



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale
Asl 3 Genovese

Attività fisica
Mobilità attiva
Sovrappeso e obesità
Consumo di frutta e verdura
Consumo di alcol
Alcol e guida
Abitudine al fumo
Smettere di fumare
Fumo passivo
dati 2011-2014

Rapporto a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Claudio Culotta, Francesca Zangrillo[§]

Asl 3 Genovese - Dipartimento di Prevenzione, Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica, Struttura Semplice Epidemiologia

[§] Università degli Studi di Genova, Dipartimento di Scienze della SALute, corso di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Sistema di Sorveglianza PASSI ASL 3 Genovese:

Coordinatore aziendale	Rosamaria Cecconi	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
Intervistatrici per il periodo 2011-2014	Patrizia Crisci	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
	Raffaella Castiglia	
	Mirella Benabbi	Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali,
	Paola Caproni	S.C. Attività Consultoriali
	Maria Concetta Curti	
	Luciana Frigerio	
	Gabriella Maggiali	
	Caterina Manca	
Claudia Marchese		
Luciana Musti		
Referente regionale	Roberto Carloni	A.Li.Sa., Area Epidemiologia e Prevenzione (già ARS Liguria)
Coordinatore regionale	Claudio Culotta	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Si ringraziano:

- Liguria Digitale – Anagrafe Sanitaria Regionale: Anna Bertagnin e Franco Mignone
- i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita
- il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di sorveglianza PASSI per il continuo supporto
- il Gruppo Tecnico Regionale del Sistema di sorveglianza PASSI

Un ringraziamento a tutti i cittadini che hanno risposto all'indagine.

***Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze
della popolazione adulta all'interno della nostra ASL.***

Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale semplice, stratificato per sesso e classi di età, dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 30 al mese nella nostra Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A marzo 2016 erano state caricate complessivamente oltre 325mila interviste.

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi

Indice

Sintesi dei risultati	4
Indicatori di salute e proxy di salute: Sistema di sorveglianza Passi	5
Scheda sintetica delle caratteristiche socio-demografiche	6

Caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione di Asl 3

Qualità della vita e salute: la salute percepita
 Sintomi di depressione

Stili di vita

Attività Fisica	7
Mobilità attiva	16
Sovrappeso e obesità	21
Consumo di Frutta e Verdura	29
Consumo di alcol	34
Abitudine al fumo	45
Smettere di fumare	56
Fumo Passivo	62

Salute, sicurezza e servizi

Rischio cardiocerebrovascolare
 Ipertensione
 Ipercolesterolemia
 Calcolo del rischio cardiovascolare
 Conoscenza dei segni e sintomi dell'ictus

Malattie Croniche Non Trasmissibili

Diabete

Sicurezza stradale
 Alcol e guida
 Sicurezza domestica
 Sicurezza sul lavoro
 Workplace Health Promotion

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
 Diagnosi precoce del tumore della mammella
 Diagnosi precoce del tumore del colon retto

Vaccinazione antinfluenzale
 Vaccinazione antirosolia

Note Metodologiche	70
--------------------	----

Nota: Al fine di rendere la lettura più agevole e la pubblicazione periodica, è stato scelto di pubblicare il rapporto Passi in capitoli.

In verde vengono evidenziate le sezioni trattate nel presente rapporto e in nero le sezioni già pubblicate o da pubblicare.

SINTESI DEI RISULTATI

Nel riquadro della pagina successiva, denominato “Indicatori e proxy di salute”, sono rappresentati i principali valori dei determinanti comportamentali (stili di vita, abitudini e comportamenti individuali) che possono costituire fattori di rischio o di protezione per la salute.

I risultati vengono presentati con l’ottica del **benchmarking**, strumento fondamentale per evitare l’autoreferenzialità e, nello stesso tempo, punto di partenza per la pianificazione degli interventi più utili nel contesto di riferimento, cioè il territorio di Asl 3 Genovese.

Il confronto con i valori regionali e nazionali offre una visione d’impatto molto chiara, essendo stato realizzato con la tecnica del semaforo, dove la colonna “Italia” non colorata, è il benchmarking, cioè rappresenta il valore col quale Asl 3 Genovese si confronta.

Le colonne “Liguria” e “Asl 3” riportano il dato medio della Regione e della Asl, in un riquadro colorato in verde, rosa o rosso a seconda che il valore dell’indicatore sia rispettivamente migliore, peggiore o non differente rispetto al valore medio italiano.

La significatività delle differenze si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza del valore medio italiano e quelli del valore aziendale di Asl 3. Se non vi è sovrapposizione tra i limiti di tali intervalli, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è.

Attenzione: non basta, per l’azienda di riferimento, nel nostro caso Asl 3, avere un valore verde per affermare che l’aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Ad esempio la prevalenza, nella nostra Asl, di persone fisicamente attive è “verde”: questo non indica un buon dato (teoricamente tutte le persone dovrebbero essere fisicamente attive), indica solo un valore migliore rispetto alla media nazionale.

Indicatori di salute e proxy di salute

Sistema di sorveglianza Passi
Popolazione adulta: 18-69 anni

Benchmarking: dato nazionale

Migliore



Simile



Peggioro



INDICATORE	ITALIA 2011-2014	LIGURIA 2011-2014	ASL 3 2011-2014
Fisicamente attivi	32,3 32,9-33,5	37,7 36,3-39,2	39,5
In eccesso ponderale	42,1 41,8-42,4	34,3 33,0-35,6	33,5
Five a day: almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al dì	9,6 9,4-9,8	15,9 14,8-17,0	19,5
Consumo di alcol a maggior rischio	16,7 16,5-16,9	20,0 18,8-21,2	20,2
Fumatori	27,4 27,1-27,7	27,8 26,5-29,1	27,3
Ipertesi	20,0 19,8-20,3	17,7 16,7-18,8	18,4
Ipercolesterolemici	24,0 23,7-24,3	23,5 22,2-24,8	25,5
Persone valutate con punteggio cardiovascolare	5,6 5,4-5,8	4,1 3,5-4,8	3,3
Diabetici	4,3 4,1-4,4	3,2 2,8-3,8	2,9
Persone con sintomi di depressione	6,4 6,3-6,6	8,1 7,3-9,0	9,9
Salute percepita (buona o molto buona)	69,0 68,7-69,3	69,7 68,3-71,0	69,6
Pap Test preventivo negli ultimi 3 anni	78,7 78,3-79,1	84,6 82,8-86,2	85,3
Pap Test nello Screening cervicale organizzato	41,7 41,3-42,2	16,7 15,0-18,5	16,0
Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	71,0 70,3-71,7	78,9 76,1-81,4	77,7
Mammografia nello Screening organizzato	51,4 50,7-52,1	48,3 45,1-51,4	43,7
Ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni nello Screening organizzato	40,8 40,3-41,3	31,9 29,9-33,9	18,3
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	23,2 22,2-24,3	22,3 17,8-27,4	20,7
Donne 18-49 aa suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario	37,5 36,7-38,2	33,7 31,2-36,2	27,9
Utilizzo di cinture posteriori in macchina	20,1 19,8-20,4	36,9 35,3-38,6	42,8
Percezione alta/molto alta del rischio incidente domestico	5,8 5,7-6,0	5,5 4,8-6,2	6,4

Nel rapporto alcuni grafici mostrano le stime di popolazione; sono più complessi e conducono al calcolo delle stime numeriche, considerando la frequenza dell'indicatore scelto nel sottogruppo di popolazione oggetto dello studio (es. prevalenza di donne sedentarie: 23%) e la prevalenza di tale sottogruppo nella popolazione (es. donne = 51,1%); il risultato viene poi rapportato alla numerosità della popolazione generale in quel sottogruppo:

*n° popolazione di riferimento * percentuale sottogruppo popolazione * percentuale caratteristiche socio-demografiche*
 *$456.298 * 0,23 * 0,51 = 53.523$ donne (stima della popolazione target per interventi di popolazione alla salute)*

Conoscere il numero dei potenziali destinatari di un'azione di salute è di importanza strategica negli interventi di promozione della salute perché consente di quantificare le risorse umane e materiali da impegnare, e di mirare meglio al destinatario ideale con una comunicazione efficace.

Di seguito, esponiamo una tabella che riporta la frequenza delle caratteristiche socio-demografiche nella popolazione 18-69 anni dell'Asl3 Genovese, utilizzate per stimare la numerosità dei potenziali gruppi target di intervento preventivo.

Caratteristiche socio-demografiche	(%)
Classe di età	
18-34	23,3
18-24	8,6
25-34	14,7
35-49	35,1
50-69	41,6
Sesso	
uomini	48,9
donne	51,1
Istruzione	
nessuna/elementare	5,9
media inferiore	24,7
media superiore	49,4
laurea	20,0
Difficoltà economiche	
molte	12,2
qualche	34,3
nessuna	53,5
Cittadinanza	
italiana	94,7
straniera	5,3
Stato civile	
coniugato/a	57,1
celibe/nubile	30,7
vedovo/a	3,2
separato/divorziato	9,0
Lavoro regolare	
si	62,5
no	37,5
Vivere soli	
si	11,7
no	88,3
Patologie croniche	
si	19,0
no	81,0

ATTIVITA' FISICA

Gli adulti genovesi si distribuiscono in maniera disomogenea fra i tre gruppi di fisicamente attivi, parzialmente attivi e sedentari. Le persone classificate come fisicamente attive (39,5%) sono gli intervistati che dichiarano di praticare attività fisica in linea con quanto raccomandato, ovvero: 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, oppure svolgono un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico. Questa percentuale risulta, in maniera statisticamente significativa, maggiore rispetto alla media degli adulti italiani.

Le persone definite parzialmente attive (41,4%) svolgono un lavoro pesante e praticano qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati.

Le persone classificate come sedentarie (19,1%) non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero, né svolgono un lavoro pesante.

La sedentarietà è associata all'avanzare dell'età, al genere femminile, a uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione.

Relativamente stabile nel tempo la quota dei sedentari non cambia nel periodo 2008-2014, in nessuna macro area del Paese e continua a dividere nettamente l'Italia in due, con una maggiore frequenza di sedentari fra i residenti nel Centro-Sud (eccezion fatta per Molise e Sardegna).

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: 1/2 degli adulti parzialmente attivi e 1/10 dei sedentari percepiscono, erroneamente, il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Stabile nel tempo e ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica: meno di un intervistato su tre riferisce di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario di fare regolare attività fisica.

A colpo d'occhio: livelli di attività fisica

	Attivo	Parzialmente attivo	Sedentario	Consiglio fare attività fisica
Asl 3 Genovese	39.5	41.4	19.1	31.8
Liguria	37.7	35.5	26.8	30.3
Italia	33.2	35.8	31.0	30.6

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

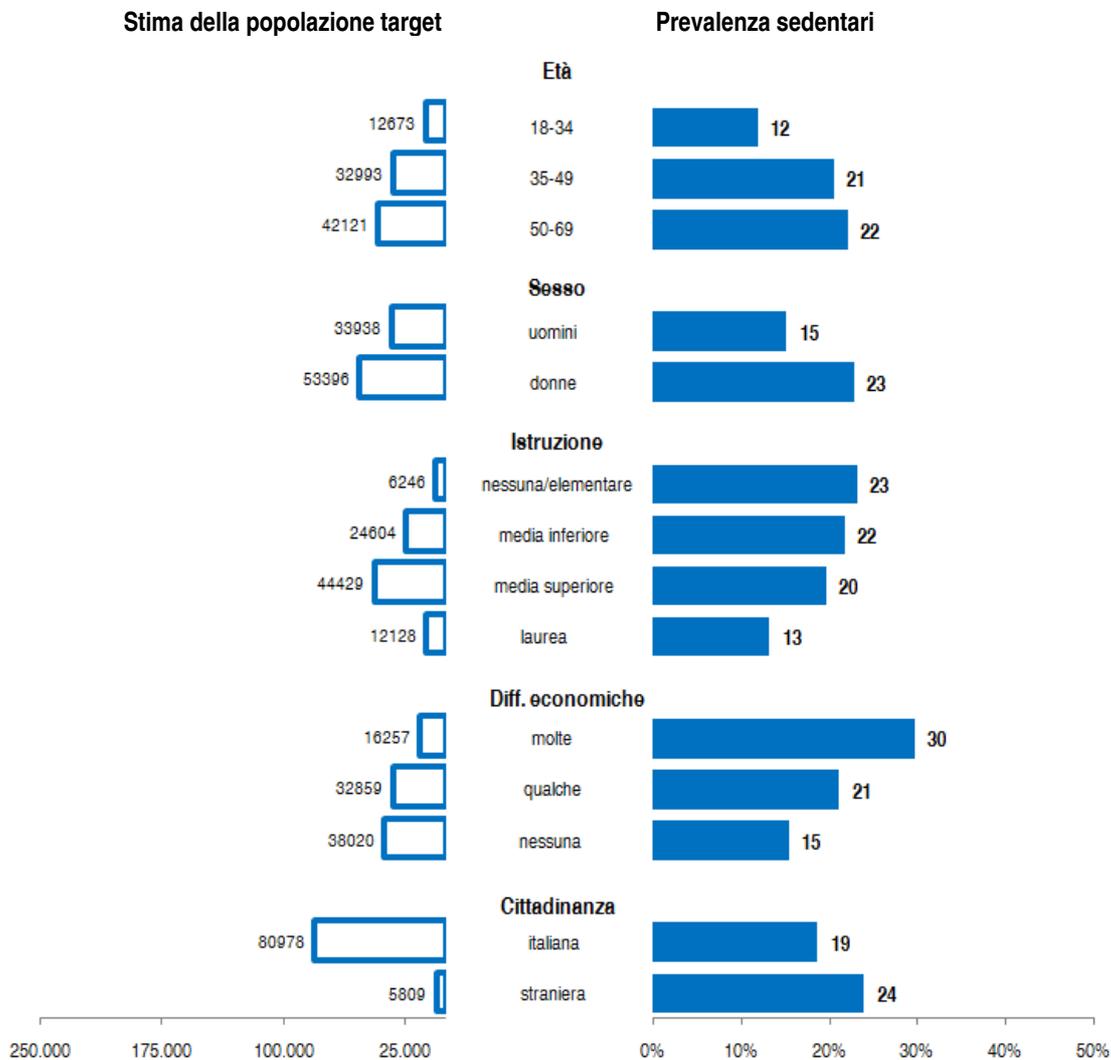
Anche se la performance genovese appare buona rispetto alla media nazionale, ciò non indica comunque un livello ottimale di attività fisica nella popolazione (il "risultato atteso" mostrerebbe la totalità della popolazione come fisicamente attiva).

Sedentari per caratteristiche socio demografiche e stime della popolazione target di possibili interventi preventivi

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014 Asl 3 Genovese

Popolazione di riferimento 18-69 anni: 456.298; n=1319

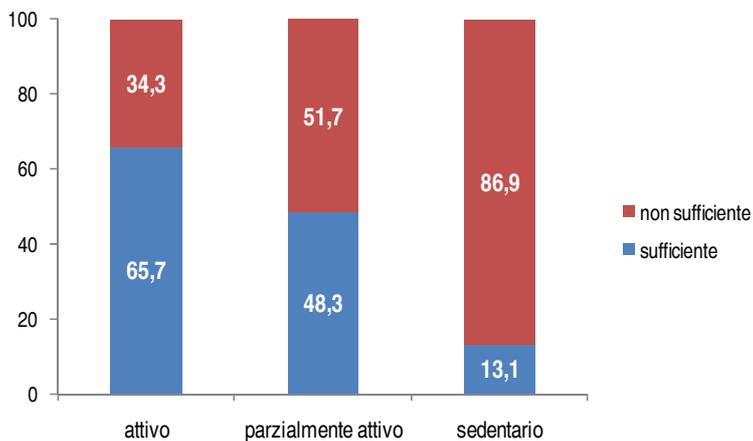
Prevalenza sedentari in totale: 19,2% (IC 95%: 17,1-21,3%)



Autopercezione del livello di attività fisica

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

Asl 3 Genovese (n=1318)

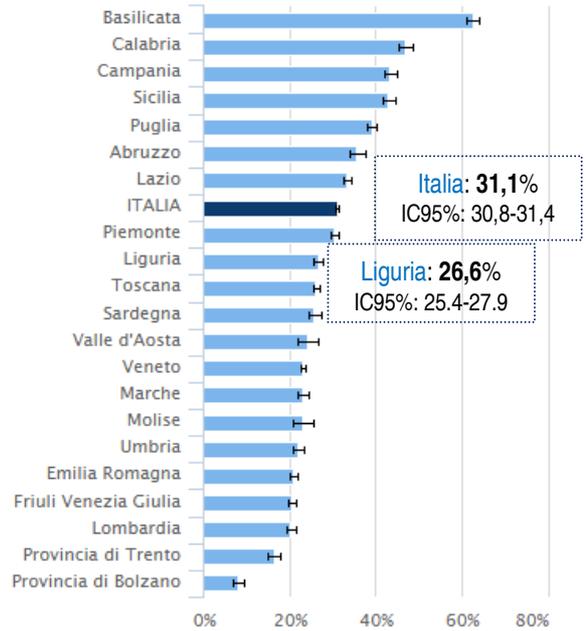


Sedentario per regione di residenza
PASSI 2011-2014



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Sedentario per regione di residenza
PASSI 2011-2014

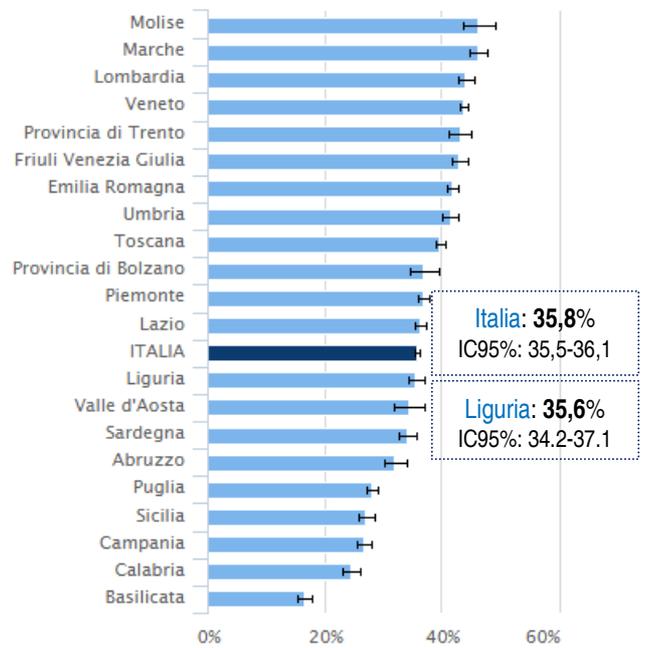


Parzialmente attivo per regione di residenza
PASSI 2011-2014



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Parzialmente attivo per regione di residenza
PASSI 2011-2014

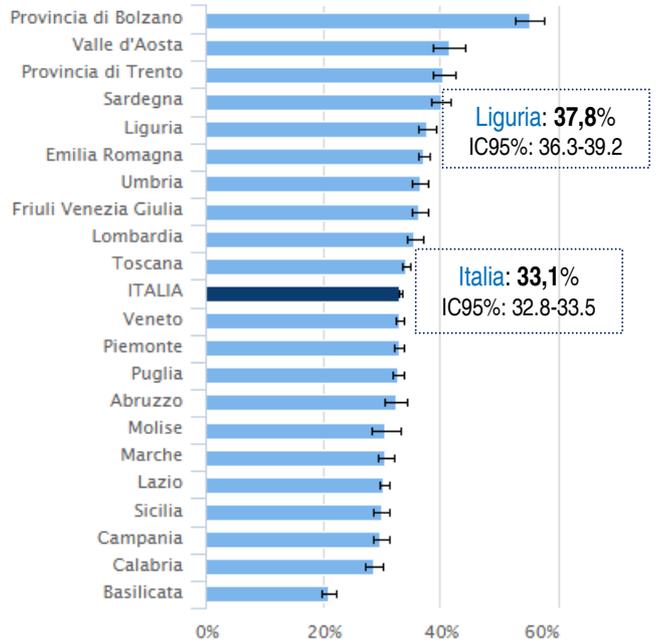


Attivo per regione di residenza
PASSI 2011-2014



■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Attivo per regione di residenza
PASSI 2011-2014

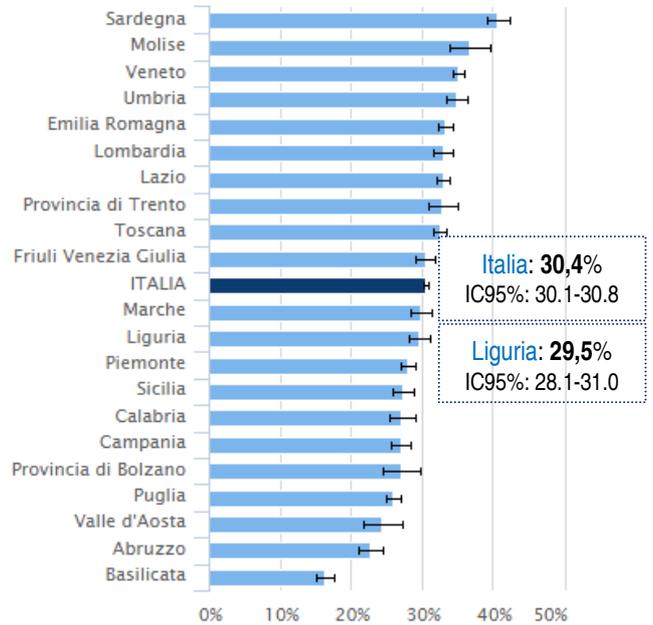


Consiglio di fare attività fisica
per regione di residenza
PASSI 2011-2014



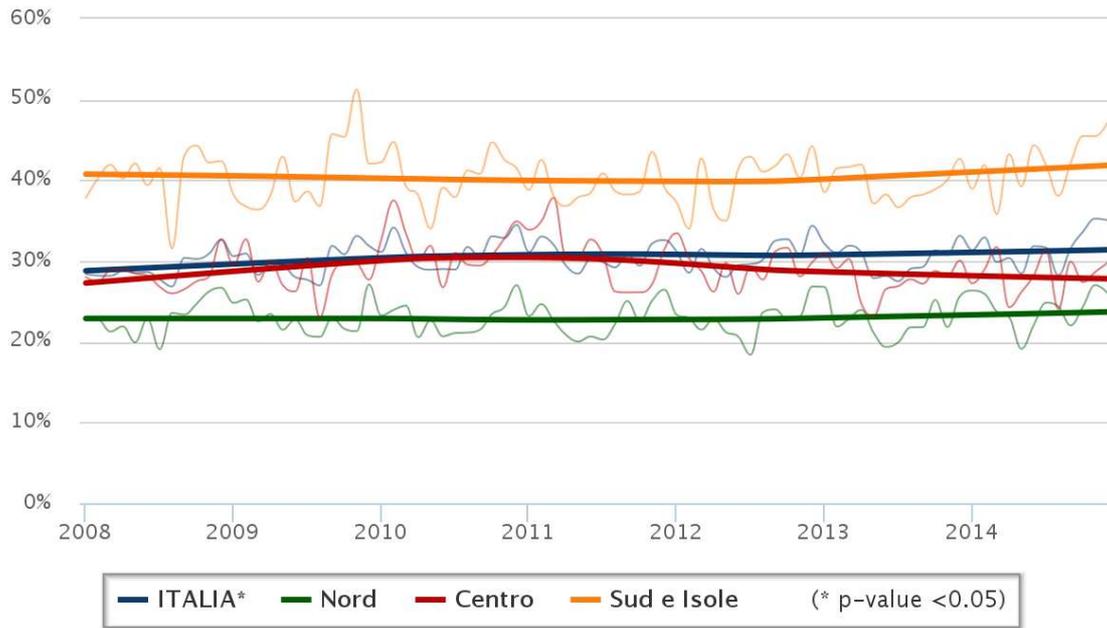
■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

Consiglio di fare attività fisica
per regione di residenza
PASSI 2011-2014



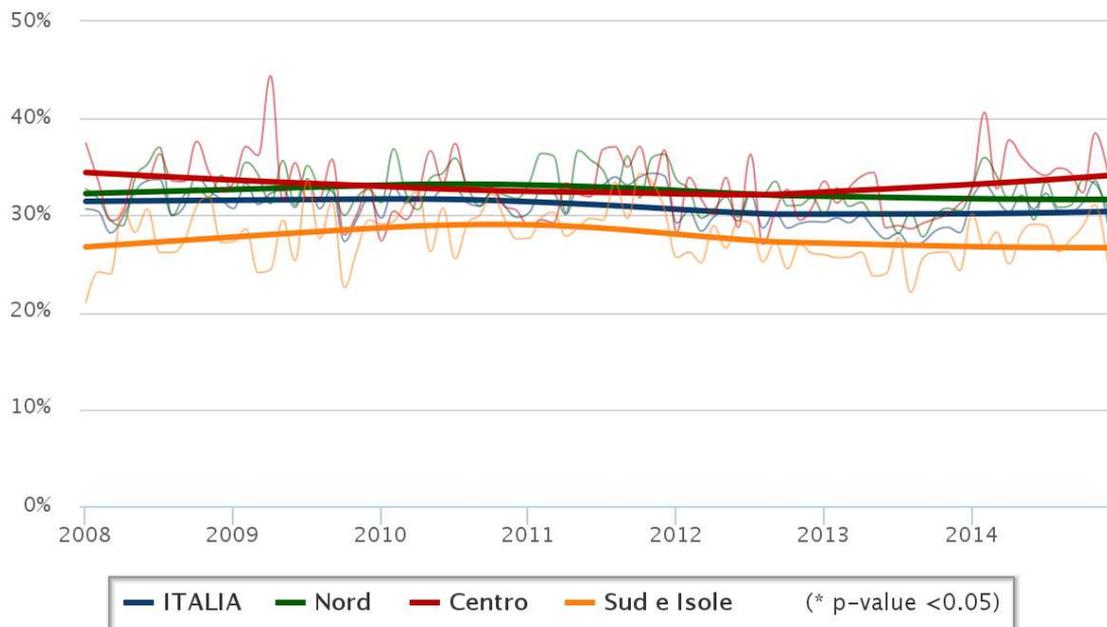
Serie storica Sedentari per area geografica

Passi 2008-2014



Serie storica Consiglio fare attività fisica per area geografica

Passi 2008-2014



Importanza per la salute

Qualche definizione

L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), alle attività del tempo libero. Le attività svolte nel tempo libero possono essere suddivise in esercizio fisico e sport, definito come attività strutturata che segue determinate regole e obiettivi (gare).

Quindi una persona può essere fisicamente attiva senza fare sport e una persona che fa sport solo qualche volta al mese può essere meno attiva di una persona non sportiva che si muove quotidianamente andando al lavoro in bici o facendo la spesa a piedi.

Le attività sportive comportano un beneficio per la salute in quanto incrementano l'attività fisica complessiva, ma la domanda se la partecipazione in attività sportive per sé possa influenzare la salute pubblica rimane per ora senza risposta per via della mancanza di studi di buona qualità sull'argomento [1].

Benefici dell'attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie cronico degenerative [2].

Forte evidenza per la riduzione di:

- mortalità per tutte le cause
- malattie cardiovascolari
- ipertensione
- ictus
- sindrome metabolica
- diabete di tipo II
- cancro al seno
- cancro al colon
- depressione
- cadute.

Forte evidenza inoltre per:

- rafforzamento osseo
- miglioramento funzioni cognitive
- perdita di peso, soprattutto se associato alla riduzione di calorie
- miglioramento della fitness cardiovascolare e muscolare.

Effetti della sedentarietà

Le più recenti stime [3] indicano che in Italia la sedentarietà è causa di:

- 9% delle malattie cardio-vascolari
- 11% del diabete di tipo II
- 16% dei casi di cancro al seno
- 16% dei casi di cancro al colon
- 15% dei casi di morte prematura

In media chi è attivo e normopeso vive circa 7 anni più a lungo rispetto ai sedentari obesi.

Tuttavia chi è normopeso e sedentario abbrevia la sua vita di circa 3 anni rispetto a chi è attivo ma obeso [4].

Livello raccomandato di attività fisica

È stato evidenziato [5] che non esiste una precisa soglia al di sotto la quale l'attività fisica non produce effetti positivi per la salute. Risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore ai livelli indicati dalle linee guida.

Le linee guida internazionali [6,7] e nazionali [8] raccomandano:

- *bambini e ragazzi* (5–17 anni): almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive
- *adulti* (18–64 anni): almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa, con esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana

- *anziani* (dai 65 anni in poi): le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni, dovrebbe fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.

Importante anche impegnarsi personalmente per modificare il contesto in cui si vive al fine di sostenere i cambiamenti necessari per rendere più facile l'adozione di uno stile di vita sano e attivo nella proprio città, nei luoghi di lavoro e di studio.

Come Passi misura l'attività fisica

Le domande sull'attività fisica del sistema Passi sono state adattate dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - *physical activity module* dei Cdc di Atlanta. Gli aspetti indagati comprendono: frequenza, durata, intensità, attività fisica al lavoro, autopercezione del livello di attività fisica, interesse e consigli da parte di medici e altri operatori sanitari.

I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre distinti gruppi:

- *persona attiva*: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni oppure lavoro pesante dal punto di vista fisico
- *sedentario*: meno di 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana; non svolge lavoro pesante dal punto di vista fisico
- *parzialmente attivo*: non sedentario, ma non raggiunge livelli della persona attiva.

Risorse utili

- La [Carta di Toronto per l'attività fisica: una chiamata globale all'Azione](#), pubblicata dal [Global Advocacy for Physical Activity](#) (Gapa) nel 2010. Scarica anche dal sito www.azioniperunavitaainsalute.it la traduzione in italiano: [versione in alta qualità](#) (pdf 1,9 Mb), [versione in bassa qualità](#) (pdf 855 kb)
- WHO (2010), [Global Recommendations on Physical activity for Health](#)
- U.S. Department of Health and Human Services (2008): [Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report](#)
- Professional Associations for Physical Activity, Sweden, [Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease](#), 2010

Riferimenti

1. Karim M Khan, Angela M Thompson, Steven N Blair, James F Sallis, Kenneth E Powell, Fiona C Bull, Adrian E Bauman, Sport and exercise as contributors to the health of nations, *The Lancet*, Vol 380 July 7, 2012
2. U.S. Department of Health and Human Services (2008): *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*, pagina 9
3. I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk, for the Lancet Physical Activity Series Working Group, *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*, *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, Pages 219 - 229, 21 July 2012
4. Moore SC, Patel AV, Matthews CE, Berrington de Gonzalez A, Park Y, et al. (2012) Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis. *PLoS Med* 9 (11), Novembre 2012
5. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study, Wen, Chi Pang; Wai, Jackson Pui Man; Tsai, Min Kuang; Yang, Yi Chen; Cheng, Ting Yuan David; et. al. *The Lancet*, Vol 378 October 1, 2011, pp. 1244-1253
6. US Department of Health and Human Services. Objectives 22-2 and 22-3. In: *Healthy people 2010*, Washington, DC; 2000.
7. WHO (2010), *Global Recommendations on Physical activity for Health*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
8. SNLG, Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica, linea guida prevenzione, http://www.snlg-iss.it/lgp_sedentarieta_2011

Indicatori Passi: Attività fisica

Definizioni operative

1) **Persona fisicamente attiva:** è una persona che:

- svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o
- aderisce alle linee guida sulla attività fisica:
 - 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o
 - attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.

2) **Persona parzialmente attiva:** è una persona che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.

3) **Persona sedentaria:** è una persona che non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.

Scheda indicatore: prevalenza di persone fisicamente attive

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico oppure di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, 30 minuti di attività moderata, per almeno 5 giorni alla settimana, o più di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali.
Denominatore	Intervistati che hanno risposto alle domande sull'attività fisica svolta durante il proprio lavoro o su quella intensa o moderata nei 30 giorni precedenti l'intervista. Sono esclusi dal denominatore i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • comportamento abituale nell'ambito del lavoro svolto attualmente • attività fisica, svolta nel tempo libero, nei 30 giorni precedenti l'intervista.
Significato per la salute pubblica	L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene la morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento, che spinge il rispondente a dichiarare un livello di attività fisica superiore al reale. Questo fenomeno comporta una possibile sovrastima della frequenza. L'indicatore tende a sottostimare la prevalenza di persone fisicamente attive, perché non prende in considerazione coloro che, pur non raggiungendo la soglia definita per le singole modalità di attività fisica (moderata o intensa), svolgono cumulativamente un livello di attività fisica sufficiente .
Validità dell'indicatore	L'indicatore mostra validità nella descrizione dei trend temporali e delle differenze territoriali.

Scheda indicatore: prevalenza di persone parzialmente attive

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18–69 anni che riferiscono di non svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico e di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, qualche attività fisica, ma in misura minore di quanto previsto dalle linee guida, cioè meno di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o meno di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali.
Denominatore	Intervistati che hanno risposto alle domande sull'attività fisica svolta durante il proprio lavoro o su quella intensa o moderata nei 30 giorni precedenti l'intervista. Sono esclusi dal denominatore i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • comportamento abituale nell'ambito del lavoro svolto attualmente • attività fisica, svolta nel tempo libero, nei 30 giorni precedenti l'intervista.
Significato per la salute pubblica	L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento. Ciò comporta una possibile sovrastima della prevalenza di persone parzialmente attive.

Scheda indicatore: prevalenza di persone sedentarie

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18–69 anni che riferiscono di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista.
Denominatore	Intervistati che hanno risposto alle domande sull'attività fisica svolta durante il proprio lavoro o su quella intensa o moderata nei 30 giorni precedenti l'intervista. Sono esclusi dal denominatore i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • comportamento abituale nell'ambito del lavoro • attività fisica, svolta nel tempo libero, nei 30 giorni precedenti l'intervista.
Significato per la salute pubblica	La sedentarietà provoca danni alla salute fisica e psicologica. Aumenta i rischi di ipertensione e malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento. Ciò comporta una possibile sottostima del fenomeno.

MOBILITA' ATTIVA

L'ambiente in cui le persone vivono e lavorano influenza fortemente la capacità di essere fisicamente attivi. Inoltre esistono alcuni fattori psico-sociali che condizionano le decisioni delle persone in merito a scelte e stili di vita volti ad un comportamento salutare o non¹.

Microambiente

In alcune realtà urbanizzate la densità dei servizi e la relativa vicinanza tra residenza e posto di lavoro permettono alle persone di utilizzare i mezzi pubblici e di camminare o andare in bicicletta abitualmente.

Tuttavia in numerose città europee molte attività di vita, lavoro e svago si stanno decentrando, portando quindi a una maggiore domanda di mobilità motorizzata e a una riduzione delle opportunità di attività nelle vicinanze delle proprie abitazioni

Supporto sociale

Esistono molti determinanti socio-ambientali e culturali che conducono verso comportamenti sedentari: sono diminuiti i lavori manuali, le attività ricreative sedentarie sono aumentate, il supporto della tecnologia ha alleggerito molto i lavori domestici (lavatrice, asciugatrice, lavastoviglie) ed il tempo così recuperato non viene necessariamente speso per praticare attività fisica.

Si assiste anche all'aumento delle attività sedentarie dei bambini, specialmente nel tempo libero dopo scuola: guardare la TV, navigare in Internet e usare videogiochi stanno diventando le attività più comuni. Inoltre i genitori portano i figli in auto per praticare le attività quotidiane, perdendo l'opportunità di fare movimento insieme.

Fattori individuali

Nei programmi di attività fisica e di promozione della salute sono molto importanti il coinvolgimento e l'empowerment del singolo individuo. In questo senso bisogna tenere in considerazione quali sono i fattori positivi e le barriere per l'azione:

Fattori positivi

I fattori personali che sono positivamente associati con l'attività fisica includono:

1. credere nella propria capacità di essere attivo fisicamente
2. avere voglia di fare esercizio fisico
3. divertirsi quando si fa movimento
4. percezione del proprio livello di salute e di attitudine al movimento
5. motivazione personale
6. supporto sociale
7. pianificare degli obiettivi
8. percezione dei benefici raggiunti

Barriere

Le persone tendono ad essere meno attive se percepiscono degli ostacoli.

Una revisione ha mostrato che le barriere all'attività fisica possono essere:

- avere la percezione di perdere tempo
- impressione di non essere "una persona sportiva" (specialmente per le donne)
- preoccupazioni riguardo i possibili infortuni
- sentirsi troppo stanchi o preferire riposare e rilassarsi nel tempo libero

¹ WHO Library Cataloguing in Publication Data. Physical activity and health in Europe: evidence for action / edited by Nick Cavill, Sonja Kahlmeier and Francesca Racioppi.

- percezioni personali scorrette (per esempio, pensare di essere già abbastanza attivi).

I programmi di promozione della salute basati sui principi di coinvolgimento e di empowerment offrono dei benefici reali². In particolare si tratta di: creare migliori condizioni per la salute, aumentare l'health literacy, sostenere una vita autonoma e fare in modo che la scelta più sana sia anche la scelta più facile. Inoltre, si tratta di rendere le gravidanze sicure; di permettere alle persone di iniziare la propria vita in modo salutare; di promuovere la sicurezza e il benessere e di garantire la protezione dell'infanzia e dei giovani; di promuovere luoghi di lavoro favorevoli alla salute e sostenere un invecchiamento in buona salute. Data l'epidemia di obesità che si sta diffondendo in tutta Europa, è prioritario garantire cibi salutari e un'alimentazione equilibrata durante tutto il ciclo di vita.

Determinant type	Action from key sectors		
	Health	Sport and leisure	Transport and urban planning
Macro environment	Providing stewardship for multidisciplinary action Delivering public health programmes to increase opportunities for physical activity for people on low incomes	Planning and delivering strategies for sport for all that reduce the cost of participation for people on low incomes and celebrate cultural diversity	Developing regional spatial plans that maximize public health and provide opportunities for active living
Micro environment	Representing the health sector on multidisciplinary planning committees Promoting physical activity among health-sector employees and service users	Improving access to sport and leisure opportunities for pedestrians and cyclists	Prioritizing access by pedestrians and cyclists in urban planning and designing communities conducive to walking
Individual	Delivering counselling for physical activity in primary care	Delivering targeted community sport programmes	Delivering targeted social marketing programmes for walking and cycling

La mobilità attiva è dunque una scelta mentale individuale fortemente influenzata dall'ambiente che ci circonda: è la decisione di effettuare quotidianamente tragitti abituali a piedi o in bicicletta con un impegno moderato e per un tempo minimo di 10 minuti, eventualmente ripetibili, nell'arco della giornata.

La promozione della mobilità attiva, in alternativa a quella motorizzata, può contribuire ad un guadagno di salute:

- incrementando il livello di attività fisica della popolazione
- riducendo l'impatto di inquinanti ambientali prodotti dalla combustione di carburanti e il rischio di incidenti stradali (a patto che vengano implementate contemporaneamente misure di protezione degli utenti "deboli" della strada)
- producendo un risparmio economico (ridotto consumo di carburanti, risparmio tariffe parcheggi e di spesa sanitaria)

² Salute 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere
© Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS)

La mobilità attiva in Asl 3 Genovese

Negli anni 2014 e 2015 è stato introdotto in Liguria un modulo opzionale nel Sistema di sorveglianza Passi riguardante la mobilità attiva.

Quante persone utilizzano la bicicletta per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali?

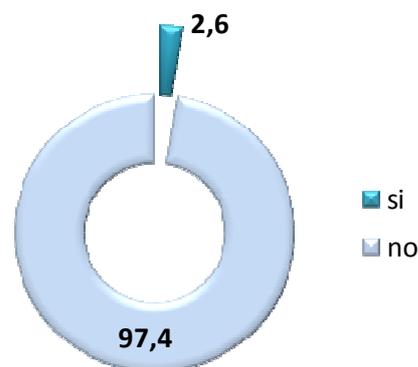
La viabilità nel territorio di Asl 3 Genovese non consente l'utilizzo in sicurezza della bicicletta; inoltre le costanti pendenze ne restringono ancor di più l'utilizzo.

Queste caratteristiche sono proprie dell'intero territorio di Asl 3: dalla Città Metropolitana ai Comuni più decentrati.

E' solo il **2,6%, pari a circa 13.400 persone**, la percentuale di coloro che si muovono per gli spostamenti abituali in bicicletta. In media queste persone lo fanno per 3 giorni alla settimana con un impegno medio giornaliero di 61 minuti.

Utilizzo della bicicletta per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2014-2015
Asl 3 Genovese (n=660)

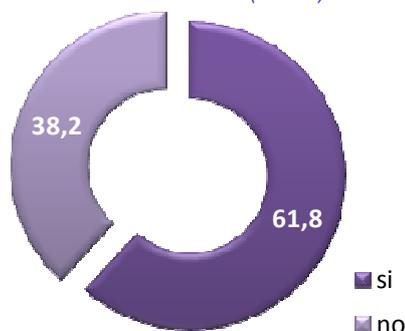


Quante persone hanno fatto tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali?

La percentuale di persone che fa tragitti abituali a piedi, escludendo l'attività sportiva o ricreativa e per una durata minima di 10 minuti è del 61,8% pari a 316.588 persone.

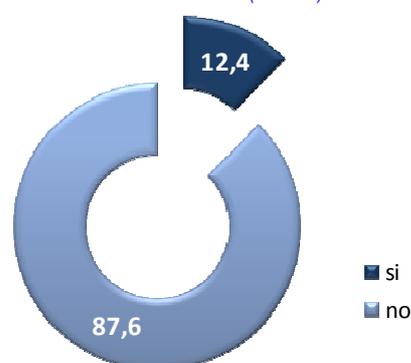
Tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2014-2015
Asl 3 Genovese (n=660)



Persone che camminano per almeno 30 minuti al giorno per 7 giorni alla settimana (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2014-2015
Asl 3 Genovese (n=660)

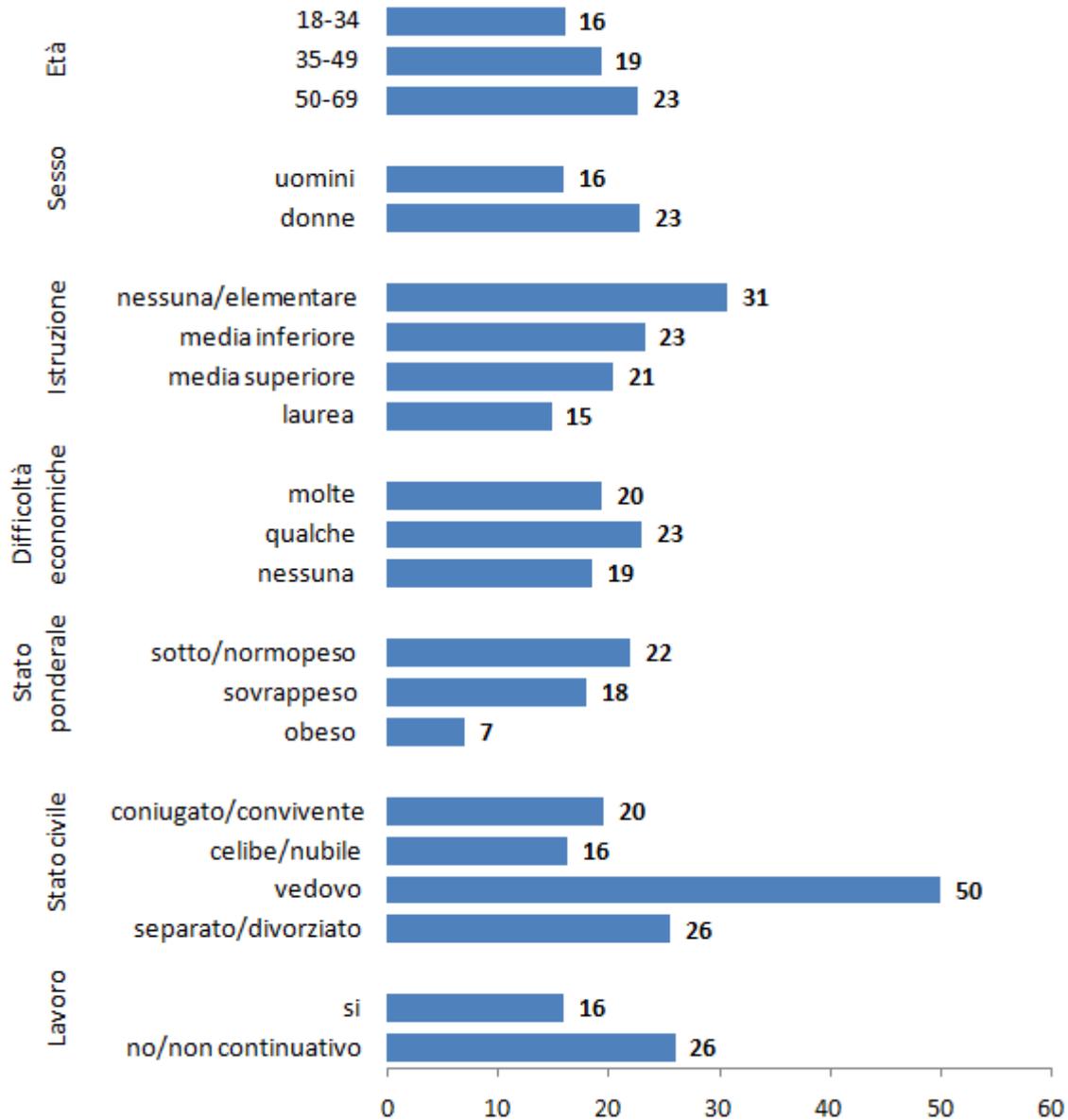


Dai dati della letteratura emerge l'importanza di camminare con una certa frequenza e intensità solo 1 persona su 5 (20,1%) di chi sceglie la mobilità attiva lo fa con impegno quotidiano per almeno mezz'ora.
Tra i residenti in Asl 3 Genovese (camminatori e non) questa percentuale è del **12,4% pari a 63.522 persone**.

Caratteristiche delle persone che camminano per almeno 30 minuti al giorno per 7 giorni alla settimana (%)

Sistema di sorveglianza PASSI 2014-2015

Asl 3 Genovese (n=408)



Il grafico mostra una maggiore propensione a un'attività fisica costante da parte delle donne, di età compresa tra 50 e 69 anni. In particolare, si è riscontrata l'influenza di alcuni fattori:

- istruzione: un basso livello di istruzione è associato a maggiore attività fisica
- stato civile: le persone vedove svolgono più attività fisica
- lavoro: chi ha un lavoro non continuativo o chi è disoccupato si dedica di più all'attività fisica

Per stimare l'impatto su salute e finanze il Regional Office for Europe dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha progettato l'Health Economic Assessment Tool (HEAT) - <http://www.heatwalkingcycling.org/>

HEAT è uno strumento on-line che permette a decisori e a operatori di calcolare la quota di risparmio economico derivante dalla riduzione del tasso di mortalità dovuta al camminare e all'andare in bicicletta regolarmente. I dati di letteratura riportano, infatti, che l'attività fisica moderata e quotidiana può ridurre il tasso di mortalità totale del 30%.

HEAT si applica alla popolazione generale o a gruppi di popolazione della fascia d'età tra i 20 e i 74 anni che abitualmente si spostano a piedi e/o in bicicletta con un ritmo moderato per percorrere distanze misurabili.

In pratica HEAT risponde a questo quesito: se "x" persone camminano o vanno in bicicletta per un tempo "y" per "n" giorni, quanto vale economicamente la riduzione della mortalità associata a tale pratica di attività fisica?

Nella nostra popolazione:

63.522 persone camminano abitualmente almeno 30 minuti al giorno

raggiungendo una media giornaliera di **55 minuti** per

7 giorni alla settimana

Questo livello di "mobilità attiva" corrisponde ad una riduzione del rischio di mortalità, all'interno di questa popolazione, del 25%:

Mobilità attiva: riduzione del rischio di mortalità

	Frequenza	Stima popolazione
Fanno tragitti a piedi per spostamenti abituali	61,8%	316.588
Mobilità attiva almeno 7 gg a settimana per almeno 30 min al giorno (a piedi)	12,4%	63.522
Media dei minuti di cammino (tra chi si muove a piedi per almeno 7 gg per almeno 30 min)	54,9 minuti	
Riduzione del rischio di mortalità in questa popolazione	25%	



SOVRAPPESO E OBESITA'

I dati riferiti di peso e altezza dagli intervistati Passi portano a stimare circa quattro adulti su dieci in eccesso ponderale, ovvero in sovrappeso o obesi ($Imc \geq 25$), e quasi un adulto su dieci obeso ($Imc \geq 30$).

L'essere in eccesso ponderale è caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione.

Chiaro il gradiente geografico Nord-Sud, che caratterizza il Paese per quote crescenti di persone in sovrappeso, che sono fra le più basse nelle Regioni del Nord Ovest e crescono in alcune Regioni del Nord Est e del Centro, fino ai valori più alti del Paese nel Sud Italia. In controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi, in Italia resta stabile la quota di persone in eccesso ponderale.

Le persone in sovrappeso o obese spesso non si percepiscono tali: poco più di una persona su due in sovrappeso ritiene il proprio peso troppo alto e, tra gli obesi, il 4% ritiene il proprio peso giusto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema, rispetto agli uomini. Anche se non sono molte le persone in eccesso ponderale che dichiarano di seguire una dieta dimagrante (36%), l'essere correttamente consapevoli del proprio stato ponderale favorisce l'adesione alla dieta (43%).

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso ponderale: poco più della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto il consiglio di seguire una dieta per perdere peso, e questa attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno alle persone in sovrappeso. In realtà il consiglio di un medico di mettersi a dieta è fondamentale perché incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiarano di seguire una dieta è due volte maggiore fra le persone che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a coloro che non lo hanno ricevuto.

Da segnalare che l'attenzione degli operatori a questo problema è più scarsa proprio dove ce ne sarebbe più bisogno, come nelle Regioni meridionali. Anche meno frequente del consiglio di fare una dieta per perdere peso sembra il consiglio di praticare, allo stesso scopo, attività fisica; fortunatamente, però fare esercizio fisico è pratica meno influenzata dall'aver ricevuto il consiglio medico di quanto lo sia fare una dieta.

	Sovrappeso	Obesi	Consiglio perdere peso a persone in eccesso ponderale
Asl 3 Genovese	26.3	7.2	57.0
Liguria	27.7	8.0	53.8
Italia	31.7	10.2	51.0

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

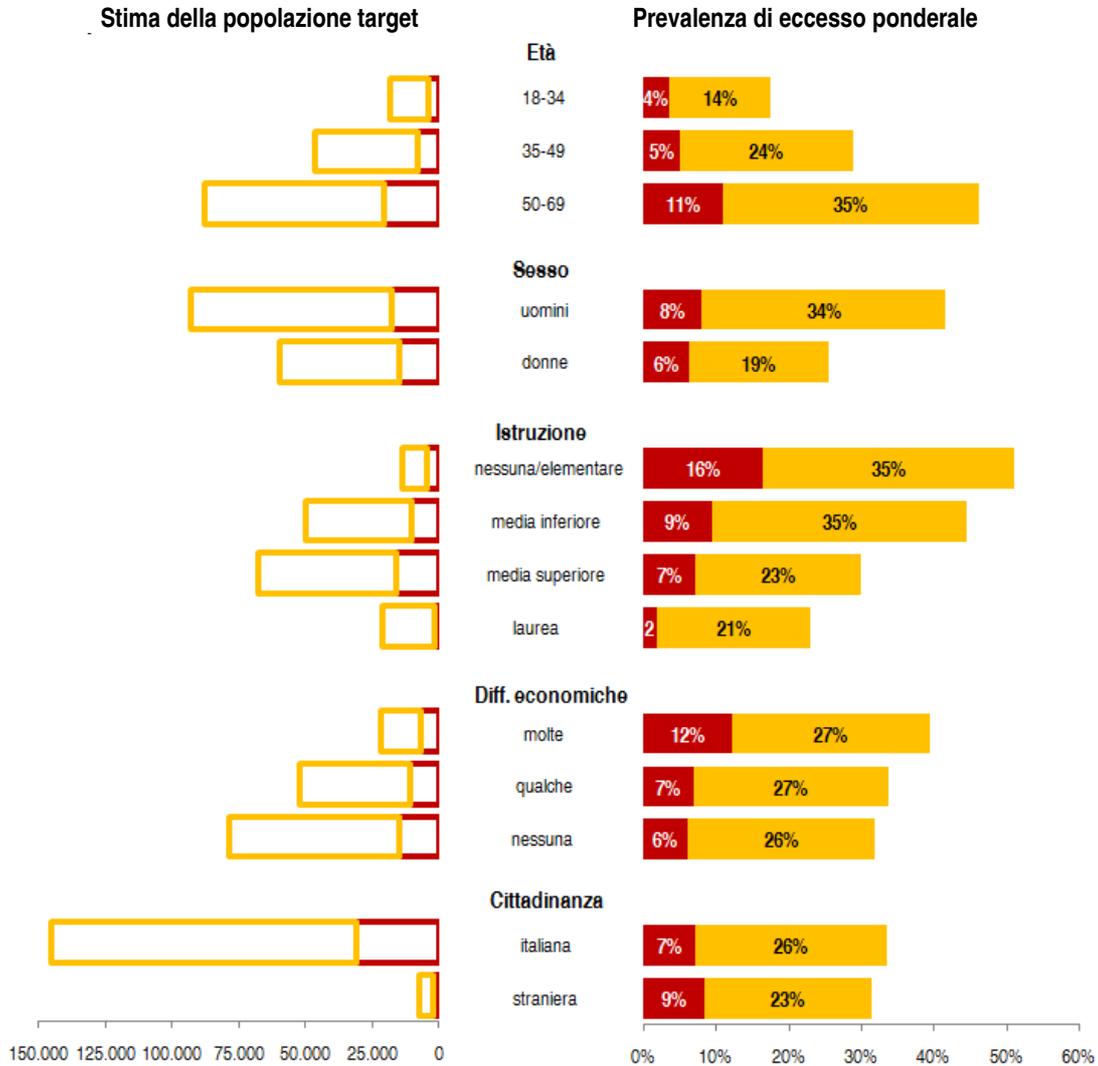
■ migliore del valore nazionale

Eccesso ponderale per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione target di possibili interventi di prevenzione

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014 Asl 3 Genovese

Popolazione di riferimento 18-69 anni: 456.298; n=1321

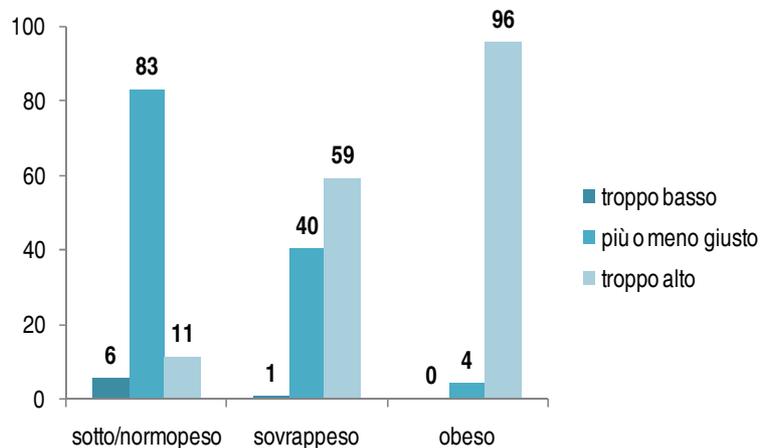
Prevalenza di eccesso ponderale: 33,5% (IC 95%: 31,1-35,9)



Autopercezione del proprio peso corporeo, prevalenze per stato nutrizionale

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

Asl 3 Genovese (n=1321)

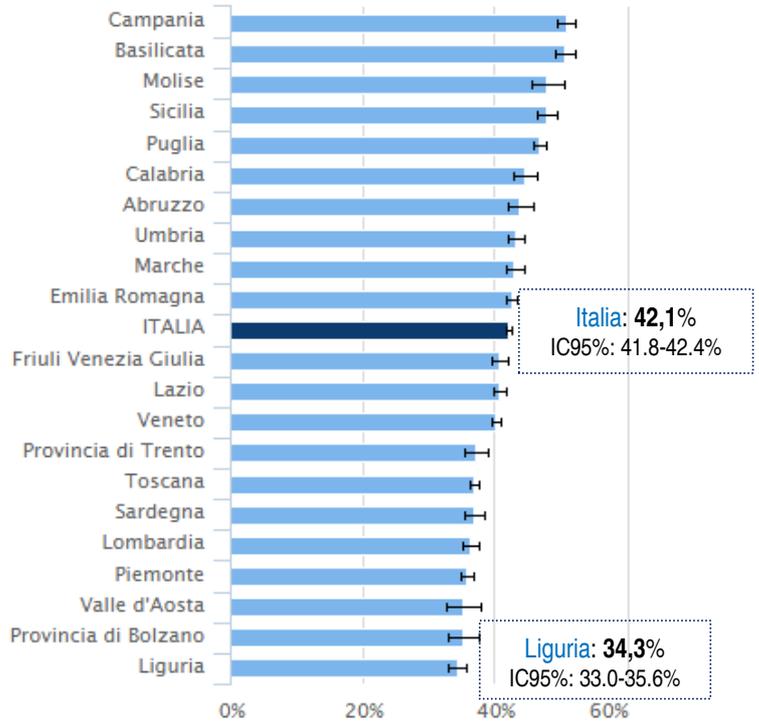


Eccesso ponderale per regione di residenza
PASSI 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Eccesso ponderale per regione di residenza
PASSI 2011-2014

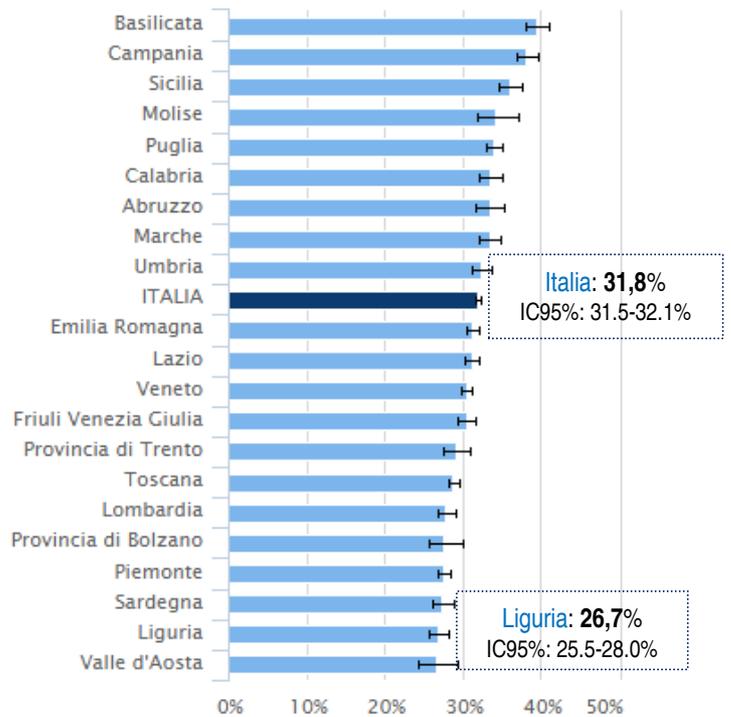


Sovrappeso per regione di residenza
PASSI 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

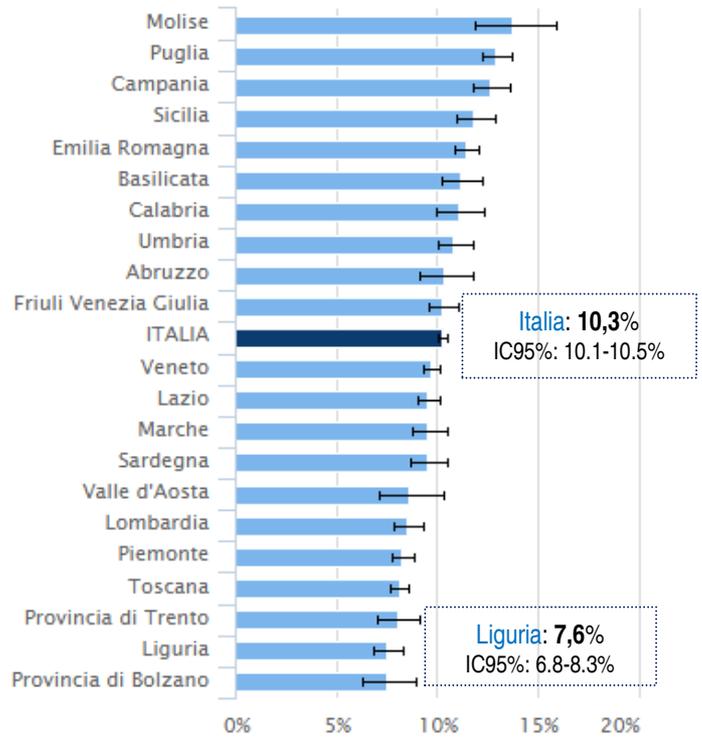
Sovrappeso per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Obesi per regione di residenza
PASSI 2011-2014



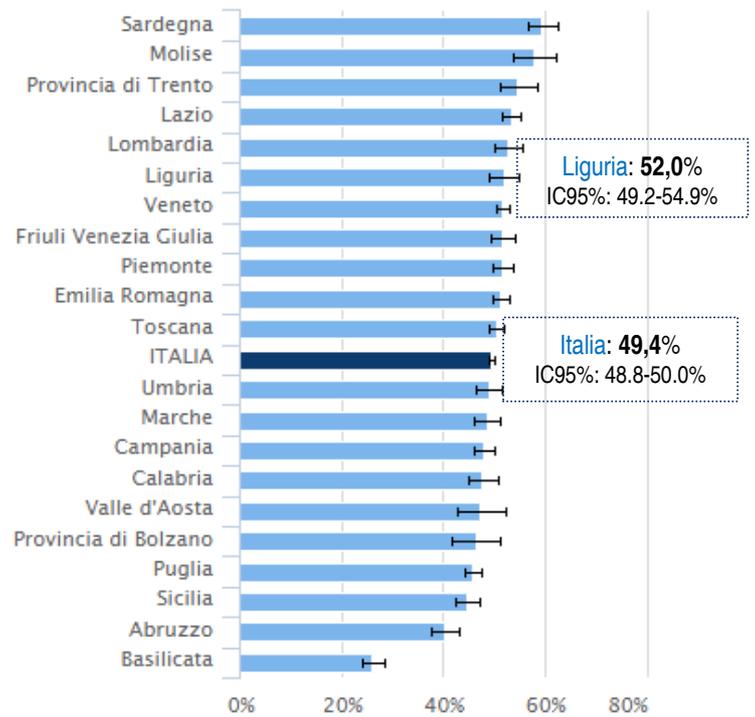
Obesi per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale, per regione di residenza
PASSI 2011-2014

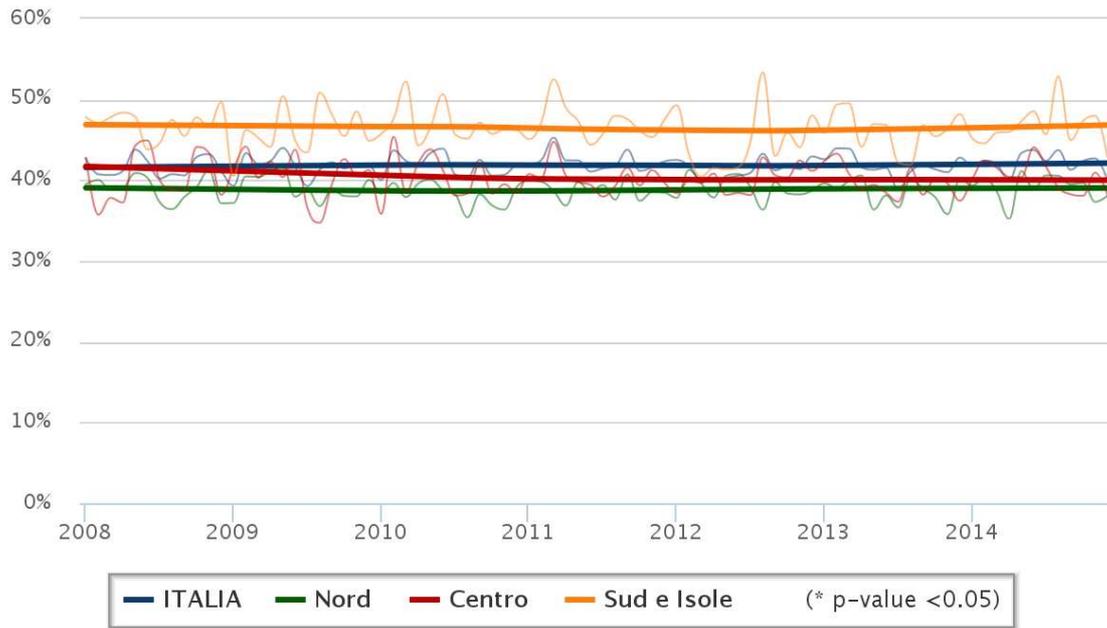


Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale, per regione di residenza
PASSI 2011-2014



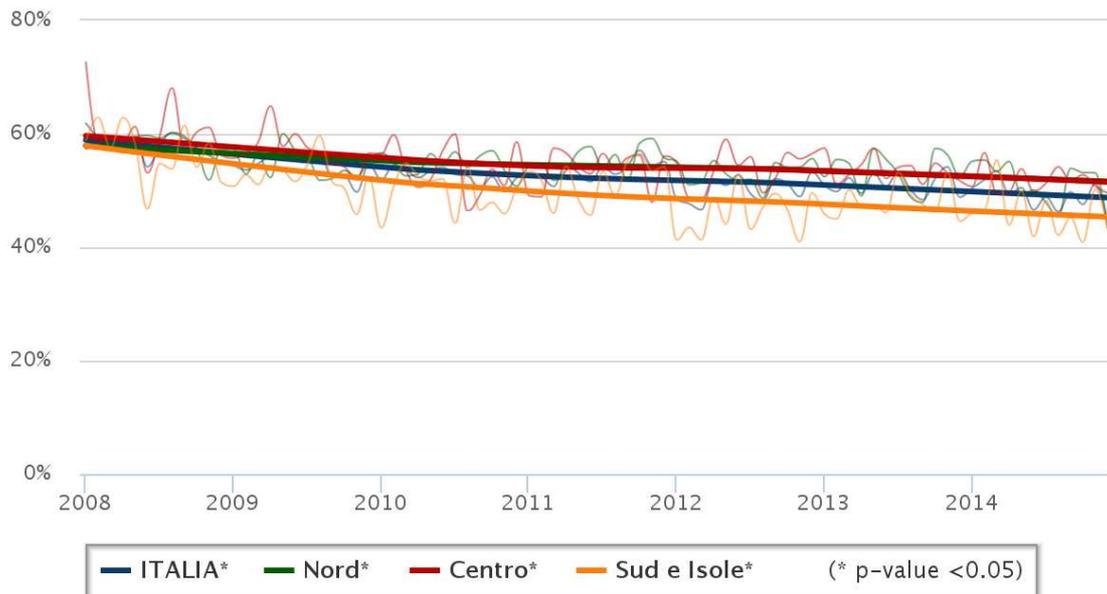
Serie storica Eccesso ponderale per area geografica

Passi 2008-2014



Serie storica Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per area geografica

Passi 2008-2014



Importanza per la salute

Definizioni

Nella sorveglianza di popolazione le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (Imc oppure 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)

Nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi le prevalenze di sovrappeso e obesità vengono calcolati in base ai dati riferiti dagli intervistati su peso ed altezza. Il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale.

Effetti sulla salute dell'obesità

La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari hanno un impatto considerevole sulla salute di una popolazione. Un'alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e aggravano le patologie preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità.

L'Oms stima[i] che a livello globale circa 3,4 milioni di adulti muoiono all'anno per cause correlate all'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Si stima che il 44% dei casi di diabete, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di cancro sono attribuibili all'eccesso ponderale.

Per quanto riguarda i tumori il World Cancer Research Fund International (Wcri) documenta[ii] la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha stimato[iii] che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore. Ogni 15 kg di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30%. Bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere obesi: la causa è in parte genetica (rendendo gli individui ancora più vulnerabili in un contesto obesogenico) e in gran parte è dovuta al fatto che i bambini acquisiscono gli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria).

In Italia l'eccesso ponderale è il quarto fattore più importante per la morte prematura e gli anni vissuti in disabilità[iv].

Cause dell'eccesso ponderale

L'eccesso ponderale di una persona può avere cause genetiche ed individuali, tuttavia, dal punto di vista della sanità pubblica, i fattori di gran lunga più importanti alla base dell'aumento della prevalenza del problema negli ultimi anni sono di natura sociale ed economica. Secondo gli esperti del centro Oms per la prevenzione dell'obesità "l'obesità risulta dalla reazione normale delle persone agli stimoli derivanti all'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"[v].

Interventi di contrasto

Per contrastare il fenomeno risulta quindi fondamentale non solo continuare a monitorare il fenomeno e condurre interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali, ma anche considerare le strategie di marketing aziendali come una parte dei determinanti sociali della salute da affrontare con interventi specifici.

Efficaci e costo-efficaci in questo ambito risultano[vi] interventi come l'introduzione di tasse su cibi e bevande insalubri, le etichette a semaforo da applicare sulle confezioni dei prodotti alimentari, la riduzione della pubblicità di cibi e bevande spazzatura rivolta ai bambini, programmi scolastici finalizzati alla riduzione del consumo di bevande zuccherate, il bando di distributori automatici di cibi e bevande spazzatura dai luoghi pubblici (a cominciare dalle strutture sanitarie).

Raccomandazioni per una sana alimentazione

Le regole di una sana alimentazione sono poche e semplici: non mangiare troppo, mangiare soprattutto frutta e verdura (almeno 5 porzioni al giorno), poi pasta, riso e pane (meglio se integrali) o altri cereali e tuberi (tra cui le patate) o i legumi. La carne va bene solo in quantità molto moderate (non più di 2 volte alla settimana), da evitare o ridurre al minimo è la quantità di carni conservate (salame, speck, scatolame ecc). Il pesce è consigliato 2 volte alla settimana. Formaggi ed uova sono da mangiare al posto della carne e non in aggiunta ad essa. Il consumo di dolci (molto meglio se fatti in casa) dovrebbe essere contenuto e riservato ai pranzi speciali. Condire con olio di oliva e poco sale. Da evitare completamente sono i cibi spazzatura (prodotti industriali con molte calorie e pochi nutrienti) e le bevande zuccherate.

Per il mantenimento del peso è raccomandato associare alla sana alimentazione una regolare attività fisica (almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni alla settimana). È tuttavia

importante essere consapevoli che l'eccesso ponderale è innanzitutto un problema di alimentazione. La quantità di calorie consumate grazie ai livelli di attività fisica raccomandati non sono sufficienti a controbilanciare una dieta ipercalorica (in 30 minuti di cammino si consumano circa 150 kcal; una lattina di bevanda zuccherata tipo CocaCola contiene circa 140 kcal, 100 gr di alcune barrette snack contengono fino a 500 kcal).

Risorse utili

- [Who European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Conference report](#) (pdf 332 kb)
- [Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili](#) (pdf 56 kb)
- Who European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010
- Michael Moss, Grassi, dolci, salati, Mondadori, 2014
- Micheal Pollan, Breviario di resistenza alimentare. 64 regole per mangiare bene, BUR Biblioteca Universale Rizzoli, 2011
- Marion Nestlé, Malden Nesheim, Why Calories Count, Università of California Press, Berkley, 2012

Riferimenti:

- [i] Who, Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated August 2014 <http://www.who.int/...>
- [ii] World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (Wcrf/Aicr). Food, Nutrition, and Physical Activity and the Prevention of Cancer: A global Perspective. Washington DC. 2007. <http://discovery.ucl.ac.uk/...>
- [iii] Oecd, Obesity and the Economics of Prevention, <http://www.oecd.org/...>
- [iv] Institute of Health Metrics and Evaluation, Global burden of disease database, <http://vizhub.healthdata.org/...>
- [v] Boyd A Swinburn et al., "The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments", The Lancet, Vol 378, August 27, 2011
- [vi] Steven L Gortmaker et al., Changing the future of obesity: science, policy, and action, The Lancet 2011; 378: 838–47

Indicatori Passi: sovrappeso e obesità

Definizioni operative

1. **Persona sovrappeso:** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc)* compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
2. **Persona obesa:** è una persona con un Indice di massa corporea (Imc) maggiore o uguale a 30,0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

(*) L'indice di massa corporea è uguale a [Peso, in Kg] / [Altezza, in metri]².

Scheda indicatore: prevalenza di persone in sovrappeso	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che hanno un Indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m ² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
Denominatore	Intervistati per i quali può essere calcolato l'Indice di massa corporea dai valori autoriferiti di peso e altezza (esclusi quelli mancanti); il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento alla condizione presente al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Essere in sovrappeso o, ancor più, obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrite, e alcune tipologie di tumori. Un'adeguata attività fisica per quantità, intensità e durata e un basso apporto calorico possono ridurre l'Imc.
Limiti dell'indicatore	I rispondenti tendono spesso a sovrastimare la propria altezza e a fornire una sottostima del loro peso, determinando un Imc personale in genere inferiore rispetto a quello reale.
Validità dell'indicatore	La prevalenza del sovrappeso, basata su dati riferiti, è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma può essere considerata idonea per valutare i trend temporali e le differenze territoriali. Nell'esaminare la prevalenza in sottogruppi della popolazione, bisogna tener conto che la sottostima è maggiore tra le donne. Le associazioni, basate sui dati riferiti, tra sovrappeso/obesità e varie patologie devono essere interpretate con cautela.

Scheda indicatore: prevalenza di persone obese	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che hanno un Indice di massa corporea (Imc) uguale o maggiore di 30,0 kg/m ² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.
Denominatore	Intervistati per i quali può essere calcolato l'Indice di massa corporea dai valori autoriferiti di peso e altezza (esclusi quelli mancanti); il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento alla condizione presente al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Essere in sovrappeso/obesi aumenta il rischio di molteplici patologie croniche, tra cui l'infarto del miocardio, l'ictus, l'ipertensione, il diabete mellito, l'osteoartrite, e alcune tipologie di tumori. Un'adeguata attività fisica per quantità, intensità e durata e un basso apporto calorico possono ridurre l'Imc.
Limiti dell'indicatore	I rispondenti tendono a sovrastimare la propria altezza e a fornire una sottostima del loro peso, determinando un Imc personale inferiore rispetto a quello reale.
Validità dell'indicatore	La prevalenza dell'obesità basata su dati riferiti è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma può essere considerata idonea per valutare i trend temporali e le differenze territoriali. Nell'esaminare la prevalenza in sottogruppi della popolazione, bisogna tener conto che la sottostima è maggiore tra le donne. Le associazioni, basate sui dati riferiti, tra obesità e varie patologie devono essere interpretate con cautela.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

In Italia, quasi la metà degli adulti consuma tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura, mentre nella nostra Asl questa percentuale è dell'80%; solo un italiano su dieci, però, ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero cinque porzioni al giorno (five a day), tra i residenti in Asl 3 Genovese tale quota è di 2 persone su 10.

Consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, è un'abitudine che cresce con l'avanzare dell'età, è più frequente fra le donne, fra le persone più istruite, e generalmente è più frequente fra i residenti nelle Regioni settentrionali che nel resto del Paese.

Nel tempo la quota di persone che aderisce al five a day non aumenta, anzi si osserva una lieve ma significativa riduzione a livello nazionale, dovuta principalmente all'allontanamento da questa abitudine fra i residenti del Centro e del Nord Italia.

	Consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura
Asl 3 Genovese	19.5
Liguria	16.2
Italia	9.5

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

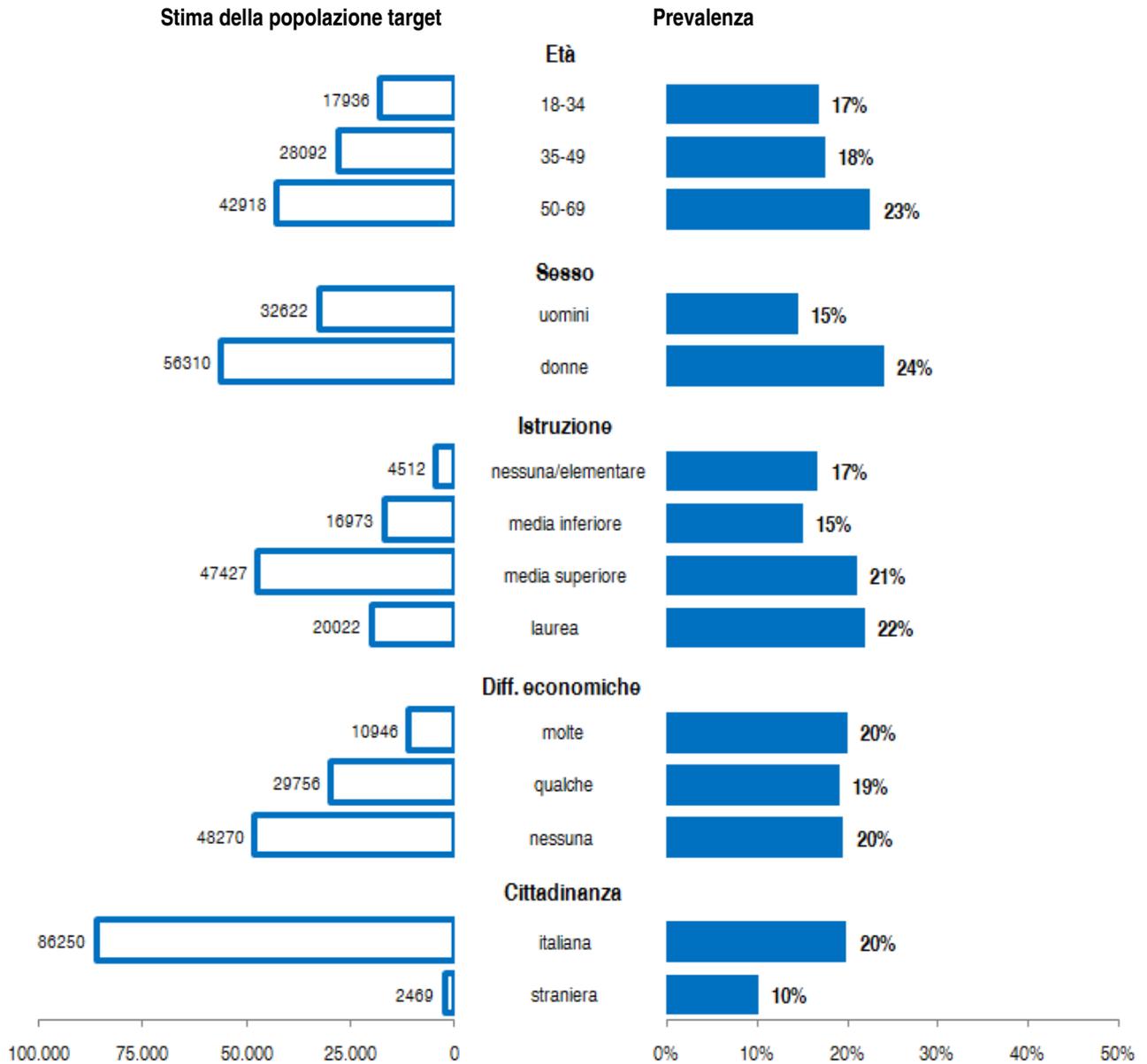
■ migliore del valore nazionale

**Consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura
per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione**

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014 Asl 3 Genovese

Popolazione di riferimento 18-69 anni: 456.298; n=1321

Prevalenza: 19,5% (IC 95%:17,5-21,7)

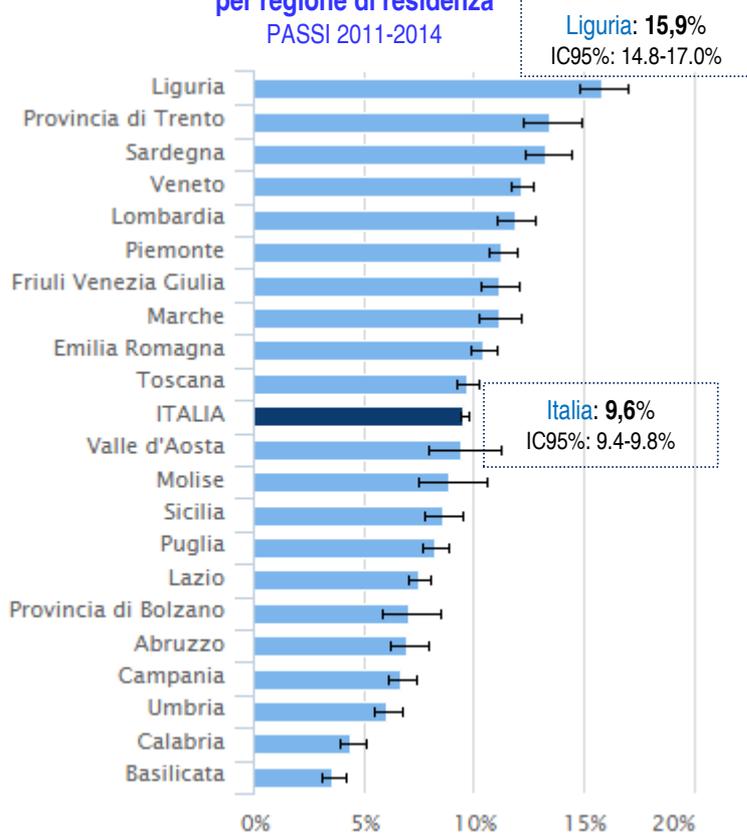


Consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura per regione di residenza
PASSI 2011-2014



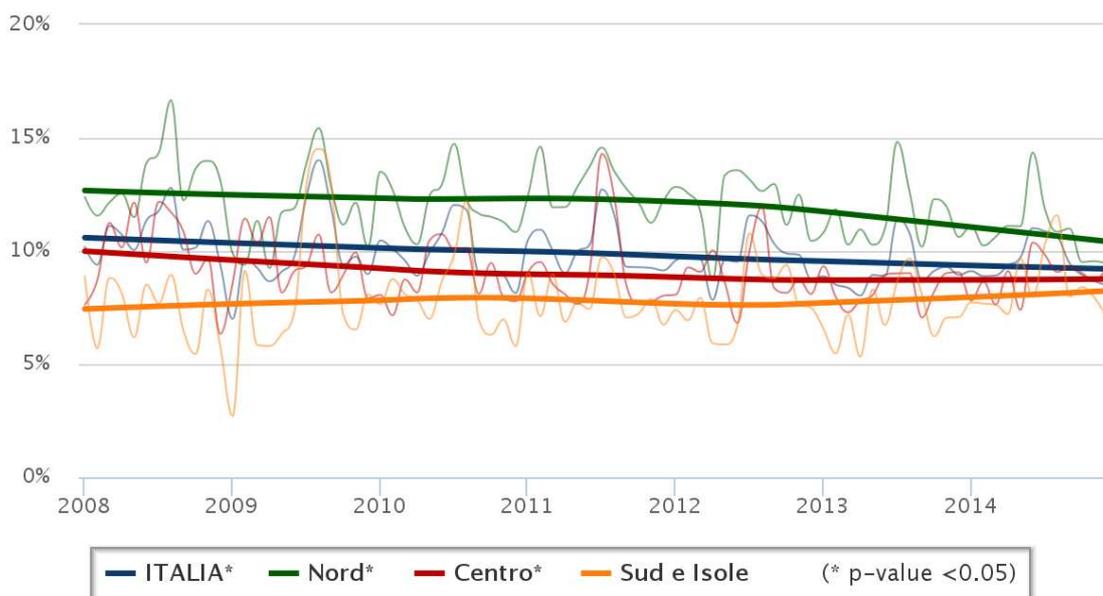
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Consumo quotidiano di 5 porzioni di frutta e verdura per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Serie storica Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per area geografica

Passi 2008-2014



Importanza per la salute

Le linee guida italiane per una sana alimentazione[1] sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

L'Organizzazione mondiale della sanità[2], stima che a livello globale circa 16 milioni anni di vita aggiustati per disabilità (Daly, un indicatore che combina gli anni di vita persi per morte premature con gli anni di vita vissuti con disabilità) e 1,7 milioni di morti sono attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura. Inoltre si stima che il 14% dei decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura.

Secondo l'Institute of Health Metrics and Evaluation in Italia i fattori di rischio collegati all'alimentazione rappresentano il fattore più importante per la morte prematura e gli anni vissuti in disabilità[3].

Un'alimentazione mediterranea, ricca in frutta, verdura, pasta, riso e legumi e povera di alimenti di origine animale non è solo sana[4] e gustosa ma anche rispettosa dell'ambiente. La produzione di un kg di carne bovina comporta l'emissione in atmosfera di oltre 31.000 grammi di CO₂ equivalenti e il consumo di circa 15.500 litri di acqua, contro i circa 700 grammi equivalenti e circa un centinaio di litri di acqua necessari per la produzione di un kg di ortaggi[5].

Livelli di consumo raccomandati

La soglia di 400 grammi di frutta e verdura al giorno (escluse le patate e altri tuberi amidacei), corrispondente a circa cinque porzioni (five-a-day), è la quantità minima consigliata dall'Oms per essere efficace nella prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiache, cancro, diabete, obesità). Anche una dieta vegetariana o vegana risulta salutare ed efficace nella prevenzione di numerose patologie[6].

Una porzione di frutta e verdura corrisponde quindi a circa 80 grammi la quantità che sta in una mano oppure in mezzo piatto nel caso di verdure cotte.

Date le basse prevalenze del consumo delle 5 porzioni giornaliere, in Italia si dovrebbe tornare a mangiare più frutta e verdura, riducendo contemporaneamente il consumo di carne, latticini, uova e insaccati. Le quantità di carne abitualmente consumate in Italia (circa 90kg/anno[7]) e in Europa non è salutare. Per esempio, in Inghilterra è stato stimato[8] che una riduzione del 30% del consumo di carne potrebbe ridurre del 15% le malattie cardiovascolari nel Regno Unito (equivalente a 2850 anni di vita aggiustati per disabilità [Daly] per milione di residenti in un anno).

Interventi per incrementare il consumo di frutta e verdura

I Center for Disease Control and Prevention (Cdc) raccomandano[9] strategie mirate ad incrementare l'accessibilità a frutta e verdura attraverso incentivi per la coltivazione di prodotti salutari sia a livello agricolo, sia a livello comunitario (dove si raccomanda la creazione di orti di quartiere) e mediante la promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali, nelle scuole e in occasioni di riunioni, incontri, seminari e convegni. Anche le iniziative volte all'introduzione di una giornata vegetariana nella ristorazione collettiva avviatosi in numerose città in tutto il mondo a seguito dell'esperienza di Gent in Belgio sono finalizzate a rendere più facile la scelta di una dieta più ricca di alimenti vegetali. Il consiglio comunale di Gent ha deciso di introdurre una giornata (il giovedì – Donerdag Veggiedag[10]) senza carne nella ristorazione pubblica collettiva e nelle scuole e di offrire nelle altre giornate valide alternative vegetariane alla carne.

Altri interventi risultati efficaci nell'incrementare il consumo di frutta e verdura della popolazione sono quelle relative alla modifica dell'architettura delle scelte all'interno di mense (disposizione del banco di frutta e verdura) e supermercati (design dei carelli della spesa)[11].

Riferimenti

[1] Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, <http://www.inran.it/>

[2] Who, Promoting fruit and vegetable consumption around the world, <http://www.who.int/...>

[3] Institute of Health Metrics and Evaluation, Global burden of disease database, <http://vizhub.healthdata.org/...>

[4] Ramón Estruch, et al., Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet, New England Journal of Medicine, 2013; 368:1279-1290 April 4, 2013, <http://www.nejm.org/...>

[5] Barilla Center for Food and Nutrition, Doppia Piramide: alimentazione sana per le persone, sostenibile per il pianeta, <http://www.barilla.com/...>

[6] Position of the American Dietetic Association: Vegetarian Diets, Journal of the American Dietetic Association, Volume 109, Issue 7, July 2009, Pages 1266-1282, <http://www.sciencedirect.com/...>

[7] Eurostat, Consumption of certain foodstuffs per inhabitant, kg per capita, Meat - Total (kg/head), 2000-2010

[8] Sharon Friel, Alan D Dangour, Tara Garnett, et al., Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: food and agriculture, The Lancet, Vol 374 December 12, 2009.

[9] Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The Cdc Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011, <http://www.cdc.gov/obesity/...>

[10] <http://www.donderdagveggiedag.be/>

[11] <http://nudges.org/>

Indicatori Passi: consumo abituale di frutta e verdura

Definizioni operative

Il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e/o verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno.

Porzione di frutta o verdura: un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

Secondo la letteratura, è raccomandata l'assunzione giornaliera di 400 gr di frutta o verdura, equivalente a cinque porzioni da 80 grammi.

Per motivi pratici, legati a una migliore comprensione da parte dell'intervistato, la domanda è stata formulata in modo da consentire una più agevole identificazione del peso di frutta e/o verdura.

	Scheda indicatore: prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che riportano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura.
Denominatore	Intervistati che hanno risposto alla domanda su quante porzioni di frutta e/o verdura consumano al giorno; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento a un comportamento abituale.
Significato per la salute pubblica	Le persone che hanno un regime alimentare ricco di frutta e verdura hanno un ridotto rischio di malattie croniche, tra cui l'ictus, altre patologie cardiovascolari, alcuni tipi di tumori, malattie respiratorie, ecc. Le linee guida per una sana alimentazione italiana (pdf 897 kb) raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata e ortaggi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore fornisce la prevalenza di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno, ma non consente di stimare la quota di popolazione, che assume una quantità maggiore di questi alimenti. Numerosi studi hanno dimostrato che non c'è un effetto-soglia per le cinque porzioni al giorno e che consumi maggiori di frutta e verdura determinano ulteriori benefici in termini di riduzione dei rischi per la salute.

CONSUMO DI ALCOL

Quasi la metà degli adulti in Italia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di non consumare bevande alcoliche ma circa 1 persona su 6 ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione.

Nella nostra Asl 4 adulti su 10 dichiarano di non consumare bevande alcoliche ma un quinto ne fa un consumo a "maggior rischio". Questi ultimi sono prevalentemente giovani (18-24enni) e uomini mentre non emergono significative differenze per difficoltà economiche o livello di istruzione.

Preoccupante il numero di persone, in Italia, che assumono alcol, pur avendo una controindicazione assoluta (pazienti con malattie del fegato e donne in gravidanza)

Il consumo di alcol a "maggior rischio" resta prerogativa dei residenti nel Nord Italia, in particolare nella P.A. di Bolzano e nel Friuli Venezia Giulia dove si registrano le percentuali più alte. Molise e Sardegna sono le Regioni del Sud dove la percentuale di consumatori di alcol a "maggior rischio" è più alta della media nazionale. Il consumo binge disegna la stessa geografia del consumo a "maggior rischio" e resta stabile nel tempo.

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: solo il 7,6% di coloro che sono considerati consumatori a "maggior rischio" riferiscono di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol e questo riguarda, in particolare, chi ne fa un consumo abituale elevato (19,1%), meno i consumatori binge (5,9%) e ancor meno chi consuma alcol prevalentemente fuori pasto (4,6%).

	Consumo alcol	Consumo fuori pasto	Consumo abituale elevato	Consumo binge	Consumo a maggior rischio	Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico
Asl 3 Genovese	60.3	9.3	5.1	9.8	20.2	7.6
Liguria	57.5	8.0	5.6	8.7	19.2	5.6
Italia	55.1	8.0	3.7	8.8	16.9	6.0

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

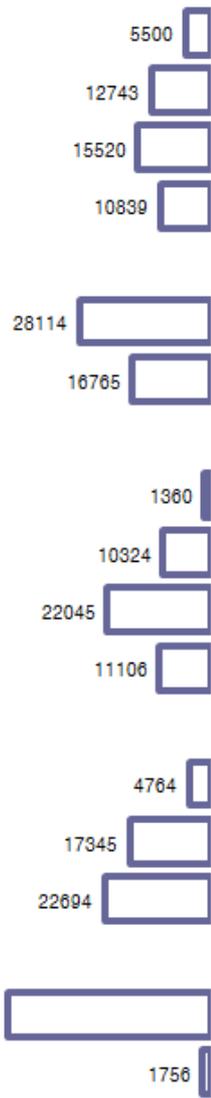
Consumo binge per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014 Asl 3 Genovese

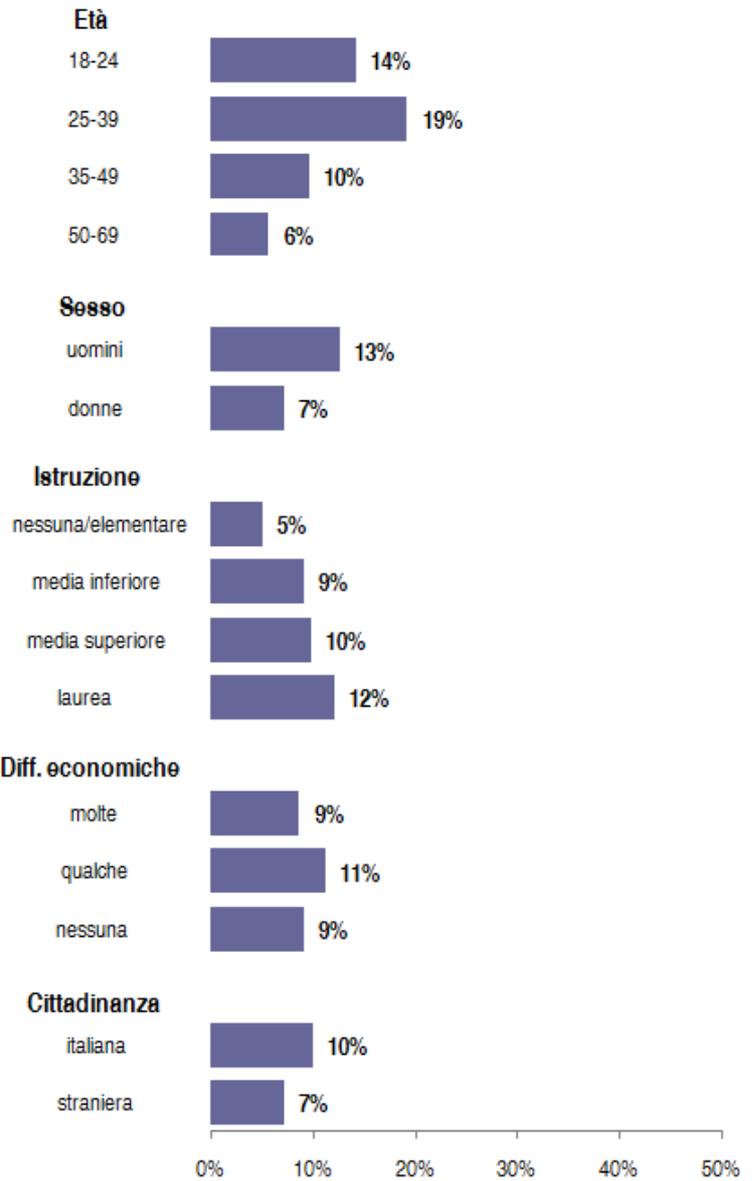
Popolazione di riferimento 18-69 anni: 456.298; n=1320

Prevalenza di binge: 9,8% (IC 95%:8,4-11,5)

Stima della popolazione target



Prevalenza di consumo binge



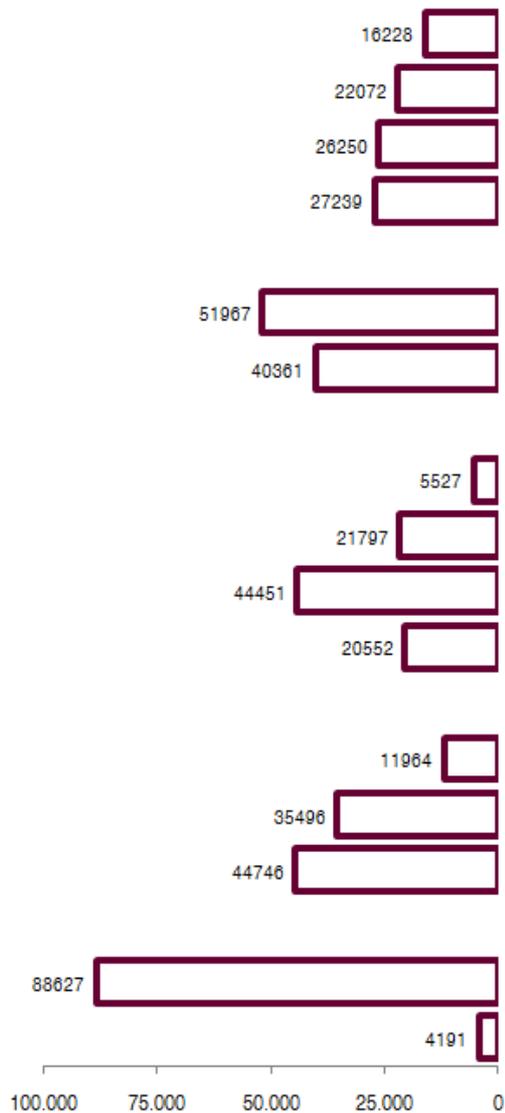
**Consumo alcolico a maggior rischio
per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione**

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014 Asl 3 Genovese

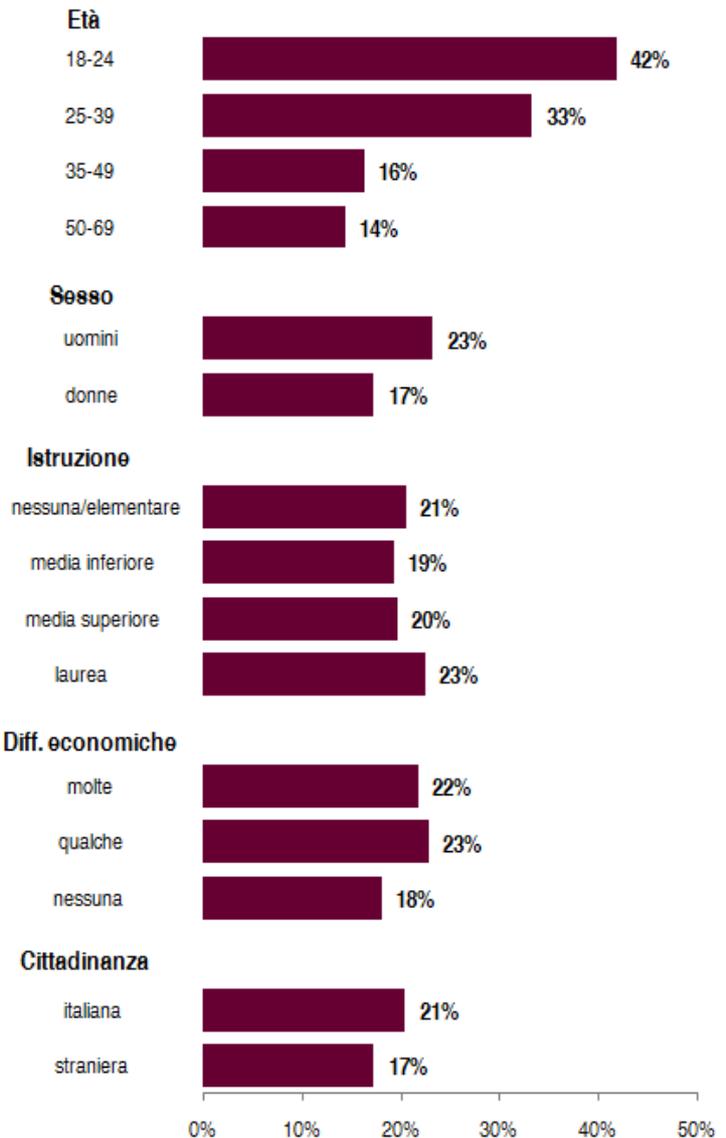
Popolazione di riferimento 18-69 anni: 456.298; n=1320

Prevalenza di consumo a maggior rischio: 20,2% (IC 95%: 18,2-22,4)

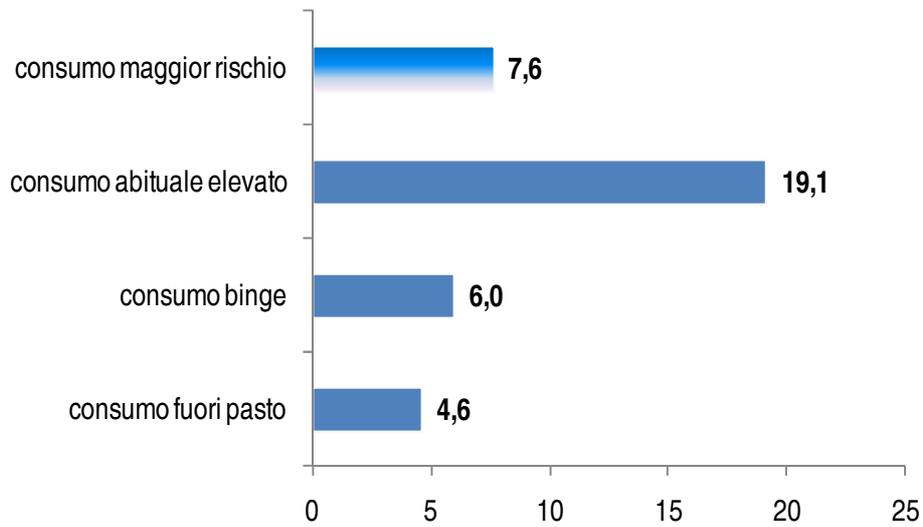
Stima della popolazione target



Prevalenza di consumo a maggior rischio



**Categorie di bevitori a maggior rischio
consigliati di bere meno dal medico**
Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014
Asl 3 Genovese (n=1320)

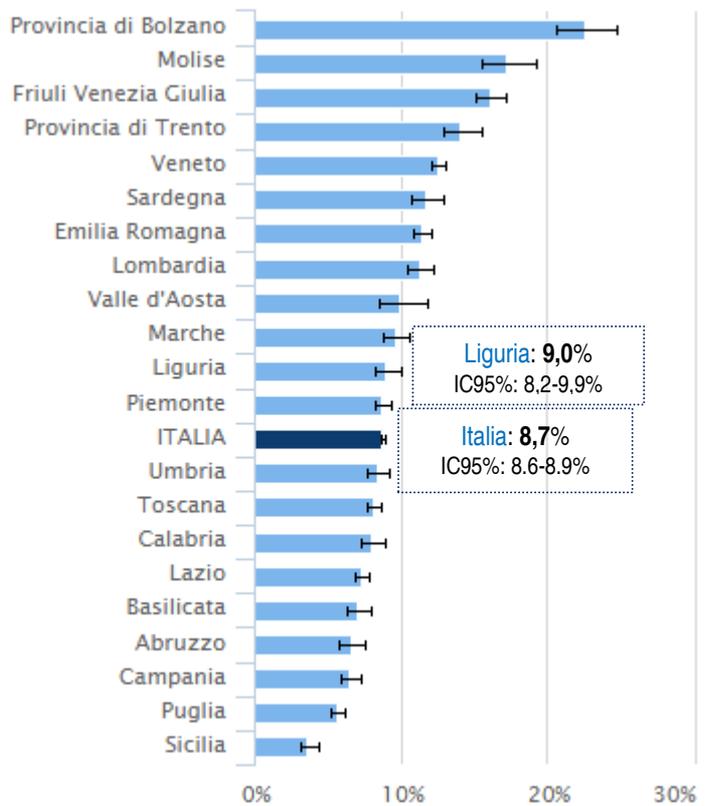


Consumo binge per regione di residenza
PASSI 2011-2014



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

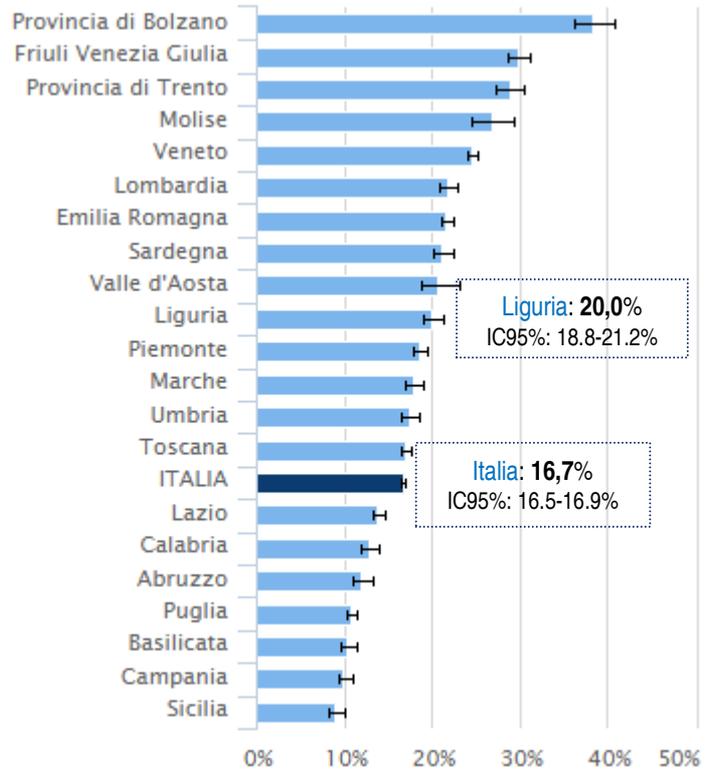
Consumo binge per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Consumo a maggior rischio per regione di residenza
PASSI 2011-2014



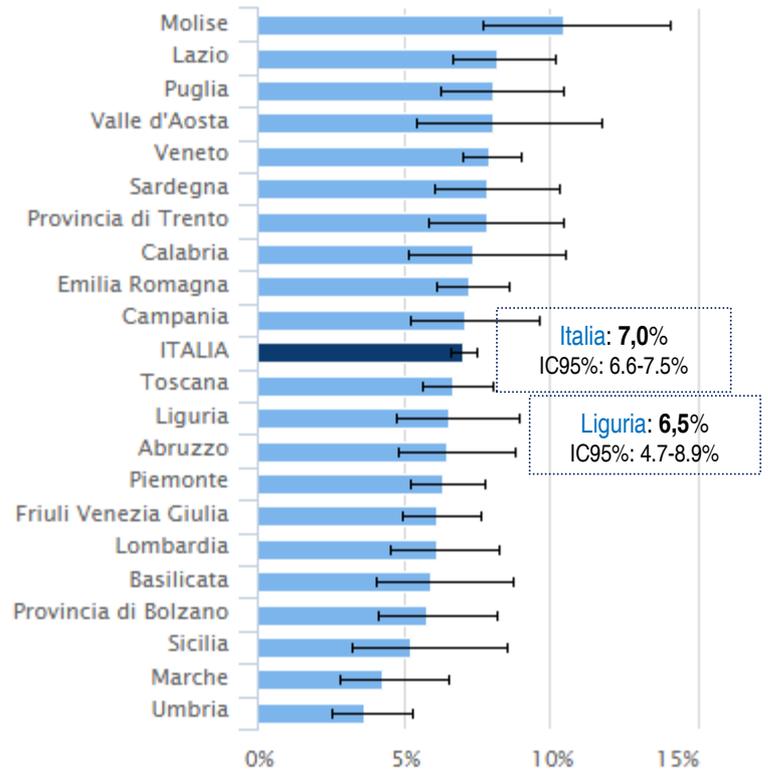
Consumo a maggior rischio per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico
PASSI 2011-2014

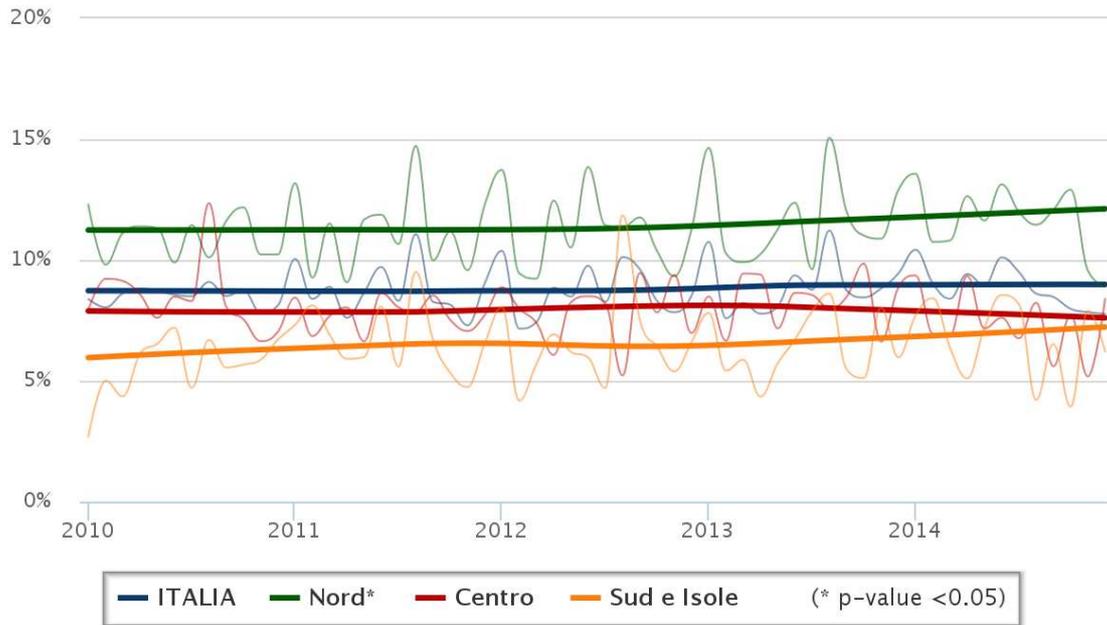


Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico
PASSI 2011-2014



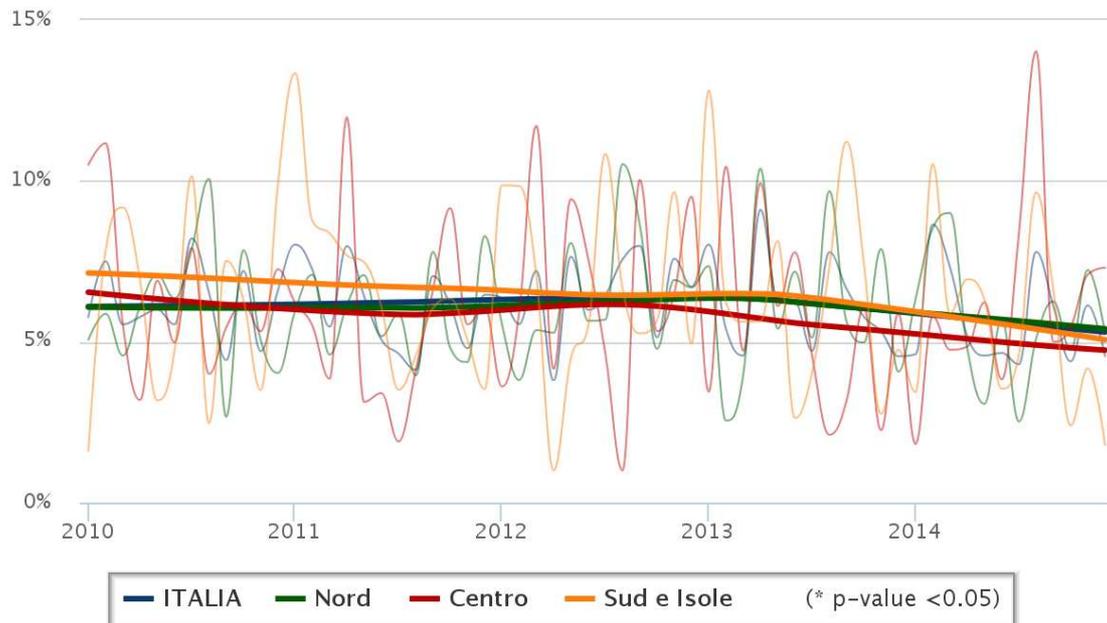
Serie storica Consumo binge per area geografica

Passi 2008-2014



Serie storica Consumo a maggior rischio per area geografica

Passi 2008-2014



Importanza per la salute

Il consumo di alcol è associato a numerose malattie croniche e può creare dipendenza; provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. [1]

Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali.[2]

Anche l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontano a più dell'1% del Pil.

Raccomandazioni

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori:

- la quantità di alcol bevuta abitualmente
- la quantità assunta in una singola occasione
- le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol
- le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

L'unico modo per annullare completamente i rischi legati al consumo di alcol è l'astensione.

Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Perciò molti istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno formulato raccomandazioni per chi desidera assumere bevande alcoliche, specificando i limiti di non superare. [3] [4]

A differenza di altri fattori di rischio, per l'alcol è appropriato formulare raccomandazioni multiple, articolandole in base alle diverse soglie di consumo accettabile.[5]

Il contesto internazionale e italiano

In confronto con gli altri Paesi europei, l'Italia presenta bassi valori di consumo annuo pro-capite di alcol puro (consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche); nel 2006 è stato in media di 8 litri, mentre negli altri Paesi era di 11 litri. [6]

Secondo i dati dell'Ocse, in Italia si è verificato negli ultimi trent'anni un notevole calo del consumo pro-capite di alcol (-50%), mentre nello stesso periodo è sensibilmente aumentato in altri Paesi. [7]

L'evoluzione favorevole della situazione in Italia incoraggia a proseguire nelle politiche di contenimento del consumo nocivo di alcol.

Come Passi misura il consumo di alcol

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). Una UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Il consumo alcolico individuale viene stimato tramite domande che indagano il numero di giorni (negli ultimi 30) in cui sono state consumate bevande alcoliche e il numero medio di UA assunte.

Questo approccio (detto Quantità/Frequenza) è ampiamente utilizzato nelle indagini di popolazione, come il Brfss americano, [8] perché semplice e accettabile. Tuttavia, bisogna tener presente che tende a sottostimare l'effettivo consumo di alcol.

Viene inoltre richiesto il numero massimo di UA consumate in una singola occasione, sempre negli ultimi 30 giorni.

Gli indicatori Passi consentono di monitorare:

- il consumo di alcol nella popolazione adulta
- l'assunzione di alcol in condizioni per cui è controindicato
- le modalità di consumo che comportano un maggior rischio per la salute
- la consapevolezza e l'attenzione degli operatori sanitari.

Vengono qui elencati i principali indicatori Passi, le cui definizioni dettagliate sono riportate nella scheda indicatore. [9]

- Prevalenza nella popolazione generale di coloro, che hanno consumato almeno 1 UA nei 30 giorni precedenti dell'intervista.
- Prevalenza del consumo di alcol:
 - nelle persone con malattie del fegato, e nelle donne in gravidanza (qualunque quantità)

- entro un'ora prima di mettersi alla guida (2 o più UA).
- Prevalenza dei consumi a maggior rischio, negli ultimi 30 giorni:
 - abituale elevato: per gli uomini, più di 60 unità alcoliche; per le donne, più di 30 unità alcoliche
 - *binge drinking*: consumo, anche in una singola occasione, di 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne)
 - fuori pasto: consumo di bevande alcoliche esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.
- Un indicatore composito, consumo complessivo a maggior rischio, comprende coloro che presentano almeno uno di questi tre comportamenti (consumo abituale elevato e/o *binge drinking* e/o fuori pasto).
 - Prevalenza degli intervistati:
 - interrogati da un operatore sanitario sul consumo di alcol (tra tutti gli intervistati)
- consigliati da un operatore sanitario di moderare il consumo (tra gli intervistati con consumo complessivo a maggior rischio).

Politiche di prevenzione del consumo dannoso di alcol a livello internazionale e nazionale

Sia l'Organizzazione mondiale della sanità sia l'Unione europea hanno elaborato strategie per il contrasto al consumo nocivo di alcol. [10] Documenti ufficiali [11] [12] elencano le priorità per la sanità pubblica e suggeriscono le azioni da intraprendere.

È stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto, eliminando la pubblicità delle bevande alcoliche. Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Si tratta di un insieme integrato di politiche, che mirano a intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari da parte dei cittadini.

Questo approccio è stato incorporato nelle strategie adottate dal nostro paese per il contrasto alle malattie croniche, nella cornice del programma "Guadagnare Salute". [13]

Nel Piano nazionale alcol e salute [14] sono fissati gli obiettivi da raggiungere per limitare il consumo nocivo di alcol, poi precisati nel Piano sanitario nazionale 2011- 2013 [15] e nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, [16] che indica anche le fonti di dati da utilizzare per il monitoraggio, tra cui i sistemi di sorveglianza.

Ulteriori approfondimenti

- [Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato \(Rapporti Istituzionali 11/4\)](#)
- [European Commission "Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm", 2006](#)
- [European Commission "Alcohol in Europe. A public health perspective", 2006](#)
- [World Health Organisation, 2009 - Handbook for action to reduce alcohol-related harm](#)
- [World Health Organisation, 2009 - Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm](#)

Riferimenti

- [1] [The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 2009](#)
- [2] [Osservatorio nazionale alcol](#)
- [3] [Australian National Health and Medical Research Council \(NHMRC\). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. 2009](#)
- [4] [Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol](#)
- [5] [Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheets. Alcohol Use and Health.](#)
- [6] [Relazione al Parlamento sull'Alcol 2010](#)
- [7] [OECD Economics of Prevention Expert Group Meeting. The prevention of harmful alcohol use. Paris, 15/03/2011](#)
- [8] [Behavioral Risk Factor Surveillance System - Questions for 2009: Alcohol Consumption](#)
- [9] [Passi - Indicatori per il consumo alcolico](#)
- [10] [Gli indicatori Passi per il consumo alcolico - Politiche di prevenzione](#)
- [11] [WHO Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010](#)
- [12] [European Commission 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm](#)
- [13] [Ministero della Salute - Guadagnare Salute](#)
- [14] [Ministero della Salute/CCM - Piano Nazionale Alcol e Salute](#)
- [15] [Piano Sanitario Nazionale 2011- 2013](#)
- [16] [Piano nazionale della prevenzione 2010-2012](#)

Indicatori Passi: consumo di bevande alcoliche

Definizioni operative

Che cosa è l'unità alcolica standard

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche. L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un alcolpop (300 ml), un bicchiere di vino (125 ml), un aperitivo (80 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Quale è il limite del consumo moderato di alcol

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori:

1. la quantità cumulativa di alcol bevuta, espressa sotto forma di **consumo medio giornaliero**
2. la quantità di alcol assunta **in una singola occasione**
3. le **modalità 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 individuano livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Definizioni di consumatori di alcol e di consumatori a maggior rischio

1. **Consumo di alcol** è la condizione di un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

Il consumo di alcol a maggior rischio è definito, per ciascun sesso, in base alla quantità di alcol abitualmente ingerito e alle modalità di consumo alcolico.

2. Per quanto riguarda il **consumo abituale**, diverse istituzioni sanitarie, tra cui i **Cdc** (Centers of Disease Control and prevention), fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche consumate in media al giorno:

- soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni

- soglia del consumo moderato per le donne = 1 unità alcolica in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato.

Passi stima il consumo medio di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo. Il consumo complessivo mensile viene calcolato moltiplicando questi due valori; dividendo il prodotto per 30 si ottiene il consumo medio giornaliero.

3. Per quanto riguarda il **consumo episodico**, l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi.

Diverse istituzioni sanitarie, tra cui il **Cdc**, fissano livelli soglia differenti nei due sessi, e precisamente:

- per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione

- per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "**consumo binge**".

Passi stima il consumo alcolico domanda riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate.

4. Una modalità di **consumo a maggior rischio** è l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. L'Oms elenca il consumo fuori pasto tra i fattori, che determinano un aumento della mortalità, e perciò lo include nel calcolo dell'indice "*Patterns of drinking score*", che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato. L'assunzione negli ultimi 30 giorni di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto viene definita **consumo fuori pasto**. Passi stima questa modalità di consumo alcolico tramite una specifica domanda.
5. **Consumo alcolico a maggior rischio** è un indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato.

Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati, che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

Scheda indicatore: consumo di alcol	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Personae che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una unità alcolica standard-
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so/non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Consente di valutare la quota di popolazione che assume abitualmente bevande alcoliche e la quota, complementare, di astemi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore non permette di individuare, tra gli astemi, coloro che in passato hanno consumato bevande alcoliche (ex-bevitori).

Scheda indicatore: consumo abituale elevato	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 UA negli ultimi 30 giorni) + donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcolica al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30 giorni). Attenzione: nel 2007 la definizione di questo indicatore prevedeva un consumo medio giornaliero >3 unità alcoliche per gli uomini e >2 unità alcoliche per le donne. Successivamente è stato necessario modificare l'algoritmo per il calcolo.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so/non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Il consumo abituale di alcol in quantità non moderate, comporta un incremento del rischio di malattie importanti, quali cirrosi epatica, malattie cardiovascolari e tumorali, ecc.
Limiti dell'indicatore	Le domande utilizzate da Passi per stimare il consumo alcolico abituale si basano sull'approccio quantità/ frequenza, che per la sua semplicità è idoneo a un sistema di sorveglianza, ma tende a sottostimare la prevalenza dei consumi più elevati. Tuttavia l'indicatore ha dimostrato in analoghe indagini una discreta riproducibilità, per cui appare in grado di valutare in modo attendibile le differenze territoriali di consumo alcolico e l'evoluzione temporale del fenomeno.

Scheda indicatore: consumo binge	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una volta 5 o più unità alcoliche in una singola occasione + donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una volta 4 o più unità alcoliche in una singola occasione.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.

Significato per la salute pubblica	Il consumo episodico eccessivo di alcol comporta un sostanziale incremento immediato del rischio di lesioni traumatiche ed è associato anche con un aumento del rischio di dipendenza e di effetti nocivi cronici.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore non include la frequenza di consumo binge nell'arco del mese ed è costruito sulla base di una domanda, che ha un valore soglia predefinito, per cui non è possibile conoscere la quantità esatta di alcol consumato negli episodi binge.
Scheda indicatore: consumo fuori pasto	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Il consumo di bevande alcoliche fuori pasto determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità assunte, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. Il consumo di alcol fuori pasto è uno dei fattori, che determinano un aumento della mortalità a livello di popolazione.
Limiti dell'indicatore	La definizione dell'indicatore non si basa su una soglia di unità alcoliche consumate, ma sulla circostanza che tale comportamento è dichiarato abituale e preferenziale. Non viene perciò quantificato precisamente il rischio, legato a questa modalità di consumo alcolico, che varia a seconda del numero di unità alcoliche assunte fuori pasto, abitualmente ed episodicamente. Tuttavia, poiché tale modalità di consumo è maggiormente diffusa nelle persone giovani, più vulnerabili agli effetti tossici dell'alcol, ai fini del monitoraggio di popolazione si assume che anche quantità modeste di alcol fuori pasto siano da considerare potenzialmente nocive.
Scheda indicatore: consumo alcolico a maggior rischio	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno dichiarato un consumo abituale elevato e/o un consumo binge e/o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Questo indicatore intende valutare la quota cumulativa di persone, i cui comportamenti sono espressione di un approccio non moderato al consumo alcolico, e che sono perciò esposte ad un maggior rischio.
Limiti dell'indicatore	Questo indicatore aggrega più indicatori, che caratterizzano comportamenti con rischi diversi; non consente perciò di stimare l'impatto complessivo del consumo alcolico sulla salute della popolazione, il cui calcolo richiederebbe più informazioni di quelle raccolte da Passi. Attenzione: A causa dei cambiamenti avvenuti nelle definizioni di alcune componenti di questo indicatore, va utilizzata cautela nei confronti temporali. Infatti, nel 2008 è cambiata la definizione della componente "forte bevitore" e nel 2010 è cambiata la componente del binge drinking.

ABITUDINE AL FUMO

I dati sul fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori

In Italia, la maggioranza degli adulti non fuma o ha smesso di fumare: attualmente poco più di un quarto degli italiani fuma e una quota poco inferiore ha smesso di farlo. Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero di sigarette è di circa 12 sigarette ma un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto al giorno.

La variabilità regionale è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente geografico, tuttavia in alcune Regioni del Centro e del Sud Italia si registrano le quote più alte di fumatori. In particolare Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano per la più alta quota di fumatori.

Dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente e omogeneamente in tutto il territorio italiano. Questa riduzione interessa in particolar modo le classi sociali più agiate (senza difficoltà economiche) e meno le persone economicamente più svantaggiate, fra le quali è più alta la quota di fumatori, per cui si amplia la forbice delle disuguaglianze sociali nel fumo.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri e fra i residenti nelle Regioni settentrionali.

Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: la metà dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

I dati non mostrano un chiaro gradiente geografico nell'attenzione degli operatori sanitari a questo fenomeno.

A colpo d'occhio: indicatori abitudine al fumo (%)

	Fumatori	Ex Fumatori	Chiesto se fuma	Consiglio di smettere
Asl 3 Genovese	28.2	23.4	42.2	43.1
Liguria	27.1	20.6	39.7	47.5
Italia	27.4	18.1	39.9	52.1

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

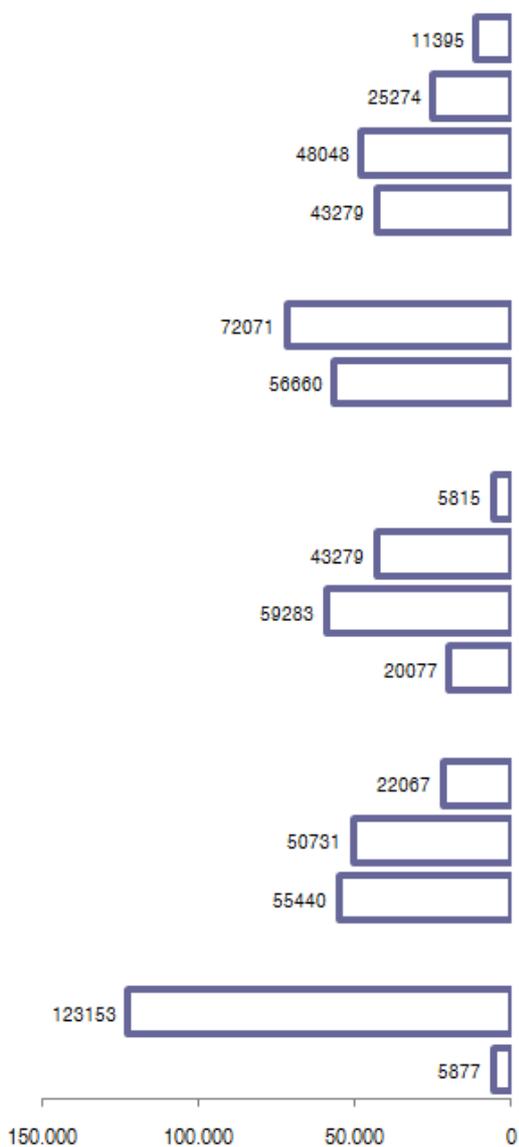
Fumatori per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014 Asl 3 Genovese

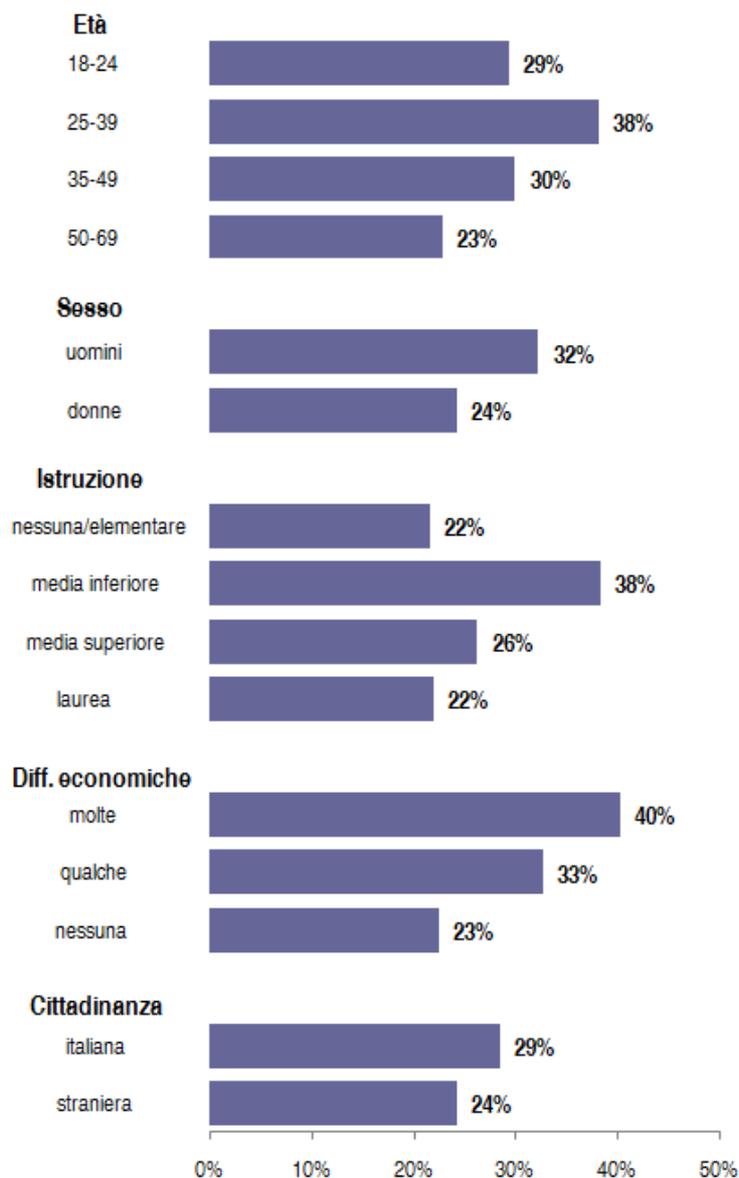
Popolazione di riferimento 18-69 anni: 456.298; n=1320

Prevalenza di fumatori: 28,2% (IC 95%: 25,8-30,6)

Stima della popolazione target



Prevalenza fumatori

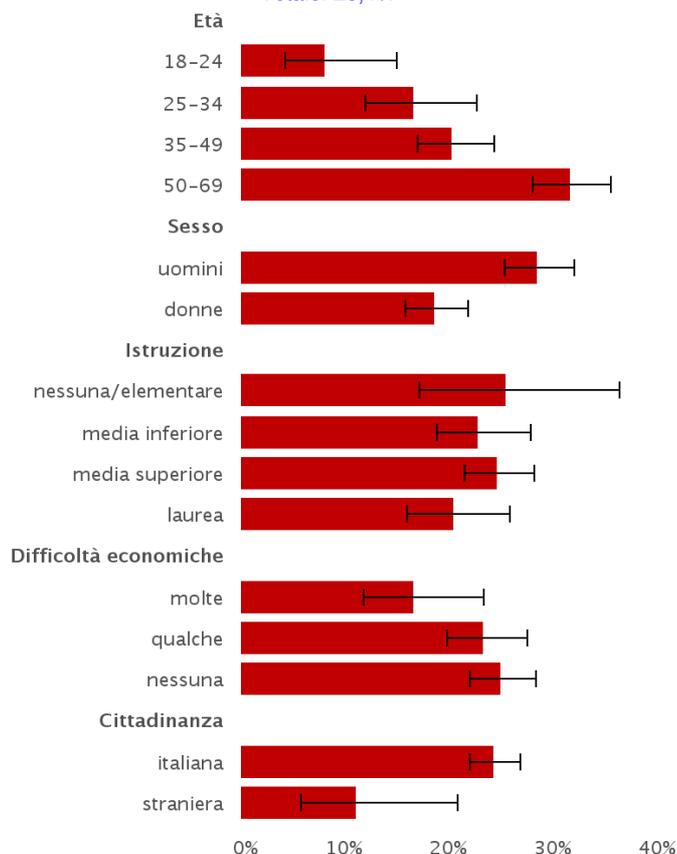


Ex fumatori per caratteristiche socio demografiche

Sistema di sorveglianza PASSI 2011-2014

Asl 3 Genovese (n=1320)

Totale: 23,4%

**Distribuzione dell'abitudine al fumo di sigaretta**

	Asl 3 Genovese n = 5733		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	48.4	45.8	51.1
Fumatori	28.2	25.8	30.7
<i>in astensione</i>	0.8	0.5	1.5
<i>occasionali</i>	0.7	0.4	1.3
<i>quotidiani</i>	26.6	24.3	29.1
Ex-fumatori	23.4	21.3	25.7
Numero medio di sigarette fumate	13.7	12.9	14.6

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).

Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

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.

Attenzione degli operatori sanitari

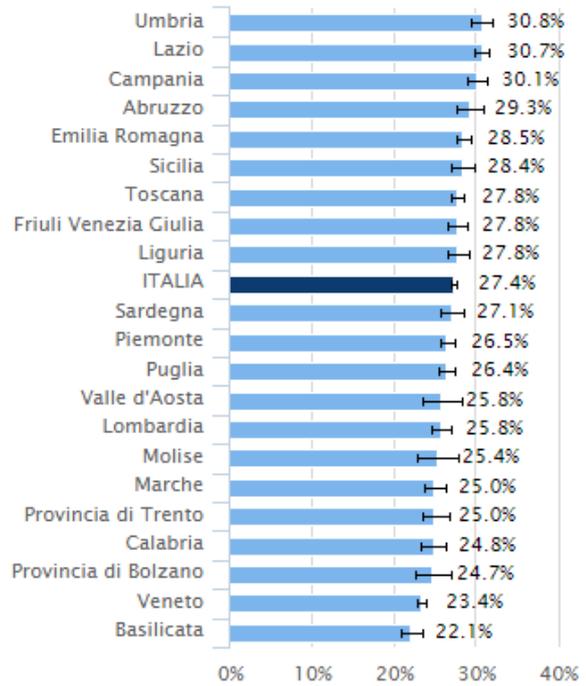
	Asl 3 Genovese n = 5733		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Chiesto se fuma	42.2	39.4	44.9
Consiglio smettere	43.1	37.9	48.4

Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Fumatori per regione di residenza
PASSI 2011-2014



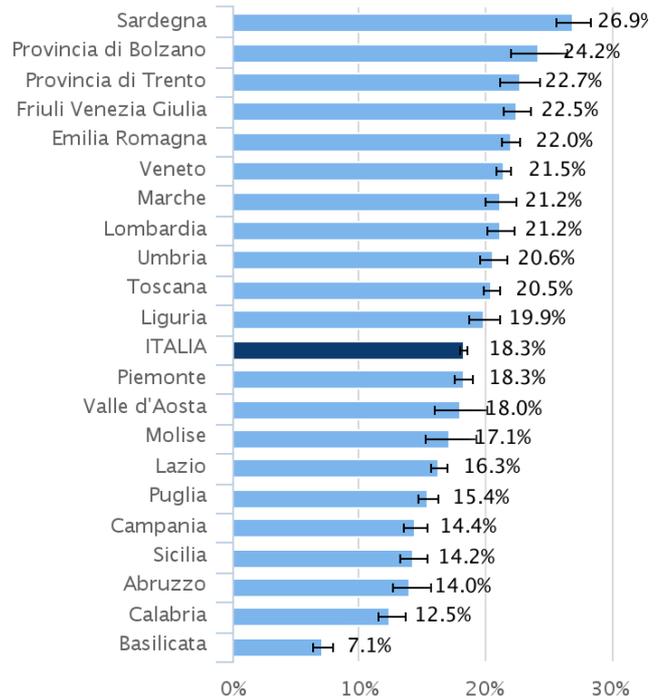
Fumatori per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Ex fumatori per regione di residenza
PASSI 2011-2014



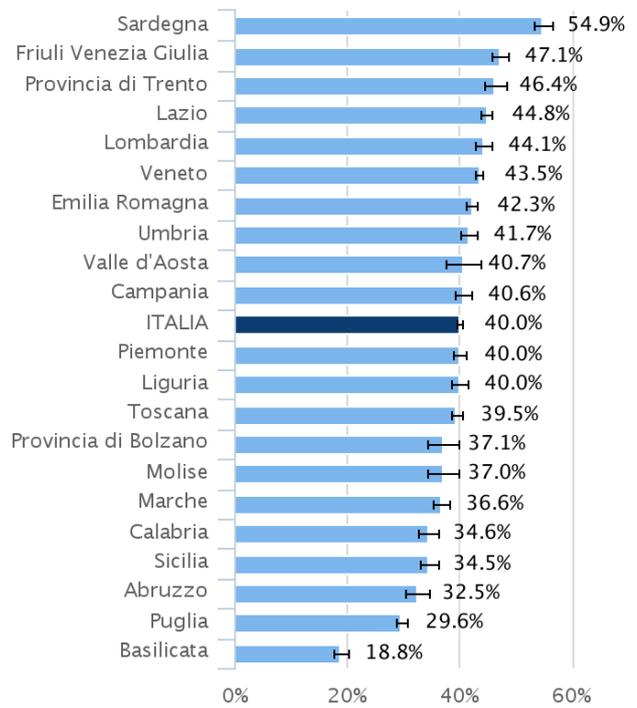
Ex fumatori per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Chiesto se fuma per regione di residenza
PASSI 2011-2014



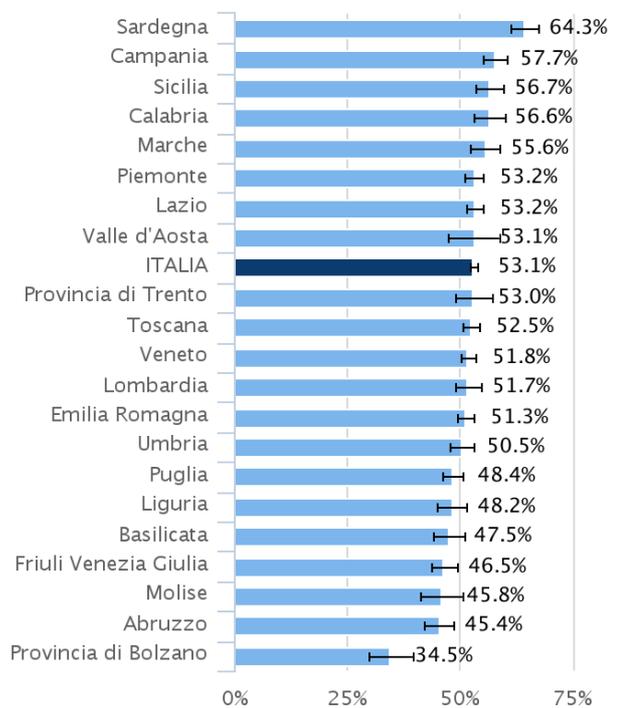
Chiesto se fuma per regione di residenza
PASSI 2011-2014



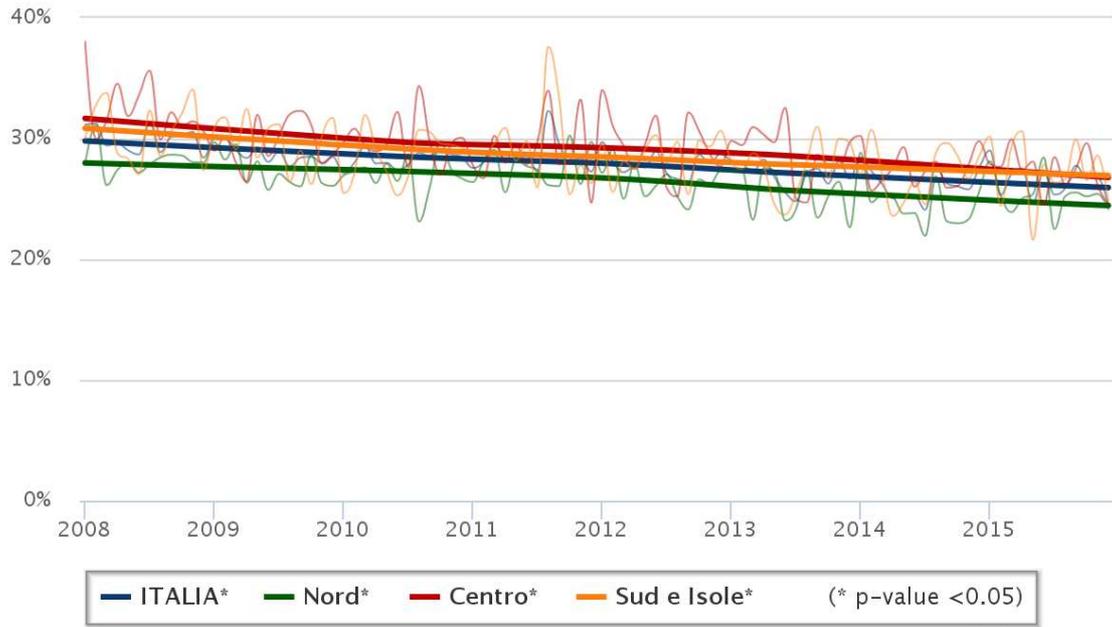
Consiglio smettere per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Consiglio smettere per regione di residenza
PASSI 2011-2014



Trend fumatore per area geografica: analisi delle serie storiche
Passi 2008-2015



Sorveglianza Passi

Importanza per la salute

Il fumo di tabacco è un'abitudine che provoca dipendenza (legata alla nicotina) e causa l'insorgenza di numerose patologie croniche, in particolare oncologiche, cardiovascolari e respiratorie, e numerosi altri disturbi. Il tabacco ha inoltre conseguenze sulla salute delle persone esposte passivamente al fumo, un impatto negativo per la società in termini economici e un impatto negativo per l'ambiente.

Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. Esistono diversi metodi per effettuare tale stima e, a seconda del metodo applicato, in Italia si ottengono risultati variabili fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Il contesto internazionale e italiano

Il mercato mondiale delle sigarette, nell'arco di 100 anni, è aumentato di 100 volte: nel 2009 ne sono state consumate 5,9 trilioni, 43 pacchetti per ogni abitante del pianeta, ma la distribuzione è ineguale con i valori più elevati in Russia e altri Paesi dell'est Europa, in Cina e altri Paesi dell'estremo oriente. In questi stessi Paesi, la prevalenza di fumo è molto elevata, tra gli uomini, mentre nei Paesi ad alto reddito, in cui l'epidemia di fumo aveva raggiunto il suo acme negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, è cominciata a declinare, fino a raggiungere prevalenze del 15% o meno in Paesi come il Canada, gli Stati Uniti, la Svezia, l'Australia e il Regno Unito.

Anche tra le donne dei Paesi ad alto reddito, l'epidemia di fumo è in una fase di ritiro, anche se il quadro è reso di più difficile interpretazione dal momento che la prevalenza varia anche in relazione al ruolo sociale della donna e alle strategie di marketing dell'industria del tabacco. Quest'ultima, posta in difensiva sui mercati dei Paesi più ricchi, esplora nuovi mercati tra le donne, i giovani e gli stati a basso e medio reddito in Africa, America e Asia.

Come Passi misura l'abitudine al fumo

Passi misura la prevalenza di non fumatori, fumatori ed ex fumatori, utilizzando le definizioni operative dell'Organizzazione mondiale della sanità. Coloro che non hanno avuto un contatto importante col fumo di sigarette, cioè chi dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita, sono classificati come non-fumatori; gli individui che hanno fumato più di 100 sigarette nella vita, se dichiarano di fumare attualmente (o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi), sono classificati come fumatori, se invece dichiarano di non fumare al momento dell'intervista e di aver smesso da più di sei mesi sono classificati come ex-fumatori.

Che cosa dicono i dati Passi

La maggioranza degli adulti in Italia non fuma o ha smesso di fumare: meno di tre adulti su dieci hanno questa abitudine, che è più frequente tra gli uomini (uno su 3) rispetto alle donne (una su 4), tra i giovani adulti di 25-34 anni e nella popolazione più svantaggiata dal punto di vista socio-economico.

Il trend della prevalenza di fumatori è in lenta diminuzione, al Nord, al Centro e al Sud, sia tra gli uomini che tra le donne. Queste incoraggianti tendenze sono in linea con quanto avviene nei Paesi simili e vicini, ma a un livello ancora lontano dalle migliori performance.

Politiche di prevenzione del fumo a livello internazionale e nazionale

I programmi di prevenzione del fumo mirano a ridurre l'iniziazione, aumentare la cessazione, ridurre l'esposizione passiva al fumo negli ambienti chiusi come i locali pubblici, gli ambienti di lavoro confinati e le abitazioni. Questi programmi possono essere diretti agli individui o alle comunità, oppure consistono in misure regolatorie. Fortunatamente, per il contrasto al fumo, esistono programmi efficaci a tutti e tre i livelli, ma quelli più potenti e fortemente raccomandati, sulla scorta delle evidenze scientifiche, si basano su misure regolatorie volte a ridurre la disponibilità dei prodotti del tabacco e gli stimoli a fumare. Si tratta di misure come i divieti di fumo nei locali aperti al pubblico e nei luoghi di lavoro, i limiti di vendita per età, orario, luoghi, gli aumenti dei prezzi, realizzati tramite le accise, i divieti di pubblicità, la regolamentazione e auto-regolamentazione dei media, le policy scolastiche e aziendali. Un insieme di misure coerente è incluso nella Convenzione quadro per il controllo del tabacco dell'Oms, il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica che, riconoscendo i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano, stabilisce principi e obiettivi giuridicamente vincolanti che i firmatari sono tenuti a rispettare. Siglata da 192 Stati membri dell'Oms nel 2004, è stata ratificata anche dal nostro Paese, che sta attuando gli impegni assunti.

Risorse utili

- [Tobacco Free Initiative](#)
- [Commissione europea – Salute pubblica - tabacco](#)
- [Cdc - Smoking & Tobacco Use](#)
- [Ccm - Fumo](#)
- [Istituto superiore di sanità - Osservatorio fumo alcol e droga - fumo](#)
- [Società Italiana di tabaccologia \(Sitab\)](#)
- [The Tobacco Atlas 4th edition](#)
- [Ministero della Salute - Guadagnare Salute](#)
- [Piano sanitario nazionale 2011- 2013](#) (pdf 1,4 Mb)
- [Piano nazionale della prevenzione 2010-2012](#) (pdf 4,8 Mb)
- [“La dipendenza dal fumo si basa su meccanismi biologici conosciuti”](#) (pdf 165 kb), a cura della redazione di EpiCentro
- il contributo [“Fatti sui principali danni del tabacco per la salute di chi fuma”](#) (pdf 80 kb), a cura della redazione di EpiCentro
- [“Fatti sui principali danni del fumo di tabacco per l'ambiente”](#) (pdf 28 kb) a cura della redazione di EpiCentro
- [“Fatti sui principali danni del tabacco per l'economia”](#) (pdf 85 kb) a cura della redazione di EpiCentro
- la presentazione [“Contesto internazionale, Tobacco Atlas”](#) (pdf 1,1 Mb)
- l'[approfondimento sulla Convenzione](#) (pdf 44 kb) a cura della redazione di EpiCentro.

Indicatori Passi: abitudine al fumo

Definizioni operative

1. **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
2. **Fumatore, secondo la definizione dell'Oms**, è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
3. **Fumatore occasionale** è un fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni.
4. **Fumatore quotidiano** è una persona che dichiara di fumare almeno una sigaretta ogni giorno.
5. **Tentativo di cessazione** riguarda coloro che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare.
6. **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
7. **Fumatore in astensione** è una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Scheda indicatore: prevalenza di non fumatori

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che nella loro vita hanno fumato meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) o hanno risposto "non so/non ricordo".
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo esclusi, i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	Il periodo temporale di riferimento sono gli anni di vita dell'intervistato.
Significato per la salute pubblica	Rispetto ai fumatori, chi non fuma ha un'aspettativa di vita di ben 10 anni superiore e una qualità di vita di gran lunga migliore. Chi vive libero dal fumo infatti respira meglio, riesce più facilmente a evitare faringiti e laringiti, bronchite cronica ed enfisema polmonare, il rischio di patologie circolatorie e cardiache, il pericolo di ictus o di ostruzione delle arterie. Senza il fumo, migliorano anche il sonno, la prontezza dei riflessi, i tassi di fecondità sia negli uomini che nelle donne.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento, che può essere considerato sconveniente e soggetto a stigmatizzazione. In teoria, ciò può spingere il rispondente a dichiarare di non aver mai fumato, e ciò determina una sovrastima della prevalenza. Questo effetto è stato valutato e gli studi di migliore qualità mostrano che si attesta comunque su valori modesti.
Validità dell'indicatore	In altri contesti di studio, quando i dati dichiarati sono confrontati con quelli misurati obiettivamente (mediante l'analisi dei livelli di cotinina, un metabolita della nicotina, nei liquidi biologici: saliva, urine o sangue), l'indicatore circa la frequenza di coloro che conducono una vita libera dal fumo mostra una sovrastima, ma anche una buona correlazione con le misure oggettive, che lo rende utile per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.

Scheda indicatore: prevalenza di fumatori

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato, gli ultimi 6 mesi, ed il comportamento abituale al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento, che può essere considerato sconveniente e soggetto a stigmatizzazione. In teoria, ciò può spingere alcuni rispondenti a negare il comportamento con conseguente sottostima della prevalenza. Questo effetto è stato valutato e gli studi di migliore qualità mostrano che si attesta comunque su valori modesti.
Validità dell'indicatore	In altri contesti di studio, quando i dati dichiarati sono confrontati con quelli misurati obiettivamente (mediante l'analisi dei livelli di cotinina, un metabolita della nicotina, nei liquidi biologici: saliva, urine o sangue), la prevalenza di fumatori mostra una sottostima, ma anche una buona correlazione con le misure oggettive che rende utile questo indicatore per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.

Scheda indicatore: prevalenza di fumatori occasionali

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di essere fumatori al momento dell'intervista e di non fumare tutti giorni.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato e il comportamento abituale al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Sebbene ci siano prove sul fatto che l'entità dei danni del fumo dipendano dalla dose, non esiste un livello di abitudine al fumo non nocivo per la salute in termini di aumento del rischio di malattie respiratorie, oncologiche e cardiovascolari. Fumare meno di una sigaretta al giorno può rappresentare un comportamento transitorio, caratteristico di chi sta iniziando o smettendo di fumare, in una minoranza di casi però può essere un comportamento più duraturo, che comporta anch'esso un rischio, seppur limitato.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale (in termini di sconvenienza e stigmatizzazione) del comportamento, che spinge il rispondente a negare di fumare o a dichiarare una minore assiduità del comportamento. Per questa ragione la prevalenza di fumatori occasionali potrebbe non corrispondere al valore reale. Tuttavia, empiricamente, è stato dimostrato che l'effetto della desiderabilità sociale per questo comportamento è modesto.

Scheda indicatore: prevalenza di fumatori quotidiani

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di essere fumatori al momento dell'intervista e di fumare almeno una sigaretta tutti giorni.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.

Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato e il comportamento abituale al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale (in termini di sconvenienza e stigmatizzazione) del comportamento, che spinge il rispondente a negare di fumare o a dichiarare una minore assiduità del comportamento. Per questa ragione, la prevalenza dei fumatori quotidiani potrebbe essere sottostimata. Tuttavia, empiricamente, è stato dimostrato che l'effetto della desiderabilità sociale per questo comportamento è modesto.

Scheda indicatore: prevalenza di ex fumatori

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non fumare più da almeno 6 mesi.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato e gli ultimi 6 mesi.
Significato per la salute pubblica	La ricerca scientifica ha confermato che quando si smette di fumare si ottengono molti benefici a breve e a lungo termine. Questi benefici vanno da una normalizzazione del livello di ossigeno nel sangue ad un miglioramento del respiro e della circolazione, e soprattutto a una riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari e tumori.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento.

Scheda indicatore: fumatori in astensione

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili, che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato e gli ultimi 6 mesi.
Significato per la salute pubblica	Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. Il rischio di recidiva è più alto nei primi mesi dopo la cessazione, per cui l'Oms suggerisce di classificare come ex-fumatore solo chi ha mantenuto l'astensione per più di 6 mesi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale del comportamento.

SMETTERE DI FUMARE

Il tentativo di smettere di fumare

Le persone che tentano di smettere di fumare non sono numericamente trascurabili: poco più di 1/3 dei fumatori ha tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare. Il tentativo fallisce nella stragrande maggioranza dei casi: solo una bassa quota (inferiore al 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù autonomamente nella quasi totalità dei casi; scarso invece l'utilizzo di farmaci o cerotti e rarissimo il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl.

A colpo d'occhio: indicatori tentativo smettere di fumare (%)

	Tentativo di smettere	Tentativo riuscito
Asl 3 Genovese	38.7	8.1
Liguria	36.2	8.6
Italia	38.4	8.4

■ peggiore del valore nazionale

■ simile al valore nazionale

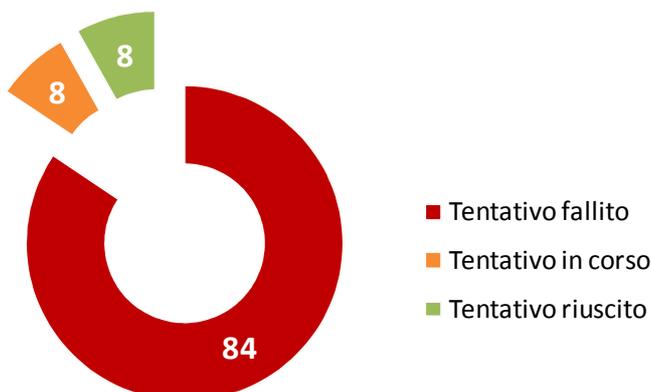
■ migliore del valore nazionale

Tentativo di smettere di fumare tra i residenti di Asl 3 Genovese (n=1320)

	%	IC95% inf	IC95% sup
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	38.7	33.9	43.6
Esito del tentativo tra coloro che hanno tentato di smettere			
Tentativo fallito	84.4	77.5	89.5
Tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)	7.5	4.2	13.1
Tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)	8.1	4.6	13.8

* Fumatori che sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare, tra chi era fumatore fino a 12 mesi prima dell'intervista.

Esito del tentativo di smettere di fumare tra coloro che hanno tentato di smettere (%)



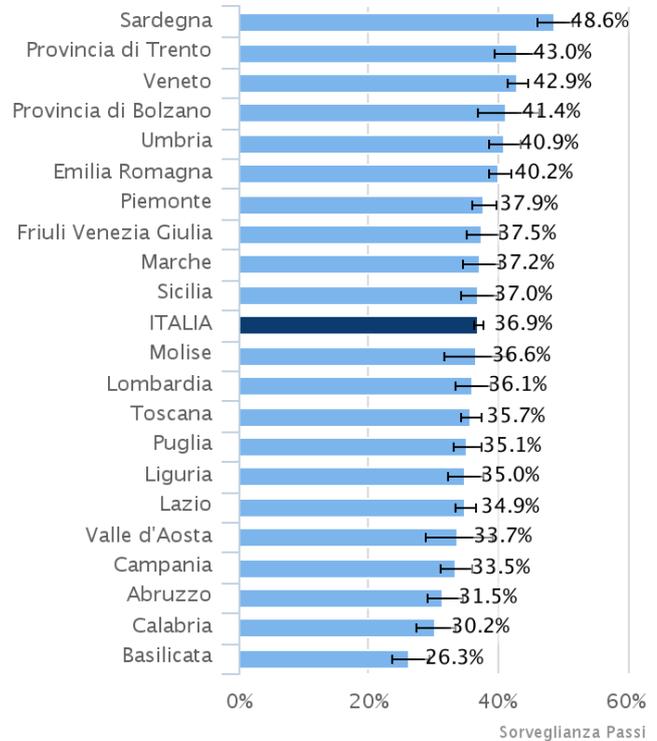
**Tentativo di smettere di fumare
per regione di residenza
PASSI 2011-2014**



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

**Tentativo di smettere di fumare
per regione di residenza
PASSI 2011-2014**



Sorveglianza Passi

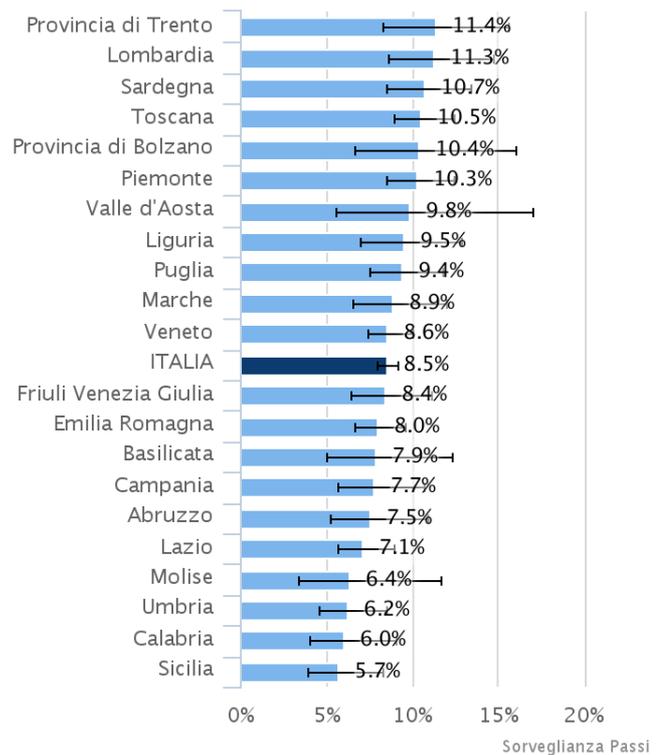
**Tentativo riuscito
per regione di residenza
PASSI 2011-2014**



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

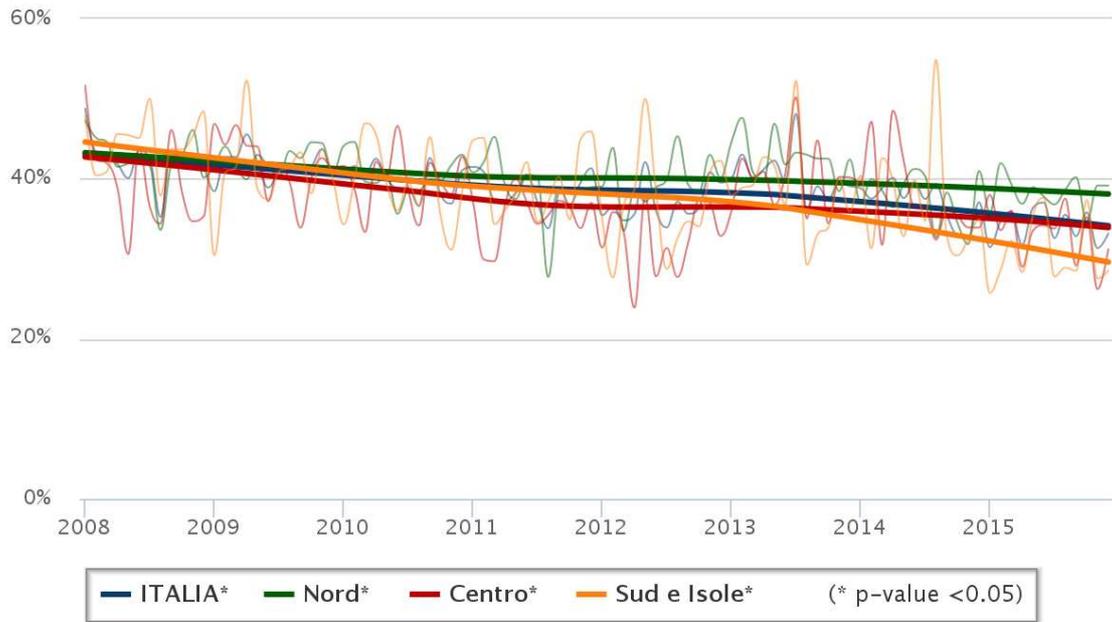
Sorveglianza Passi

**Tentativo riuscito
per regione di residenza
PASSI 2011-2014**



Sorveglianza Passi

Trend del tentativo di smettere di fumare per area geografica: analisi delle serie storiche
Passi 2008-2015



Sorveglianza Passi

Importanza per la salute

La dipendenza dalla nicotina e altre componenti del tabacco, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza e dall'abuso, è il motivo per cui la maggior parte dei fumatori è costretta a fumare tutti i giorni, anche quando non vorrebbero.

A livello individuale, i benefici immediati della cessazione sono grandi: la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa tornano al livello fisiologico, l'ossigenazione dei tessuti migliora, man mano che l'ossido di carbonio abbandona il sangue. In poche settimane, scompaiono tosse e altri sintomi respiratori, e dopo alcuni mesi la funzionalità respiratoria si ristabilisce. Una somma non trascurabile di danaro diventa disponibile per se stessi e la propria famiglia. Ma soprattutto si guadagna la libertà dalla dipendenza e ciò stride con le argomentazioni usate dall'industria del tabacco e dalle organizzazioni di facciata che, per la loro azione lobbistica, fanno perno proprio sul valore della libertà.

Sul lungo periodo, le persone che smettono prima della mezza età, evitano il 90% e più dei rischi di malattie legate al tabacco, ma anche se smettono verso i 50 anni evitano in modo sostanziale il rischio di cancro del polmone e altre malattie causate dal tabacco [1, 2, 3].

A livello sociale, è stato mostrato che nel secolo che stiamo vivendo, nei Paesi come l'Italia, la mortalità causata dal fumo di tabacco sarà più influenzata dal numero di fumatori che smettono, piuttosto che dal numero di adolescenti che iniziano [1]. Per questo motivo è importante mettere sotto sorveglianza i tentativi di smettere di fumare.

Come Passi misura l'abitudine al fumo

Passi classifica come tentativo di smettere quello effettuato da un fumatore che, con l'intenzione di smettere di fumare, è rimasto senza fumare per almeno 24 ore di seguito, nell'anno precedente l'intervista. I fumatori che hanno smesso da meno di 6 mesi sono classificati come "fumatori in astensione", quelli che hanno smesso da più di 6 mesi sono classificati come ex-fumatori.

In tal modo è possibile stimare la prevalenza di fumatori che hanno tentato di smettere, quella di fumatori in astensione e quella di ex fumatori. Per approfondire consulta le schede indicatore.

Che cosa dicono i dati Passi

Tra i fumatori che hanno da 18 a 69 anni, nel 2012 il 40% (circa 4,5 milioni) riferisce di aver effettuato, nei 12 mesi precedenti, un tentativo di smettere, restando 24 ore senza fumare. Il 94% di coloro che tentano di smettere conta solo sulla forza di volontà, nel 2,4% dei casi usa farmaci o cerotti sostitutivi e solo nell'1,1% si rivolge a un centro antifumo. Alla fine, circa il 17% di coloro che hanno tentato, si dichiara astinente dal fumo al momento dell'intervista: il 9% da meno di 6 mesi (fumatori in astensione) e l'8% da più di 6 mesi (ex-fumatori).

La percentuale di fumatori che tentano di smettere, negli ultimi anni si sta lievemente riducendo, al nord, al centro e al sud dell'Italia.

Politiche di prevenzione del fumo a livello internazionale e nazionale

Esistono trattamenti efficaci per i fumatori che vogliono smettere. Tra i trattamenti non farmacologici, l'intervento clinico breve, cioè il consiglio e l'assistenza competente del medico (che può prendere circa 10 minuti) ha un effetto, anche se piccolo sulla probabilità di smettere; il *counseling* (individuale, di gruppo, o telefonico); le terapie cognitivo-comportamentali hanno un'efficacia maggiore. [4]

Tra i prodotti farmacologici, i sostituti a base di nicotina, sotto qualsiasi forma (cerotti, gomme o inalatori) aumentano il tasso di cessazione del 50-70%; due farmaci (il bupropione e la vareniclina) aumentano di due-tre volte la probabilità di smettere di fumare e diventare ex-fumatore, rispetto al tentativo di smettere senza alcun ausilio. [5]

Questi trattamenti, sono offerti in Italia da molti centri anti-fumo, in certi casi accompagnati da trattamenti non convenzionali come l'agopuntura e l'auricoloterapia. L'Osservatorio fumo alcol e droga dell'Istituto superiore di sanità, che li censisce, riporta la cifra 393 centri per smettere di fumare che trattano un numero di fumatori (meno di 20.000 all'anno), molto inferiore al numero di fumatori che tentano di fumare, che arriva ad alcuni milioni.

Sarebbe necessario ridurre, per i fumatori che vogliono smettere, le barriere che ostacolano l'accesso a un sostegno qualificato ed efficace, aumentando la capacità del sistema sanitario di fornire trattamenti di buona qualità, rendendo gratuiti (o semi-gratuiti) i trattamenti efficaci sia di tipo comportamentale che farmacologico, e aumentando la disponibilità del sostegno a distanza come il materiale di auto-aiuto, le quit-line telefoniche e i siti web dedicati.

Riferimenti

1. Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the U.K. since 1950: Combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321(7257):323–329.
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328(7455):1519–27
3. Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*. 2013 Jan 12;381(9861):133-41.
4. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update *Thorax*. 2000; 55: 987-999.
5. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Pilote L. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008; 179 (2):135-144.
6. Osservatorio Fumo Alcol e Droga. Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento 2009). Strumenti di riferimento. 10/S1. 2010, viii, 145 p. Consultabile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/10S1WEB.pdf>

Indicatori Passi: tentativi di smettere di fumare

Definizioni operative

1. **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
2. **Fumatore, secondo la definizione dell'Oms**, è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
3. **Fumatore occasionale** è un fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni.
4. **Fumatore quotidiano** è una persona che dichiara di fumare almeno una sigaretta ogni giorno.
5. **Tentativo di cessazione** riguarda coloro che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare.
6. **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
7. **Fumatore in astensione** è una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Scheda indicatore: tentativi di smettere di fumare

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) nella loro vita, che hanno fumato negli ultimi 12 mesi e che, sempre negli ultimi 12 mesi, sono rimasti senza fumare per almeno un giorno, con l'intenzione di smettere di fumare.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti, e che erano fumatori nei 12 mesi precedenti all'intervista; quindi il denominatore comprende sia le persone che fumano ancora al momento dell'intervista, sia quelle che hanno smesso negli ultimi 12 mesi.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato, gli ultimi 12 mesi e il momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	La maggior parte dei fumatori deve fumare tutti i giorni a causa della dipendenza dalla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza e dall'abuso. Tuttavia la maggior parte di essi è consapevole dei danni del fumo e desidera smettere. I tassi di cessazione (restare senza fumare per più di 6 mesi), per chi tenta di smettere senza trattamenti, sono in genere bassi, ma possono essere incrementati utilizzando trattamenti efficaci.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore mostra notevoli differenze quando rilevato con intervista faccia-a-faccia e con intervista telefonica. I successi dei tentativi di smettere, tra fumatori che utilizzano trattamenti efficaci, risultano minori quando sono stimati in base ai dati della sorveglianza rispetto ai trial clinici.

FUMO PASSIVO

Il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro

Nella nostra Asl, la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro sembra essere abbastanza alta: più 9 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo nei locali pubblici che frequenta o sul luogo di lavoro è sempre, o quasi sempre, rispettato.

Il fumo in ambiente domestico

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: quasi di 1 intervistato su 3 dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare; questa abitudine è meno frequente, ma non affatto trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni.

A colpo d'occhio: indicatori fumo passivo (%)

	Rispetto divieto nei locali pubblici	Rispetto divieto sul luogo di lavoro	Divieto fumo in casa
Asl 3 Genovese	93.7	90.9	69.1
Liguria	94.3	92.1	73.9
Italia	89.7	91.4	78.7

■ peggiore del valore nazionale

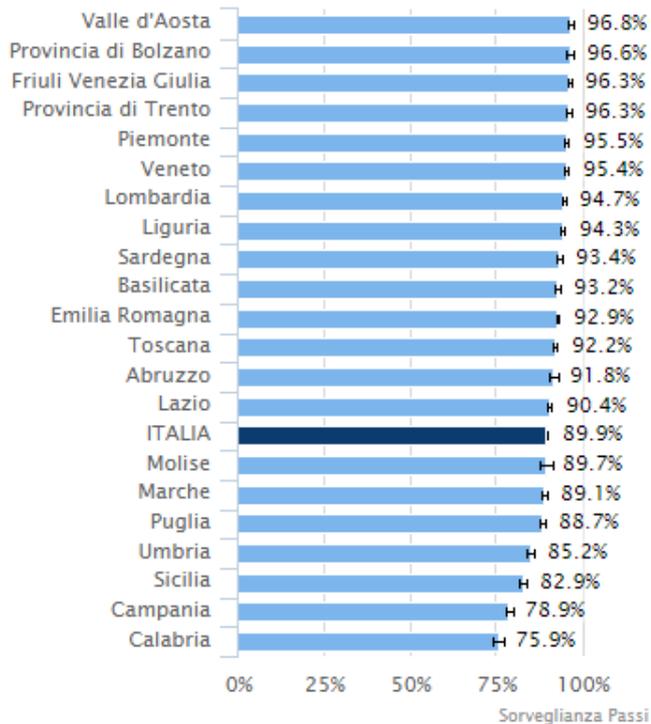
■ simile al valore nazionale

■ migliore del valore nazionale

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza
Passi 2011-2014



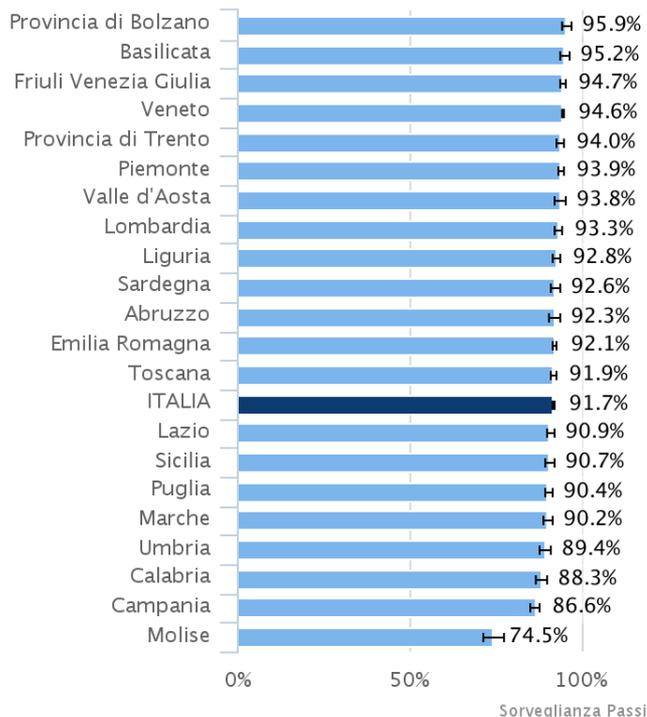
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza
Passi 2011-2014



Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza
Passi 2011-2014



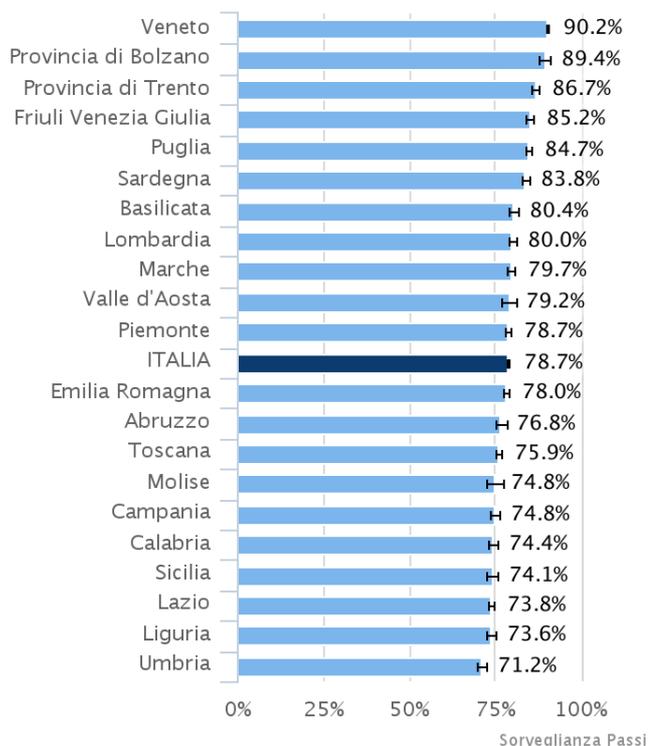
Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza
Passi 2011-2014



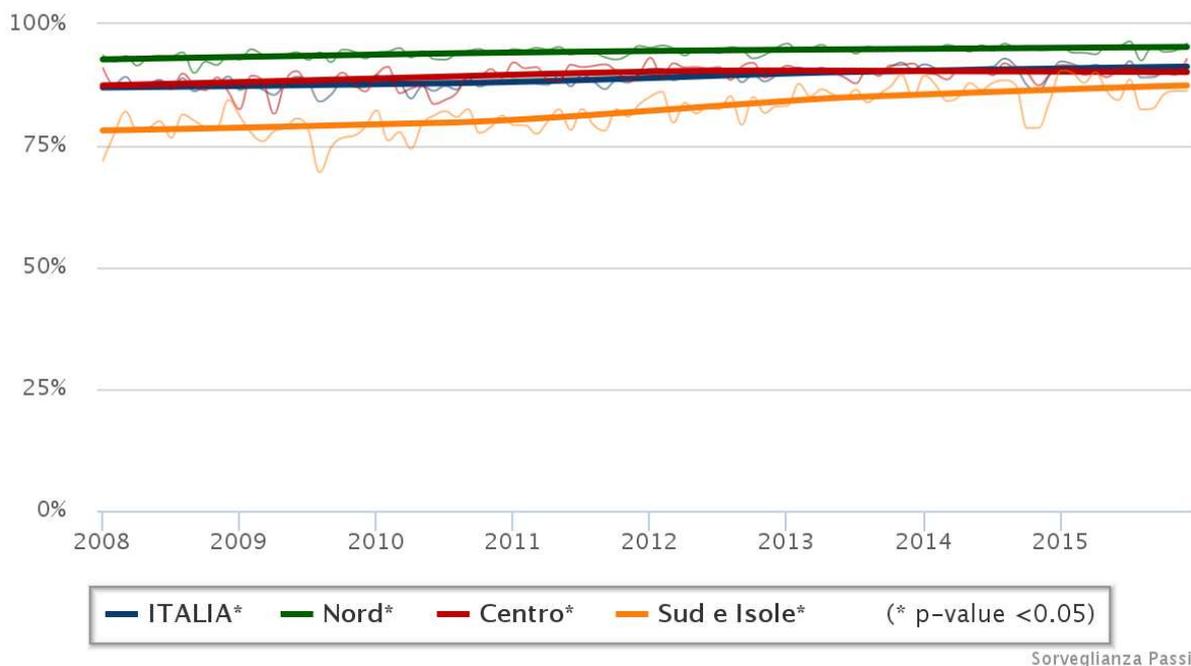
**Divieto di fumo
in casa per regione di residenza**
Passi 2011-2014



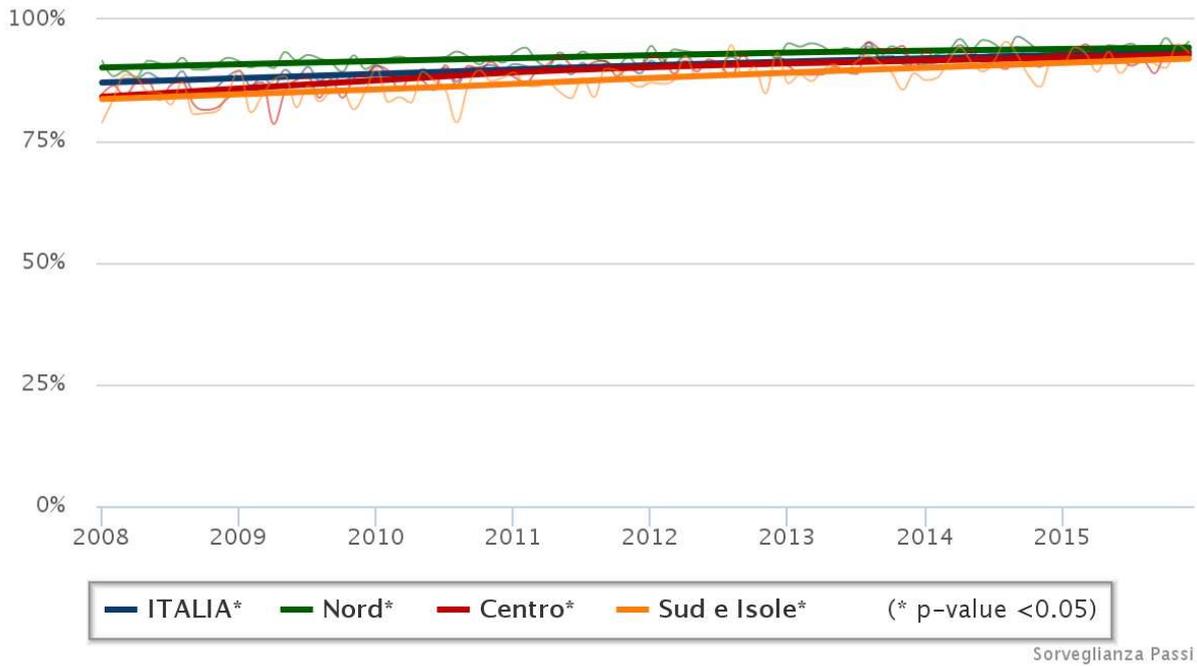
**Divieto di fumo
in casa per regione di residenza**
Passi 2011-2014



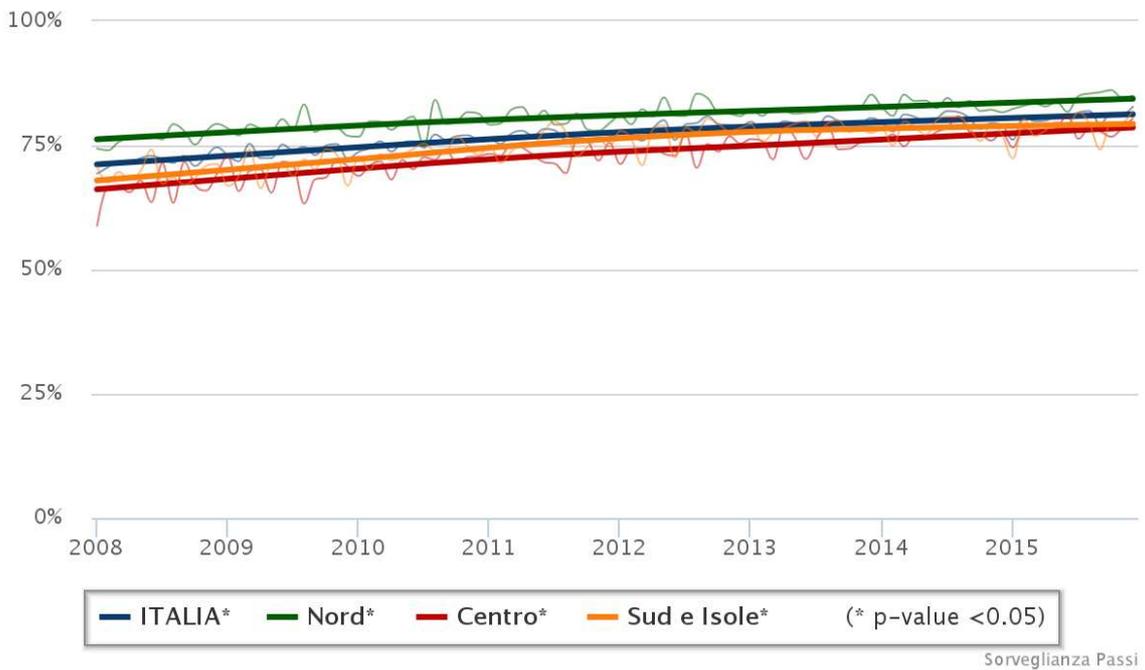
**Trend del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
per area geografica: analisi delle serie storiche**
Passi 2008-2015



**Trend del rispetto del divieto di fumo nel luogo di lavoro
per area geografica: analisi delle serie storiche
Passi 2008-2015**



**Trend del divieto di fumo in casa
per area geografica: analisi delle serie storiche
Passi 2008-2015**



Importanza per la salute

Il fumo emesso dalla sigaretta o espirato dal fumatore nell'aria attorno a lui immette, inquinandola, ossidi di carbonio e di azoto, una gran quantità di micro-particelle, diversi carcinogeni umani e piridina, che produce cattivo odore e sostanze irritanti per le mucose. Le sostanze emesse vengono assorbite anche dagli arredi che le rilasciano lentamente, cosicché l'esposizione al fumo passivo dura per molto tempo dopo che il fumatore ha lasciato la stanza. Non esiste un livello soglia al di sotto del quale il fumo di tabacco ambientale sia innocuo. Così, a causa della sua tossicità e della sua diffusione, il fumo di tabacco rappresenta il principale inquinante degli ambienti confinati [1].

Per le persone esposte al fumo passivo, aumenta il rischio di gravi patologie. Nei bambini che hanno almeno uno dei genitori che fuma: infezioni delle basse vie respiratorie, induzione di asma bronchiale e otite media; negli adulti esposti al fumo in casa e/o sul lavoro: malattie ischemiche del cuore, cancro del polmone, esacerbazione di asma bronchiale e sintomi respiratori [2].

Nel mondo, il 40% dei bambini, il 33% degli uomini non fumatori e il 35% delle donne non fumatrici sono esposti al fumo passivo e a questo fattore di rischio vengono attribuiti, secondo le migliori stime, 600.000 decessi causati da malattie ischemiche del cuore, infezioni delle basse vie aeree, asma e cancro del polmone [3]. I bambini sono esposti a fumo passivo più pesantemente degli adulti perché non possono evitare la principale fonte di esposizione rappresentata dai loro genitori e dai parenti che fumano in casa.

Negli ultimi 20 anni, diversi Paesi, tra cui l'Italia, hanno approvato legislazioni mirate alla protezione della salute dei non fumatori, attraverso il divieto di fumare in locali aperti al pubblico, come bar, cinema, ristoranti, alberghi e sui luoghi di lavoro. È stato possibile valutare estesamente gli effetti dei divieti: per quanto riguarda gli effetti sulla salute, i divieti hanno comportato un cambiamento nella prevalenza di disturbi respiratori e una riduzione di eventi coronarici acuti; per quanto riguarda le attività produttive, non hanno comportato riduzione dei profitti, contrariamente a quanto paventato dalla pubblicistica dell'industria del tabacco; per quanto riguarda l'adesione da parte della popolazione, questa tende ad assumere via via atteggiamenti favorevoli e tendenti a sostenere i divieti di fumare nei luoghi aperti al pubblico [4].

Il contesto internazionale e italiano

L'Italia è stata all'avanguardia in Europa per la protezione dei non fumatori dal fumo passivo determinando (L. 3/2003 art. 51), con un divieto esteso ai luoghi chiusi aperti al pubblico, un cambiamento apparentemente difficile, perché imponeva limiti a una consistente minoranza di concittadini adulti abituati ad assumere nicotina, più o meno una volta ogni ora, ovunque si trovassero. L'essere stato il primo grande Paese al mondo a introdurre il divieto di fumo nei locali pubblici ha però fatto "scontare" all'Italia l'ammissibilità delle sale per fumatori che possono essere allestite rispettando rigide norme per il ricambio dell'aria.

A partire dal 2005, la Convenzione quadro per il controllo del tabacco (The Framework Convention for Tobacco Control - Fctc) ratificata dall'Italia con la legge n.75 del 18 marzo 2008, ha esteso le esperienze pionieristiche, impegnando gli Stati firmatari ad attuare misure per tutelare i non fumatori dal fumo passivo nei luoghi pubblici, di lavoro e sui mezzi di trasporto (art. 8). Leggi in proposito anche l'approfondimento sulla Convenzione (pdf 44 kb) a cura della redazione di EpiCentro. Il rapporto 2012 (pdf 2,8 Mb) sull'applicazione della Convenzione mostra i progressi ottenuti sul piano normativo, con 120 Paesi che hanno adottato misure di protezione dei cittadini dal fumo massivo, in 93 casi con norme inserite nella legislazione nazionale.

Anche l'Unione europea con la raccomandazione del 30 novembre 2009 sugli ambienti liberi dal fumo (2009/C 296/02) ha chiesto agli Stati membri di impegnarsi per "fornire una protezione efficace dall'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro, nei luoghi pubblici, sui mezzi di trasporto pubblici e dove appropriato in altri luoghi pubblici"

Tuttavia sono ancora una minoranza di Stati ha esteso il divieto a tutti i principali luoghi aperti al pubblico, esentando per esempio bar e ristoranti oppure uffici privati, e ancora meno sono quelli che adottano efficaci misure sanzionatorie per far rispettare i divieti [5].

Come Passi misura l'applicazione dei divieti di fumo

Passi misura l'applicazione effettiva dei divieti di fumare negli ambienti confinati attraverso indicatori che consentono di valutare se gli specifici ambienti sotto sorveglianza sono affrancati dal fumo di tabacco. Gli ambienti sotto sorveglianza sono le abitazioni private, i locali aperti al pubblico e i luoghi di lavoro in cui vige il divieto. I rispettivi indicatori sono: la percentuale di intervistati che dichiarano che nella propria abitazione non è permesso fumare, senza deroghe, in nessuna stanza; la percentuale di intervistati che dichiarano che nei locali aperti al pubblico frequentati negli ultimi 30 giorni, il divieto di fumo era rispettato; la percentuale di intervistati che lavorano in locali chiusi in cui il divieto di fumo è rispettato.

Che cosa dicono i dati Passi

Circa 9 persone su 10 dichiarano che il divieto di fumare, nei locali pubblici chiusi che hanno frequentato negli ultimi 30 giorni, è rispettato sempre o quasi sempre. Anche tra gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, circa 9 persone su 10 riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul loro luogo di lavoro.

Per quanto riguarda invece le abitazioni private, il 75% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione il fumo è vietato completamente; nelle case in cui vivono minori, l'82% dei rispondenti riferisce che il fumo è vietato completamente.

In tutti e quattro i casi, la geografia dell'esposizione al fumo passivo disegna un chiaro gradiente Nord-Sud: i divieti di fumare nei luoghi aperti al pubblico, sui luoghi di lavoro e nelle private abitazioni sono più frequenti nelle Regioni del Nord e meno in quelle del Centro e soprattutto del Sud.

Il *trend* del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro è in aumento, in tutte le macro-aree del Paese.

Politiche di prevenzione del fumo passivo

Per poter funzionare, le norme di legge che vietano di fumare nei luoghi confinati frequentati anche da non fumatori dovrebbero essere il più possibile chiare e ben formulate per evitare interpretazioni cavillose, che offrono scappatoie a coloro che hanno interesse a lasciarle inapplicare. Inoltre, sempre nell'ottica della promozione della salute, dovrebbe essere mantenuta e rafforzata una sistematica azione di vigilanza e sanzione (*enforcement*).

In tal modo, la norma di legge potrebbe, nel tempo, essere introiettata dalla maggior parte dei cittadini, per cui fumare in luoghi chiusi frequentati da non fumatori sia percepito come un comportamento socialmente inaccettabile. Successivamente, questa norma del vivere civile potrebbe estendersi ad altre situazioni in cui è impossibile o più difficile attuare divieti per legge, e cioè il fumo nelle private abitazioni, in auto, nei parchi pubblici, almeno in presenza di minori o donne in gravidanza, negli stadi, in spiaggia. L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico, per esempio, è ancora frequente, soprattutto se si considera che il divieto parziale o l'impossibilità di imporre un divieto ha un'efficacia ridotta. Sebbene anche l'indicatore relativo all'esposizione al fumo nelle abitazioni private registri un lieve miglioramento, il fatto che in quasi il 20% delle case in cui vivono bambini, sia consentito fumare, è preoccupante.

A dieci anni dall'approvazione della legge Sirchia, sono probabilmente maturi i tempi per eliminare dalla norma la possibilità di adibire le sale fumatori che, tra l'altro, sono presenti in una percentuale molto bassa (intorno al 2%) dei locali pubblici controllati.

In Italia, la legge 3/2003 è stata generalmente applicata, come confermano i dati Passi, e ha comportato benefici per la salute, come la riduzione di ospedalizzazioni per infarto del miocardio [6, 7, 8]. Il Comando Carabinieri per la tutela della salute (Nas), in accordo con il ministero della Salute, inoltre effettua migliaia di controlli ogni anno in diversi luoghi sensibili. A oggi i Nas hanno compiuto oltre 27.000 controlli in tutta Italia, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali, e sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), evidenziando il sostanziale rispetto della norma.

Tuttavia, accanto al confortante *trend* positivo, l'insieme dei dati di sorveglianza mostra che la norma non è ancora generalizzata, esistono differenze territoriali e ci sono ambienti come le discoteche in cui il divieto è più spesso disatteso [6]. Esistono anche ambienti per cui la norma, nella sua forma attuale, può dare luogo a fraintendimenti interessanti, come il caso dei *dehor* [7].

È necessario perciò che ci sia un'attenzione costante per:

- continuare la sorveglianza attraverso dati riferiti e attraverso dati oggettivi, per confermare i *trend* e individuare aree e specifici ambienti in cui il divieto non viene applicato
- attuare programmi di vigilanza, da parte dei dipartimenti di prevenzione delle Asl, coordinati con altri organi di vigilanza, come per esempio la polizia municipale
- aggiornare la norma o fornire chiarimenti per rendere ubiquitario e senza scappatoie il divieto di fumo (vedi il caso dei *dehor*)
- attuare programmi mirati per situazioni e ambienti in cui esistono difficoltà che non possono essere affrontate con la sola vigilanza e controllo, come per esempio le carceri o gli ambienti frequentati da persone affette da disturbi mentali.

Riferimenti

1. US Surgeon General. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
2. International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2004.
3. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries (pdf 514 kb) The Lancet. 2011 Jan 8;377(9760):139-46. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61388-8.
4. International Agency for Research on Cancer. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009.
5. Who 2012 Global Progress Report on implementation of the Who Framework Convention on Tobacco Control (pdf 4,1 Mb)
6. Gorini G. Legge Sirchia e altre rivoluzioni intorno al controllo del tabagismo. Epidemiol Prev 2011; 35 (3-4) Suppl.1: 1-50
7. Russo F, Michieletto F, Tagli L. Monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli ambienti di vita e di lavoro (pdf 1,1 Mb) Progetto Ccm (DGRV. 4268 del 30 dicembre 2008)
8. Martínez-Sánchez JM, Gallus S, Zuccaro P, et al. Exposure to secondhand smoke in Italian non-smokers 5 years after the Italian smoking ban. Eur J Public Health. 2012 Oct;22(5):707-12.

Indicatori Passi: esposizione passiva al fumo di tabacco

Definizioni operative

1. **Case libere dal fumo** corrisponde alla percentuale di rispondenti, che dichiarano che nella loro abitazione non è consentito fumare in alcuna stanza.
2. **Case libere dal fumo in presenza di minori di 15 anni** è la percentuale di rispondenti, che dichiarano che nella loro abitazione, in cui vivono minori di età fino a 14 anni (compresi), non è consentito fumare in alcuna stanza.
3. **Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici** corrisponde alla percentuale di coloro che rispondono “sempre” o “quasi sempre” alla domanda sul rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici (come bar, ristoranti, enoteche, pub) frequentati negli ultimi 30 giorni.
4. **Rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro** è misurato dalla percentuale di coloro che lavorano in locali chiusi, che rispondono “sempre” o “quasi sempre” alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro.

Scheda indicatore: case libere dal fumo

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che riferiscono che nella loro abitazione non è consentito fumare in alcuna stanza.
Denominatore	Intervistati che hanno risposto alla domanda relativa alle abitudini sul fumo all'interno della casa, esclusi i “non so/non ricordo”; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento ai comportamenti abituali tenuti nell'ambiente domestico.
Significato per la salute pubblica	Nell'adulto, l'esposizione al fumo passivo di tabacco è associato a patologie respiratorie e cardiovascolari.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore è soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale.

Scheda indicatore: case libere dal fumo, dove vivono di minori di 15 anni

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di convivere con un minore di anni 15 e che riferiscono che nella loro abitazione non è consentito fumare in alcuna stanza.
Denominatore	Intervistati che riferiscono di convivere con un minore di anni 15 e hanno risposto alla domanda relativa alle abitudini sul fumo all'interno della casa, esclusi i “non so/non ricordo”.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento ai comportamenti abituali tenuti nell'ambiente domestico.
Significato per la salute pubblica	Nell'adulto, l'esposizione al fumo di tabacco ambientale è associato a patologie respiratorie, cardiovascolari e respiratorie; nei bambini è associato a otite media, induzione o esacerbazione di asma, bronchite e polmonite.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore è soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale, ancora più accentuata dal senso di responsabilità per l'esposizione dei bambini al fumo passivo.

Scheda indicatore: rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che nei 30 giorni precedenti l'intervista hanno frequentato locali pubblici (come bar, ristoranti, enoteche, pub) e che riferiscono che il divieto di fumare nei locali pubblici (obbligatorio in base alla Legge 3/2003) è rispettato sempre o quasi sempre.
Denominatore	Intervistati che nei 30 giorni precedenti l'intervista hanno frequentato locali pubblici (come bar, ristoranti, enoteche, pub) e che hanno risposto alla domanda sul rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici, esclusi i "non so/non ricordo".
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	L'indicatore è impiegato per valutare la corretta applicazione della Legge 3/2003 sul divieto di fumo nei locali aperti al pubblico. Nell'adulto, l'esposizione al fumo passivo di tabacco è associato a patologie respiratorie e cardiovascolari.
Limiti dell'indicatore	La domanda non consente di individuare l'area geografica dove si trovano i locali pubblici frequentati dal rispondente negli ultimi 30 giorni; tuttavia trattandosi di un comportamento abituale, si può presumere che, nella maggior parte dei casi, i locali frequentati siano situati nel territorio di residenza del rispondente. Trattandosi di un comportamento oggetto di divieto e sanzionato, l'informazione riferita potrebbe essere soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale.

Scheda indicatore: rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	
Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che dichiarano di lavorare in ambienti chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto sul divieto di fumo sul luogo di lavoro.
Denominatore	Persone che dichiarano di lavorare in ambienti chiusi e che hanno risposto alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro, esclusi coloro che lavorano da soli e i "non so/non ricordo".
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento alla situazione abituale nell'ambiente di lavoro.
Significato per la salute pubblica	L'indicatore è impiegato per valutare la corretta applicazione della legge sul divieto di fumo sui luoghi di lavoro. Nell'adulto, l'esposizione al fumo passivo di tabacco è associato a patologie respiratorie e cardiovascolari. L'esposizione sui luoghi di lavoro è associata a più frequenti assenze dal lavoro, conflitti e possibilità di contenzioso giudiziario con richiesta di risarcimento da parte del lavoratore.
Limiti dell'indicatore	Trattandosi di un comportamento oggetto di divieto e sanzionato, il giudizio potrebbe essere soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale.

NOTE METODOLOGICHE

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) con i seguenti obiettivi:

- stimare frequenza ed evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali;
- stimare la diffusione delle misure di prevenzione.

Per questi motivi, operatori sanitari delle Asl, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Le persone da intervistare vengono selezionate in maniera casuale, estraendo mensilmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale un campione casuale semplice stratificato per sesso e classi d'età "proportional to size".

I criteri di esclusione dal campione sono:

- Assenza di telefono
- Residenza o domicilio stabile altrove
- Istituzionalizzazione (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)
- Decesso
- Non conoscenza lingua italiana
- Grave disabilità psico/fisica

Le caratteristiche del campionamento effettuato consentono di effettuare un'inferenza statistica, cioè di affermare che quanto rilevato nella popolazione campionata è riferibile all'intera popolazione in studio.

In generale nel rapporto i risultati sono stati rappresentati con tabelle e grafici di semplice impatto visivo.

I grafici che mostrano le stime di popolazione sono più complessi e conducono al calcolo delle stime numeriche, considerando la frequenza dell'indicatore scelto nel sottogruppo di popolazione oggetto dello studio (es. frequenza di sintomi di depressione tra coloro che vivono soli=13%) e la prevalenza di tale sottogruppo nella popolazione (es. vivono soli=11,7%); il risultato viene poi rapportato alla numerosità della popolazione generale in quel sottogruppo:

formula: $n^{\circ} \text{ popolazione di riferimento} * \text{percentuale sottogruppo popolazione} * \text{percentuale indicatore}$

Conoscere il numero dei potenziali destinatari di un'azione di salute è di importanza strategica negli interventi di promozione della salute perché consente di quantificare le risorse umane e materiali da impegnare, e di mirare meglio al destinatario ideale con una comunicazione efficace.

La rilevazione (30 interviste al mese in Asl 3 Genovese) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplora i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi, da moduli opzionali, la cui somministrazione viene effettuata solo in alcune regioni e da moduli aggiuntivi, validi per tutte le regioni, che vengono somministrati in caso di eventi da esplorare in maniera tempestiva a livello nazionale.

Il periodo di rilevazione su cui ci siamo basati va da Gennaio 2011 a Dicembre 2014. La dimensione del campione relativa al quadriennio 2008-2012 è pari a 1321 individui.

Dal 2007, anno di inizio della raccolta dati, a Marzo 2016 sono state effettuate in tutta Italia oltre 325mila interviste.

Questi numeri consentono di ottenere la stima delle principali variabili limitando al massimo il grado di approssimazione. L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5.3, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, oltre al dato di prevalenza della variabile analizzata, anche i limiti fiduciarî entro i quali quel valore cadrà, con un livello di probabilità prefissato al 95% (Intervallo di Confidenza al 95%).

Redazione e impaginazione a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia
(Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione - Epidemiologia)

Luglio 2016

Copia del volume può essere scaricata dai siti internet:

www.asl3.liguria.it

www.epicentro.iss.it

Maggiori informazioni sul Sistema di sorveglianza PASSI e i suoi prodotti possono essere reperite al link:

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

