

Sistema di sorveglianza Passi Asl 3 Genovese

Rapporto 2007-2009 “Guadagnare salute”



Autori

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Claudio Culotta

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

Con la collaborazione di:

Alessandra Battistella - Università degli Studi di Genova, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Claudia Marchese, Caterina Manca, Maria Concetta Curti, Luciana Frigerio, Gabriella Maggiali, Luciana Musti – Asl 3 Genovese, Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali, Struttura Complessa Attività Consultoriali

Federica Pascali, Asl 3 Genovese - Dipartimento di Prevenzione, Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Si ringraziano:

- ***il Direttore Generale e il Direttore Sanitario della ASL 3 Genovese***
- ***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***

Referente regionale: Roberto Carloni - ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione

Coordinatore regionale: Claudio Culotta – ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Coordinatori aziendali:

ASL 1 Imperiese – Marco Picasso, Dipartimento di Prevenzione

ASL 2 Savonese – Roberto Carloni, ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione

ASL 3 Genovese – Rosamaria Cecconi, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

ASL 4 Chiavarese – Maura Ferrari Bravo, Dipartimento di Prevenzione

ASL 5 Spezzino – Roberta Baldi, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

e gli intervistatori di tutte le cinque ASL

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione

Indice

Premessa	pag.	7
Tabelle sintetiche dei risultati		9
Guadagnare salute		
Attività fisica		14
Situazione nutrizionale		24
Consumo di alcol		38
Abitudine al fumo		52
Fumo passivo		64
Descrizione del campione		72
Indicatori socio-demografici di Asl 3 Genovese		76
Note metodologiche		80



Guadagnare Salute

premessa

attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

Premessa

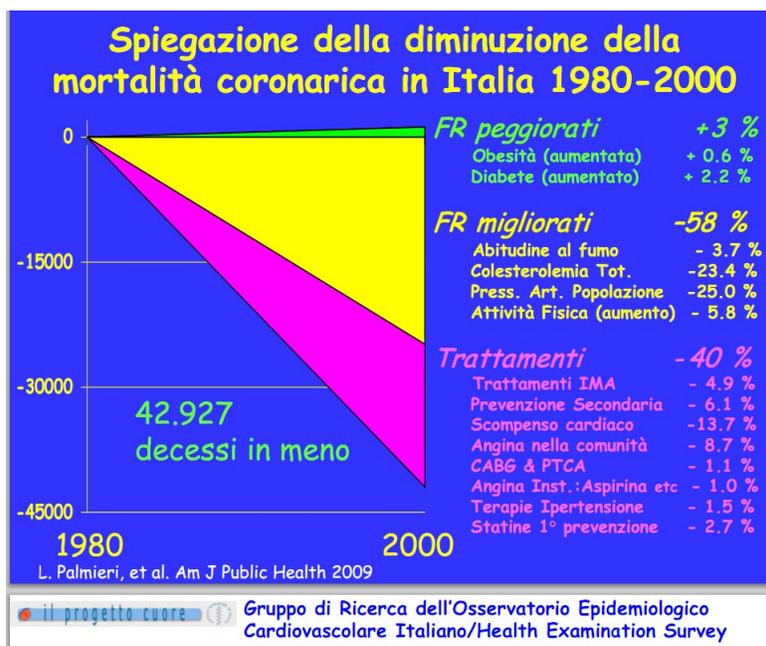
Gli stili di vita (attività fisica, abitudini alimentari, fumo, alcol) sono fortemente correlati con i sette principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative ed in particolare delle malattie cardiovascolari:

- Sedentarietà
- Sovrappeso e obesità
- Scorrette abitudini alimentari (eccesso di calorie, di grassi e di sale; scarso consumo di frutta e verdura)
- Ipertensione arteriosa
- Ipercolesterolemia
- Fumo
- Uso eccessivo di alcol

Tali fattori di rischio sono in parte riconducibili a scelte personali e potenzialmente modificabili a livello individuale, ma sono anche fortemente ancorati a complesse dinamiche collettive che coinvolgono le famiglie, le scuole, gli ambienti di lavoro, le istituzioni sanitarie, altre organizzazioni sociali, le pratiche religiose e i messaggi dei media.

È importante intervenire sulle persone che presentano profili di rischio elevati per ridurre i fattori di rischio attraverso la modifica degli stili di vita e le terapie farmacologiche. Ma è altrettanto importante agire sulle persone con profili di rischio bassi per mantenerli tali, attraverso strategie di popolazione basate sulla prevenzione primaria e la promozione della salute.

In Italia nel periodo 1980-2000 il numero di deceduti per malattia coronarica è stato inferiore di 42.927 unità rispetto a quello atteso. Il 58% di tale diminuzione è correlato al solo cambiamento degli stili di vita (fumo e attività fisica) o alla riduzione della pressione arteriosa e della colesterolemia (a sua volta riconducibile al cambiamento degli stili di vita e al trattamento farmacologico):



L. Palmieri, et al. Am J Public Health 2009

Per i fattori di rischio comportamentali (attività fisica, abitudini alimentari, alcol), la letteratura fornisce altre importanti evidenze sull'efficacia preventiva della modifica degli stili di vita (JNC 7: The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure; 2003): ad ogni cambiamento in positivo dello stile di vita nel campo dell'alimentazione, del consumo di alcol e dell'attività fisica corrisponde una riduzione quantificabile della pressione arteriosa.

Efficacia nel ridurre la Pressione Arteriosa Sistolica (PAS) di alcuni interventi sugli stili di vita (modificata da JNC VII)

Intervento	Raccomandazione	Riduzione attesa della PAS
Riduzione di peso	Ottenere il BMI ideale (20-25)	5-10 mmHg ogni 10 Kg persi 
Dieta DASH*	Avere una dieta ricca di frutta, verdura e latticini a basso contenuto di grassi saturi	8-14 mmHg 
Riduzione del consumo di alcool	Non assumere più di 30 ml/die di alcool pari a 250 ml di vino (circa 2 bicchieri)	2-4 mmHg 
Attività fisica	Attività fisica regolare (almeno 30 minuti al giorno di cammino sostenuto) più volte alla settimana	4-9 mmHg 
Riduzione sodio	Non consumare più di 2,4 gr/die di sodio pari a 6 gr/die di sale da cucina (NaCl)	6-8 mmHg 

*= Dietary Approaches to Stop Hypertension

S.Giampaoli et al.: Il Progetto CUORE e le azioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia. www.epicentro.iss.it

Tra i fattori di rischio, un peso importante spetta al fumo. Nell'esempio che segue, due soggetti, uguali per età e sesso, si differenziano in quanto il primo (individuo A) presenta ipercolesterolemia, mentre il secondo (individuo B) è fumatore (anche di poche sigarette al dì) e inoltre presenta valori di colesterolemia e di pressione arteriosa solo leggermente superiori alla norma. Il secondo soggetto, che potrebbe non essere considerato a rischio particolarmente elevato, presenta in realtà un profilo molto più negativo rispetto al primo.

il progetto cuore		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO		
	Individuo A	Individuo B
Sesso	Uomo	Uomo
Età	50 anni	50 anni
Fumo	No	Sì
Colesterolo totale (mg/dl)	260	220
HDL-colesterolo (mg/dl)	40	38
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	110	130
Diabete	No	No
Trattamento antipertensivo	No	No
Rischio MCV, % in 10 anni	3,6	6,1

S.Giampaoli et al.: Il Progetto CUORE e le azioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia. www.epicentro.iss.it

Appare quindi evidente come il contrasto all'abitudine al fumo e alla sedentarietà, ed il controllo della situazione nutrizionale e del consumo di alcol siano azioni fondamentali per ottenere una diminuzione della cronicità in futuro.

Compito della Sanità Pubblica sarà quello di sostenere e coordinare gli interventi di promozione della salute nelle comunità, monitorandone i risultati con indicatori di processo e di risultato forniti da studi di valutazione e sistemi di sorveglianza, tra i quali PASSI.

Gli indicatori forniti da questo sistema raggiungono, diversamente da altri, un dettaglio di Asl e colgono anche le opinioni, le percezioni e le conoscenze della popolazione riguardo al proprio stile di vita e alla propria salute, elementi fondamentali per ottenere la compliance del target negli interventi di prevenzione primaria.

Tabelle sintetiche dei risultati PASSI

	Asl 3 Genovese 2007-2009 (%)	Liguria 2007-2009 (%)	Pool PASSI 2009 (%)
ATTIVITA' FISICA			
Livello di attività fisica			
– attivo	41	40	33
– non sufficientemente attivo (parzialmente attivo + sedentario)	59	60	67
– Sedentari che percepiscono come sufficiente il proprio livello di attività fisica	17	22	17
Domande rivolte dai sanitari alla popolazione generale sull'attività fisica svolta	37	34	31
Consiglio di fare attività fisica alla popolazione generale	33	31	31
Compresenza di altre condizioni di rischio			
– Sedentari tra i soggetti in eccesso ponderale	18	23	–
– Sedentari tra i soggetti fumatori	21	22	–
– Sedentari tra i soggetti ipertesi	21	23	–
– Sedentari tra i soggetti con sintomi di depressione	26	27	–

	Asl 3 Genovese 2007-2009 (%)	Liguria 2007-2009 (%)	Pool PASSI 2009 (%)
SITUAZIONE NUTRIZIONALE			
Eccesso ponderale			
– sovrappeso	27	29	32
– obeso	7	8	10
Consiglio sanitario di fare attività fisica			
– tra i normopeso	27	25	–
– tra i sovrappeso	38	35	35
– tra gli obesi	67	56	48
Consiglio sanitario di perdere peso			
– tra i sovrappeso	53	51	45
– tra gli obesi	85	85	80
Percezione del peso			
– Persone in sovrappeso che considerano “più o meno giusto” il loro peso	41	43	46
Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi			
– Persone in sovrappeso che sono diminuite di più di 2 Kg	25	22	–
– Persone in sovrappeso che sono aumentate di più di 2 Kg	29	27	–
– Persone obese che sono diminuite di più di 2 Kg	28	26	–
– Persone obese che sono aumentate più di 2 Kg	32	30	–
Consumo di frutta e verdura			
– Almeno 5 porzioni al giorno	19	16	10

	Asl 3 Genovese 2007-2009 (%)	Liguria 2007-2009 (%)	Pool PASSI 2009 (%)
CONSUMO DI ALCOL			
Bevitori a rischio	25	24	18
- Prevalentemente fuori pasto	10	9	8
- Binge	6	6	6
- Forti bevitori	15	13	9
Consiglio di ridurre il consumo nei bevitori a rischio	8	8	6
Guida sotto l'effetto dell'alcol	11	11	11
Intervistati fermati dalle forze dell'ordine	33	38	39
Fermati sottoposti anche ad etilotest	13	11	11

	Asl 3 Genovese 2007-2009 (%)	Liguria 2007-2009 (%)	Pool PASSI 2009 (%)
ABITUDINE AL FUMO			
Fumatori	27	28	29
- Tra i 18-24enni	40	38	32
- Tra i 25-34enni	37	35	35
Ex fumatori	24	21	20
Media sigarette fumate al giorno	12 sigarette	13 sigarette	13 sigarette
Promozione della cessazione			
- Chiesto se fuma, ai fumatori	69	64	34
- Consiglio di smettere	57	57	60
Smettere di fumare			
- Tentativo di smettere nell'ultimo anno	43	40	36
- Tra chi ha tentato, è riuscito	10	5 (dati 2009)	8
Fumo consentito in casa con minori di 14 anni	21	20 (dati 2009)	19



Guadagnare Salute

premessa
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

Attività fisica

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 tipo 2
- ▶ osteoporosi
- ▶ depressione
- ▶ traumi da caduta degli anziani
- ▶ alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata).

Inoltre il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione.

Per essere fisicamente attivi è sufficiente incrementare il cosiddetto "trasporto attivo": cercare di abbandonare il più possibile uno stile di vita caratterizzato dallo spostamento passivo da uno spazio chiuso all'altro (abitazione, garage, automobile, ascensore, posto di lavoro, centro commerciale, scale mobili, telecomando ecc) e attivarsi, prendere possesso dell'ambiente, camminare o usare la bicicletta per muoversi.

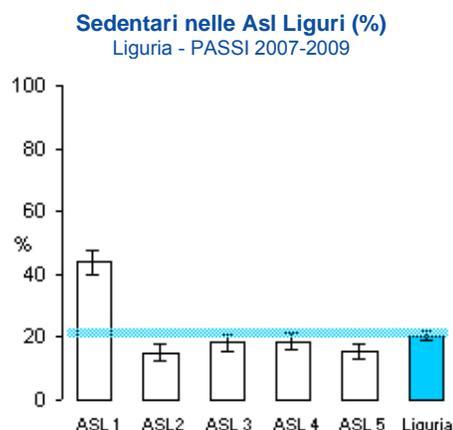
Chi svolge qualche attività moderata, come camminare di buon passo per almeno 30 minuti almeno 5 giorni a settimana, può già essere considerato attivo e gode quindi di numerosi effetti salutari, contribuendo inoltre alla salvaguardia dell'ambiente. Ancor meglio se la durata di questa attività sale a un'ora al giorno, tutti i giorni.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

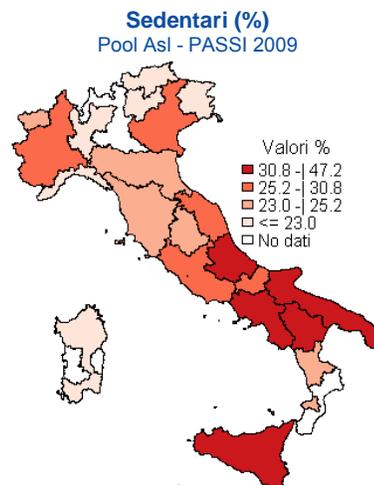
Ma non è ancora sufficiente: per favorire uno stile di vita attivo occorre coinvolgere diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento; questo l'obiettivo del programma Guadagnare salute: realizzare un ambiente che non ostacoli, anzi favorisca il movimento riducendo le disuguaglianze sociali.

Quante persone sono attive fisicamente e quante sedentarie?

- In Asl 3 Genovese il 41% delle persone intervistate ha riferito uno stile di vita attivo, conduce cioè un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica raccomandata; questo valore, nel corso del triennio 2007-2009, si è mantenuto stabile (rispettivamente 38, 43 e 41%, senza differenze statisticamente significative nei tre anni).
- A fronte di questo, però, il 59% degli intervistati, pari a circa **289.000 persone**, pratica **attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato** (sono le persone parzialmente attive e sedentarie); all'interno di questa quota, il 18% è totalmente sedentario.
- La media di sedentari in Regione è del 21%, con un valore discordante in Asl 1 Imperiese; questa differenza potrebbe essere però riferibile ad aspetti procedurali all'interno della Asl 1 che sono stati parzialmente identificati e al momento sono oggetto di modifica.



- La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone sedentarie nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo: la media è pari al 30%, con un evidente gradiente territoriale a svantaggio delle regioni meridionali. Il valore più basso si registra nella P.A. di Bolzano (13%), quello più alto in Basilicata (47%).



Tra chi è più diffusa la sedentarietà?

- Nella nostra Asl la sedentarietà, che riguarda il 18% della popolazione, è più diffusa:
 - nelle persone 50-69enni
 - negli uomini
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con maggiori difficoltà economiche.
- Osservando anche i dati provenienti da altre fasce di età troviamo che tra gli ultra 64enni la sedentarietà è piuttosto diffusa: 52% - PASSI d'Argento 2009, Asl 3 Genovese.
- Tra i bambini di 8-9 anni i sedentari sono il 22% - OKkio alla Salute 2010, Asl 3 Genovese
- Tra gli adolescenti liguri la sedentarietà varia dal 5% degli 11enni al 10% dei 15enni – HBSC 2009, Liguria.

Sedentari	
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=831)	
Caratteristiche	% (IC95%)
Totale	18,2 (15,6-21,0)
Classi di età	
18-34	14,8
35-49	16,4
50-69	21,7
Sesso	
uomini	19,4
donne	17,0
Istruzione	
bassa	23,3
alta	15,6
Difficoltà economiche	
sì	23,2
no	14,3

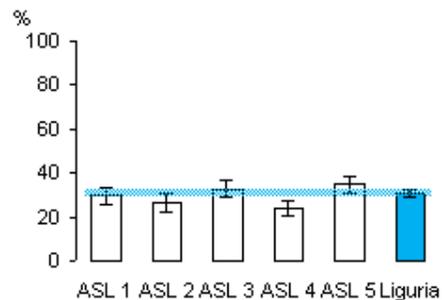
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Il 37% circa degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario gli ha chiesto se svolge attività fisica e circa il 33% riferisce di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente. Nel corso degli anni si è osservata una riduzione di queste buone pratiche, che però non ha significatività statistica.

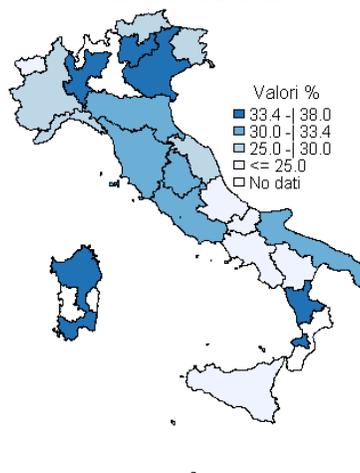


- I corrispondenti valori regionali sono 34% e 31%, rispettivamente.
- Il consiglio di svolgere attività fisica è piuttosto disomogeneo in Regione: nella Asl Chiavarese, in particolare, risulta più basso della media regionale (range dal 24% dell'Asl 4 Chiavarese al 35% dell'Asl 5 Spezzino).

Consiglio di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



Consiglio di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari (%)
Pool Asl PASSI 2009



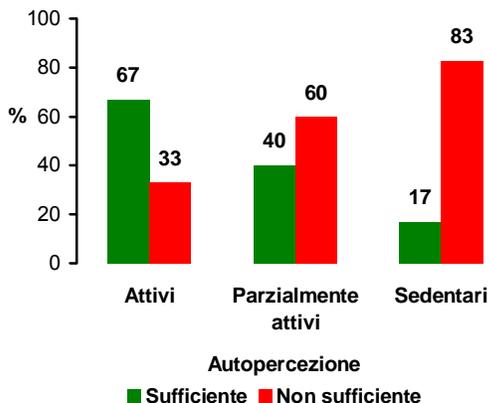
- Tra le Asl partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, il valore percentuale del consiglio nel 2009 è stato del 31%, pari a quello della richiesta di informazioni sull'attività fisica svolta (31%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica è importante nel condizionare eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

- Tra le persone attive, il 67% ha giudicato la propria attività fisica come sufficiente.
- Ma tra le persone parzialmente attive (la cui attività motoria è insufficiente), ben quattro su dieci (40%) percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente: è evidente come questa percezione distorta possa influenzare negativamente l'abitudine al cambiamento.
- Ancora, tra le persone sedentarie, poco meno di un quinto (17%) pensa di praticare una sufficiente attività fisica.

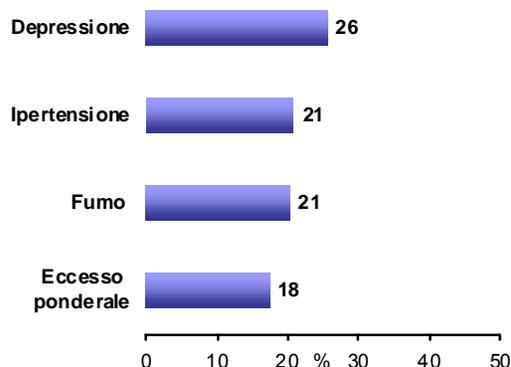
Autopercezione e livello di attività fisica praticata (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=830)



- In Regione Liguria, quest'ultima percentuale è del 22%.
- Tra le Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i sedentari che hanno percepito come sufficiente il proprio livello di attività fisica, nel 2009, è stato del 19%. Questo dato è cambiato in maniera significativa nell'ultimo triennio, considerato che nel 2007 era del 26% e nel 2008 del 24%.

Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Sedentarietà (%) in persone con altri fattori di rischio
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009



- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; ricordando che i sedentari nella popolazione di Asl 3 sono risultati essere il 18%, è interessante notare come, in alcuni sottogruppi di popolazione, tale percentuale sia diversa, in particolare tra chi riferisce sintomi di depressione (il 26% è sedentario).

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella nostra Asl circa due persone adulte su dieci siano completamente sedentarie e che altre quattro su dieci non pratichino una sufficiente attività fisica.

La percentuale di sedentari inoltre è maggiore nelle persone culturalmente ed economicamente più svantaggiate e in sottogruppi di popolazione che presentano altri fattori di rischio per l'insorgenza di malattie croniche (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi o fumatori).

Alla diffusione di uno stile di vita sedentario o solo parzialmente attivo si accompagna frequentemente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: quasi un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento.

La correzione di tale percezione può rappresentare la prima tappa verso un cambiamento del proprio stile di vita e può costituire un obiettivo degli interventi di promozione dell'attività fisica in ambito sanitario.

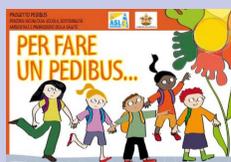
A fronte di ciò gli operatori sanitari non sembrano promuovere ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Tuttavia l'opera del sanitario da sola non basta ed è stato dimostrato che è possibile accrescere la diffusione dell'attività fisica solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, opportunità di pratica dell'attività fisica, ecc.).

Dall'informazione all'azione

Nell'area "Guadagnare Salute" del Piano Regionale di Prevenzione della Liguria 2010-2012 si è tenuto in considerazione quanto evidenziato dalla letteratura scientifica e dai dati epidemiologici locali (PASSI, PASSI d'Argento e OKkio alla salute) e la promozione dell'attività fisica è stata inserita in diverse linee progettuali del Piano.

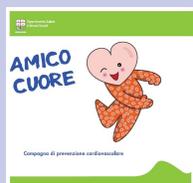
In particolare nella Asl 3 Genovese, con riferimento all'età adulta e anziana è stato promosso, in collaborazione con gli enti locali, l'Università (Corso di Laurea in Scienze Motorie) e le associazioni (UISP: Unione Italiana Sport per tutti), il progetto "Genova Cammina", che si pone come obiettivi, oltre all'acquisizione di uno stile di vita attivo, la prevenzione delle cadute e il contrasto all'isolamento sociale.



In riferimento all'età evolutiva un altro progetto implementato è il "Pedibus" che, attraverso una collaborazione con gli enti locali, le famiglie, le scuole e il mondo delle associazioni, favorisce l'acquisizione di uno stile di vita attivo da parte dei bambini e delle loro famiglie, attraverso la realizzazione di percorsi pedonali sicuri casa-scuola.

Per informazioni sui progetti "Genova cammina" e "Pedibus": epidemiologia@asl3.liguria.it

I Dipartimenti di Prevenzione e di Cure Primarie delle Asl liguri, in collaborazione con gli educatori delle scuole materne, hanno dato vita al progetto "OKkio alle 3A" che, collegandosi direttamente ai risultati dell'indagine "Okkio alla salute" (in Liguria la percentuale dei bambini non fisicamente attivi è pari al 24% e quella dei bambini in eccesso ponderale è pari al 29%), promuove una corretta alimentazione e uno stile di vita attivo attraverso una serie di attività ludico/educative progettate insieme da educatori, famiglie e bambini delle scuole materne. Visita il sito: <http://okkio3a.liguria.it/>



La campagna "Amico cuore" si inserisce nell'ambito del Piano di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare realizzato da Regione Liguria e le Asl Liguri per diffondere fra i cittadini la cultura della promozione della salute e, in particolare, della prevenzione cardiovascolare. Il progetto promuove la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio cardiovascolare e assicura un intervento di counselling con promozione di un'attività fisica regolare.

Inoltre nel Piano Regionale della Prevenzione sono presenti altri progetti inerenti l'attività fisica, ancora in via di implementazione e consultabili al sito:

http://www.ccm-network.it/Pnp_2010_piani-regionali_Liguria

...ancora, è attivo in Asl 3 Genovese:

"Mangiar giusto....e muoversi con gusto" IV Edizione. Serie di incontri aperti alla popolazione e passeggiate promossi da Asl 3, AS.LI.DIA (Associazione Ligure per la lotta contro il Diabete), COOP Liguria.



Altri interventi di salute nel campo dell'attività fisica costituiscono in Asl 3 un'attività regolare di alcuni specialisti, e fanno parte di percorsi riabilitativi rivolti al singolo soggetto o, meglio, a gruppi di soggetti a rischio: tra queste spicca l'attività riabilitativa del Dipartimento di Cardiologia (presso il Palazzo della Salute, Fiumara): nel percorso riabilitativo post infartuale, oltre all'attività in palestra, viene offerta alle persone la possibilità di partecipare a gruppi in movimento in compagnia dello specialista cardiologo, in cui si utilizza il metodo del Nordic Walking.

A livello dei distretti sociosanitari stanno per essere implementati corsi di ginnastica dolce e di attività fisica adattata (AFA).

Info: <http://www.asl3.liguria.it/distretti/distretti.htm>
epidemiologia@asl3.liguria.it

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14). Washington, DC Government Printing Office 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume1>
- U.S. Department of health and human service. Physical activity guideline for Americans. 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 2007; 1423-1434.
- CDC. Guide to Community Preventive Service Physical activity. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/pa/>
- WHO. Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities. 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E90144.pdf>
- World Health Organization; Regional Office for Europe. Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.



Guadagnare Salute

premesse
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

GUADAGNARE SALUTE – SITUAZIONE NUTRIZIONALE

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita.

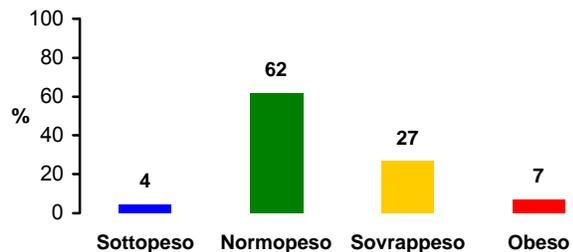
Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di Massa Corporea - IMC (*Body Mass Index o BMI*), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obesi (IMC \geq 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente, per esempio, la protezione associata all'elevato consumo di frutta e verdura rispetto ad alcune neoplasie. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione adulta (18-69 anni)?

- In Asl 3 Genovese il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 62% normopeso, il 27% sovrappeso e il 7% obeso; nel corso del triennio 2007-2009 la situazione si è mantenuta stabile.
- Complessivamente dunque tre adulti su dieci presentano un **eccesso ponderale**. Applicando tale quota all'ammontare della popolazione ligure tra 18 e 69 anni si può stimare che nella nostra Asl siano circa **166.000** gli adulti che presentano questo importante fattore di rischio.

Situazione nutrizionale della popolazione adulta
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)



- Tra gli ultra 64enni il 50% risulta essere in eccesso ponderale: 42% sovrappeso e 8% obeso - PASSI d'Argento 2009, Asl 3 Genovese.
- Ancora, tra i bambini di 8-9 anni il 29% risulta essere in eccesso ponderale: 20% sovrappeso e 9% obeso - Okkio alla salute 2010, Asl 3 Genovese.
- Infine, tra gli adolescenti liguri l'eccesso ponderale varia dal 14% degli undicenni al 16% dei quindicenni, con una minima quota percentuale di soggetti obesi (dall'1% al 2%) - HBSC 2009, Liguria.

Quali sono le caratteristiche delle persone in eccesso ponderale nella nostra Asl?

L'eccesso ponderale (persone sovrappeso: $IMC \geq 25$ e persone obese: $IMC \geq 30$) è significativamente più frequente:

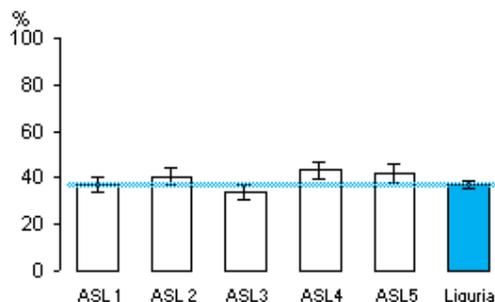
- al crescere dell'età
- negli uomini
- nelle persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche riferite.

Persone in eccesso ponderale ($IMC \geq 25$) Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)		
Caratteristiche	Sovrappeso	Obesi
	% (IC95%)	% (IC95%)
Totale	26,6 (23,6-29,7)	7,0 (5,4-9,0)
Classi di età		
18 - 34	13,3	2,5
35 - 49	24,0	7,3
50 - 69	36,5	9,4
Sesso		
uomini	34,1	8,1
donne	19,3	5,9
Istruzione		
nessuna/elementare	37,7	21,7
media inferiore	29,9	8,1
media superiore	24,3	4,8
laurea	22,9	4,5
Difficoltà economiche		
molte	34,0	13,0
qualche	24,0	7,8
nessuna	26,4	5,3

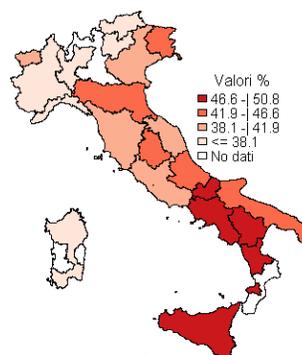
Come varia la percentuale delle persone in eccesso di peso in Liguria e in Italia?

- Nelle cinque Asl della Regione la percentuale di persone in eccesso di peso è del 37% e varia dal minimo del 34% nella Asl 3 Genovese al massimo del 43% nella Asl 4 Chiavarese, quest'ultima con un valore significativamente superiore alla media ligure.
- Come detto nel capitolo sull'attività fisica, le condizioni di rischio spesso si associano: la proporzione di sovrappeso/obesi tra gli ipercolesterolemici sale al 47% e tra gli ipertesi al 65%.
- La mappa riporta la situazione dell'eccesso ponderale (sovrappeso/obesi) per le Regioni e Asl che nel 2009 hanno raccolto un campione rappresentativo. Il valore medio nazionale è pari al 32% per le persone in sovrappeso e 10% per le persone obese, con un notevole trend nord-sud (dal 35% della P.A. di Trento al 51% della Calabria).

Eccesso ponderale nelle Asl Liguri
Liguria - PASSI 2007-2009

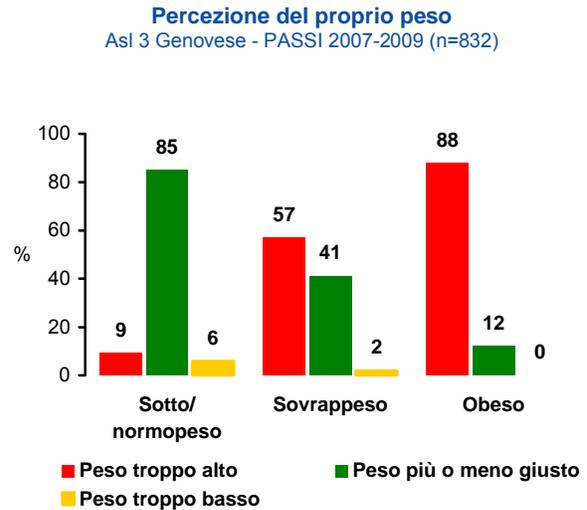


Persone in eccesso ponderale (%)
Pool Asl - PASSI 2009



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

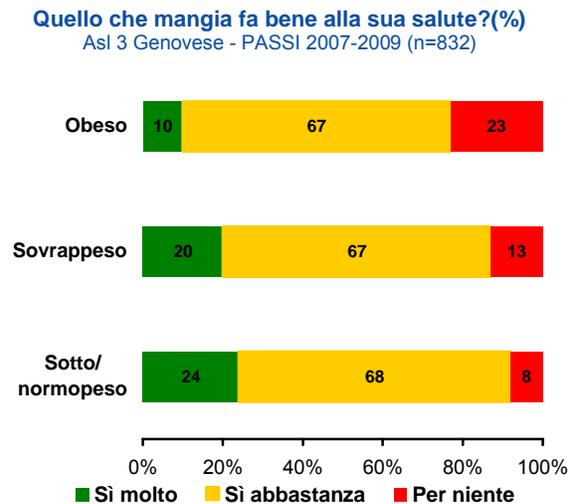
- La percezione di essere in sovrappeso, quando lo si è effettivamente, può motivare la persona a un eventuale cambiamento dello stile di vita.
- Ma la percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati, anzi, spesso è distorta e tendente alla sottostima.
- Nella nostra Asl si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (88%) e nei normopeso (85%), mentre tra le persone in sovrappeso ben quattro su dieci considerano più o meno giusto il proprio peso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso nei due sessi; in particolare il 74% delle donne in sovrappeso è consapevole del fatto che il suo peso è troppo alto, ma la stessa percentuale scende al 48% per gli uomini.



Come considerano la propria alimentazione?

- Mediamente la maggioranza degli adulti (89%) ritiene di avere un'alimentazione positiva* per la propria salute; in particolare lo ritiene:
 - il 92% delle persone sottopeso e normopeso
 - l'87% dei sovrappeso
 - il 77% degli obesi.

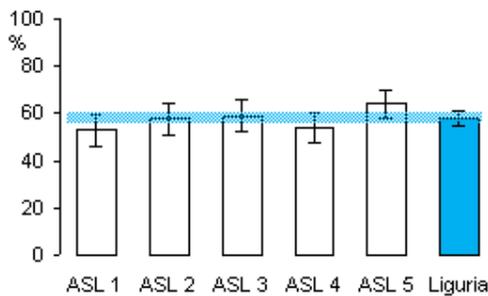
* "Sì, abbastanza" o "Sì, molto"



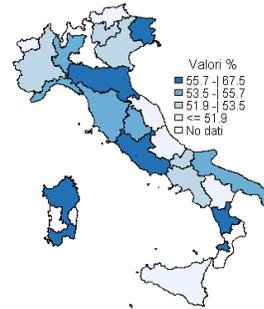
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella nostra Asl il 59% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha riferito questo consiglio il 53% delle persone in sovrappeso e l'85% delle persone obese.
- Il dato medio regionale è pari al 58%, senza differenze significative tra le Asl.
- A livello nazionale, tra le Asl che hanno partecipato al sistema PASSI durante il 2009, il 54% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 45% delle persone in sovrappeso e l'80% delle persone obese).

Consiglio di perdere peso alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)
Liguria - PASSI 2007-2009

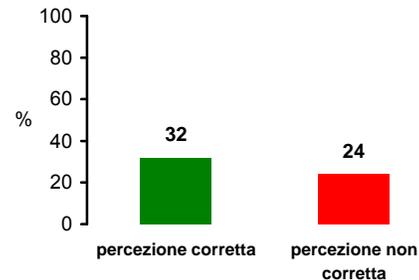


Consiglio di perdere peso alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)
Pool Asl - PASSI 2009



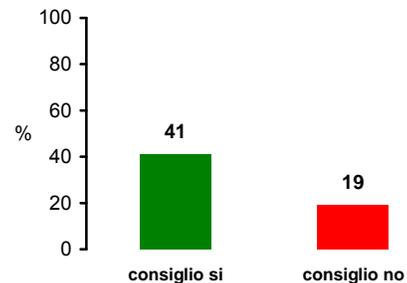
- Il 31% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (29% tra i sovrappeso e 40% tra gli obesi).
- Questa proporzione è più alta:
 - nelle donne (37% vs 27% negli uomini)
 - negli obesi (40% vs 29% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) con una percezione corretta del proprio peso (32%) rispetto a quelle con una percezione distorta (24%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (41% vs 19%)

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso tra le persone in sovrappeso (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=217)



Attuazione della dieta in rapporto ai consigli degli operatori sanitari tra le persone sovrappeso/obese (%)

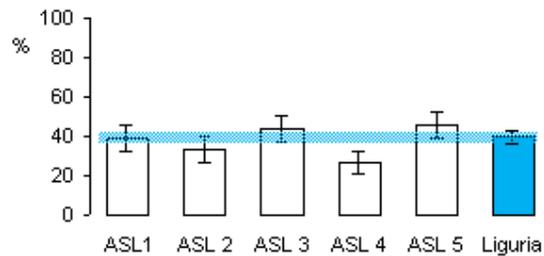
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=225)



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

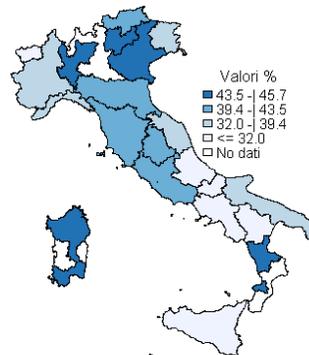
- Nella popolazione genovese di 18-69 anni i sedentari sono il 18%, ma tra le persone in eccesso ponderale questo valore sale al 21% (19% tra i sovrappeso e 28% tra gli obesi). Il 44% di esse ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare, hanno ricevuto questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso e il 67% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, l'84% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 76% di chi non l'ha ricevuto.

Consiglio di fare attività fisica alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



- In media, in Liguria, ha ricevuto questo consiglio il 40% delle persone, con una differenza significativa nella Asl 4 (27%).

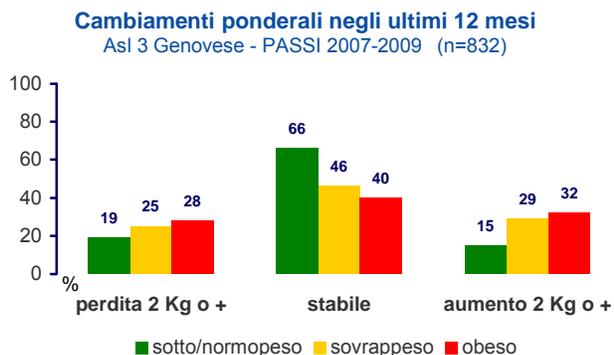
Consiglio di fare attività fisica alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)
Pool Asl - PASSI 2009



- La mappa riporta la frequenza del consiglio per Regione durante l'anno 2009; il valore medio nazionale è pari al 38%.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno. Questa percentuale è maggiore nei soggetti in sovrappeso o obesi (rispettivamente 29% e 32%).
- Dai dati risulta anche che la proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - tra i 18-34enni
 - tra le donne (21% vs 18% degli uomini)
 - tra le persone già in eccesso ponderale (61% vs 15% dei sotto/normopeso)



A livello regionale nel corso dell'anno 2009 si è rilevato che tra le persone sovrappeso/obese non emergono cambi significativi di peso, se non una lieve tendenza all'aumento. Fra le persone in eccesso ponderale contemporaneamente ipertese o ipercolesterolemiche la situazione sostanzialmente non cambia:

Cambiamento del peso corporeo negli ultimi 12 mesi (%) Liguria – PASSI 2009

	E' diminuito di 2 o più chili	Peso stabile	E' aumentato di 2 o più chili
Sovrappeso/obesi	22	48	30
Anche ipertesi	28	43	29
Anche ipercolesterolemici	26	43	31

Consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale in cui recentemente l'Oms ha sintetizzato le prove scientifiche disponibili, si stima che lo scarso consumo di frutta e verdura sia responsabile in tutto il mondo di circa il 31% delle malattie coronariche e di circa l'11% degli ictus cerebrali. Se ogni cittadino dell'Unione europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

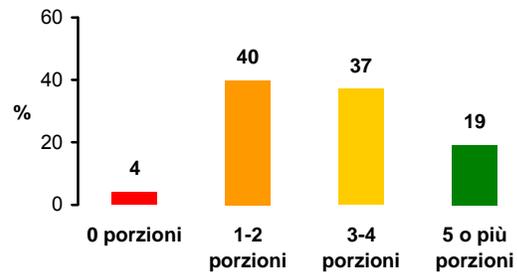
La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

In Asl 3 Genovese il 96% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.

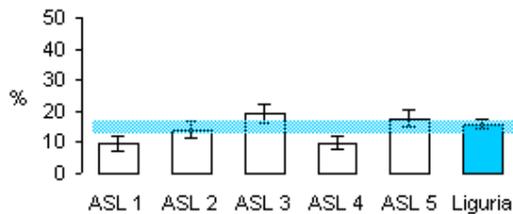
- Circa il 56% ne mangia almeno 3 al giorno ma solo il 19% riferisce di consumare le 5 porzioni raccomandate. Il dato è rimasto invariato nel corso del triennio.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)



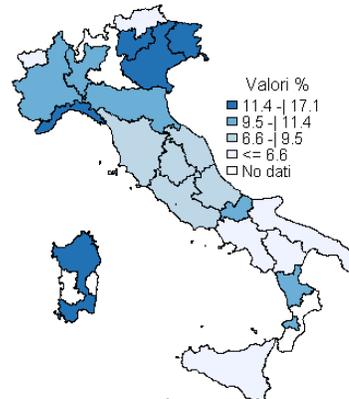
- A livello regionale il 16% aderisce al "five a day" con una notevole disomogeneità tra le Asl.

Persone che aderiscono al "five a day" (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



- La mappa riporta la distribuzione geografica dell'adesione a questa buona pratica. Il dato medio, limitatamente al 2009, è pari al 10%.

Persone che aderiscono al "five a day" (%)
Pool Asl - PASSI 2009



Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano le 5 porzioni al giorno?

- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa al crescere dell'età (24% tra i 50-69enni) e tra le donne (22%).
- Tra gli ultra 64enni l'adesione al "five a day" è bassa (11% - PASSI d'Argento 2009, Asl 3 Genovese) per quanto più della metà degli anziani riferisca di mangiare 3 o più porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Tra i bambini, l'abitudine al consumo di frutta e verdura è ancora più basso: 6% per il "five a day"; il 35% dei bambini consuma più di 2 porzioni al giorno di frutta mentre solo il 16% consuma più di due porzioni al giorno di verdura (OKkio alla salute 2010, Asl 3 Genovese).

Consumo di frutta e verdura	
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" °
	%
	IC95%
Totale	19,1
	(16,5-22,0)
Classi di età	
18 - 34	12,3
35 - 49	18,1
50 - 69	24,0
Sesso	
uomini	16,2
donne	21,9
Istruzione	
nessuno/elementare	21,7
media	20,9
superiore	17,0
laurea	21,0
Difficoltà economiche	
sì	17,9
no	20,0
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	17,5
sovrappeso	21,7
obeso	24,1
° Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura	

Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentato il fatto che, attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI, si tende a sottostimare la prevalenza dell'eccesso ponderale, soprattutto fra le donne.

Pur con questa verosimile sottostima, nella nostra Asl una persona adulta su tre (circa 166.000 persone) è sovrappeso o francamente obesa, e questo dato configura l'eccesso di peso come un rilevante problema di sanità pubblica.

Il 41% delle persone in sovrappeso (specie tra gli uomini) ha una percezione distorta del proprio peso considerandolo infatti più o meno giusto; inoltre, la maggior parte delle persone sovrappeso giudica la propria alimentazione come adeguata.

L'attenzione degli operatori sanitari verso il problema dell'eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) sembra ancora limitata: solo 6 persone con eccesso ponderale su 10 riferiscono di aver avuto il consiglio di non aumentare di peso e solo 4 su 10 riferiscono di aver avuto il consiglio di praticare più attività fisica.

Il consiglio di non aumentare il proprio peso influenza notevolmente il comportamento inducendo le persone a effettuare una dieta con una frequenza doppia rispetto a chi riferisce di non aver ricevuto consigli a tal proposito (41 vs 19%).

L'efficacia dei programmi di prevenzione sulle persone in eccesso ponderale risulta comunque insufficiente:

- tre persone su dieci praticano una dieta
- quattro su dieci sono attive fisicamente (svolgono un lavoro pesante e/o praticano attività fisica secondo le raccomandazioni)
- due persone su dieci sono diminuite di peso nell'ultimo anno, ed altrettante sono quelle aumentate di peso.

La maggior parte delle persone adulte consuma quotidianamente frutta e verdura, ma quasi la metà degli intervistati ne consuma meno di 3 porzioni e una percentuale davvero modesta (il 19%) ne mangia almeno 5 porzioni al giorno come raccomandato per un'efficace prevenzione delle neoplasie e di altre patologie croniche. La pratica del "five a day" non è significativamente più frequente nelle persone sovrappeso (22%) o obese (24%).

I dati di Asl 3 provenienti dalla sorveglianza OKkio alla salute, sui bambini di 8-9 anni, confermano che il problema dell'eccesso ponderale, unito allo scarso consumo di frutta e verdura, è altrettanto rilevante nei bambini.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Proprio in quest'ottica nasce in Liguria il progetto "Attività fisica e Alimentazione", inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, con il quale si prevede di coordinare i diversi interventi già attivati dalle singole Asl in merito alla promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione da parte di diversi servizi (Attività Consultoriali, Prevenzione, Servizi Ospedalieri) anche in collaborazione con altri portatori di interesse (Scuole, Enti Locali).

Per generare una forte adesione ai progetti anche da parte dei più giovani diretti interessati, è stato inserito all'interno dello stesso PRP anche "La Media Education per la promozione della salute e del benessere degli adolescenti", studio di progettazione partecipata con realizzazione di prodotti di comunicazione basati sull'uso dei media.

Dall'informazione all'azione

Tra le attività routinarie la nostra Asl, in particolare la Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, si occupa della situazione nutrizionale e della sicurezza alimentare dei suoi assistiti, attraverso:

- Valutazione del menù degli asili nido in accordo con le linee guida sugli standard strutturali organizzativi e qualitativi dei servizi socio-educativi per la prima infanzia
- Consulenza ai singoli utenti, su richiesta del Medico di Medicina Generale, orientata allo studio della situazione nutrizionale e all'educazione alimentare
- Counselling nutrizionale presso il Centro Disturbi Alimentari, rivolto a soggetti adolescenti e adulti con problemi del comportamento alimentare (obesi, anoressici e bulimici) o a forte rischio di svilupparli
- Vigilanza sulle ristorazioni collettive

Per la promozione della salute, Asl 3 è impegnata in molteplici iniziative rivolte a diverse fasce d'età, nella programmazione delle quali si cerca di informare/coinvolgere tutti i portatori di interesse, ed in particolare i medici di famiglia ed i pediatri di libera scelta, anche al fine di sensibilizzarli a rafforzare nella propria attività clinica i messaggi di prevenzione.

Ad esempio, sono attivi nel territorio della nostra Asl:

“OKkio alle 3 A”, progetto regionale inserito nel PRP 2010-2012, al quale partecipano tutte le Asl liguri e mirato a realizzare specifiche attività curricolari nelle scuole materne nei campi relativi ad Alimentazione, Attività fisica e Abitudini, attraverso la formazione degli insegnanti e la partecipazione delle famiglie. Il progetto è visibile al sito: <http://okkio3a.liguria.it/>



“Le mille anime del cibo”, progetto di collaborazione tra Asl 3 Genovese, Ospedale La Colletta, Comuni di Cogoleto e Arenzano, UISP e Coop Liguria volto a sensibilizzare bambini, insegnanti e famiglie delle scuole primarie e secondarie di primo grado sui temi della corretta alimentazione.

“Favorire la sana alimentazione a scuola attraverso la valutazione nutrizionale del menù della mensa scolastica”, progetto attraverso il quale si vuole promuovere e far conoscere alla collettività l'attività di valutazione nutrizionale dei menù, pratica ancora oggi conosciuta e richiesta da poche mense collettive.

“Mangiar giusto....e muoversi con gusto” IV Edizione. Serie di incontri aperti alla popolazione e passeggiate promossi da Asl 3, AS.LI.DIA. (Associazione Ligure per la lotta contro il Diabete), COOP Liguria.



Nei confronti del singolo utente vengono infine effettuati interventi di consulenza, su richiesta del Medico di Medicina Generale, orientati allo studio della situazione nutrizionale e all'educazione alimentare: questa prestazione può essere ottenuta presentando la ricetta medica ad un qualsiasi sportello di CUP Liguria.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO: The Atlas of Heart Disease and Stroke
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1
- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili
http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf
- WHO European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010
<http://www.euro.who.int/document/E91153>.
- CDC Fruit and vegetable benefits
<http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html#>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.



Guadagnare Salute

premess
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

GUADAGNARE SALUTE – CONSUMO DI ALCOL

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché il consumo a rischio di bevande alcoliche contribuisce in maniera significativa ai problemi di salute, quali cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori.

Inoltre, facilita incidenti e decessi stradali, domestici e sul lavoro e ha numerose conseguenze sociali in ambito familiare, scolastico e lavorativo. Infine favorisce i fenomeni della criminalità, della violenza e dell'emarginazione sociale.

Il danno causato dall'alcol non interessa solo chi beve ma si ripercuote anche sugli altri, sulla famiglia, sulla collettività. I problemi causati a terzi da parte dei bevitori spaziano dal semplice disturbo della quiete pubblica, come rumori molesti notturni, fino a conseguenze più serie come i maltrattamenti coniugali, l'abuso sui minori, la criminalità, la violenza e i comportamenti sessuali a rischio.

E' stato stimato che 1 omicidio su 4 è alcol-correlato. Attualmente si stima che in Europa 5-9 milioni di bambini vivano in famiglie con problemi di alcol.

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. Questi livelli vengono aggiornati coerentemente con i progressi della ricerca sui rischi per la salute connessi al consumo di alcol.

Attualmente, secondo le linee guida dell'INRAN (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione), la soglia del consumo moderato è pari a due-tre unità alcoliche al giorno per gli uomini e a una-due unità per le donne. Al di sopra di tale livello, le persone dovrebbero essere considerate "forti bevitori". Nel presente rapporto è stato incluso nella categoria dei forti bevitori chi ha superato le due unità al giorno se maschio o una unità se femmina anche in una sola occasione nell'ambito degli ultimi 30 giorni. L'argomento è oggetto di approfondimento da parte del Gruppo Tecnico Nazionale PASSI.

Obiettivo principale di sanità pubblica è ridurre le quantità di alcol consumate ed evitare completamente il consumo di alcol in determinate situazioni o condizioni come la guida di veicoli, il lavoro, la gravidanza, l'allattamento, l'adolescenza, l'obesità, la presenza di patologie e di problemi alcol-correlati.

Le persone a particolare rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori, le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (binge drinking¹).

¹ La definizione di binge drinking utilizzata in questo report è il consumo di sei o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese.

Quante persone consumano alcol?

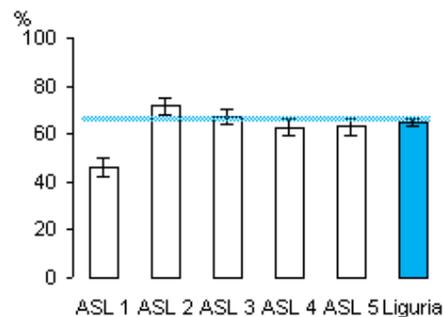
- In Asl 3 Genovese la percentuale di persone intervistate che ha riferito di non essere astemia, cioè di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica, è risultata del 68%, percentuale che nel corso del triennio 2007-2009 è scesa dal 69% del 2007 al 65% del 2009.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
 - nella fascia 18-34 anni
 - negli uomini
 - nelle persone senza difficoltà economiche.
- Il 62% degli intervistati non astemi ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 38% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese) °		
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)		
Caratteristiche		% (IC95%)
Totale		67,5 (64,2-70,7)
Classi di età		
18 - 24		74,0
25 - 34		75,4
35 - 49		66,9
50 - 69		63,7
Sesso		
uomini		82,6
donne		53,7
Istruzione		
bassa		65,0
alta		68,8
Difficoltà economiche		
sì		60,6
no		72,8

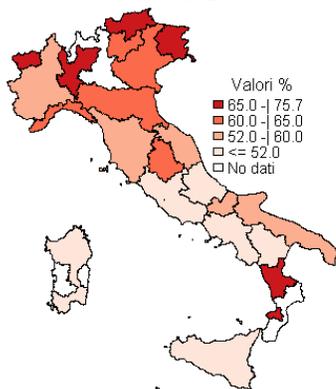
°Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica.
Una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

- Nelle Asl della Regione la percentuale di persone non astemie è 65%, con un range che va dal 46% della Asl 1 al 72% della Asl 2; il valore riscontrato risulta significativamente inferiore alla media regionale nella Asl 1 e significativamente superiore alla media regionale nella Asl 2.
- Tra le Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone non astemie nel 2009 è stata del 57%.

Consumo di alcol (ultimo mese)
Liguria - PASSI 2007-2009



Consumo di alcol (ultimo mese)
Pool PASSI 2009



- Dall'indagine HBSC (Health Behaviour School-aged Children) 2010, risulta che tra gli adolescenti liguri quasi un ragazzo su dieci tra i 13enni e tre su dieci tra i 15enni consuma alcolici almeno una volta a settimana.
- Inoltre il 32% dei 15enni ha bevuto "tanto da essere davvero ubriaco" almeno una volta nella vita e il 7% di essi l'ha fatto più di 4 volte.
- Dall'indagine PASSI d'Argento (Asl 3 Genovese, 2009) risulta che il 45% degli ultra64enni non è astemio e che il 27% beve fuori pasto.

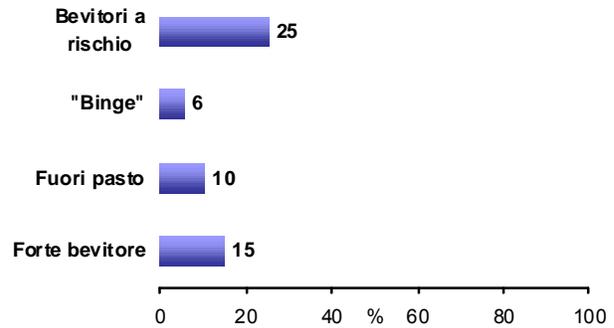
Quanti sono bevitori a rischio?

Nel corso del 2009 il Sistema di sorveglianza PASSI ha modificato il criterio di inclusione nella categoria "forti bevitori" rispetto a quello adottato nel 2008. Attualmente vengono inclusi i maschi che superano le due unità al giorno e le femmine che superano l'unità al giorno, mentre in precedenza venivano inclusi coloro che superavano rispettivamente le tre o le due unità.

Viene considerato "bevitore a rischio":

- Il *binge drinker* (chi ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione)
- e/o chi beve prevalentemente o solo *fuori pasto*
- e/o il *forte bevitore*, cioè chi eccede nel bere superando le soglie del consumo moderato, ponendo a rischio la sua salute e la sicurezza della comunità.

Bevitori a rischio* per categorie
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009
(n=832 per i bevitori a rischio, 210 per le altre categorie)



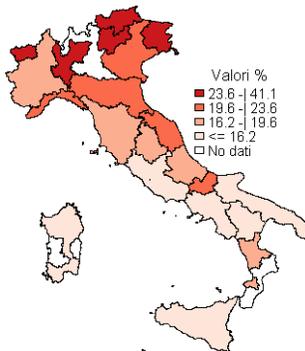
Nella nostra Asl:

- il 6% può essere considerato un bevitore **binge**: circa **29.400 persone**
- il 10% un **bevitore fuori pasto**:circa **49.000 persone**
- il 15% un **forte bevitore**: circa **73.500 persone**

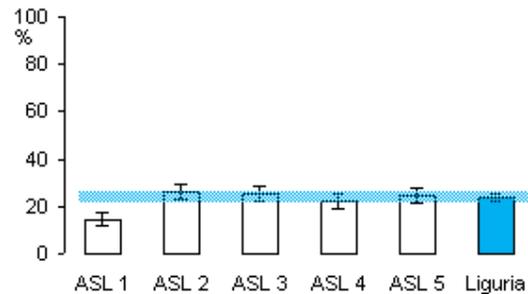
* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- La media dei bevitori a rischio in Liguria nel triennio considerato è del 24%, con una discreta omogeneità tra i valori delle Asl ad eccezione di quello della Asl 1 che è risultata statisticamente inferiore alla media regionale e a quella di tutte le altre Asl (range dal 14% della Asl 1 al 26% della Asl 2).

Bevitori a rischio (%)
Pool Asl PASSI 2009



Bevitori a rischio (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



- Tra le Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale nel 2009, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 18% (9,3% consumo forte, 5,6% consumo binge, 7,8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. La Liguria, con il suo 21%, si colloca nella fascia medio-alta del range italiano.
- I dati del rapporto ISTISAN "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia, 2010" confermano il dato PASSI, attestandosi intorno al 16% di bevitori a rischio (età ≥ 11 anni).

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

In Italia si è da anni consolidato, soprattutto nella popolazione giovanile, il modello di consumo denominato *binge drinking*. Questo termine è utilizzato nei Paesi del Nord Europa per indicare il bere alcolici e super alcolici in quantità intossicanti, fino a stare male, per il puro e semplice desiderio di ubriacarsi, di "sballarsi". Nel presente rapporto, ci si riferisce al *binge drinking* quando si consumano 6 o più bicchieri di bevande alcoliche, anche diverse, in una singola occasione e in un tempo ristretto.

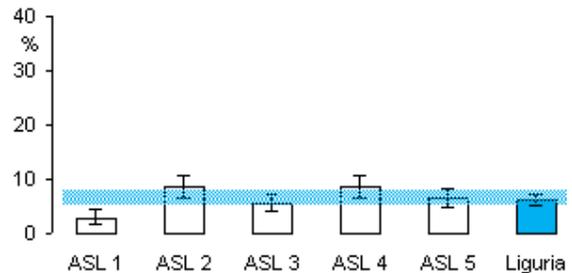
- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda circa il 6% degli intervistati e risulta più diffuso:
 - tra i giovani, nella fascia 18-34 (9%)
 - negli uomini (10% vs 2% nelle donne).
- Nel corso del triennio, la percentuale di bevitori "binge" è rimasta sostanzialmente invariata.

Consumo "binge" ^o (ultimo mese) Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)	
Caratteristiche	bevitori "binge" ^o % IC95%
Totale	5,5 (4,1-7,4)
Classi di età	
18 - 24	10,4
25 - 34	7,9
35 - 49	5,6
50 - 69	3,5
Sesso	
uomini	9,6
donne	1,7
Istruzione	
bassa	4,6
alta	6,0
Difficoltà economiche	
sì	4,7
no	6,1

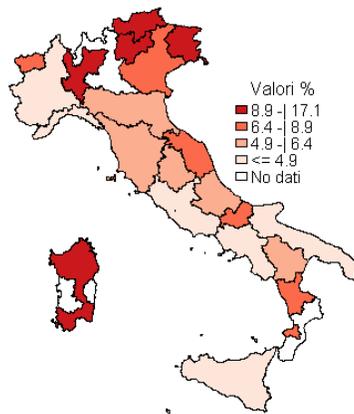
^oconsumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

- Tra le Asl della regione, la media dei bevitori binge è risultata del 6% distribuita in maniera piuttosto disomogenea tra le Asl (range dal 3% di Asl 1 al 9% di Asl 2 e Asl 4).

Percentuale di bevitori "binge"
Liguria - PASSI 2007-2009



Bevitori "binge"
Pool Asl PASSI 2009



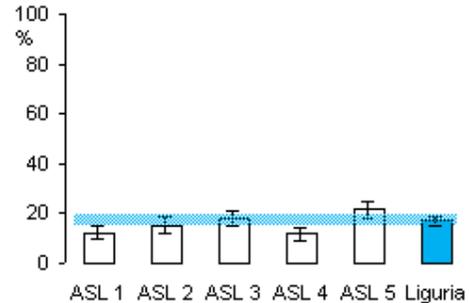
- Anche tra le Asl partecipanti al sistema PASSI nel 2009 a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 6% con notevoli disomogeneità territoriali.

A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

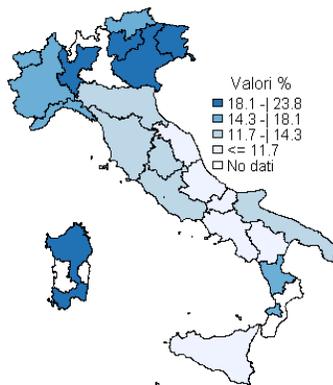
Come per le altre aree di Guadagnare Salute, gli operatori sanitari rivestono un ruolo centrale nella prevenzione: l'intervento di counselling breve sull'assistito nel corso di occasioni opportune, specie se svolto nell'ambito di un contesto "multicomponente" di promozione della salute, si è dimostrato efficace nell'innescare e nell'aiutare a mantenere comportamenti favorevoli alla salute.

- Nella Asl 3 Genovese il 18% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- La media ligure è pari al 18% e tra le Asl emergono differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale (Asl 1 12,4% e Asl 4 11,7%).

Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
Pool Asl PASSI 2009



- Nelle Asl partecipanti al sistema a livello nazionale, limitatamente all'anno 2009, il 14% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol.

- L'8% dei bevitori a rischio ricorda di aver ricevuto il consiglio di bere meno;

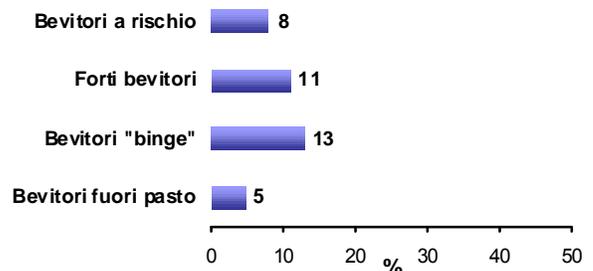
In particolare:

- l'11% dei forti bevitori,
- il 13% dei bevitori "binge"
- il 5% dei bevitori fuori pasto

Anche a livello regionale e nazionale il consiglio dato al consumatore a rischio è basso ed è pari al 4% in Liguria e, limitatamente all'anno 2009, al 6% in Italia.

Consiglio di bere meno ai bevitori a rischio* da parte degli operatori sanitari (%)^o

Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=645)



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)
^o al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Quante persone hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol?

Gli effetti negativi dell'alcol sulla guida sono ben noti. Esso agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alla quantità di alcol presente nel sangue, cioè al tasso alcolemico.

Il tasso alcolemico si misura in grammi di alcol per litro di sangue; un tasso alcolemico di 1g/litro indica quindi che in ogni litro di sangue del soggetto è presente 1 grammo di alcol puro.

Con un tasso di 0,5 g/litro cominciano ad essere compromessi il campo visivo laterale, i tempi di reazione, la resistenza all'abbagliamento, il coordinamento psicomotorio, ed è per questo che il vigente codice della strada prevede sanzioni per chi supera questo limite.

Non è semplice definire come si raggiunge un determinato tasso alcolemico, perché tutto dipende dal meccanismo di diffusione dell'alcol (dallo stomaco al sangue e quindi ai liquidi cellulari del cervello), dal contenuto di alcol delle bevande, dal modo in cui l'alcol viene bevuto, dal sesso e dall'età del soggetto, dalla sua abitudine a bere alcolici. Per tutti questi fattori non è possibile individuare una quantità "sicura" per la guida.

Pur tenuto conto di tutte le cautele sopra indicate, nella figura che segue vengono rappresentate le quantità con cui mediamente si raggiunge il limite legale di 0,5 grammi* di alcol per litro di sangue (gr/l), cioè di alcolemia, alla guida.



Immagine tratta e modificata dalla campagna "Se guidi non bere" e dall' "Osservatorio Nazionale Alcol"

Indipendentemente da come si implementa il tasso alcolemico il rischio di incidente grave cresce all'aumentare del tasso stesso: fatto pari ad 1 il rischio di quando si è sobri, cresce a 380 quando il tasso alcolemico è pari o superiore a 1,5 g/l: in pratica, l'incidente grave non è più solo molto probabile, ma addirittura quasi sicuro. Ma anche semplicemente con valori compresi tra 0,5 e 0,9 g/l il rischio è 11 volte superiore.

L'alcol di fatto è responsabile di oltre un terzo della mortalità sulle strade (nella sola provincia di Genova 13 decessi all'anno).

* valido per tutti i soggetti esclusi i neopatentati - chi ha meno di 21 anni e chi ha la patente da non più di tre anni - e i conducenti professionali e di autoveicoli per i quali è richiesta la patente di categoria C, D, E, per i quali il limite è 0 gr/l.

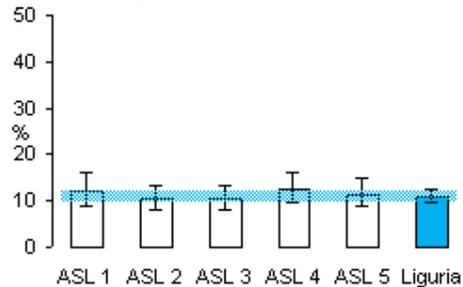
- Considerando chi ha dichiarato di aver sia guidato che bevuto nell'ultimo mese, la percentuale di coloro che riferiscono di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno due unità alcoliche è pari all'11%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere maggiormente diffusa:
 - nelle classi di età 18-24 e 25-34;
 - fra gli uomini (con differenze statisticamente significative);
 - tra le persone con poche difficoltà economiche.
- L'8% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol (8% anche a livello regionale e 7%, limitatamente all'anno 2009, a livello delle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

Guida sotto l'effetto dell'alcol° Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=533)	
Caratteristiche	Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol°° % (IC95%)
Totale	10,5 (8,1-13,5)
Classi di età	
18 - 24	10,7
25 - 34	11,6
35 - 49	9,4
50 - 69	10,9
Sesso	
uomini	16,0
donne	1,9
Istruzione	
nessuna/elementare	12,8
media inferiore	8,7
media superiore	10,4
laurea	11,9
Difficoltà economiche	
molte	1,8
qualche	11,3
nessuna	11,6

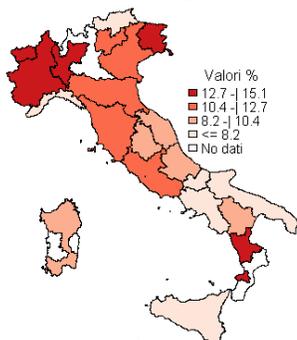
° il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
 °°coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- Anche la media ligure è dell'11% (range dal 10% della Asl 2 al 13% della Asl 4) e tra le Asl regionali non sono emerse differenze statisticamente significative.

Guida sotto l'effetto dell'alcol (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



Guida sotto l'effetto dell'alcol (%)
Pool PASSI 2009



- Tra le Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, durante l'anno 2009, la percentuale di persone che ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata dell'11%.

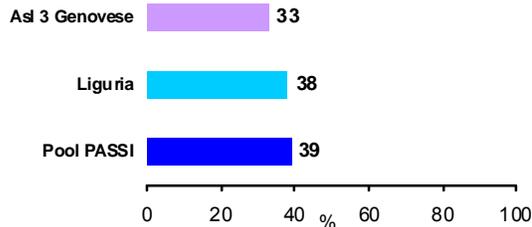
Nel 2008 e 2009 in alcune regioni e province autonome è stato somministrato un modulo opzionale di approfondimento sulla sicurezza stradale, riguardante i controlli da parte delle Forze dell'Ordine e l'uso dei dispositivi di protezione individuale (seggiolini o adattatori) da parte dei minori di 14 anni (complessivamente 13.400 interviste raccolte in Valle d'Aosta, Prov. Aut. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio).

In questa parte di rapporto sono stati confrontati i risultati di Asl 3 Genovese, Liguria e Pool PASSI relativi all'anno 2009.

- In Asl 3 Genovese circa il 33% degli intervistati ha dichiarato di essere stato fermato dalle Forze dell'ordine – da guidatore o da passeggero – nel corso dell'ultimo anno.
- Nelle persone fermate – come guidatore o passeggero – i controlli sono stati in media 2 negli ultimi 12 mesi.
- Solo il 13% dei fermati ha riferito che il guidatore fermato è stato sottoposto anche all'etilotest.
- La percentuale di persone che hanno dichiarato l'effettuazione di un controllo con etilotest appare maggiore nei più giovani: il 36% nei 18-24enni, il 14% nei 25-34enni, il 7% nei 35-49enni e il 9% nei 50-69enni.
- Nella nostra Asl il dispositivo di protezione individuale ai minori di 14 anni viene fatto indossare "sempre" nel 94% dei casi, "spesso" nel 3% e "raramente" nel restante 3% dei casi.
- Circa la metà degli intervistati – nel cui nucleo familiare è presente un minore sotto ai 14 anni – ha riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi.

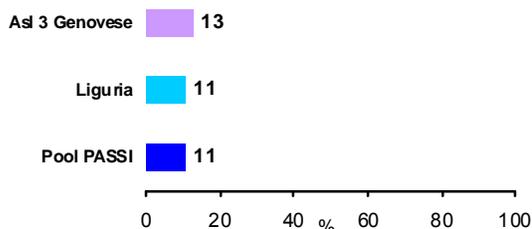
Controllo da parte delle Forze dell'Ordine (%)

Passi 2009



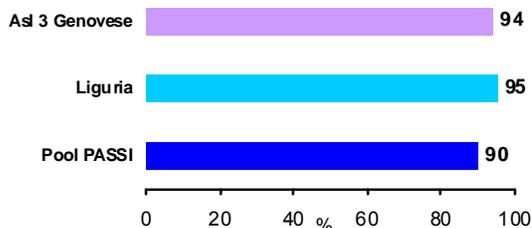
Etilotest effettuato al guidatore (%)

Passi 2009



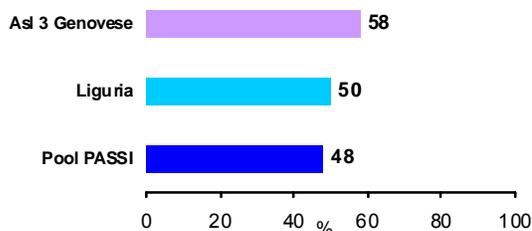
Utilizzo sempre dei dispositivi di sicurezza (%)

Passi 2009



Intervistati che hanno visto/sentito campagne sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza dei minori (%)

Passi 2009



Conclusioni e raccomandazioni

Tra i residenti della Asl 3 Genovese il 32% non beve e il 43% beve moderatamente. Circa un quarto della popolazione però (25%) ha abitudini di consumo considerabili a rischio per la sua salute e per la sicurezza della popolazione; inoltre, una minoranza della popolazione (11%) mette a repentaglio la propria vita e quella degli altri guidando sotto l'effetto dell'alcol; quest'ultimo fenomeno è quasi esclusivamente maschile: 16 vs 1,9%.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol non è più diffuso nelle persone con maggiori difficoltà economiche o con più bassi livelli di istruzione.

Nonostante la capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, rimane scarso l'interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti. Come risulta dai dati Passi del 2009 e da quelli degli anni precedenti, infatti, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno, evidenziando così le difficoltà dei medici di inquadrare correttamente il consumo a rischio. Occorre quindi trovare le modalità adeguate per supportare i sanitari affinché ottimizzino la loro attività di consiglio ai propri assistiti sulle abitudini legate all'alcol.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo e la reperibilità del prodotto. Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali sui bevitori a rischio.

Nell'ottica del programma Guadagnare Salute, infine, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci nella riduzione dei danni provocati dall'alcol.

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

In questo campo le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a sviluppare nei giovani competenze di tipo trasversale (life skills) e a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate anche dall'utilizzo di nuove tecnologie di comunicazione e dai media. Le azioni devono essere finalizzate fra l'altro a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Dall'informazione all'azione

Per essere efficaci i programmi di prevenzione dei problemi alcol correlati devono necessariamente essere multiprofessionali e intersettoriali.

Pertanto nel territorio della Asl 3 Genovese ci si orienta alla costituzione di gruppi di lavoro coinvolgenti i principali portatori di interesse: esperti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze e di altri Dipartimenti delle Asl, rappresentanti di Enti Territoriali, delle Istituzioni Scolastiche e delle Associazioni.

Nelle fasce giovanili che potrebbero essere trascurate dal peso di una società sempre più anziana e con un maggior carico di costi sanitari, si ritiene utile sostenere i progetti di “Salute e benessere degli adolescenti” inseriti nel Piano di Prevenzione Regionale 2010-2012:

“**La Vela**” prevede la costituzione di una rete tra un gruppo di MMG genovesi e i servizi territoriali per le dipendenze e per la prevenzione, per maggiori informazioni: epidemiologia@asl3.liguria.it



“**Moltiplichiamo la sicurezza**” prevede il coordinamento dei diversi interventi già attivati dalle singole Asl in merito alla prevenzione degli incidenti stradali, afferenti ai diversi servizi Asl (Ser.T., Dipartimento Consultoriale, Dipartimento di Prevenzione, 118), anche in collaborazione con altri portatori di interesse (Scuole, Enti locali).

Per informazioni: consultori.direzione@asl3.liguria.it oppure epidemiologia@asl3.liguria.it



“La **Media education** per la promozione della salute e del benessere degli adolescenti” prevede la formazione e l'utilizzo del linguaggio dei media per una comunicazione efficace nei confronti degli adolescenti: <http://www.asl3.liguria.it/progetti/mediaeducation/intro.htm>

Altri progetti, non inseriti specificatamente nel Piano Regionale della Prevenzione, sono stati comunque ideati e realizzati con le stesse modalità operative di coinvolgimento multidisciplinare. Così, ad esempio, è stato attivo tra il 2008 e il 2010 il Progetto “**Se guidi non bere**”, campagna di sensibilizzazione rivolta alla popolazione generale sui temi della sicurezza stradale, alcol, sostanze e guida. Il progetto nasce dalla collaborazione che intercorre, da diversi anni, tra il Nucleo Operativo per i Problemi Alcolcorrelati di Asl 3 Genovese, l'Assessorato ai Trasporti della Provincia di Genova e le Associazioni di Autotutela Promozione e Protezione della Salute (Alcolisti Anonimi e ARCAT) e ha previsto diverse azioni, dalla capillare diffusione, attraverso allegati ai quotidiani locali, di opuscoli e libretti informativi, alla realizzazione di aree interattive su sito web aziendale, a eventi e momenti formativi rivolti a educatori e operatori sanitari.



Fra le attività routinarie svolte in Asl, inoltre, il **Servizio Tossicodipendenze** (Ser.T), si rivolge a persone con disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive, compreso l'abuso di bevande alcoliche. Maggiori informazioni per l'utilizzo del servizio possono essere reperite al link:

http://www.asl3.liguria.it/servizi/05_dipendenze/0201.htm

Bibliografia

- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S, per il gruppo di lavoro Centro Servizi Documentazione Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS: Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia. Rapporto 2011. Rapporti ISTISAN 11/4. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2011/Apd2011_Istisan2011.pdf
- Valetto M. R.: Dossier Alcol – Guadagnare salute, Zadig Editore. 2011.
- Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO, Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>
- WHO, Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090918_2
- European Commission. Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- European Commission. Alcohol in Europe. A public health perspective. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Ministero della salute. Piano nazionale alcol 2007-2009. 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf>
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione Linee guida per il consumo di alcol. Disponibile all'indirizzo: http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/approfondimenti/approfondimenti/alcol.pdf
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n. 119.
- Epicentro, Alcol: I piani d'azione e i programmi internazionali sull'alcol. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp>



Guadagnare Salute

premesse
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

GUADAGNARE SALUTE – ABITUDINE AL FUMO

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. Esso rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente. Si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. In Asl 3 Genovese questa percentuale si traduce in una stima di circa 1.500-2.000 morti all'anno.

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo importante è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti migliorare la funzionalità polmonare nei primi tre mesi, dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dimezzare anche il rischio di tumore del polmone dopo 10 anni. Altrettanto importante è il coinvolgimento degli operatori sanitari, insieme ad educatori e professionisti del settore, in programmi di educazione alla salute rivolti agli adolescenti, per contrastare l'iniziazione al fumo o favorirne l'abbandono prima possibile.

Le azioni internazionali per la lotta al tabagismo

La Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) sul controllo del tabacco, approvata dall'Assemblea mondiale della salute del 2003 (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) è il primo trattato delle Nazioni Unite sulla salute.

La Convenzione, sviluppata come risposta alla globalizzazione del fenomeno del tabagismo, ribadisce il diritto di tutte le persone al più alto livello di salute e impegna gli Stati membri ad adottare una strategia *evidence based* di regolamentazione, per ridurre la domanda e l'offerta.

Nei due rapporti che l'Oms ha pubblicato nel 2008 e 2009 (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic) si evidenzia che i progressi compiuti non sono ancora sufficienti e si propongono, di conseguenza, strategie alla portata di tutti i Paesi. In particolare, nel primo è stato introdotto il pacchetto "Mpower" di 6 misure per il controllo del tabagismo:

- Monitoraggio della prevalenza del tabagismo e degli interventi di popolazione
- Protezione della popolazione dal tabagismo
- Interventi di supporto alla cessazione
- Informazione sui danni del tabagismo
- Divieti e normativa sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco
- Provvedimenti sul costo e sulla tassazione dei prodotti del tabacco

Gli interventi sul tabagismo sono contenuti anche all'interno della strategia Oms per la prevenzione dei fattori di rischio e il controllo delle patologie croniche "Gaining Health" (2006) e nel documento "Action Plan Oms 2008-2013" sulle malattie non trasmissibili.

In Europa, l'attenzione al problema fumo ha dato luogo a diverse iniziative e atti; tra il 2001 e il 2004 ci si è concentrati sulla legislazione che regola i contenuti delle sigarette e le caratteristiche delle avvertenze generali e della pubblicizzazione dei prodotti; tra gli atti più recenti, la Commissione Europea ha presentato il "Green Paper – Towards a Europe free from Tobacco smoke: policy options at EU level" (2007) che prospetta le possibili legislazioni sul fumo passivo, autonome o comunitarie che siano.

Le azioni italiane per la lotta al tabagismo

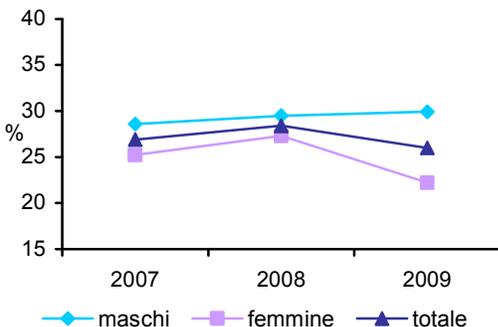
Sin dal 2001 è attivo un Gruppo Tecnico interregionale sul tabagismo con l'obiettivo di condividere le strategie attuate su tutto il territorio nazionale, attraverso il confronto delle iniziative e delle linee guida messe a punto a livello nazionale e locale. Nel 2005 le Regioni italiane hanno condiviso una "strategia nazionale per la lotta al tabagismo", elaborata dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute, un documento programmatico sul tabagismo in materia di prevenzione, sostegno alla disassuefazione, controllo del fumo passivo e azioni di comunicazione e informazione. http://www.ccm-network.it/prg_area7.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

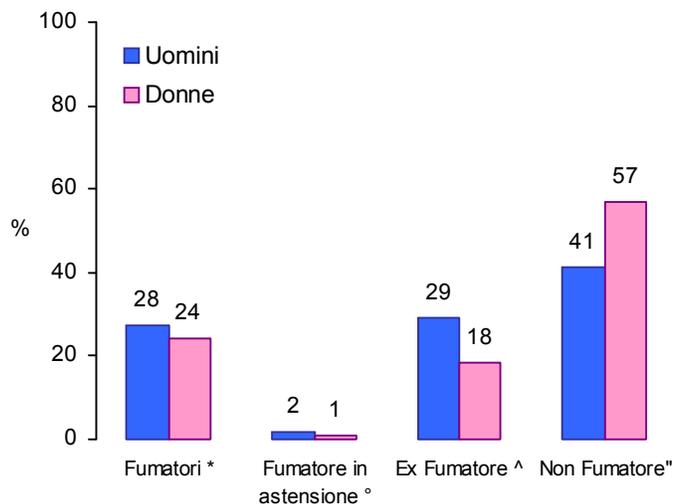
- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta nella nostra Asl:
 - il 49% degli intervistati ha riferito di non fumare
 - il 26% di essere **fumatore** (circa **114.000 persone**)
 - il 24% di essere un ex fumatore
 - l' 1% degli intervistati (nella popolazione 18-69enne di Asl 3 circa **4.900 persone**) ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "**fumatori in astensione**", ancora considerati fumatori in base alla definizione Oms).

Nel corso del triennio 2007-2009 non si sono rilevate differenze significative rispetto all'abitudine al fumo, nel quadro generale di leggera flessione.

Prevalenza dei fumatori in Asl 3 Genovese
Asl 3 Genovese - PASSI 2007, 2008 e 2009



Abitudine al fumo di sigaretta per sesso (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)



* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

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

- Nella popolazione Genovese ultra 64enne (Asl 3 Genovese - PASSI d'Argento 2009) i fumatori sono il 14%.

Secondo i dati ISTAT 2009 (Health for all) la prevalenza dei fumatori (di età ≥ 14 anni), sia in Liguria che in Italia, è pari al 23%; tra i 14-18enni il 10,5%, tra i 65-74enni il 14,4% e oltre i 75 anni il 5,7%; questi dati, insieme ad altre differenze metodologiche fra le due indagini (estrazione di un campione di famiglie, auto compilazione da parte del campionato o di altro familiare) potrebbero rendere conto della bassa prevalenza ISTAT riscontrata nella popolazione generale rispetto al sistema di sorveglianza PASSI (popolazione 18-69enne, estrazione individuale, intervista sanitaria, limitato ricorso alla sostituzione senza possibilità di risposta da parte di altri familiari).

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto ai 50 anni
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione basso
 - tra le persone con difficoltà economiche.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno; tra questi, l'8% fuma oltre 20 sigarette al dì (*"forte fumatore"*), mentre il 90% ne fuma da 2 a 20 (*"fumatore medio"*).

Secondo i risultati dell'indagine ISS-Doxa 2010, è sempre più precoce l'età di inizio: più della metà degli attuali fumatori italiani ha iniziato prima dei 18 anni (il 18% prima dei 15 anni).

L'influenza sociale è determinante: ad esempio, il rischio relativo (RR) di iniziare a fumare è:

- 3,1 quando "qualche amico fuma",
- 2,9 se "entrambi i genitori fumano",
- 2,0 con "genitori permissivi"

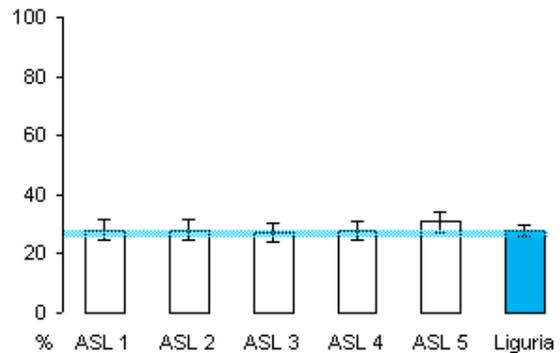
(Indagine EU-Dap IKEA 2011).

Abitudine al fumo di sigaretta	
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)	
Caratteristiche	Fumatori* % (IC95%)
Totale	27,0 (24,1-30,2)
Classi di età	
18 - 24	40,3
25 - 34	36,5
35 - 49	25,8
50 - 69	21,6
Sesso	
uomini	29,4
donne	24,8
Istruzione	
bassa	35,0
alta	23,0
Difficoltà economiche	
si	32,4
no	23,0

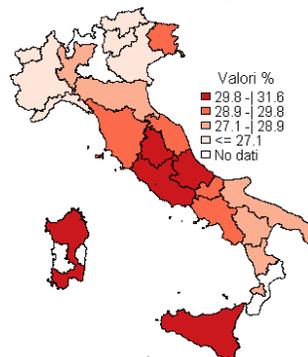
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi anche i fumatori in astensione)

- La media regionale dei fumatori è 28%, senza differenze significative tra le Asl (range dal 27% della Asl 2 al 31% della Asl 5).
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 29%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 51% (dati 2009).
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni (si va dal 25% del Veneto al 32% dell'Abruzzo).

Fumatori (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



Fumatori
Pool Asl - PASSI 2009

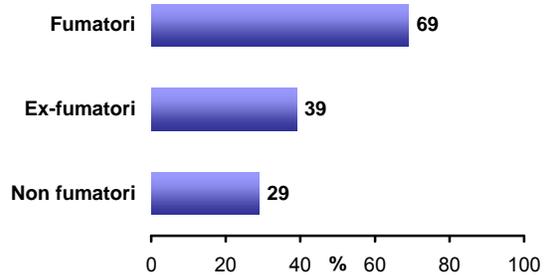


Come promuovere la cessazione al fumo? L'importanza del counselling

Nell'ambito degli interventi di supporto alla cessazione i medici possono fare la differenza, anche con un intervento clinico minimo (minimal advice): il counselling breve, caratterizzato da pochi minuti di colloquio durante ogni visita ambulatoriale, permette di ottenere livelli di successo potenzialmente importanti in termini di salute pubblica.

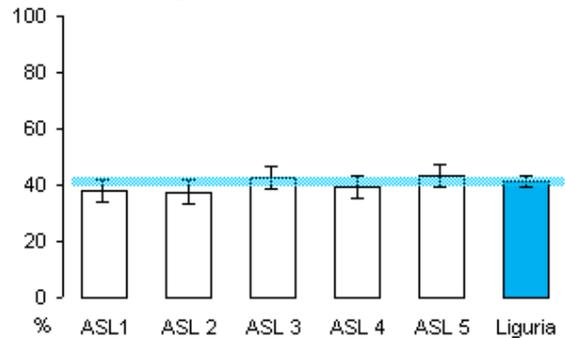
- Nella nostra Asl, durante il triennio 2007-2009, il 43% degli intervistati ricorda di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo; tra i fumatori lo ricorda il 69% (Ask: chiedere se fuma; vedi intervento clinico minimo delle 5 A, pag. 59).
- Riferisce di essere stato interpellato anche il:
 - il 39% degli ex fumatori
 - il 29% dei non fumatori

Domande sull'abitudine al fumo da parte degli operatori sanitari* (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=740)

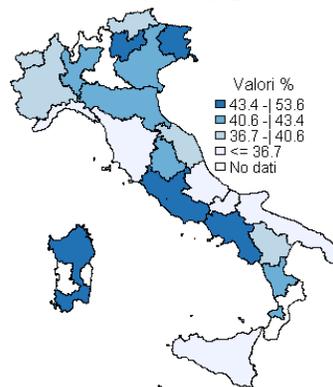


- Il dato si sovrappone abbastanza a quello delle altre Asl liguri e alla media regionale (42% con un range dal 38% delle Asl 1 e 2 al 44% della Asl 5).
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, durante il 2009 ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 64% dei fumatori e in generale il 41% degli intervistati.

Domande sull'abitudine al fumo da parte degli operatori sanitari* (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



Domande sull'abitudine al fumo da parte degli operatori sanitari*
Pool Asl - PASSI 2009

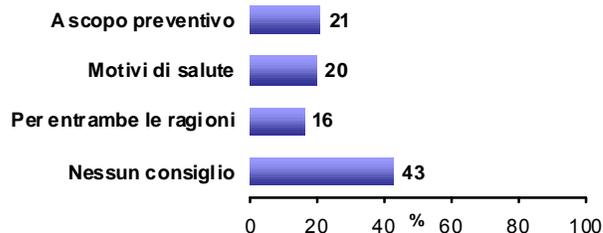


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

- Inoltre, tra i fumatori, il 57% ricorda di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare (*Advise*, vedi intervento delle 5 A, pag. 59).
- Il consiglio è stato dato più o meno in ugual misura a scopo preventivo (21%) o per motivi di salute (20%).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione* (%)

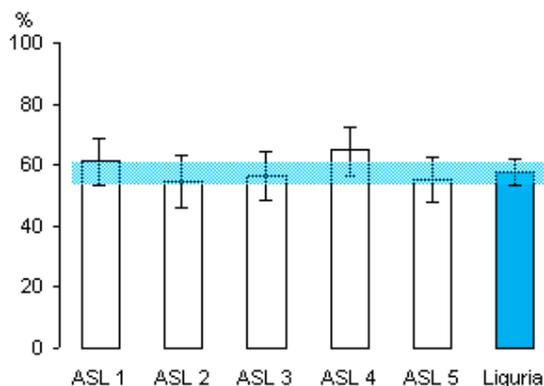
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=832)



- Il valore aziendale è in linea con la media regionale del 58%, con un range dal 55% delle Asl 2 e 5 al 65% della Asl 4.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari* (%)

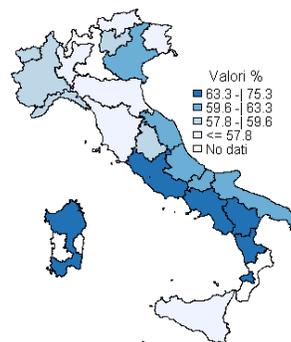
Liguria - Passi 2007-2009



- La mappa riporta la situazione relativa alla percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare, nelle Regioni e Asl che hanno raccolto nel 2009 un campione rappresentativo. La media nazionale è 60% con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari*

Pool Asl - PASSI 2009



* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Oltre ad informarsi sull'abitudine al fumo e a consigliare genericamente di smettere, i medici possono proseguire il counselling per i fumatori con altre importanti azioni che fanno parte dell'intervento delle 5 A (pag 59), quali:

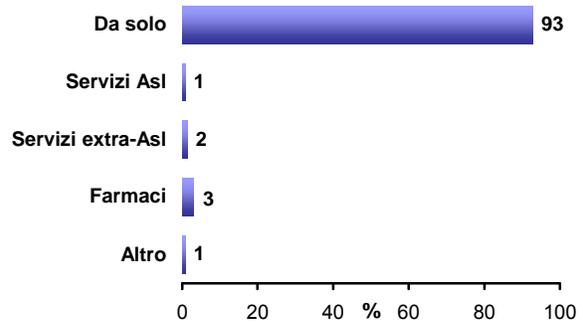
- Identificare i fumatori motivati a smettere (*Assess*)
- Aiutare a smettere (*Assist*)
- Pianificare il follow up (*Arrange*)

(Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_832_allegato.pdf)

Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

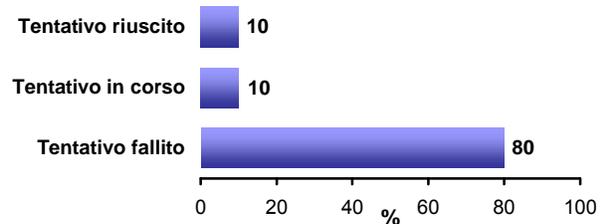
- Altrettanto importanti, quali interventi di supporto alla cessazione dal fumo, sono quelli svolti dai Centri Antifumo. Questi centri ad oggi sono poco frequentati, al punto che, fra gli ex fumatori, ben il 93% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; solo l'1% ha riferito di aver fruito di servizi dell'Asl.
- Peraltro i valori rilevati sono in linea con il dato delle Asl partecipanti al PASSI a livello nazionale: nel corso del 2009 il 96% degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.

Modalità di smettere di fumare negli ex fumatori (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=197)



- Il 43% dei fumatori ha cercato di smettere di fumare nell'ultimo anno (36% a livello nazionale).
- All'interno di questo 43%, il 10% è riuscito (circa 5.000 persone in Asl 3 Genovese); mentre per oltre l'80% (circa **41.000 persone**) **il tentativo è fallito**.

Tentativi di smettere di fumare nei fumatori (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=114)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Asl 3 Genovese più di una persona su quattro sia classificabile come fumatore: in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nei giovani (fascia 18-34 anni), fra i quali risulta essere fumatore il 38%.

Quasi un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari che può essere migliorato.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello regionale e aziendale.

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità di interventi. In questo senso vanno valutati e diffusi i programmi in corso di realizzazione di alcune Regioni ed Aziende Sanitarie basati fundamentalmente sulla prevenzione dell'iniziazione al tabagismo tra i giovanissimi e sul supporto alla disassuefazione nella popolazione generale e nei sottogruppi dove è più diffusa l'abitudine al fumo, anche attraverso il telefono verde contro il fumo (800554088) dell'Osservatorio fumo, alcol e droga dell'Iss.

Dall'informazione all'azione

A fronte della rilevanza epidemiologica del problema, l'attività di prevenzione volta a far smettere i fumatori o a non far intraprendere l'abitudine ai giovani si scontra con le scarse evidenze di letteratura in merito all'efficacia degli interventi disponibili. Le prove di efficacia indicano che, per la lotta al fumo, sono necessarie strategie integrate come, ad esempio, il counselling dei sanitari, le campagne informative di sensibilizzazione al problema e l'offerta di centri pubblici antifumo. In Liguria tra gli obiettivi della programmazione regionale sono state previste alcune linee d'azione:

Realizzazione di un programma scolastico di potenziamento di conoscenze e abilità personali e sociali per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe. Si tratta di **"Unplugged"**, programma Europeo che mira a migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso la capacità di gestire l'emotività e le relazioni sociali.



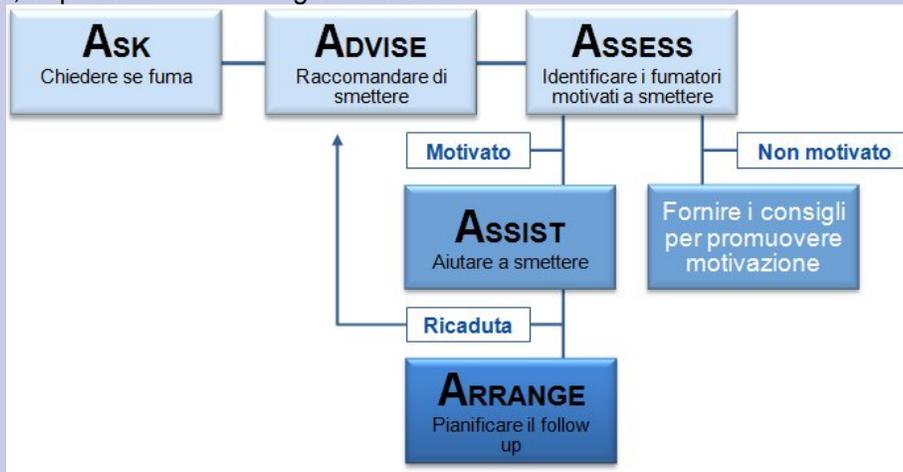
Per saperne di più: <http://www.inadolescenza.it/progetti.php?prog=1>



Sperimentazione di nuove modalità educative basate sulla **Media Education**, con particolare riferimento al target più difficilmente raggiungibile (giovani ed adolescenti):

<http://www.asl3.liguria.it/progetti/mediaeducation/intro.htm>

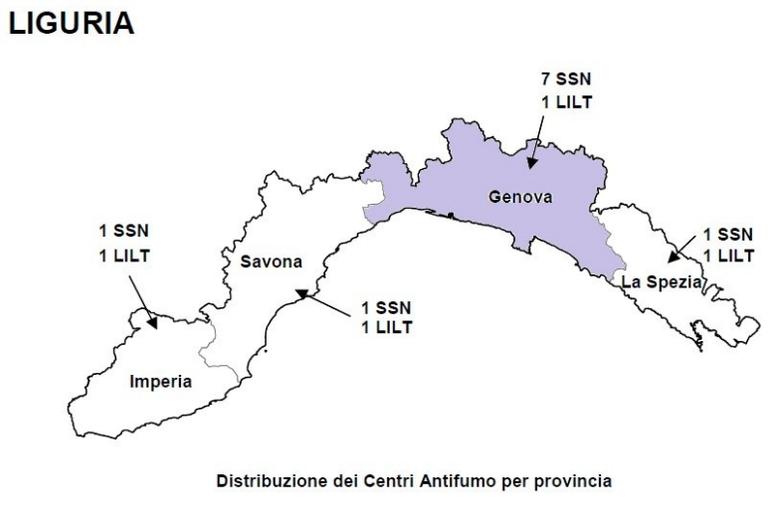
Inoltre, per contrastare l'abitudine al fumo, l'intervento clinico minimo di efficacia provata e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi Paesi europei ed extra europei, è quello noto con la sigla delle **5 A**:



Le prime fasi di tale intervento possono essere realizzate spendendo anche pochi minuti nel corso di una visita medica e vengono proposte in quanto sintetizzano gli interventi più efficaci descritti in letteratura.

Dall'informazione all'azione

La lotta per la cessazione dal fumo si avvale dell'operato dei Centri Antifumo, che nel territorio della nostra Asl sono 7:



- Asl 3 Genovese - Ospedale Villa Scassi ☎: 010/4102 494-294
- IRCS – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro ☎: 010/5600603-04
- AO San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate ☎: 010/5552739-1 - 010/3538933
- Asl 3 Genovese - Palazzo della Salute Fiumara ☎: 010/6447164
- Asl 3 Genovese - Ospedale di Nervi ☎: 010/34461
- Asl 3 Genovese - PO La Colletta ☎: 010/6448059
- Sezione Provinciale LILT di Genova ☎: 010/2530160

L'accesso a tutti i centri può essere effettuato con prescrizione medica (tranne Villa Scassi in cui l'accesso è senza richiesta) su ricettario del SSN e contatto con il Servizio (o CUP) per appuntamento.

La metodologia seguita da ogni centro è personalizzata e prevede sempre una valutazione clinico-funzionale iniziale seguita da una serie di incontri individuali o di gruppo, supportati da altre terapie/interventi.

Un altro progetto attivo in Asl 3 è **“Mamme libere dal fumo”**, programma che vede l'ostetrica vicino alla donna durante la gravidanza e dopo la nascita, in un'attività di sostegno alla decisione di smettere di fumare e a mantenersi astinente.



Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. 2008
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf .
- ISS. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. 2008. Disponibile all'indirizzo: www.ossfad.iss.it .
- Valetto M.R.: Dossier Fumo – Guadagnare Salute, Zadig Editore. 2011.
- Il fumo in Italia. Sintesi dei risultati – Indagine Doxa 2010.
- Attività per la prevenzione del tabagismo – Rapporto 2009. Ministero della Salute Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (Ed.). Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento 2010). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Strumenti di riferimento 11/S1).



Guadagnare Salute

premess
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

Fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati.

L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia può provocare otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone.

Nei non fumatori l'esposizione al fumo passivo, classificato come agente cancerogeno dall'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC- International Agency for Research on Cancer) nel 2002, accresce il rischio di cancro del polmone del 20-30%, e di malattia coronarica del 25-30%; si stima che in Italia a causa del fumo indiretto ogni anno si verifichino più di 500 decessi per tumore del polmone e oltre 2.000 morti per cardiopatia ischemica.

Con la legge "Tutela della salute dei non fumatori" (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stata uno dei primi paesi dell'Unione Europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità.

Per quanto riguarda gli effetti sulla salute, diversi studi scientifici stanno ormai consolidando l'evidenza dell'efficacia dei divieti di fumo sull'andamento dei ricoveri ospedalieri per infarto acuto del miocardio.

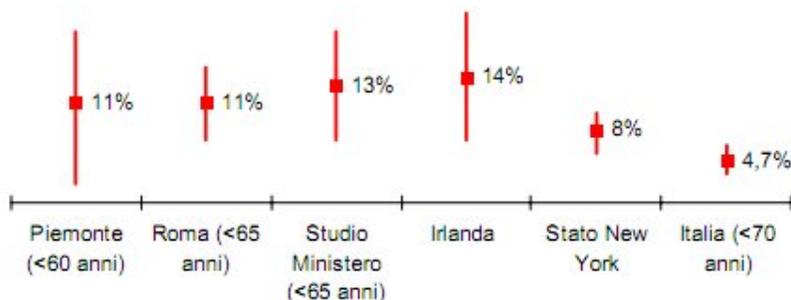
In Italia sono stati condotti quattro studi (uno promosso dal Ministero della salute in collaborazione con Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania, due dall'Università di Torino, il quarto dalla Asl Roma E). Tutti questi lavori mostrano una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e il 2005 (prima e dopo l'applicazione della legge) con valori che vanno dal -5% tra i minori di 70 anni dello studio dell'Università di Torino su tutta l'Italia, al -13% tra la popolazione in età 40-64 anni dello studio promosso dal Ministero della Salute in quattro Regioni, passando per il -11% tra i minori di 60 anni dello studio sul Piemonte, e il - 11% dello studio della Asl Roma E tra la popolazione di età 35-64 anni.

Questi dati sono coerenti anche con quanto rilevato in altre parti del mondo:

(Ad esempio: Irlanda -14% e New York -8%)

Riduzione degli infarti conseguente all'applicazione della legge

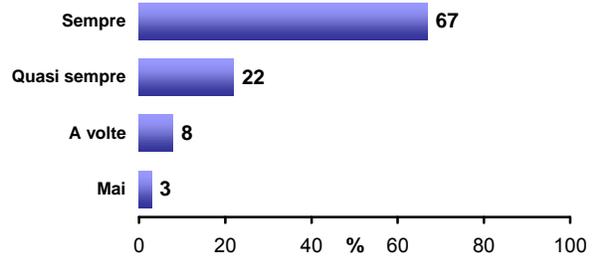
Fonte: Ministero della Salute – Attività per la prevenzione del tabagismo. Rapporto 2009



Esposizione a fumo passivo nei locali pubblici

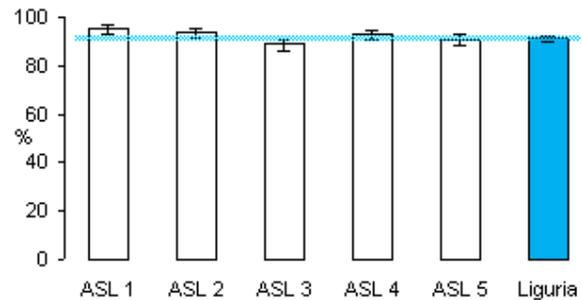
- La grande maggioranza delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (67%) o quasi sempre (22%).
- L'11% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (8%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici* (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=789)

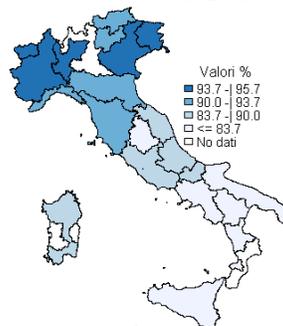


- In Liguria la percentuale di persone che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici è pari al 91%, con un range dall'89% della Asl 3 al 95% della Asl 1 (differenza statisticamente significativa).
- Il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato per oltre il 90% degli intervistati nelle Asl del Nord e parte del Centro Italia. Questa percentuale si riduce nelle Regioni del Centro e nelle Asl della Sardegna che partecipano ai Passi, e scende a meno dell'83% nelle Asl meridionali e dell'Umbria.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici* ("sempre o "quasi sempre") (%)
Liguria - PASSI 2007-2009*



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici* ("sempre o "quasi sempre") (%)
Pool Asl - PASSI 2009

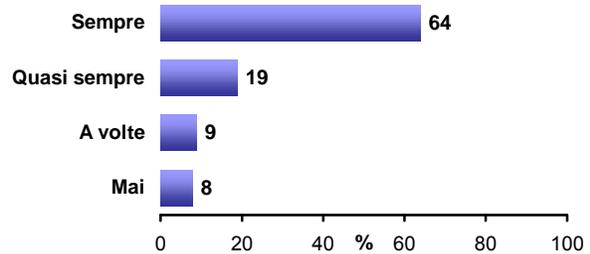


*intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Esposizione a fumo passivo sui luoghi di lavoro

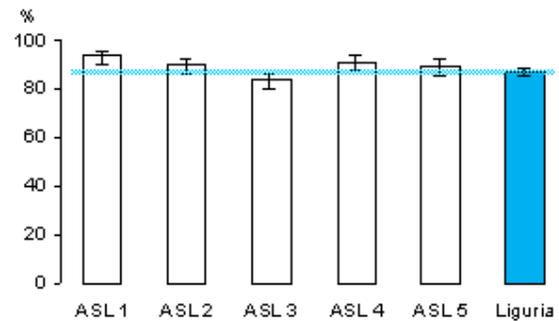
- Tra i lavoratori intervistati, l'83% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (64%) o quasi sempre (19%).
- Il restante 17% dichiara che il divieto non è mai rispettato (8%) o lo è raramente (9%).

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro* (%)
Asl 3 Genovese - PASSI 2007-2009 (n=551)

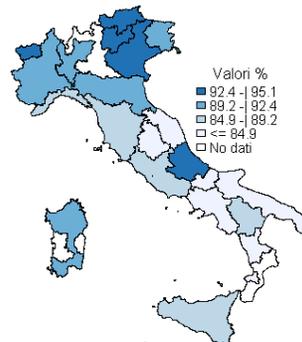


- La percentuale di lavoratori che riferisce che questo divieto è rispettato sempre o quasi sempre, in Liguria, è pari all'87%. Asl 3 si discosta negativamente da questo valore medio, mentre Asl 1 se ne discosta positivamente; in entrambi i casi la differenza è statisticamente significativa.
- Nelle Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'88% dei casi.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro*
("sempre" o "quasi sempre") (%)
Liguria - PASSI 2007-2009



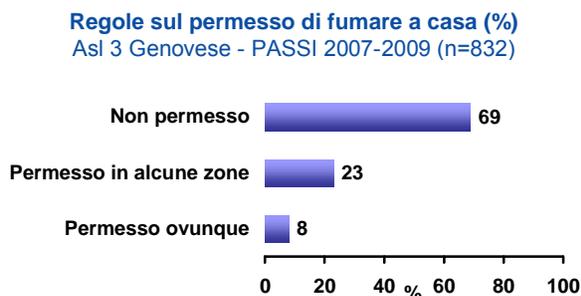
Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro*
("sempre" o "quasi sempre") (%)
Pool Asl - PASSI 2009



*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

Esposizione a fumo passivo in casa

- Nel 31% delle case è permesso fumare, seppure si cerchi di limitare il fenomeno in alcune zone dell'abitazione (23%).
- Lo stesso dato riferito alle famiglie in cui sono presenti bambini di età inferiore ai 14 anni è pari al 21% e in questo caso si fuma prevalentemente in alcune zone di casa.



Conclusioni e raccomandazioni

La legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per “fare salute”: i programmi di controllo e vigilanza delle Asl contribuiscono a garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie devono per prime assicurare la qualità dell’aria che si respira nei loro edifici.

L’esposizione al fumo passivo è ancora frequente in casa, soprattutto se si considera che il divieto parziale ha un’efficacia ridotta. Anche quando in casa sono presenti minori, c’è la possibilità di fumare in due abitazioni su dieci.

Sebbene tutti questi indici siano in lieve miglioramento, è possibile fare ancora molto per evitare danni da esposizione al fumo ambientale.

Campagne promozionali mirate possono contribuire a rinforzare il messaggio di ridurre la quota di case in cui è possibile fumare e quindi esporre gli altri, in particolare i bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.

Dall’informazione all’azione

Alcune delle azioni incluse tra gli obiettivi della programmazione regionale concorrono in maniera diretta alla diminuzione del fumo passivo.

In particolare:

“**Mamme libere dal fumo**”, programma che vede l’ostetrica vicino alla donna durante la gravidanza e dopo la nascita, in un’attività di sostegno alla decisione di smettere di fumare e a mantenersi astinente.



Bibliografia

- LIBRO VERDE Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_it.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services, the health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. 2006. Disponibile all'indirizzo: www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/index.html
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione" art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori".
- Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. 2004. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_649_allegato.pdf
- Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia-Rapporto Nazionale PASSI 2009: Esposizione al fumo passivo. Disponibile al sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/FumoPassivo09.asp>



Guadagnare Salute

premess
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

GUADAGNARE SALUTE – DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Descrizione del campione

La popolazione residente nel territorio della Asl 3 Genovese al 31-12-2008 (anno centrale rispetto al periodo esaminato) è risultata essere costituita da 739.219 persone, di cui 611.171 nel Comune di Genova e 128.048 nei 39 Comuni limitrofi (ISTAT-Regione Liguria-Statistica).

La popolazione presa in esame nel Sistema di Sorveglianza PASSI (popolazione in studio) appartiene alle fasce d'età comprese tra 18 e 69 anni ed è risultata essere pari a 489.354 persone. Da aprile 2007 a dicembre 2009 sono state intervistate 832 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale, stratificato per sesso e classi di età, dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale, che, per quanto riguarda Asl 3, è sovrapponibile ai dati ISTAT.

Il campione è stato calcolato in maniera da risultare rappresentativo della reale situazione della popolazione in studio.

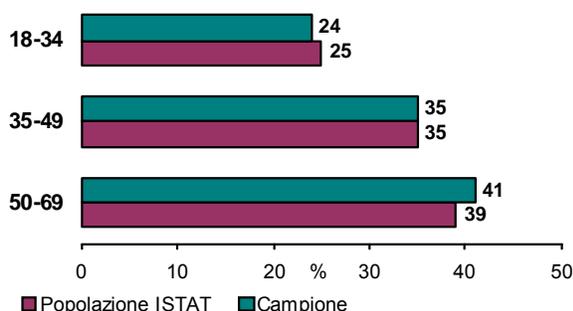
Nel corso del triennio esaminato, durante il quale sono state perfezionate le metodiche per il recupero dei campionati e sono contestualmente migliorate le capacità professionali delle intervistatrici, il tasso di risposta è passato dal 71% del 2007 all'85% del 2009; il tasso di sostituzione si è abbassato dal 29% al 15% e quello di rifiuto dal 20% iniziale (primi mesi) al 9%.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

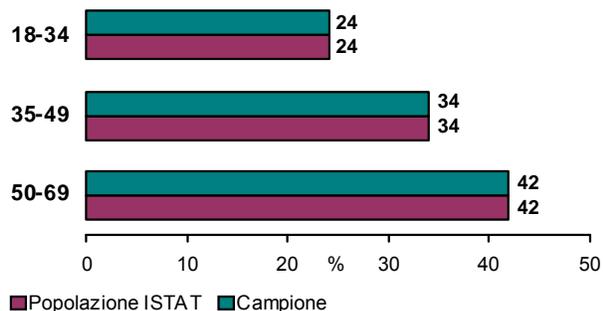
L'età e il sesso

- In Asl 3 Genovese il 51% del campione intervistato (832 persone) è rappresentato da donne e l'età media complessiva è di 46 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 24% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 41% da persone nella fascia 50-69 anni.
- Queste percentuali sono le stesse risultate nel campione regionale, mentre nelle altre Asl italiane partecipanti al sistema PASSI esse sono rispettivamente 28%, 35% e 37% (dati 2009).
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento ISTAT, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- Le differenze riscontrate nella distribuzione per fasce d'età rispetto alle altre Asl italiane rispecchiano il reale allungamento della vita media e la riduzione delle nascite in Asl 3 Genovese; questo dato anticipa quanto avverrà in Italia entro il 2050.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=408)



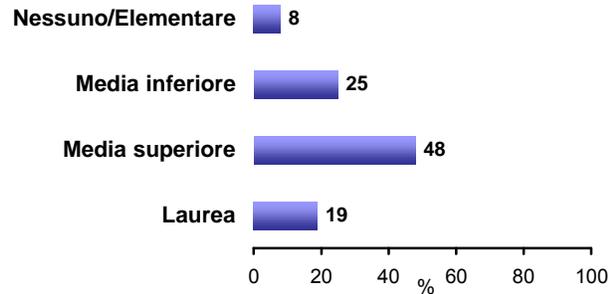
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=424)



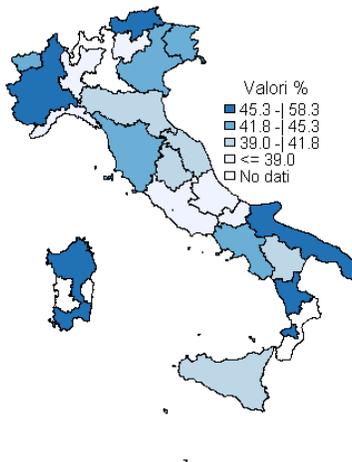
Il titolo di studio

- Il 33% della popolazione ha un basso livello di istruzione (nessuno/ elementare/ media inferiore) e il 67% ha titoli di studio più elevati (media superiore/ laurea/ diploma universitario).
- Non ci sono differenze statisticamente significative nel livello di istruzione fra uomini e donne.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: la fascia dei 50-69enni mostra livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

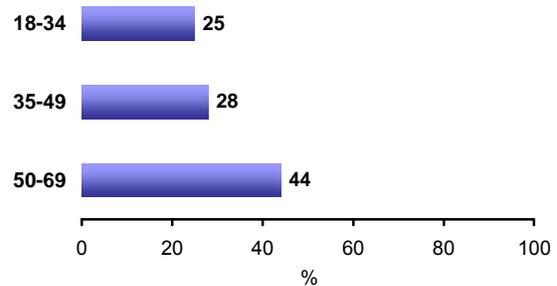
Campione per titolo di studio (%)
Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=832)



Prevalenza di scolarità bassa
Pool PASSI 2009



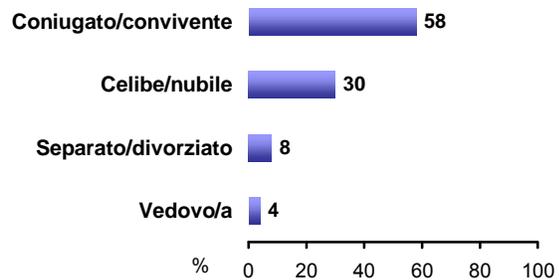
Prevalenza di scolarità bassa (%)
Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=832)



Lo stato civile

- Lo stato civile è sovrapponibile al dato regionale.
- A livello delle Asl partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 3%.

Campione per categorie stato civile (%)
Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=832)

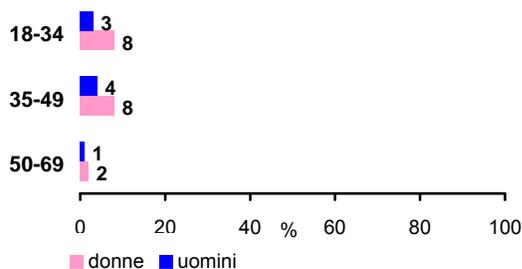


La cittadinanza

- Nella nostra Asl la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 4% della popolazione. La percentuale di stranieri stimata in Liguria dall'ISTAT (popolazione totale) è pari al 6,5% della popolazione residente.
- Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani e nel sesso femminile: tra i 18 e i 49 anni l'8% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- A livello delle altre Asl italiane partecipanti alla raccolta dati nel 2009, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 3% degli intervistati.

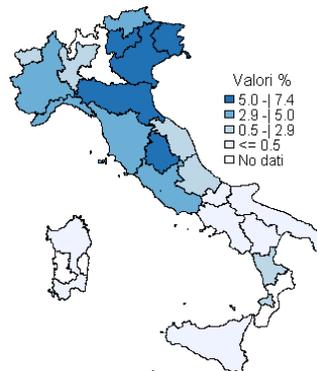
Stranieri per sesso e classi di età (%)

Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=832)



Cittadinanza straniera (%)

Pool PASSI 2009

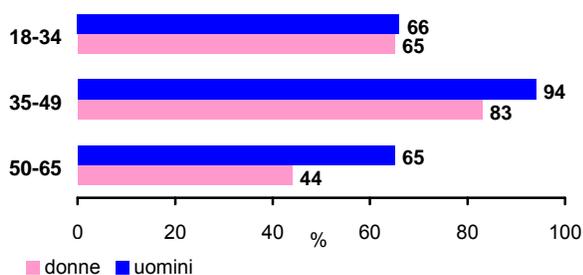


Il lavoro

- Il 70% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (65% contro 77%).
- Nel confronto col dato ligure (risultati del triennio 2007-2009), si osserva in Asl 3 una maggior percentuale di donne lavoratrici (tra i 35 e i 49 anni, 83% vs 78%).
- A livello delle Asl partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni, nel 2009 ha riferito di lavorare regolarmente il 58% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud e con un calo di 6 punti percentuali rispetto al 2008.

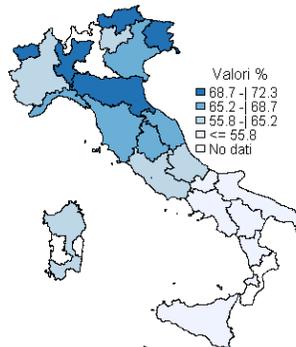
Lavoratori regolari per sesso e classi di età (%)

Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=747)



Lavoratori regolari (%)

Pool PASSI 2009



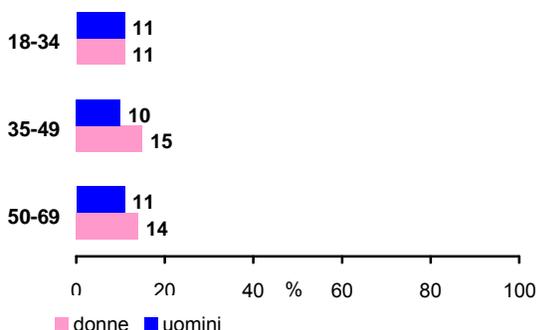
Difficoltà economiche

Nel sistema PASSI viene rilevata anche la percezione delle difficoltà economiche, vista l'importanza riconosciuta a livello internazionale dell'effetto dei determinati sociali sulla salute.

- In Asl 3 Genovese:
 - il 57% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 31% qualche difficoltà
 - il 12% molte difficoltà economiche.

Persone con molte difficoltà economiche riferite per classi di età e sesso (%)

Asl 3 Genovese 2007-2009 (n=832)



- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini; in particolare quelle di età superiore a 35 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

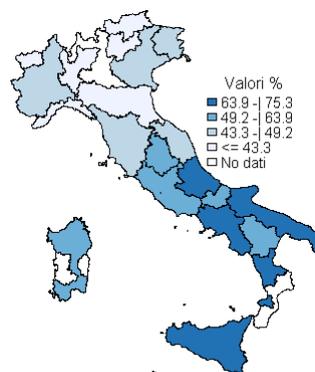
- Nelle Asl italiane:

- il 46% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 41% qualche difficoltà
- il 13% molte difficoltà economiche.

- La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

Persone con qualche/molte difficoltà economiche riferite (%)

Pool PASSI 2009



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione con la popolazione ISTAT residente nel territorio di Asl 3 Genovese indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute all'intera popolazione aziendale.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

Indicatori socio-demografici di Asl 3 Genovese

- Al 31 dicembre 2008 la **popolazione residente** nella Asl 3 Genovese era di 739.219 unità, con un aumento di 701 persone rispetto al 31 dicembre dell'anno precedente (+ 0,1%). Questo aumento contenuto è l'espressione del saldo demografico, composto dal saldo naturale tra nati e morti (che è pari a - 4.281) e dal saldo migratorio o differenza tra iscritti e cancellati (pari a 4.982)
- L'età media è molto elevata (48 anni), in linea con quella ligure (47 anni) ma notevolmente più elevata della media italiana, pari a 42 anni.
- L'**indice di vecchiaia** è pari a 239, il più elevato in Italia. Esso rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento di una popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani (65 o più anni) rispetto ai giovanissimi (inferiori a 15 anni).
- Il **tasso di natalità** relativo alla provincia di Genova è pari a 7,8 x 1.000 abitanti all'anno, ed è notevolmente inferiore al dato italiano, pari a 9,7, sebbene sia di poco superiore alla media regionale di 7,6. Il tasso di natalità misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (normalmente un anno) ed è calcolato come rapporto tra il numero dei nati in quel periodo e la popolazione media. Il valore genovese riflette quindi l'immagine di una popolazione notevolmente invecchiata.
- Il **tasso di fecondità** calcola il rapporto tra il numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni) e l'ammontare della popolazione residente femminile in età feconda (per 1.000). Il valore relativo alla provincia di Genova è pari a 36,6, dato inferiore alla media nazionale (40,5), ma lievemente superiore alla media regionale (36,4). In media la prima maternità avviene a 33 anni, dato sovrapponibile alla media ligure e di poco superiore alla media italiana (32 anni).
- **Livello di istruzione:** non essendo disponibili dati ISTAT relativi all'intera popolazione di Asl 3, in tabella vengono riportati i risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI relativi alla popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni, che documentano un buon livello culturale della popolazione genovese rispetto a quella ligure e italiana: 65% istruzione alta, 35% istruzione bassa.
- Tra gli ultra 64enni (PASSI d'Argento – Asl 3 Genovese 2009) risulta che il 53% ha un basso livello di istruzione, particolarmente nel sesso femminile (59%).
- **Percezione delle difficoltà economiche:** non essendo disponibili dati sull'intera popolazione di Asl 3 riguardanti le difficoltà economiche, vengono di seguito riportati i risultati del Sistema di Sorveglianza PASSI (18-69 anni) che rileva come le persone arrivano a fine mese con le risorse finanziarie a loro disposizione (da reddito proprio o familiare):
 - Il 44% riferisce difficoltà economiche (tra questi il 14% riferisce molte difficoltà), dato inferiore alla media nazionale (54,1%) e superiore alla media regionale (41,4%).
- Il **tasso di occupazione (15-64 anni)** è pari al 64%, dato superiore alla media nazionale (58%) e in linea con la media regionale; il tasso è il rapporto percentuale tra il numero di persone occupate e la popolazione considerata.
- Il **tasso di disoccupazione** è pari al 5,4%, dato inferiore alla media italiana (8,2%) e sovrapponibile alla media ligure; il tasso di disoccupazione misura la percentuale della forza lavoro che non riesce a trovare lavoro e pertanto viene definito come il rapporto tra le persone di 15-64 anni in cerca di lavoro e la "forza lavoro" cioè la somma delle "persone in cerca di lavoro" e degli "occupati".
- La proporzione di **famiglie in povertà** non è calcolabile nella Asl 3 Genovese; a livello regionale il dato ISTAT, basato sulla rilevazione annuale dei consumi, rileva un dato pari al 6%, inferiore alla media nazionale (11%).
- La percentuale di **stranieri residenti** relativa alla provincia di Genova è pari al 6,2%, valore inferiore alla media italiana e alla media ligure (6,5%); l'età media della popolazione immigrata è pari a 31,6 anni e l'Ecuador è il paese più rappresentato (32,3%).



Guadagnare Salute

premess
attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo
descrizione del campione
note metodologiche

GUADAGNARE SALUTE – NOTE METODOLOGICHE

Note metodologiche

Tipo di studio

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

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della Asl 3 Genovese durante gli anni 2007, 2008 e 2009. Al 31 dicembre 2009 tale popolazione risultava costituita da 430.313 persone.

- Criteri di inclusione: residenza nel territorio di competenza della regione e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità a sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, domicilio stabile al di fuori della Asl di residenza.

Strategie di campionamento

Le persone da intervistare vengono selezionate con campionamento casuale, stratificato e proporzionale per sesso e classi d'età, estraendo dalle liste dell'anagrafe sanitaria un campione mensile.

La dimensione minima del campione mensile prevista per le Asl è di 25 unità; per la Asl 3 Genovese, a partire da terzo trimestre 2008, la numerosità campionaria è stata portata a 30.

A **livello nazionale** tutte le Regioni hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI: mediamente ogni anno vengono effettuate in Italia più di **35.000 interviste**.

Il dato di riferimento nazionale è al "Pool PASSI" formato dal territorio coperto in maniera sufficiente dal sistema di sorveglianza per numerosità e rappresentatività dei campioni.

Durante il triennio di riferimento in Asl 3 Genovese sono state effettuate 832 interviste, statisticamente rappresentative della popolazione di riferimento.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dalla Asl.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento delle Cure Primarie e delle Attività Distrettuali in maniera continua durante i 3 anni. L'intervista telefonica è durata in media 24 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori che ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate. Inoltre ogni anno vengono condotti, a livello regionale e aziendale, aggiornamenti formativi per tutto il personale, intervistatori e coordinatori aziendali.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo: solo il 18% delle interviste risulta effettuata col metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), a causa delle scarse risorse dedicate disponibili. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (www.passidati.it), riservato agli operatori del Sistema di Sorveglianza).

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.

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

Per garantire idonea rappresentatività, in ciascuna Regione sono stati aggregati i dati delle singole Asl, opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelli delle 5 Asl introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata di azzurro presente nei grafici esprime l'Intervallo di Confidenza al 95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle Asl partecipanti al sistema PASSI nel 2008 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy. (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

È stata chiesta una valutazione sul sistema PASSI da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale.

Ogni intervistatrice, che ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali, immediatamente prima di iniziare l'intervista spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento.

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

Le interviste vengono trasferite, in forma anonima, in un archivio nazionale, via internet, tramite collegamento protetto. Gli elementi identificativi presenti a livello locale, su supporto sia cartaceo sia informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (www.passidati.it): gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali.

Si riportano di seguito le principali definizioni adottate:

- Popolazione indagata: persone residenti nell'Asl, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la Asl, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- Senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Asl 3 Genovese nel corso del 2009, e i confronti con i valori regionali e nazionali:

ASL	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Asl 3 Genovese	84.6	15.4	8.8	6.6	95.1
Regione Liguria	85.9	14.1	10.3	3.8	95.7
Pool Asl italiane	87.6	12.4	9.2	3.2	95.7

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, si riportano le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- **Tasso di risposta**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RRI = \left[\frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

- **Tasso di sostituzione**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

Pur avendo i sostituti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

- **Tasso di rifiuto**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$REFI = \left[\frac{n^{\circ} \text{ rifiuti}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere),
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali regioni, Asl, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- **Tasso di non reperibilità**

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{non reperibili}}{\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscono uniformemente e che non ci siano realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- **Tasso di eleggibilità "e"**

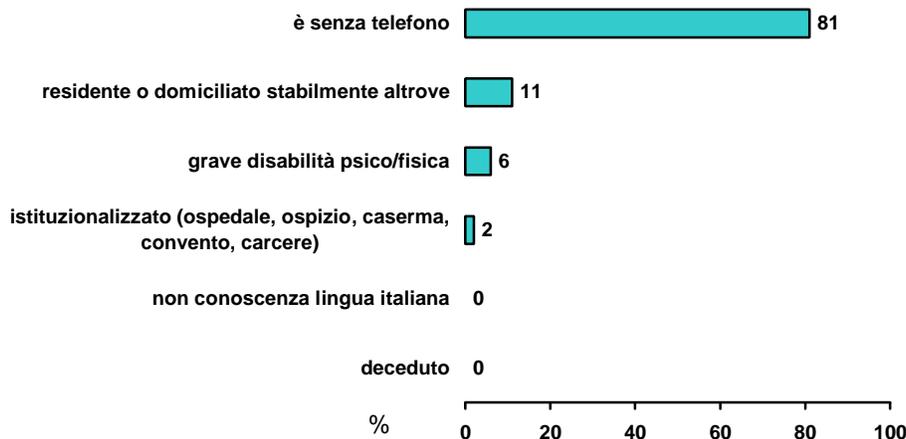
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rif.}}{(\text{n}^\circ \text{ int.} + \text{rif.} + \text{resid. altrove} + \text{istitut.} + \text{dec.} + \text{no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età})} * 100$$

- **Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**

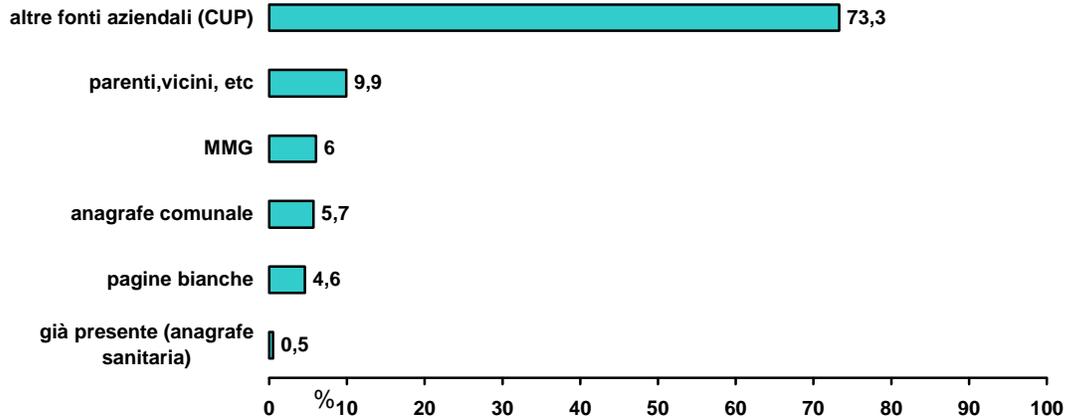
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.



- Modalità di reperimento del numero telefonico

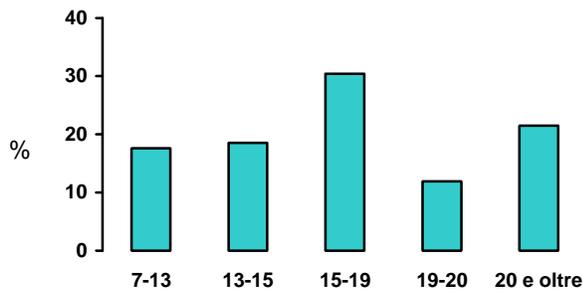
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



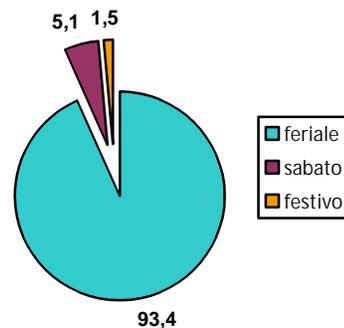
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.

Distribuzione oraria



Distribuzione settimanale



Redazione e impaginazione a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia
(Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione – Epidemiologia)
Stampato in proprio

Luglio 2011

Copia del volume può essere richiesta a:

Rosamaria Cecconi
ASL 3 Genovese
Via Operai 80 – 16149 Genova
rosamaria.cecconi@asl3.liguria.it

oppure può essere scaricata dai siti internet:

www.asl3.liguria.it
www.epicentro.iss.it

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Patrizia Crisci
ASL 3 Genovese
Via Operai 80 - 16149 Genova
patrizia.crisci@asl3.liguria.it

