 persone in eccesso ponderale su 10, mentre è molto più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (6 persone su 10), che però, notoriamente, non risulta efficace nel

compensare una dieta ipercalorica, infatti per dimagrire rimane prioritaria la riduzione delle calorie assunte con il cibo.

Per quanto riguarda le campagne rivolte alla modifica di comportamenti individuali, oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, va posta particolare attenzione alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge, infatti, una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso evidenziata da una chiara tendenza al progressivo ulteriore aumento di peso: il 14% tra chi è in sovrappeso ed il 18% degli obesi dichiara di aver perso almeno 2 kg rispetto all'anno precedente di fronte al 29% delle persone in sovrappeso ed il 42% degli obesi che dichiarano di essere aumentati di almeno 2 kg.

Secondo gli esperti del Centro OMS per la prevenzione dell'obesità "l'obesità risulta dalla reazione normale delle persone agli stimoli derivanti dall'ambiente obesogenico nel quale si trovano a vivere". Ambiente obesogenico che risulta dalla "fornitura progressivamente crescente di alimenti gustosi, ipercalorici e a basso costo; sistemi di distribuzione commerciale efficienti che rendono questi alimenti più accessibili e metodi di marketing convincenti e sempre più pervasivi".

Quindi per cercare di intervenire su questa allarmante situazione risulta indispensabile oltre che continuare a monitorare il fenomeno e portare avanti interventi rivolti al mutamento dei comportamenti individuali, considerare le strategie di marketing aziendali come una parte dei determinanti sociali della salute da fronteggiare con interventi specifici (introduzione di tasse su cibi e bevande insalubri, etichette a semaforo da applicare sulle confezioni dei prodotti alimentari, riduzione della pubblicità di cibi e bevande spazzatura rivolta ai bambini, programmi scolastici finalizzati alla riduzione del consumo di bevande zuccherate, eliminazione di distributori automatici di cibi e bevande spazzatura dai luoghi pubblici, a cominciare dalle strutture sanitarie).

Per la decisione di seguire una dieta risultano fondamentali il consiglio del Medico (ricevuto solo dalla metà delle persone che ne avrebbero bisogno) e la corretta auto-percezione del proprio peso. I risultati sul counselling mostrano che i consigli degli Operatori Sanitari derivano dall'evidenza del problema di salute, più che avere un intento preventivo, infatti, rispetto alla popolazione generale, i consigli sui vantaggi di praticare regolarmente attività fisica e/o di seguire una dieta corretta sono maggiori nelle persone in sovrappeso e ancor più negli obesi.

Dovrebbe essere, quindi, sviluppata l'attività di counselling, dato che la quota di persone che segue stili di vita "corretti" è più elevata proprio tra coloro che ricevono il consiglio dall'operatore sanitario.

3. Il consumo di alcol e “alcol e guida”

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie croniche (cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, malattie sessualmente trasmesse, problemi di salute materno-infantile, dipendenza, ...) e, come effetto immediato, determina alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, suicidio). Si stima che nel mondo ogni anno l'alcol sia la causa di due milioni di morti.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al diretto consumatore, si estende anche alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, con un impatto economico stimato, nei paesi ad alto e medio reddito, di oltre l'1% del Prodotto Interno Lordo.

L'accettabilità del consumo di alcol è determinata in gran parte da fattori sociali e culturali che sono alla base di un vissuto generalmente e storicamente favorevole all'assunzione di bevande alcoliche e che influenzano non solo la quantità, ma anche le modalità e il contesto dell'assunzione.

Il consumo di alcol in giovane età viene, inoltre, considerato un fattore di rischio per il successivo consumo di droghe illegali.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione, le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol. Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il *consumo moderato*, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili: il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Obiettivo principale di sanità pubblica è pertanto la riduzione delle quantità consumate e l'eliminazione del consumo in determinate situazioni o condizioni (guida, lavoro, gravidanza, adolescenza, obesità, presenza di patologie, ecc).

In nessun caso il consumo di alcol dovrebbe essere raccomandato per motivi di salute.

Interventi (anche brevi) da parte dei Medici risultano efficaci nella riduzione delle quantità di alcol consumate e di conseguenza degli effetti sulla mortalità, morbosità e traumatismi.

Definizioni utilizzate nel questionario PASSI

PASSI misura il consumo di alcol in **Unità Alcoliche** (UA) che corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml).

PASSI monitora diversi aspetti del consumo di alcol mediante indicatori specifici:

- **consumo abituale**: almeno una UA negli ultimi 30 giorni
- **consumo abituale elevato**: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni
- **consumo binge**: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, in una singola occasione di 5 o più UA negli uomini e di 4 o più UA nelle donne (definizione adottata del 2010);
- **consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto**
- **consumo a maggior rischio** (secondo la definizione valida dal 2010): consumo fuori pasto e/o consumo binge e/o consumo abituale elevato

(N.B. poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di “consumo a maggior rischio” non corrisponde alla somma delle percentuali dei singoli comportamenti)

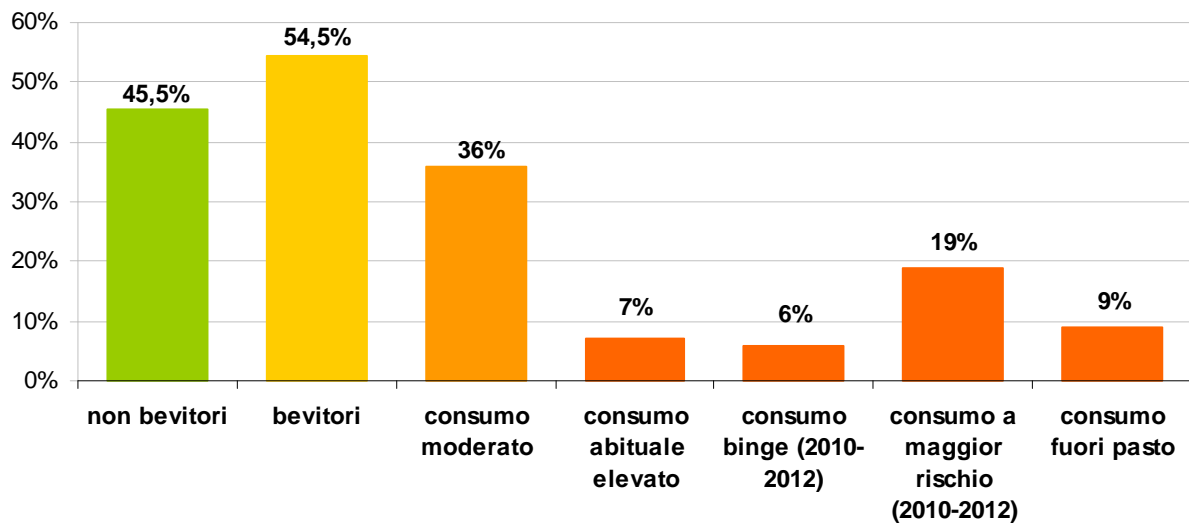


Le persone che bevono alcolici

Nel periodo 2009-2012 nell'ULSS 18 (**Grafico 11**), il 46% degli adulti tra 18 e 69 anni non beve alcolici ed il 36% consuma alcol in maniera moderata; il 9% della popolazione adulta beve alcol fuori pasto, il 7% consuma abitualmente quantità elevate di alcol e il 6% (anni 2010-2012) è un bevitore binge, mentre per il 19% (anni 2010-2012) il consumo si può definire “a maggior rischio”, data la presenza di almeno una delle modalità a rischio (quantità elevata e/o binge e/o fuori pasto) (N.B. la percentuale dei consumatori a maggior rischio non corrisponde alla somma delle singole tipologie di bevitori perché una persona può aver dichiarato più di un comportamento a rischio).

Analizzando le caratteristiche socio-demografiche, le persone con *consumo a maggior rischio* sono più frequenti nelle classi di età più giovani 18-21 anni (40%) e 25-34 anni (25%) vs le classi 35-49 e 50-69 anni (14% e 15%), nel sesso maschile (24%) vs quello femminile (14%), nelle persone con livello di istruzione più elevato, in quelle con molte difficoltà economiche (27%) e nelle persone con cittadinanza italiana (19%).

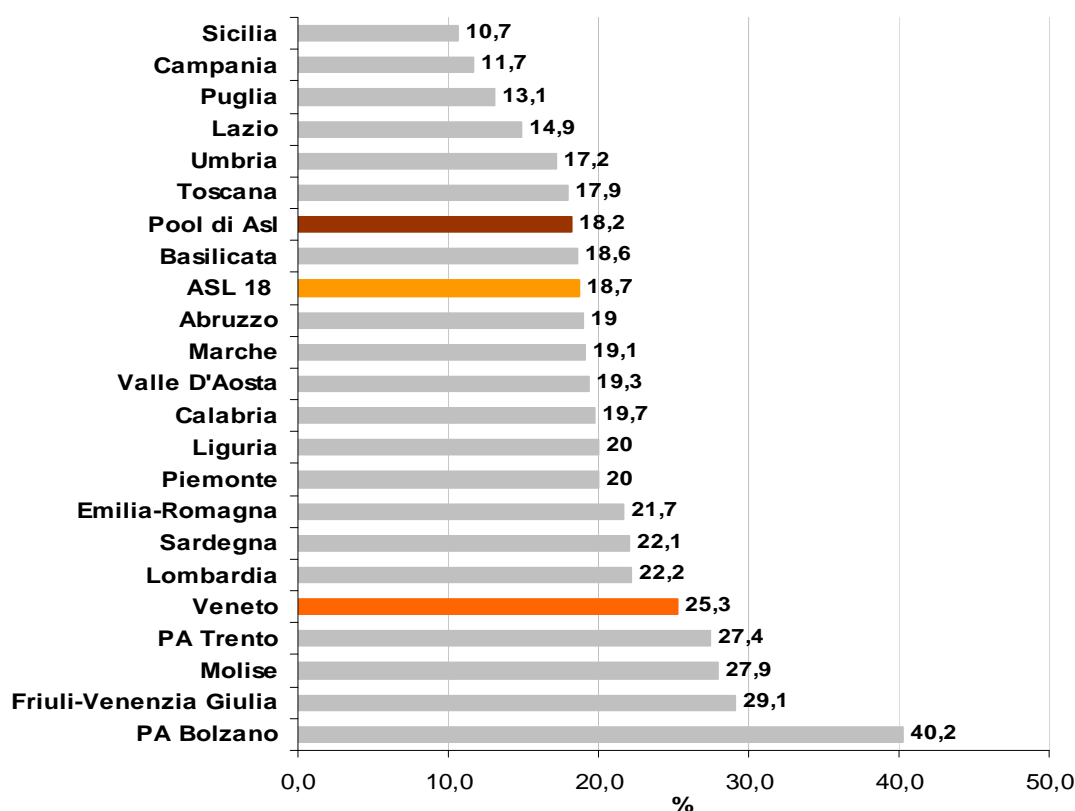
Grafico 11 - Consumo di alcol
ASL 18 - Anni 2009-2012



Nel Pool di ASL italiane poco meno della metà della popolazione adulta (44%) non consuma bevande alcoliche, il 37% beve moderatamente, mentre il 18% ha un consumo di alcol a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio è significativamente più elevata fra i giovani e gli uomini, fra le persone con meno difficoltà socio-economiche, fra quelle con un titolo di studio più elevato e fra i cittadini italiani. A differenza di altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con nessuna difficoltà economica e più alti livelli di istruzione. Decisamente alta è la proporzione di persone che assumono alcol, pur avendo una controindicazione assoluta: ben il 46% dei pazienti con malattie del fegato e il 29% delle donne in gravidanza consumano alcol nonostante le avvertenze.

La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio (**Grafico 12**), così come quella del binge drinking, disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali (Bolzano con il 40% e 20%, e Friuli Venezia Giulia con il 29% e 16% rispettivamente); tuttavia, anche due realtà centro-meridionali fanno registrare consumi superiori alla media nazionale, Sardegna e Molise per il consumo a maggior rischio, e Molise per il binge drinking.

**Grafico 12 - Consumo di alcol a maggior rischio: prevalenze (%)
ASL 18-Regioni-Pool ASL - Anni 2010-2012**



L'attenzione degli Operatori Sanitari

Nell'ULSS 18 solamente a 1 residente su 5 (20%), che si è recato nell'ultimo anno dal Medico, è stato chiesto se consuma alcol; seppur bassa, l'attenzione dei Medici è uguale alla percentuale del Veneto e tuttavia maggiore rispetto a quanto si verifica mediamente nel resto d'Italia (15%).

Se l'attenzione dei Medici dell'ULSS 18 verso le abitudini di consumo di alcol dei propri assistiti è limitata, ancor più scarsi sono i consigli di bere meno alcol, forniti solamente al 15% di consumatori abituali di quantità elevate di alcol e di consumatori binge e al 3% di consumatori fuori pasto.

Alcol e guida

Nell'ULSS 18, l'8% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida); di questi l'11% erano maschi ed il 2% donne e il 13% aveva tra i 18 e 24 anni, il 9% tra 25 e 34 anni, l'8% tra 35 e 49 anni ed il 7% tra 50 e 69 anni.

Il 7% delle persone ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni.

Per quanto riguarda i controlli delle Forze dell'Ordine, l'11% degli intervistati ha dichiarato di essere stato fermato per un controllo (il 46% almeno una volta) ed il 16% di aver effettuato l'etilo-test.

In Veneto la prevalenza di guida sotto l'effetto dell'alcol è dell'11%, mentre il 13% dichiara di aver avuto un controllo con l'etilo-test.

A livello di Pool di ASL il 10% dei conducenti ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni, mentre il 7% dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. La guida sotto l'effetto dell'alcol è significativamente più elevata nella fascia d'età 25-34 anni e tra gli uomini.

Il 35% di coloro che hanno dichiarato di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi, ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'Ordine, fra questi solo l'11%, prevalentemente giovani e uomini, riferisce di essere stato sottoposto a etilo-test.

Sebbene la variabilità interregionale sia contenuta, i controlli sono risultati più frequenti nelle regioni settentrionali, sia nel loro insieme sia con etilo-test.

Dai dati PASSI si stima che nell'Azienda ULSS 18 i bevitori tra i 18 e i 69 anni siano circa 66.800 e di questi circa 8.600 consumino abitualmente alcol in *modo elevato*, circa 7.700 siano bevitori *binge*, circa 11.000 bevano prevalentemente *fuori pasto* e circa 22.600 siano consumatori *a maggior rischio* (il numero e la percentuale dei consumatori a maggior rischio non corrispondono alla somma dei singoli comportamenti a rischio perché una persona può avere più di un comportamento a rischio). Tra i bevitori *binge* le percentuali calano con l'età: tra i 18 e 24 anni sono 11,7%, tra i 25 e 34 anni il 9,3%, tra i 35 e 49 il 6,5 e tra i 50 e 69 anni sono il 4,0%.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, una revisione sull'argomento [Lancet, 2009] dimostra l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol (in particolare il prezzo e la reperibilità del prodotto) oltreché il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali su bevitori a rischio particolare.

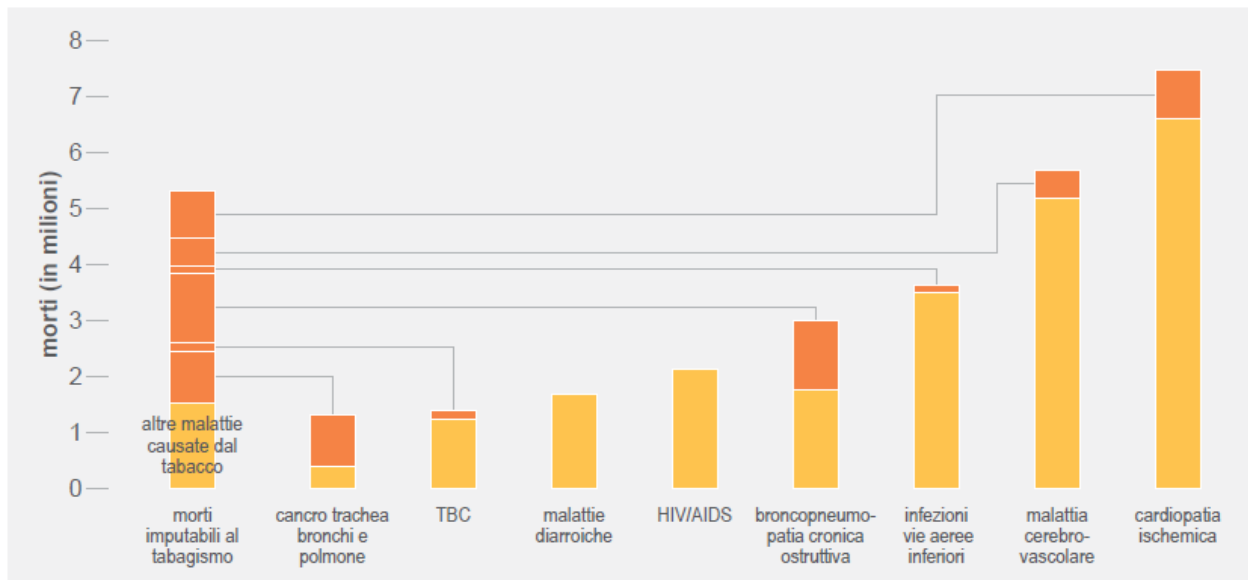
Nell'ottica del programma Guadagnare Salute è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più caro e meno facilmente reperibile e proibire la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci nella riduzione dei danni provocati dall'alcol. L'educazione sanitaria in ambito scolastico non è in grado di ridurre i danni da alcol, tuttavia le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo importante nella diffusione di informazioni e nell'aumento dell'attenzione sull'argomento e favoriscono il consenso alle politiche e alle normative rivolte alla riduzione del consumo. I controlli sistematici con etilo-test sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi.

4. L'abitudine al fumo ed il fumo passivo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. L'11% dei decessi per cardiopatia ischemica, prima causa di morte a livello mondiale, è attribuibile al fumo di tabacco, così come il 70% dei decessi per tumore dei polmoni, della trachea e dei bronchi.

Il fumo di tabacco rappresenta il primo fattore di rischio evitabile di morte prematura. Nel mondo è responsabile di un decesso ogni dieci tra gli adulti: nella **Figura 3** sono riportate le 8 cause maggiori di morte e le frazioni attribuibili al fumo di tabacco [tratta da "Profilo di salute della Provincia di Trento 2012"].

Figura 3 – Cause principali di morte e frazioni attribuibili al fumo
WHO World Health Statistics – Anno 2008



In Italia si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno siano attribuibili all'abitudine al fumo, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Anche i costi economici sono molto rilevanti e non si limitano alla spesa sanitaria per curare le malattie provocate dal tabacco. I fumatori muoiono durante il periodo più produttivo della loro vita e quando sono ancora in vita sono meno produttivi a causa dell'aumento della morbidità.

Ci sono numerose misure di lotta al fumo, le più efficaci e meno costose consistono in misure politiche applicabili a tutta la popolazione: divieto di pubblicità diretta o indiretta, tassazioni, aumento dei prezzi, divieto di fumare in tutti i luoghi pubblici e sul posto di lavoro. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori si è progressivamente ridotta negli uomini, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori sovrapponibili, e risulta in aumento anche la percentuale di giovani che fumano.

Definizioni utilizzate nel questionario PASSI

NON Fumatore: persona che non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma

Fumatore: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi (*in astensione*)

Fumatore IN ASTENSIONE: fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi

Fumatore OCCASIONALE: fumatore che non fuma tutti i giorni

Fumatore QUOTIDIANO: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno

EX Fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno sei mesi

Forte fumatore: persona che fuma almeno 20 sigarette al giorno

I fumatori

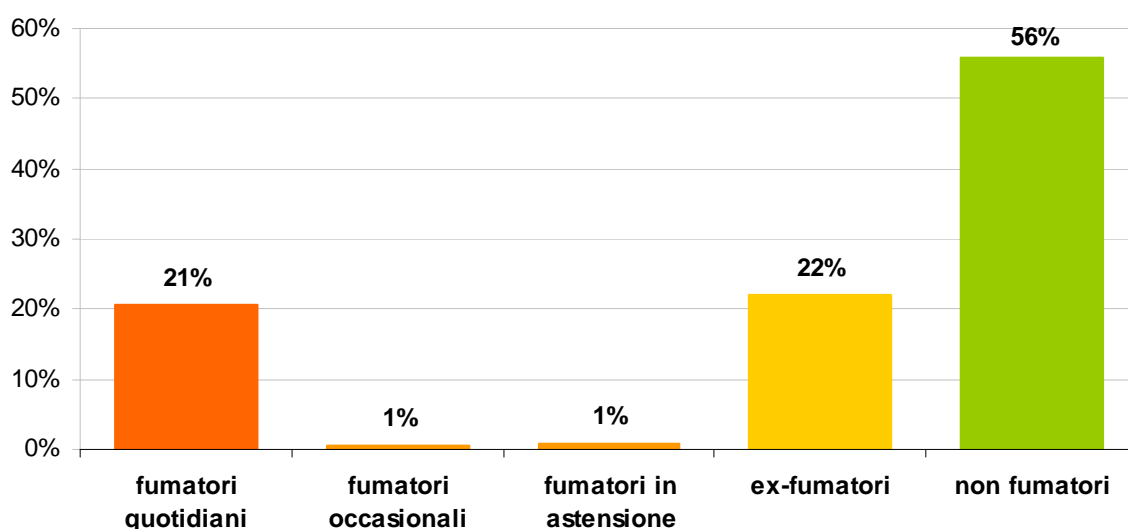
Nel periodo 2009-2012 nell'ULSS 18, oltre la metà degli adulti di 18-69 anni risulta non fumatore (56%), il 22% è classificabile come ex-fumatore, il 21% è fumatore quotidiano, il restante 1% sono fumatori in astensione e occasionali (**Grafico 13**).

I fumatori abituali fumano in media 11 sigarette al giorno, tra questi, il 19% ne fuma almeno 20 (forte fumatore).

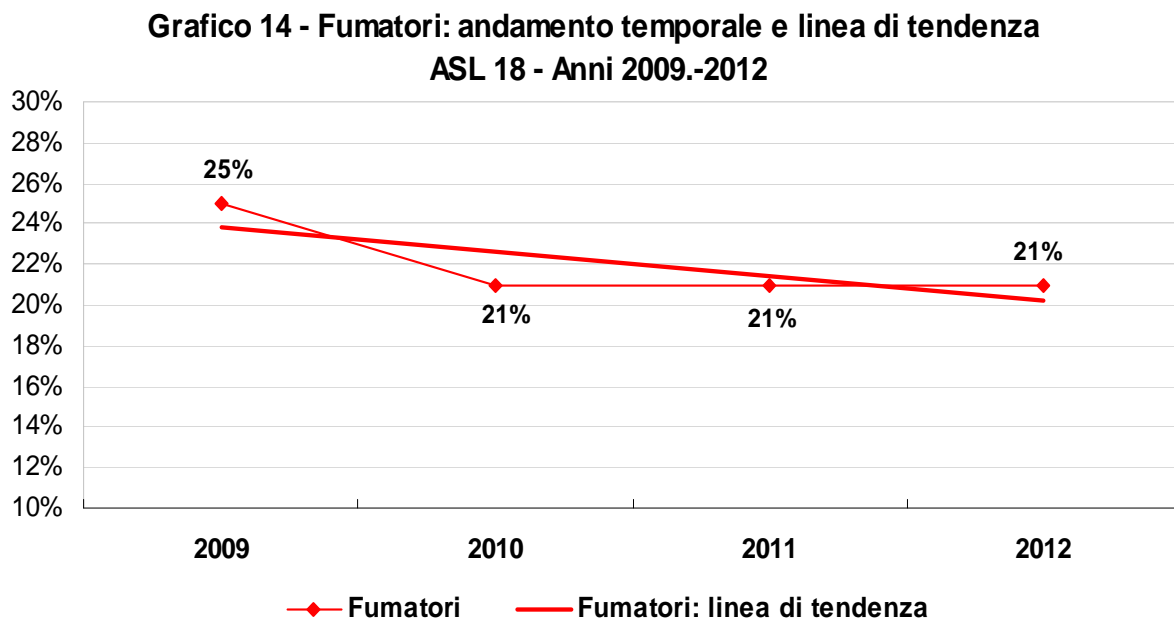
L'abitudine al fumo risulta più elevata tra le classi di età 25-34 anni (26%), 35-49 anni (25%) e tra i 18-24 anni (24%) mentre nelle classi di età 50-69 anni la prevalenza diminuisce in modo consistente (18%). Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma 1 su 4), rispetto alle donne (fuma meno di 1 su 5).

La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione (scuola media inferiore e superiore), rispetto a quelle con laurea o diploma universitario e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche.

**Grafico 13 - Abitudine al fumo
ASL 18 - Anni 2009-2012**



La tendenza della percentuale dei fumatori nei quattro anni apparirebbe comunque in calo (**Grafico 14**).

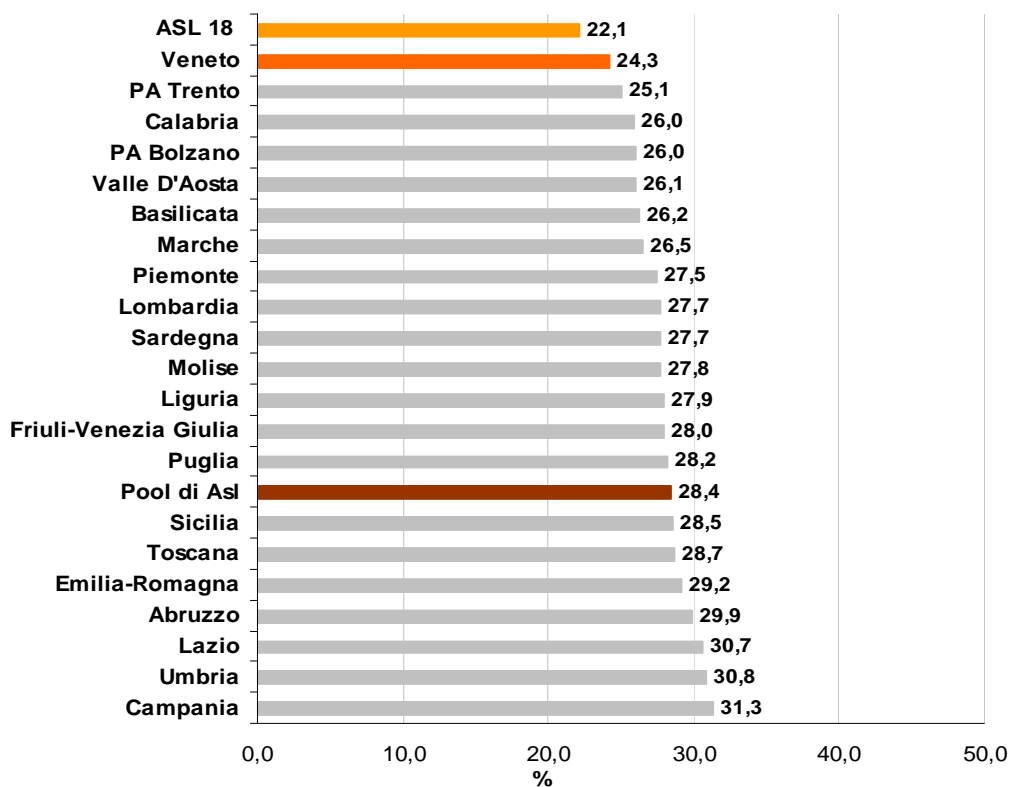


Da quanto emerge dai dati PASSI 2009-2012, in Italia la maggioranza degli adulti non fuma sigarette di tabacco (53%) o ha smesso di fumarne (19%); la prevalenza di fumatori è pari al 28% e tra questi 1 su 3 (pari all'8% della popolazione generale) fuma più di un pacchetto di sigarette al giorno.

La prevalenza di fumatori è più alta fra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (37%), è maggiore negli uomini (33%) rispetto alle donne (24%) ed è minore fra i laureati (22%).

Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta prevalenza di fumatori, pari al 31%, mentre Veneto (24%) e P.A. di Trento (25%) ma anche Marche, Calabria e Basilicata (26%) sono le Regioni con valori significativamente più bassi della media nazionale (**Grafico 15**).

Grafico 15 - Fumatori: prevalenza (%)
ASL 18-Regioni-Pool ASL - Anni 2009-2012



L'attenzione degli Operatori Sanitari al problema del fumo

Al 46% dei residenti nell'ULSS 18 che sono stati nell'ultimo anno dal Medico è stato chiesto se fuma: l'interesse dei Medici risulta maggiore rispetto a quanto si verifica mediamente nel resto d'Italia (41%) con una distribuzione disomogenea, la percentuale più elevata è in Sardegna (57%), quella più bassa in Abruzzo (33%).

Nell'ULSS 18, la percentuale dei fumatori che hanno ricevuto raccomandazioni di smettere di fumare dagli Operatori Sanitari è del 51%, come a livello Veneto e percentuale leggermente inferiore di quella media nazionale (52%).

I Medici anno il consiglio di smettere di fumare a scopo preventivo nel 26% dei casi, per motivi di salute nel 12% e per entrambi le ragioni nel 12% dei casi. Al restante 49% di fumatori non viene consigliato di smettere di fumare.

Smettere di fumare

Nell'ULSS 18 nel periodo 2009-12, il 35% dei fumatori ha tentato di smettere (meno di 4 su 10); tra essi l'80% ha fallito nel proprio tentativo, il 10% sta provando e solamente un altro 10% è riuscito a smettere (non fuma da almeno sei mesi). Tra chi ha cercato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, quasi tutti l'hanno fatto da soli (93%), in percentuali minime sono ricorsi a farmaci, a corsi dell'Azienda sanitaria o altri tipi di corso.

Nel Pool di ASL nel periodo 2009-12, il 39% dei fumatori ha tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo, e tra questi l'80% ha fallito, il 20% attualmente persegue il tentativo e poco meno della metà di questi è riuscito perché non fuma da più di 6 mesi. Nella quasi totalità dei casi (94%), chi ha tentato di smettere nell'ultimo anno l'ha fatto da solo; solo 3 fumatori su 100 hanno usato farmaci o cerotti e meno di 1 su 100 si è rivolto ai servizi o ai corsi offerti dalle ULSS. Questi valori sono molto simili tra chi ha tentato di smettere ed è riuscito e tra chi ha tentato di smettere ma non è riuscito.

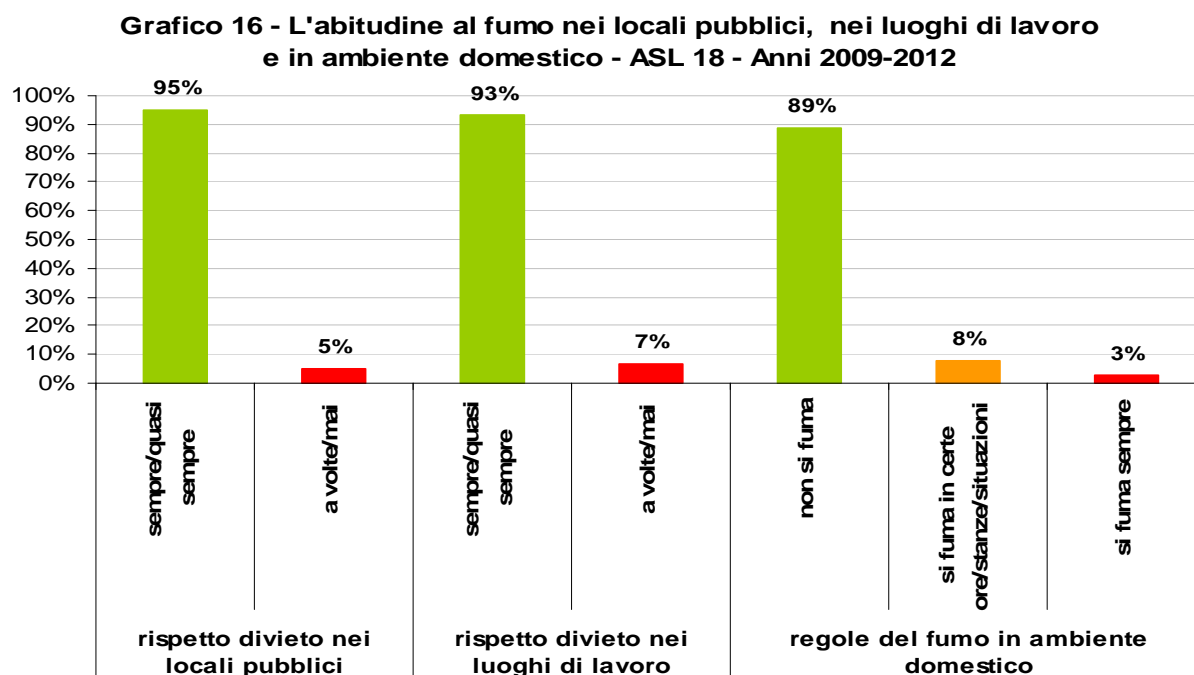
Il divieto di fumo

Ormai è dimostrato che l'esposizione a fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie, come cancro e malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici, studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

Nell'ULSS 18 il divieto di fumo nei locali pubblici è in sostanza sempre rispettato (83% sempre e 12% quasi sempre) analogamente a quanto si verifica sul posto di lavoro (81% sempre e 12% quasi sempre): il rispetto della norma di legge si mantiene stabilmente su queste percentuali fin dal 2009.

Nell'89% delle case non si fuma, nell'8% in certe stanze/ore/situazioni e nel 3% si fuma sempre. L'assenza di fumo in casa sale al 95% nel caso in cui in famiglia ci siano bambini con meno di 14 anni: tuttavia, nel 5% di case si fuma in certe stanze/ore/situazioni o sempre, anche in presenza di bambini.

Il **Grafico 16** riporta i valori percentuali su riportati relativamente alla percezione rilevata sull'abitudine al fumo nei locali pubblici, luoghi di lavoro e ambito domestico.



Nel Pool di ASL, la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro sembra abbastanza alta: l'88% degli adulti intervistati riferisce che il divieto di fumo nei locali pubblici, da loro frequentati nei 30 giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato; il divieto di fumare è rispettato nei luoghi di lavoro per il 90% degli intervistati, che lavora in ambienti chiusi.

Chiaro è il gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro a favore delle regioni Settentrionali: le percentuali più alte sono in Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento e Valle d'Aosta (96%), mentre i valori più bassi si registrano in Calabria (70%) e Campania (76%), mentre la frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata in P.A. Bolzano (96%), Valle d'Aosta e P.A. Trento (94%) e più basso in Molise (78%) e Calabria (81%).

Dal 2008 al 2012 il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro è significativamente e costantemente aumentato in tutte le tre macroaree del Paese.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: 1 intervistato su 4 (24%) dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare, questa percentuale scende al 16%, ma resta non trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni.

In ambito domestico, il divieto assoluto di fumare è più frequente nelle regioni del Nord (Veneto 89%) mentre meno frequente in Sicilia (70%) e nelle regioni con la più alta frequenza di fumatori (Lazio e Umbria 71%) con eccezione della Puglia (83%) e della Sardegna (79%), con prevalenze significativamente superiori alla media nazionale.

Dal 2008 al 2012 la frequenza di chi dichiara la propria abitazione libera dal fumo aumenta significativamente del 9% (6,2% al Nord, 8,7% nel Centro e 12,4% nel Sud Italia).

Si stima che, nel periodo 2009-2012, nell'ULSS 18 tra la popolazione residente tra i 18 e i 69 anni ci siano quasi 26.700 fumatori (21%), mentre il 79% non fuma (circa 94.700 persone di cui circa 26.700 ex-fumatori e 68.000 non fumatori).

L'elemento che desta comunque maggiore preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani adulti, che tra i 18 e 34 anni riferiscono di essere fumatori in 5 casi su 10.

Da evidenziare la forte associazione tra abitudine del fumo e difficoltà economiche e il livello di istruzione medio/basso, che rimarcano ancora una volta l'importanza dei determinanti sociali nell'influenzare la salute della popolazione.

Poco più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli Operatori Sanitari appena accettabile; sono inoltre pochissimi (circa il 5%) fumatori che hanno smesso di

fumare con l'aiuto di farmaci, gruppi di aiuto e corsi organizzati dall'ULSS. Risulta quindi necessario un maggior consolidamento del rapporto tra Operatori Sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta del sistema sanitario di opportunità di smettere di fumare.

Le prove di efficacia indicano che per la lotta al fumo sono necessarie strategie integrate, come ad esempio il consiglio breve dei sanitari nelle diverse occasioni di contatto, le campagne informative di sensibilizzazione al problema e l'offerta di corsi per smettere di fumare, corsi peraltro organizzati dall'ULSS 18 già da alcuni anni.

Il rischio cardiovascolare nella popolazione dell'Azienda ULSS 18 secondo il PASSI

Il Sistema di Sorveglianza PASSI indaga, oltre che gli stili di vita che intervengono nelle genesi delle malattie croniche, in particolare cardiovascolari, anche alcuni fattori di rischio "sanitari", quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, e l'utilizzo della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti, quale strumento di screening, da parte dei Medici di Medicina Generale.

Iipertensione

Nel 2009-2012 nell'ULSS 18, il 92% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa nella loro vita: l'81% negli ultimi 2 anni (più frequentemente dai 35 ai 69 anni), l'11% da più di 2 anni, mentre il restante 8% non l'ha mai effettuato un controllo della pressione.

Il 21% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione negli ultimi 2 anni, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione. Da tenere presente però che, in base a risultati di numerosi studi su validità e riproducibilità, le indagini condotte su dati riferiti, come PASSI, sottostimano la prevalenza di ipertensione rispetto a studi basati su dati misurati.

L'ipertensione è risultata più diffusa tra i 50 e 69 anni (38%), nel sesso maschile, nelle persone con basso livello istruzione, in quelle con difficoltà economiche e nelle persone in eccesso ponderale.

Il 78% degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi e, indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, ha riferito di aver ricevuto dal Medico l'80% il consiglio di ridurre il sale, il 79% di controllare o perdere peso corporeo e l'85% di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemia

Nell'ULSS 18, l'84% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, il 55% nel corso dell'ultimo anno, il 17% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista, il 12% da oltre 2 anni, mentre il 16% non ha mai effettuato una misurazione. La misurazione del colesterolo è più frequente: al crescere dell'età (dal 68% della fascia 18-34 anni al 94% di quella 50-69), nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con qualche difficoltà economica.

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 21% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia, che è risultata più diffusa: nella fascia d'età 50-69 anni, nelle persone con basso livello di istruzione, in quelle con molte difficoltà economiche e nelle persone in eccesso ponderale.

Il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico e, indipendentemente dall'assunzione di farmaci, hanno riferito di aver ricevuto da parte dal Medico il consiglio di: ridurre il consumo

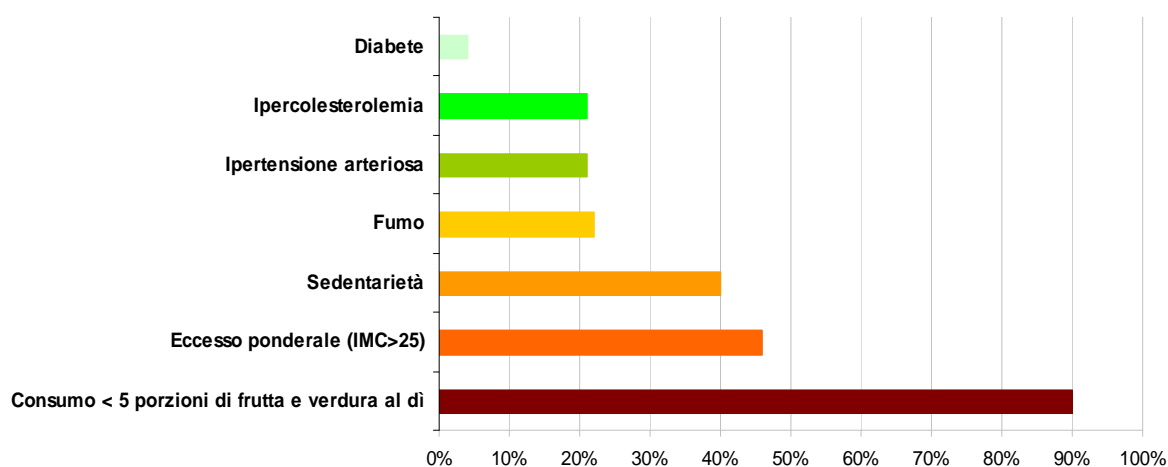
di carne e formaggi (82%), svolgere regolare attività fisica (82%), ridurre o controllare il proprio peso (69%) e aumentare il consumo di frutta e verdura (66%).

La presenza di più fattori di rischio cardiovascolare legati sia a comportamenti individuali che a condizioni patologiche (sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete) in una persona può determinare un impatto sulla salute particolarmente grave, perciò è importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali. Infatti più fattori di rischio determinano un potenziamento della loro azione e l'instaurarsi di un circolo vizioso; ad esempio, l'insorgenza del diabete è favorita dal peso eccessivo, dalla sedentarietà, da una dieta inappropriata; l'ipertensione è associata all'eccesso di peso, all'inattività fisica, ad un ridotto consumo di frutta e verdura; l'obesità determina una riduzione dell'attività fisica ed è legata ad una scorretta alimentazione, ecc..

Dall'analisi delle interviste PASSI, le prevalenze dei *fattori di rischio cardiovascolare* presenti nella popolazione dell'Azienda ULSS 18 risultano essere:

1. consumo di meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno: 90%
2. eccesso ponderale (IMC>25): 46%
3. sedentarietà: 40%
4. fumo: 22%
5. ipertensione arteriosa: 21%
6. ipercolesterolemia: 21%
7. diabete: 4%.

Grafico 17 - Prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione
ASL 18 - Anni 2009-2012



La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare (**Figura 4**) sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal Medico per stimare la probabilità che il

proprio paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei importanti fattori di rischio, facilmente rilevabili: due non modificabili (sesso ed età) e quattro modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia).

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di tali fattori per colcolare un punteggio rappresentativo del “livello di rischio” del paziente: il calcolo può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti delle terapie farmacologiche o alle variazioni apportate agli stili di vita del paziente. Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente per promuovere cambiamenti di abitudini di vita scorrette.

Nell’ULSS 18, il 17% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare; le percentuali aumentano progressivamente con l’età, passando dall’8% nella fascia 35-39 anni al 25% dei 60-69 anni ed in presenza di fattori di rischio.

Figura 4 - Carta del rischio cardiovascolare

