



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli



**guadagnare
salute**

rendere facili le scelte salutari



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

La Sorveglianza Passi a sostegno del Programma Guadagnare salute

Rapporto locale 2009-2012

ASL "VC" - VERCELLI



www.regione.piemonte.it/sanita



una sanità in salute fa bene a tutti

A cura di

Antonella Barale – Coordinatore aziendale PASSI
S.S. Epidemiologia ASL VC – S.S.d. UVOS

Realizzazione delle schede “Le esperienze di Promozione della salute nella ASL di Vercelli”

Benedetto Francese
Raffaella Scaccioni – RePES aziendale

Hanno contribuito alla realizzazione della Sorveglianza PASSI

- a livello regionale

Maria Chiara Antoniotti – Coordinatore regionale PASSI, Andrea Nucera, Orietta Mariani (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL NO), Donatella Tiberti (SeREMI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL AL), Paolo Ferrari (Servizio di Epidemiologia, ASL VCO).

- a livello aziendale

Intervistatori

- dal 2009 al 2010: Paola Leone, Michelina Longhi - Coordinatore aziendale Gabriele Bagnasco – S.C. SISP - ASL VC
- dal 2011 al 2012: Claudia Bardone, Mario Bensi, Simona Delmastro, Paola Fontana, Silvana Montalenti, Anna Lisa Tomagra, Mirella Valerio, Maria Pia Vanoli – S.S. SITROP – ASL VC

Supporto amministrativo

Francesco Groppi
S.S. Epidemiologia – S.S. d. UVOS – ASL VC

Campionamento

Gianni Decaroli
S.C. Sistemi Informativi – ASL VC

Si ringraziano per la preziosa collaborazione fornita:

- i Medici di Medicina Generale della ASL di Vercelli
- i Sindaci e gli Uffici Anagrafe dei Comuni della ASL di Vercelli

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

Epi ASL VC / 3 / 2014

Indice

Premessa

La Sorveglianza Passi a sostegno del Programma Guadagnare salute
Rapporto aziendale anni 2009-2012 pag. 2

Descrizione del campione aziendale pag. 4

Attività fisica pag. 10

Abitudine al fumo pag. 17

Stato nutrizionale e abitudini alimentari pag. 32

Consumo di alcol pag. 43

Alcol e guida pag. 54

Metodologia della Sorveglianza Passi pag. 59

Disponibilità bibliografia di riferimento pag. 61

Premessa

La Sorveglianza Passi a sostegno del Programma Guadagnare salute

Rapporto aziendale anni 2009-2012

Il Programma nazionale “**Guadagnare salute**” è stato approvato con il DPCM del 4 maggio 2007 e ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione: è stato infatti affermato il concetto di salute come bene collettivo, da promuovere e mantenere attraverso il contrasto ai principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e sedentarietà), ponendo attenzione non solo ad aspetti sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute.

A livello internazionale “Guadagnare Salute” rientra nella cornice della strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche “Gaining in health” promossa dall’Oms nell’autunno del 2006.

Un documento di riferimento attuale è l’Action Plan Oms 2012-2016 documento di indirizzo strategico e tecnico per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche che fa seguito al precedente Piano d’azione Oms 2008-2013.

La possibilità di rimanere in salute, ossia di godere pienamente di uno stato di equilibrio e benessere fisico e mentale, è strettamente legata alla prevenzione primaria, cioè al controllo dei fattori di rischio per la salute e alla valorizzazione dei fattori protettivi.

L’obiettivo primario di “Guadagnare salute” perciò è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma come veri e propri fenomeni sociali. È per questo che la strategia di Guadagnare Salute, partendo proprio dai fattori di rischio, identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol
- promozione dell’attività fisica.

I Progetti nazionali di Sorveglianza sono messi a punto a sostegno di “Guadagnare Salute” e sono rivolti a varie fasce d’età in modo da coprire l’intero arco della vita; essi sono finalizzati a raccogliere informazioni sui comportamenti collegati alla salute, ma anche a favorire nei cittadini scelte consapevoli e a influire sulle decisioni politiche per migliorare la salute.

Il Piano d’azione OMS prevede che gli Stati potenzino i **Sistemi di Sorveglianza** così da fornire regolarmente dati e informazioni.

A livello nazionale, il **Piano nazionale della prevenzione** sin dal 2010 include l’implementazione e la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza sia tra gli obiettivi di salute da realizzare, sia tra gli strumenti per l’attuazione del Piano stesso.

La “**Sorveglianza Passi**” si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta, fra i 18 e i 69 anni d’età, sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali connessi all’insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I temi indagati dalla “Sorveglianza Passi” sono il fumo, l’inattività fisica, l’eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, (aree tematiche di Guadagnare Salute”), ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l’adesione agli screening oncologici e l’adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita e di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Nel presente report sono considerati i risultati ottenuti dalla “Sorveglianza Passi”, nel periodo 2009-2012, relativamente alle quattro aree tematiche identificate dal Programma nazionale “Guadagnare salute” per l’azione sui fattori di rischio e cioè attività fisica, abitudine al fumo, stato nutrizionale e abitudini alimentari, consumo di alcol.

Descrizione del campione aziendale

La popolazione della ASL VC di Vercelli al 31.12.2012 (<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/Search>) è costituita da 114.592 residenti di 18-69 anni.

Da gennaio 2009 a dicembre 2012, nella Azienda di Vercelli sono state intervistate 1.045 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale, stratificato per sesso e classi di età, dalle anagrafi sanitarie.

Caratteristiche demografiche degli intervistati

Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011	PASSI 2012
Numerosità	316	279	175 *	275
Tasso di risposta	84,5	81,3	84,1	86,2
Tasso di rifiuto	15,5	18,7	11,5	8,2

* Anno 2011: l'attività PASSI è stata sospesa nel 1° semestre

L'età e il sesso

Nella ASL VC, il campione intervistato (1.045 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (51%) e uomini (49%); l'età media complessiva è di 45 anni.

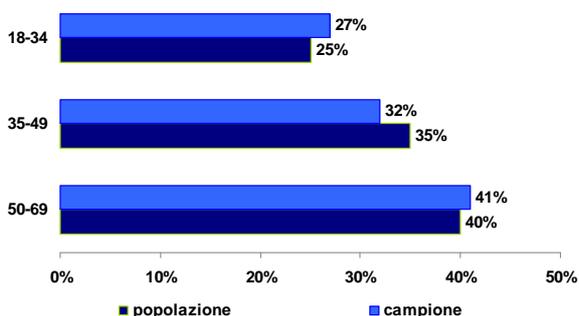
Il campione è costituito per:

- il 27% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 34% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 39% da persone nella fascia 50-69 anni.

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è quasi sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

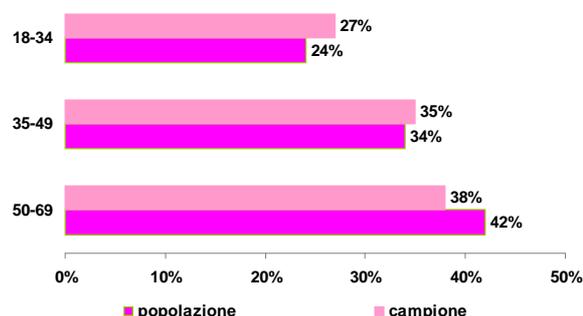
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

ASL VC - PASSI 2009-12 (n=507)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE

ASL VC - PASSI 2009-12 (n=538)



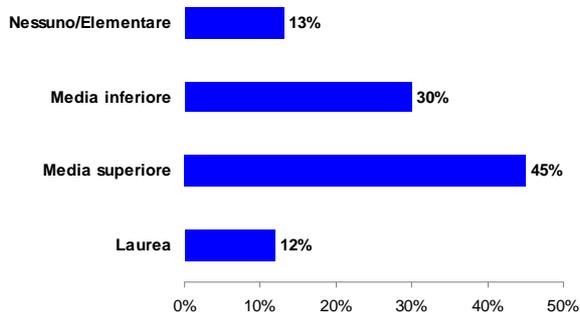
Il titolo di studio

Nella ASL VC il 13% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% ha la licenza media inferiore, il 45% ha la licenza media superiore e l'11% è laureato. Gli uomini hanno un livello di istruzione più basso delle donne, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.

L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

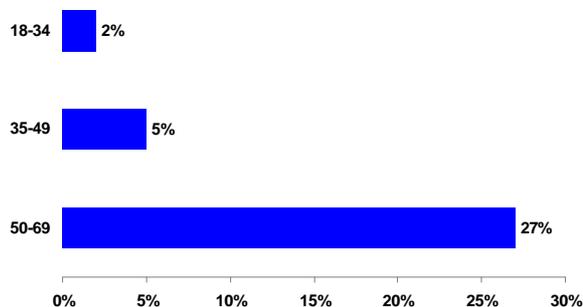
Campione per titolo di studio

ASL VC - PASSI 2009-12 (n=1.045)



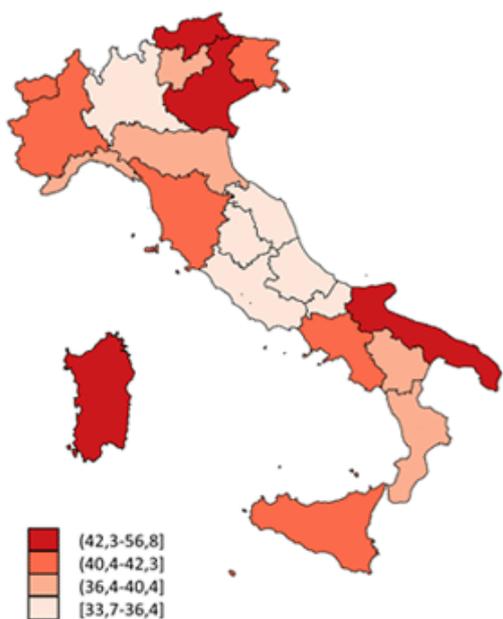
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età

ASL VC PASSI 2009-12 (n=1.045)

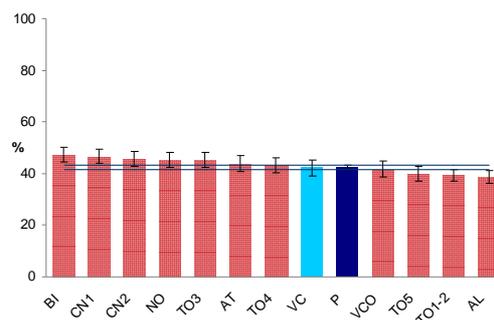


A livello nazionale, nel pool di ASL PASSI 2009-12, la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio, mentre a livello regionale è pari al 42,3%, distribuita con un range che va dal 47,3% della ASL BI al 38,8% della ASL AL.

Prevalenza di Scolarità medio-bassa
(nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore)
Pool PASSI 2009-12



Istruzione medio-bassa
(nessuna, elementare, media inferiore)
Regione Piemonte PASSI 2009-12: 42,3%
IC95% 41,5-43,2%)

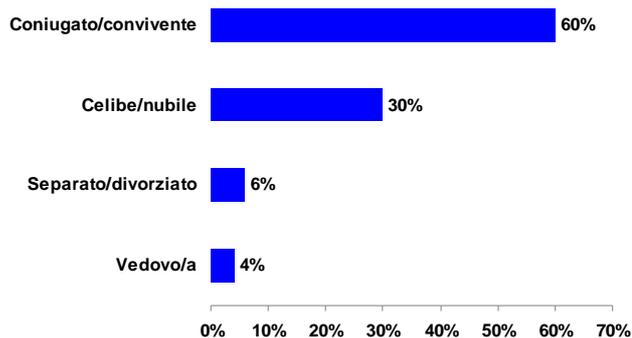


Lo stato civile

Nella ASL VC i coniugati/conviventi rappresentano il 60% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi il 4%.

Campione per categorie stato civile

ASL VC - PASSI 2009-12 (n=1.045)

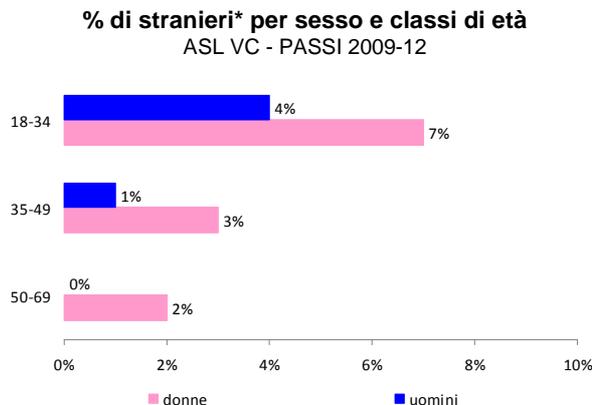


Cittadinanza

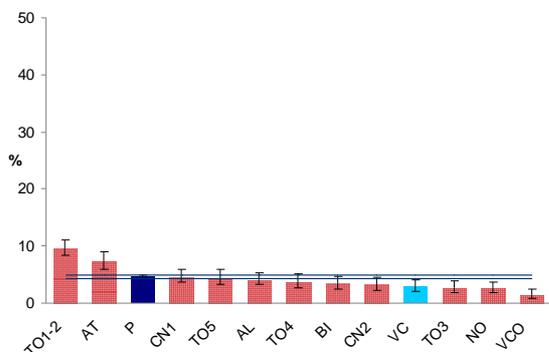
Nella ASL VC il campione è costituito dal 96,7% di cittadini italiani, 2,9% di stranieri e 0,4% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare, nella fascia 18-34 anni, il 7% delle donne ha cittadinanza straniera.

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.

Nella regione Piemonte nel periodo 2009-12, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 5% (range 10% ASL TO1-2 – 3% ASL NO) degli intervistati, mentre nel pool di ASL nello stesso periodo gli stranieri sono il 3%, con una distribuzione eterogenea sul territorio.



% Stranieri
Regione Piemonte PASSI 2009-12: 4,6%
(IC95% 4,2%-5,0%)



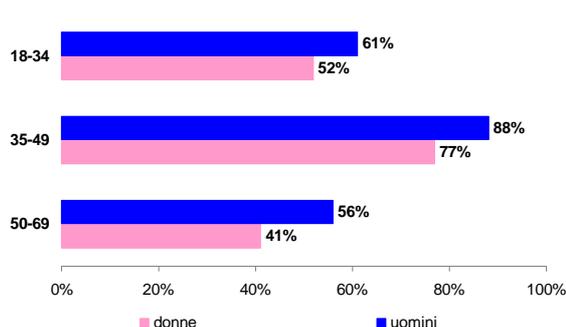
* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

Il lavoro

Nella ASL VC il 63% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare in modo continuativo. Mentre nella fascia d'età 18-69 anni lavora con continuità il 59%.

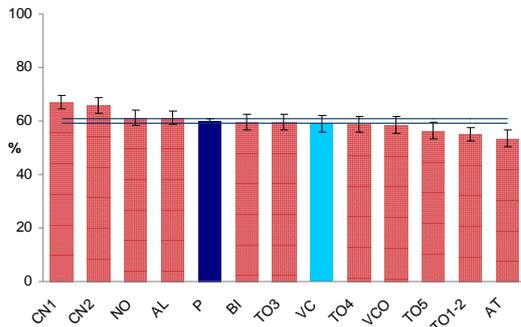
Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (58% contro 69%). Gli intervistati di 35-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare continuativamente, soprattutto gli uomini.

Lavoro continuativo: % per sesso e classi di età
ASL VC - PASSI 2009-12

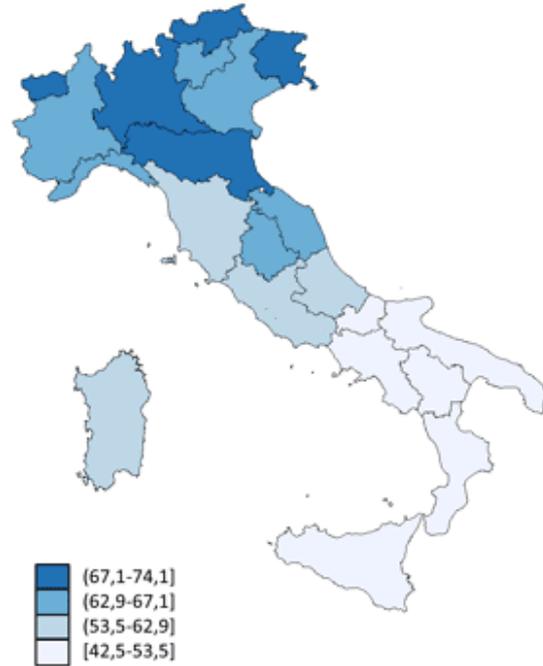


Nel periodo 2009-12 nella regione Piemonte la percentuale di persone con lavoro continuativo nella fascia di età 18-65 anni è del 60%, mentre nel pool di ASL PASSI è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

Lavoro continuativo in percentuale
popolazione 18-69 anni
Regione Piemonte - PASSI 2009-12: 59,9%
(IC95%: 59,1%-60,7%)



Lavoro continuativo in percentuale
Pool PASSI 2009-12



Difficoltà economiche

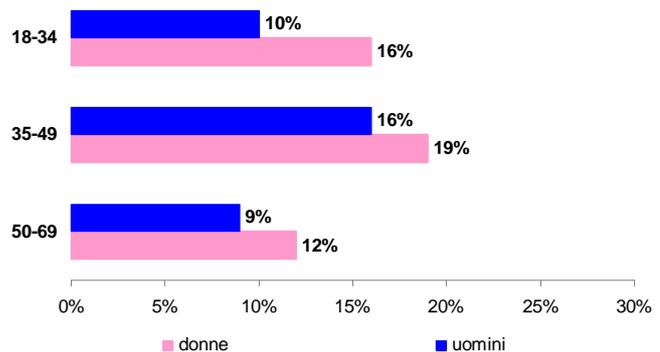
Nella ASL VC:

- il 50% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 36% qualche difficoltà
- il 14% molte difficoltà economiche.

Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (54% contro 45%), in particolare la classe 35-49 anni.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età

ASL VC - PASSI 2009-12

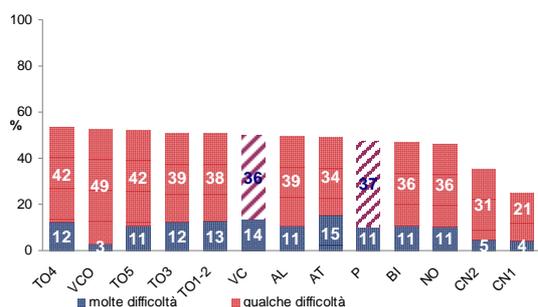


Nel periodo 2009-12 nella regione Piemonte, il 52% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 37% qualche difficoltà, l'11% molte difficoltà. Nel pool di ASL PASSI, queste percentuali sono rispettivamente del 46%, 41% e 13%. Inoltre la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2009-12



% di intervistati che riferiscono difficoltà economiche ad "arrivare a fine mese"
Regione Piemonte - PASSI 2009-12

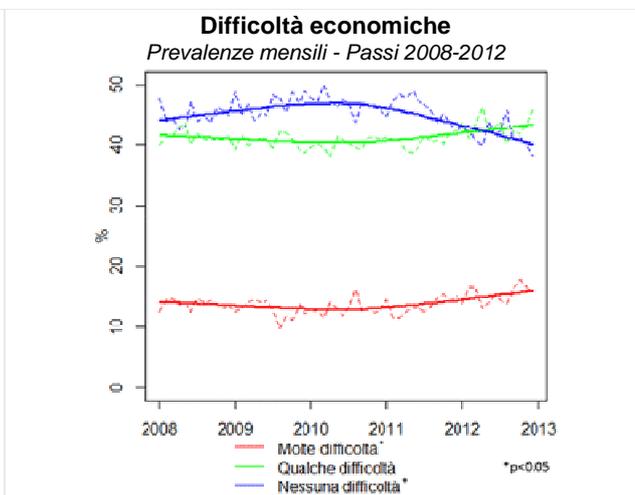
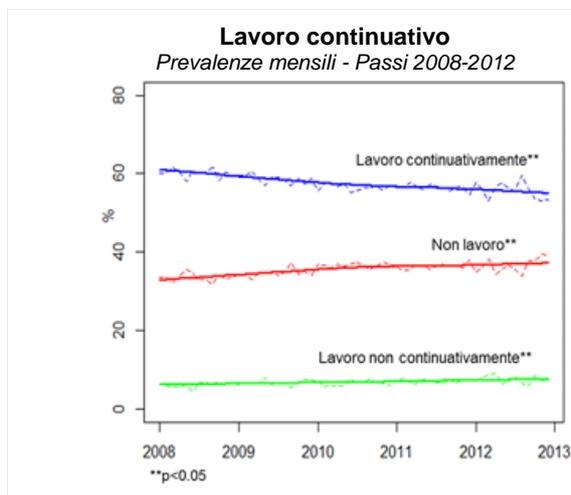


Recenti cambiamenti nelle condizioni socioeconomiche e lavorative

L'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali sta attraversando la crisi economica più grave dal dopoguerra ad oggi. La crisi minaccia di compromettere tutte le dimensioni del benessere di una popolazione, di cui la salute è quella giudicata più importante. È possibile, con i dati del Sistema PASSI, monitorare cosa stia succedendo agli indicatori più correlati alla crisi raccolti dal questionario PASSI: difficoltà economiche percepite e lavoro.

Per quanto riguarda il lavoro, nel periodo 2008-2012, si evidenzia in modo significativo la diminuzione di chi dichiara di lavorare in modo continuativo: dal 61% al 55%, l'aumento di chi dichiara di non lavorare (dal 33% al 37%) e l'aumento di chi dichiara di lavorare in modo non continuativo (dal 6% all' 8%).

Relativamente alle difficoltà economiche, nel periodo 2008-2012, si evidenzia in modo significativo la diminuzione della quota di persone che dichiara nessuna difficoltà economica, dal 44% al 40%, e l'aumento della quota di coloro che ne dichiarano molte, dal 14% al 16%.



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e la bassa percentuale di rifiuti alla partecipazione 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.

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.

Relativamente ai determinanti di tipo sociale come grado di occupazione e benessere economico, la ASL di Vercelli si pone a livello della media regionale a questi determinanti risultano associati diversi fattori di rischio (stili di vita scorretti, peggiore percezione del proprio stato di salute, ecc.) e sono molto importanti per la pianificazione di interventi che contrastino le disuguaglianze sociali e porgano attenzione all'equità del sistema.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità.

Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea da anni propone progetti per promuovere l'attività fisica.

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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Nel periodo 2009-12, nella ASL VC il 48% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 30% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23% è completamente sedentario.

Attività fisica – ASL VC - PASSI 2009-12 (n=1.045)

	% (IC95%)
Livello di attività fisica	
<i>Attivo</i> ¹	47,8 (44,7-50,9)
<i>Parzialmente attivo</i> ²	29,3 (26,6-32,3)
<i>Sedentario</i> ³	22,9 (20,3-25,6)

¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

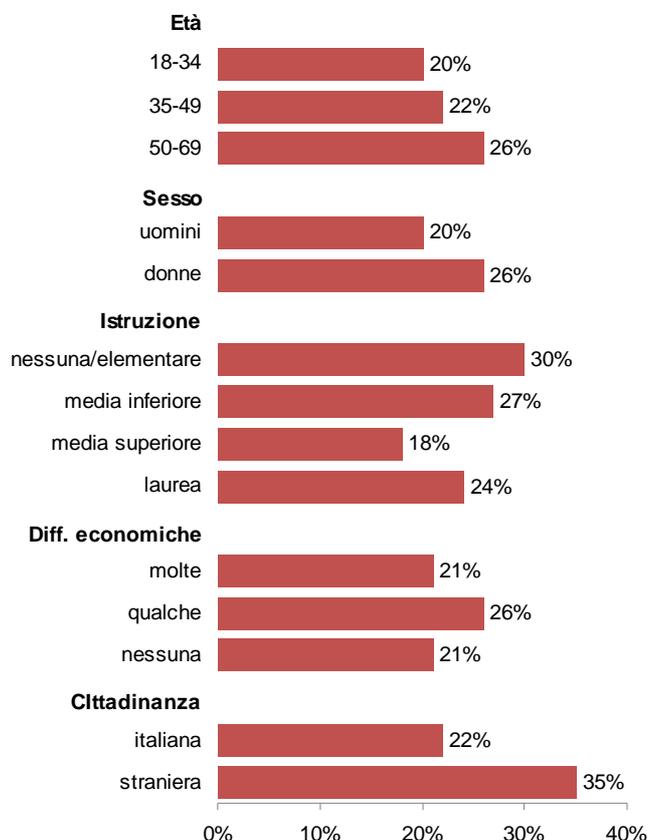
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa fra le donne e nelle persone con basso livello d'istruzione

Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL VC 2009-12

Totale: 22,9% (IC 95%: 20,3%-25,6%)



Sedentari

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2009-12
Totale: 30,8% (IC95%: 30,2-31,4%)



■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

A livello nazionale nel Pool di ASL PASSI 2009-12, la percentuale di sedentari è risultata del 31%

Nel periodo 2009-2012 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

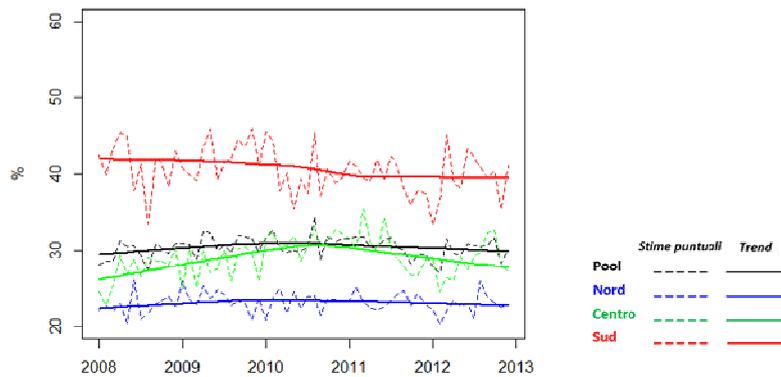
La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (54%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2012 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

Trend della sedentarietà

Prevalenze mensili – Pool di Asl Passi – 2008-2012

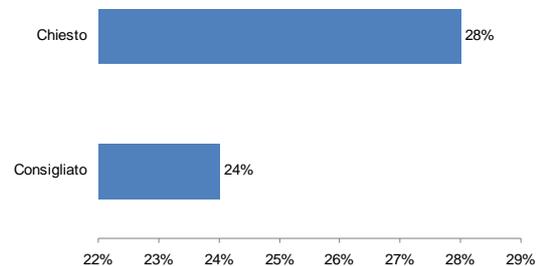


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Attenzione degli operatori sanitari

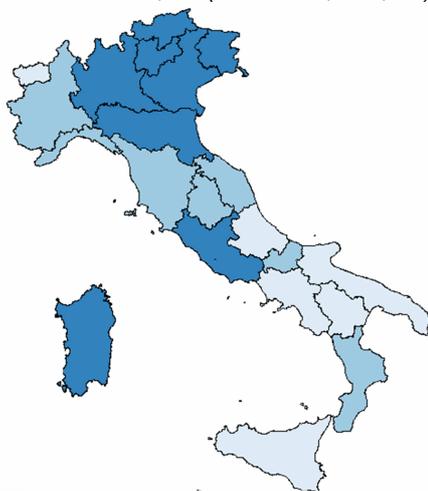
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica
ASLVC PASSI 2009-12

Nella ASL VC solo il 28% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 24% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza – Passi 2009-2012
Pool di Asl: 31,1% (IC95%: 30,8-31,5%)



■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel pool di ASL PASSI 2009-12, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%, meno di un intervistato su tre.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali.

La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (20%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (43%), della P.A. di Trento (40%) e del Veneto (38%).

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

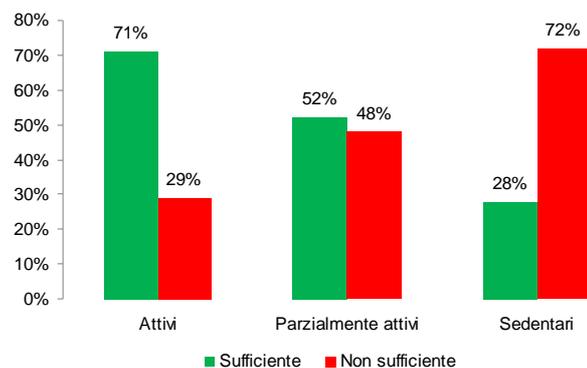
La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Tra le persone attive, il 29% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.

Il 52% delle persone parzialmente attive ed il 28% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

I dati aziendali sull'autopercezione sufficiente della propria attività fisica sono parzialmente in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (71% degli attivi, il 50% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
ASL VC PASSI 2009-12

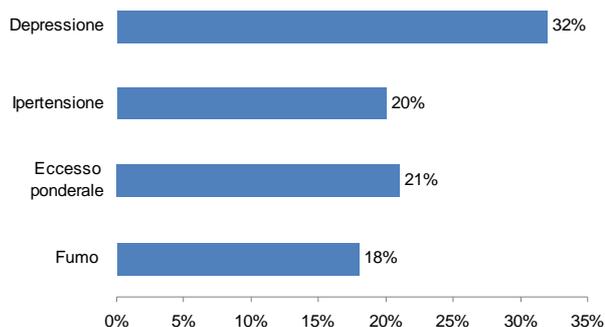


Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 32% delle persone depresse
- il 20% degli ipertesi
- il 21% delle persone in eccesso ponderale
- Il 18% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
ASL VC PASSI 2009-12 (n=1.045)

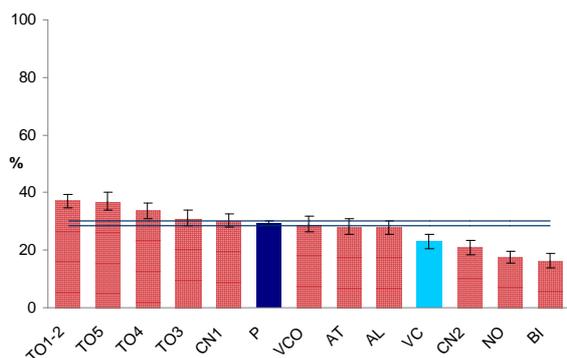


Sedentari nelle ASL piemontesi

Dai dati di confronto tra le ASL regionali emerge che la proporzione di persone sedentarie nell'ASL VC è significativamente più bassa di quella del pool regionale, ma anche che la proporzione di intervistati cui è stata posta la domanda sull'attività fisica e quella delle persone che hanno ricevuto consigli da parte degli operatori sanitari in ordine all'effettuazione di attività fisica sono più basse rispetto a quelle delle altre ASL piemontesi.

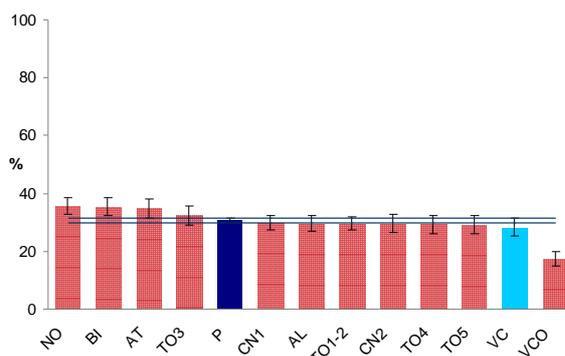
Sedentari Regione Piemonte

PASSI 2009-12: 29,4% (IC 28,5%-30,2%)



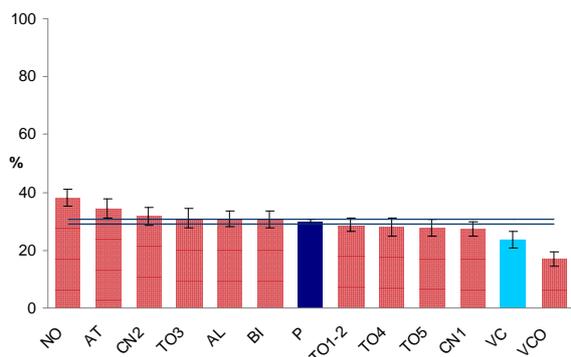
% intervistati cui è stata posta la domanda sull'attività fisica - Regione Piemonte

PASSI 2009-12: 30,8% (IC 29,9%-31,7%)



% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica Regione Piemonte

PASSI 2009-12: 29,9% (IC 28,9%-30,8%)



Conclusioni

Nella ASL VC si stima che quasi la metà degli adulti (48%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 23% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su quattro ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in particolari sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiare di più dello svolgimento dell'attività fisica, in particolare persone con sintomi di depressione ed è elevata anche fra gli ipertesi e fra gli obesi o in sovrappeso.

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto 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, ecc.).

Attività fisica

Le esperienze di Promozione della salute nella ASL di Vercelli

Nell'anno 2013 nella ASL VC si sono realizzati una serie di progetti coordinati dal RePes (Referente per la promozione della salute aziendale) volti a migliorare la salute della popolazione e diversificati a seconda di età e problematiche prese in esame.

I soggetti coinvolti sono stati divisi in due gruppi d'intervento e più precisamente:

1. popolazione adulta, ultra64enne e pazienti con disabilità psichica.

Per questi soggetti sono stati predisposti gruppi di cammino, attività spontanea e accessibile, al fine di migliorare le capacità fisiche e accrescere la fiducia in se stessi dei soggetti coinvolti.

A tal fine è stata creata una rete locale tra i soggetti attivi per la promozione dell'attività fisica nella realtà territoriale vercellese (Comune di Vercelli, Diapsi, Centro Servizi per il Volontariato).

Di dette attività sono stati messi a conoscenza i Medici di Medicina Generale, il Medico Competente dell'ASL VC e i Centri Anziani dei Comuni.

I gruppi di cammino sono stati estesi ai quattro ambiti territoriali dell'ASL VC (Vercelli, Santhià, Gattinara, Borgosesia) e sono stati condotti da personale ASL adeguatamente formato (walking leader).

2. soggetti in età scolare.

In questo caso si è provveduto, in collaborazione con la Referente per l'attività fisica dell'Ufficio Scolastico Territoriale a diffondere nelle scuole il manuale regionale per l'attività fisica, offrire sostegno alle azioni rivolte a migliorare i livelli di attività fisica nelle scuole e verificare quanto fatto dalle scuole stesse su questo argomento al fine di promuovere collaborazioni e sinergie tra ASL e istituzioni scolastiche.

Quanto sopra al fine di aumentare i livelli quotidiani di attività fisica che associati ad alimentazione adeguata possano essere argine ai fenomeni di obesità sempre più diffusi nei soggetti giovani.

10 consigli degli esperti

1. Ricorda che il movimento è essenziale per prevenire molte patologie
2. Cerca di essere meno sedentario, infatti la sedentarietà predispone all'obesità
3. Bambini e ragazzi devono potersi muovere sia a scuola sia nel tempo libero, meglio se all'aria aperta
4. L'esercizio fisico è fondamentale anche per gli anziani
5. Muoversi significa camminare, giocare, ballare andare in bici
6. Se possibile, vai al lavoro o a scuola a piedi
7. Se puoi evita l'uso dell'ascensore e fai le scale
8. Cerca di camminare almeno 30 minuti al giorno, tutti i giorni, a passo svelto
9. Sfrutta ogni occasione per essere attivo (lavori domestici, giardinaggio, portare a spasso il cane, parcheggiare l'auto più lontano)
10. Pratica un'attività sportiva almeno 2 volte a settimana (o in alternativa usa il fine settimana per passeggiare, andare in bici, nuotare, ballare)

Fonte: *Direzione Generale della Prevenzione – Ministero della Salute*

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=458&area=stiliVita&menu=attivita

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura.

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

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.

Nel periodo 2009-12 nella ASL VC, tra gli adulti di 18-69 anni, poco più della metà degli intervistati è non fumatore, il 22% è classificabile come ex fumatore e il 26% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 25% e gli occasionali lo 0,3%.

Abitudine al fumo di sigaretta – ASL VC - PASSI 2008-11 (n=1.045)

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	51,4 (48,3-54,5)
Fumatori ²	26,4 (23,7-29,2)
<i>in astensione</i> ³	1,0 (0,1-0,9)
<i>occasional</i> ⁴	0,3 (0,5-1,8)
<i>quotidian</i> ⁵	25,1 (22,5-27,9)
Ex –fumatori ⁶	22,2 (19,8-24,9)

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

2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi .

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

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

• **Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?**

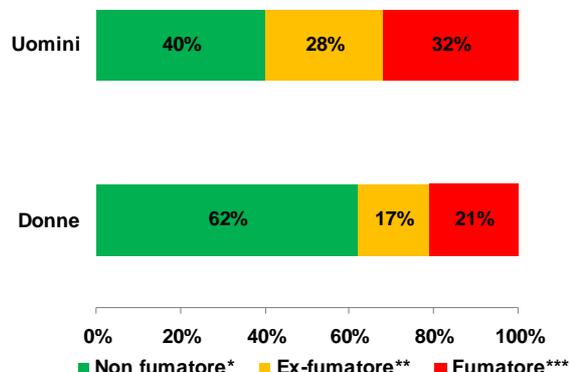
Nella ASL VC, la percentuale di fumatori nel 2009-12 è del 26%.

L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).

I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono lo 0,3%.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne (32% versus 21%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (62% versus 40%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
ASL VC - PASSI 2019-12 (n=1.045)



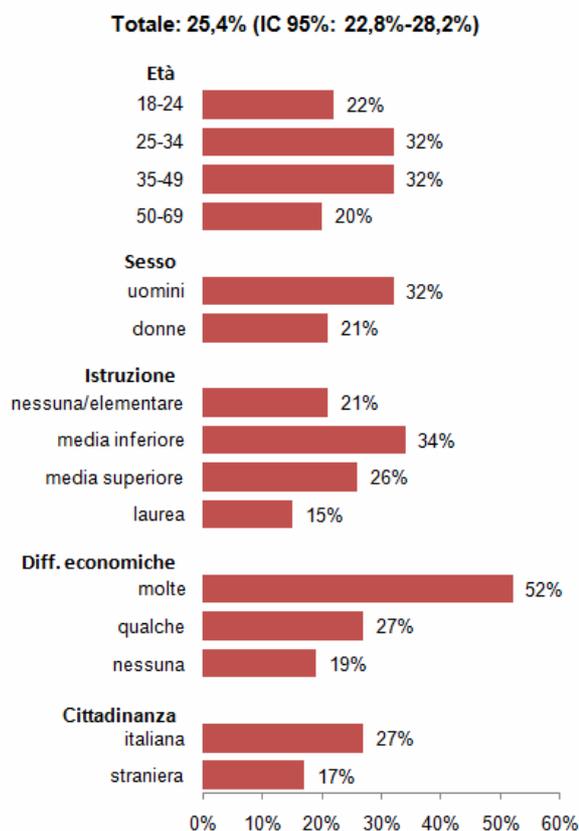
***Non fumatore**: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
 ****Ex fumatore**: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi
 *****Fumatore**: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

• **Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?**

L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 49 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (meno di una su quattro). La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con licenza elementare e soprattutto rispetto a quelle con laurea, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. I cittadini italiani fumano più di quelli con cittadinanza straniera

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 28% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

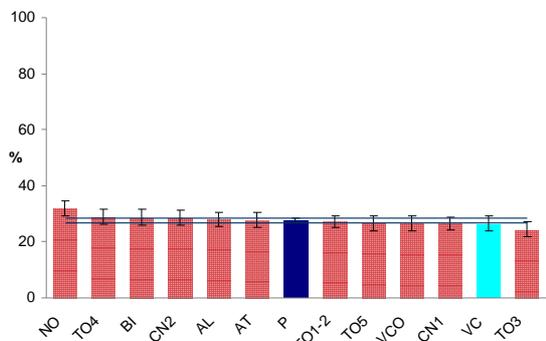
Fumatori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL VC 2009-12



In Piemonte la percentuale di fumatori nel 2009-12 è del 28% (range 24% ASL TO3 – 32% ASL NO), mentre quella degli ex fumatori è pari al 19% con un range 14% ASL TO 1-2 – 23% ASL VCO. Pertanto l'abitudine tabagica in Piemonte interessa il 46% degli intervistati.

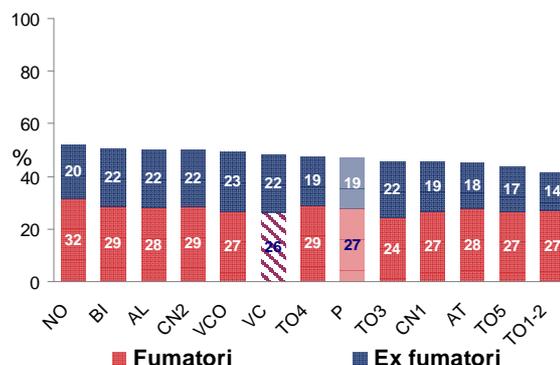
Fumatori - Passi 2009-12

Regione Piemonte: 27,5 (IC95%: 26,7%-28,3%)



Abitudine tabagica nella vita (fumatori + ex fumatori)

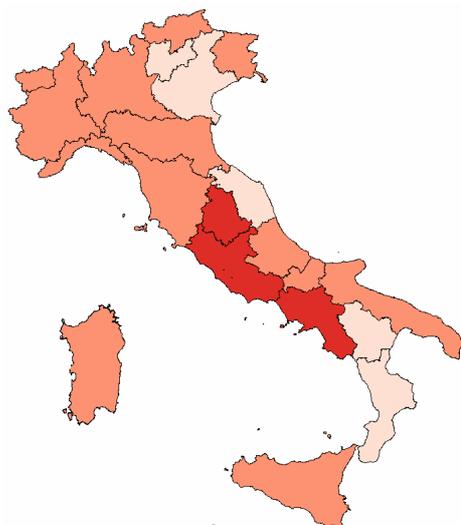
Regione Piemonte – Passi 2009-12



Fumatori

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2009-12

Pool di Asl: 28,4% (IC 95%: 28,1-28,7%)



- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool

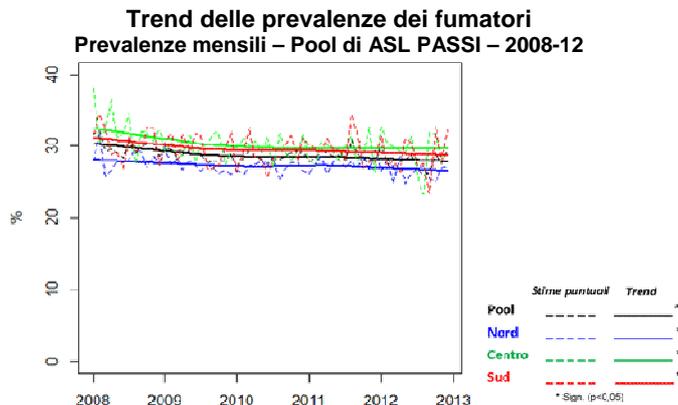
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

A livello nazionale nel Pool di ASL PASSI 2009-12 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 53% è non fumatore.

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

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 24% del Veneto e il 25% della P.A. di Trento al 31% di Umbria, Lazio e Campania.

Analisi di trend sul pool di ASL



Il trend delle prevalenze dei fumatori rilevato a livello nazionale evidenzia che nel quinquennio 2008 - 2012 la prevalenza di fumatori si riduce significativamente del 2,5% (1,6% nel Nord, 2,9% al Centro e 2,4 % nel Sud Italia). Non varia, tuttavia, la distanza fra le tre macro aree e per l'intero periodo le prevalenze più basse si osservano nel Nord Italia, mentre quelle più alte nel regioni Centrali e Meridionali.

- **A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?**

Attenzione degli operatori sanitari – ASL VC - PASSI 2009-12 (n=882)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	35,6 (32,4-38,8)

Circa il 36% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul suo comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

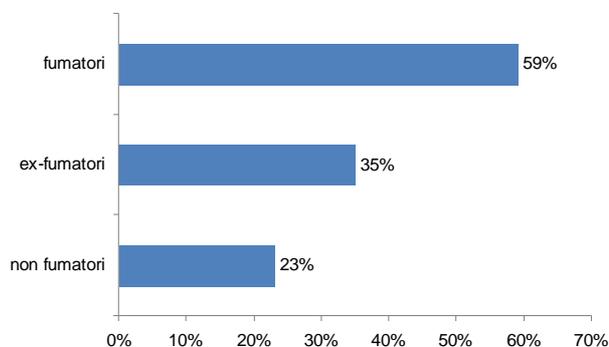
In particolare, è stato chiesto a:

- il 59% dei fumatori
- il 35% degli ex fumatori
- il 23% dei non fumatori.

Persone a cui è stata posta la domanda

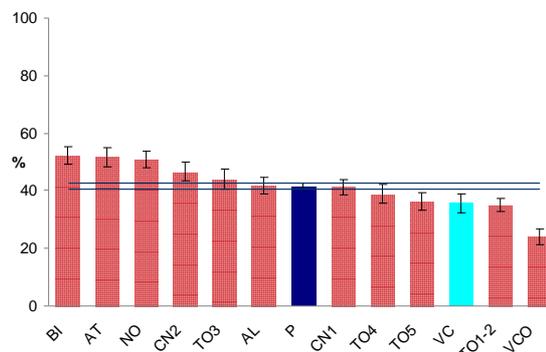
ASL VC - PASSI 2009-12 (n=882)*

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



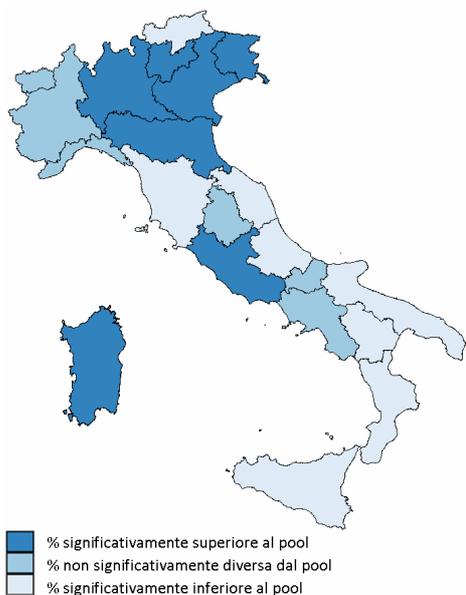
Tra le ASL regionali, la ASL VC si differenzia significativamente per una percentuale più bassa di richiesta di informazioni sull'abitudine al fumo, da parte di operatori sanitari, in misura del 36% (range dal 24% della ASL VCO al 52% della ASL BI).

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
 PASSI 2009-12 - Prevalenze per ASL di residenza
 Regione Piemonte: 42,6% (IC95%: 40,6% - 42,6%)



Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

Prevalenze per regione di residenza – PASSI 2009-12
 Pool di Asl: 28,4% (IC 95%: 28,1-28,7%)



In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Complessivamente quattro persone su dieci, fra quelle che si sono rivolte a un medico o a un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista, dichiarano di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo.

L'attenzione degli operatori sanitari a questa abitudine sembra essere maggiore nelle regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, 47%) e minore nelle regioni del Sud Italia (Basilicata, 30%) ad eccezione della Sardegna (59%) in cui si registra la percentuale più alta.

• **A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?**

Attenzione degli operatori sanitari – ASL VC - PASSI 2009-12 (n=882)

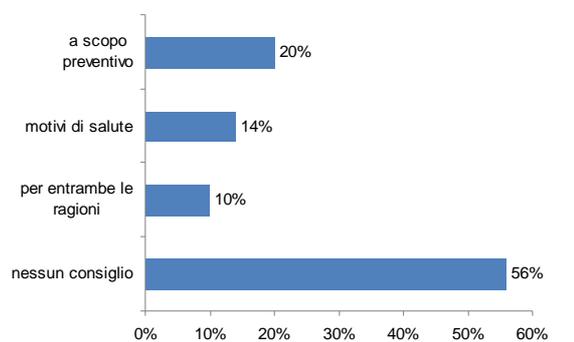
	% (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	44,0 (36,4-51,9)

Tra i fumatori, il 44% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (20%).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

ASL VC - Passi 2009-12 (n=882)*

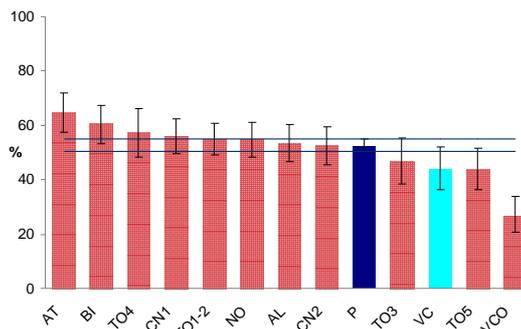


Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Nella ASL VC la percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari è molto inferiore alla media regionale che risulta pari al 52,5% (range dal 26,8% - ASL VCO al 64,9% ASL AT).

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere

PASSI 2009-12 – Regione Piemonte: 52,5% (IC95%: 50,2%-54,8%)



Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – PASSI 2009-12

Pool di Asl: 52,3% (IC95%: 51,6-53,1%)



- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010-2012, oltre la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

Non c'è un chiaro gradiente geografico e la più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere si osserva in Sardegna (61%) la più bassa nella P.A. di Bolzano (38%).

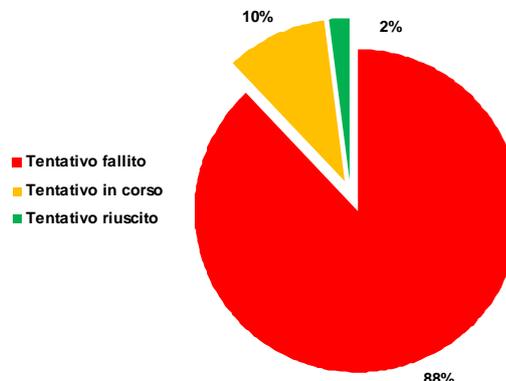
• **Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo**

Nel periodo 2009-12, nell'ASL VC tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 36% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'88% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- solo il 2% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno)

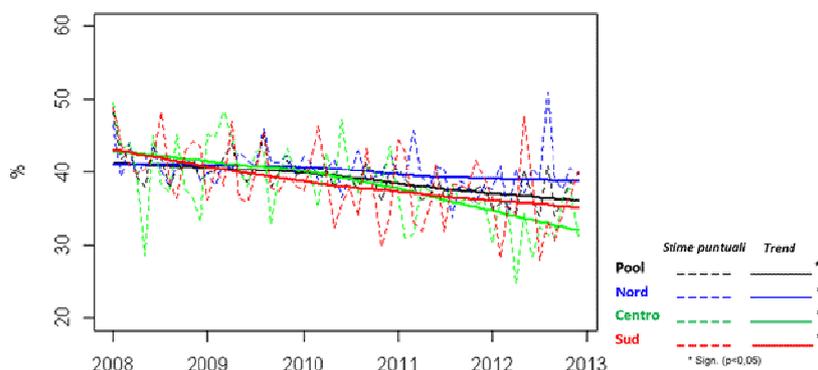
% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASL VC - Passi 2009-12 (n=1.045)



Nel Pool di ASL PASSI 2009-12, il 39% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 10% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del tentativo di smettere di fumare
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2012



Nel pool di ASL 2008-12 la proporzione di fumatori che tenta di smettere di fumare è in riduzione significativa pari al 5,2%. Tale riduzione risulta maggiore al Centro (10,9%) e al Sud (8,1%) e minore al Nord Italia (2,4%), fino a raggiungere nel 2012 un pattern geografico in cui le aree con le più alte prevalenze di fumatori (regioni centrali) sono anche quelle con minori tentativi di smettere di fumare che si riducono nel tempo.

• **Fumo passivo**

Fumo passivo – ASL VC - PASSI 2009-12 (n=1.045)

	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	92,9 (88,2-97,7)
<i>sul luogo di lavoro</i>	86,6 (80,3-93,1)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	79,2 (76,6-81,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	82,6 (77,6-86,9)

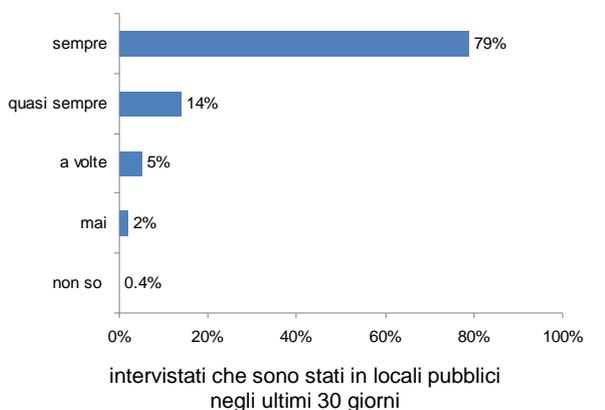
• **Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici**

Nel periodo 2009-12 il 93% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (79%) o quasi sempre (14%).

Il 7% ha invece dichiarato che il divieto non è rispettato, mai rispettato (2%), o raramente rispettato (5%).

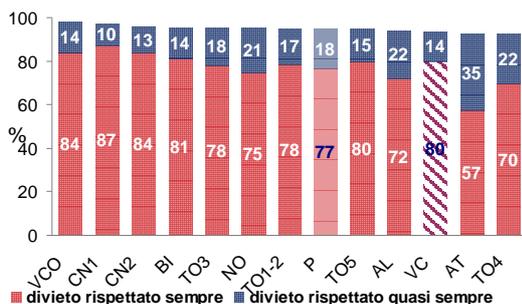
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

ASL VC – Passi 2009-12* (n=994)



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

Regione Piemonte – Passi 2009-12: 94,9% (IC95%: 94,4% - 95,3%)



In Piemonte il 95% degli intervistati ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre (range 92% ASL TO4 – 98% ASL VCO)

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
Pool di Asl: 87,9% (IC95%: 87,7%-88,1%)



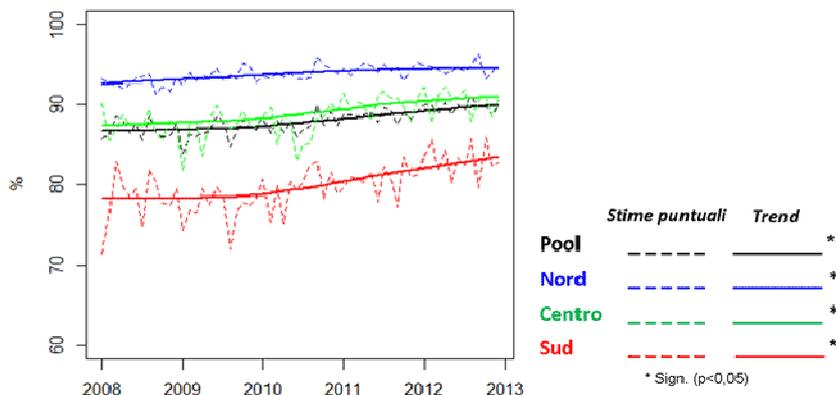
■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel nostro Paese l'88% degli adulti intervistati riferisce che il divieto di fumo nei locali pubblici frequentati nei 30 giorni precedenti l'intervista è rispettato sempre o quasi sempre

Chiaro è il gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici a favore delle regioni Settentrionali. La prevalenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici raggiunge punte massime in Friuli Venezia Giulia, P.A. Trento e Valle d'Aosta (96%), mentre i valori più bassi si registrano in Calabria (70%) e Campania (76%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend della percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2012



Dal 2008 al 2012 il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici è significativamente e costantemente aumentato in tutte le tre macroaree del Paese: la frequenza di coloro che riferisce il pieno rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici è aumentata del 3,4% (1,9% nel Nord, 3,7% al Centro e 5,2% nel Sud Italia).

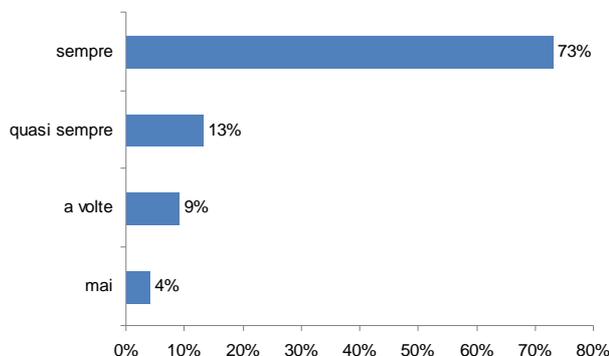
- **Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro**

Tra i lavoratori intervistati nel 2009-12 l'86% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (73%) o quasi sempre (13%).

Il 13% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (4%) o lo è a volte (9%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

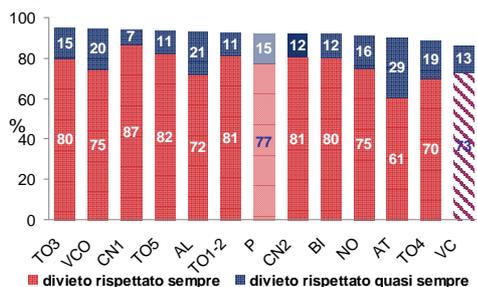
ASL VC – Passi 2009-12 (n= 6035)*



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

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Regione Piemonte – Passi 2009-12: 92,4% (IC95%: 91,7%-93%)



In Piemonte il 92% degli intervistati ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre (range 87% ASL VC - 95% ASL TO5).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
Pool di Asl: 89,7% (IC95%: 89,4%-90,0%)



In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

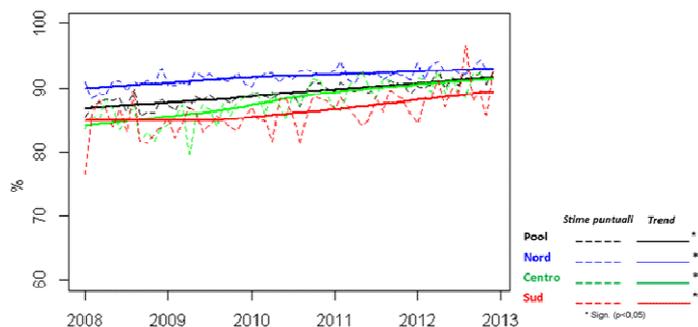
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato per il 90% degli intervistati, che lavora in ambienti chiusi.

Vi è un evidente gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro a favore delle regioni Settentrionali.

La frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata in P.A. Bolzano (96%), Valle d'Aosta e P.A. Trento (94%) e più basso in Molise (78%) e Calabria(81%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend della percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2012



Dal 2008 al 2012 il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è significativamente e costantemente aumentato in tutte le tre macroaree del Paese: la frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è salita del 4,8% (3,1%, al Nord di 7,2% al Centro e 4,6% nel Sud Italia).

• **L'abitudine al fumo in ambito domestico**

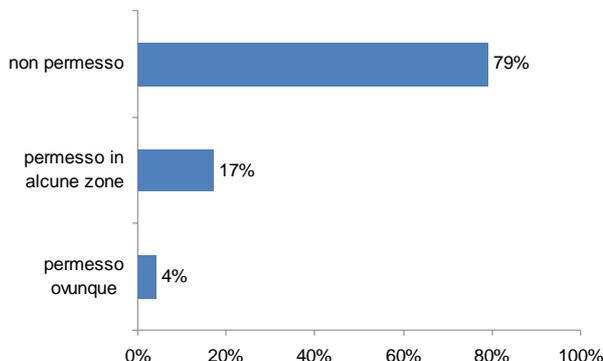
Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASL VC, nel periodo 2009-12:

- il 79% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 17% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 4% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'83% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

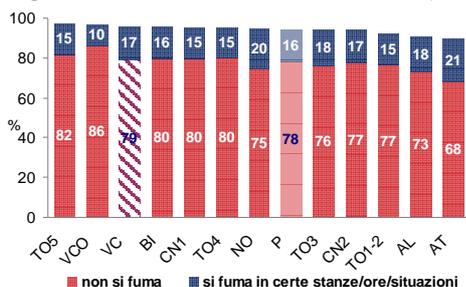
Percezione del rispetto del divieto di fumo in ambiente domestico

ASL VC - Passi 2009-12 (n=1.045)



Abitudine al fumo in ambito domestico

Regione Piemonte – Passi 2009-12: 77,7%(IC95%: 76,9% - 78,5%)

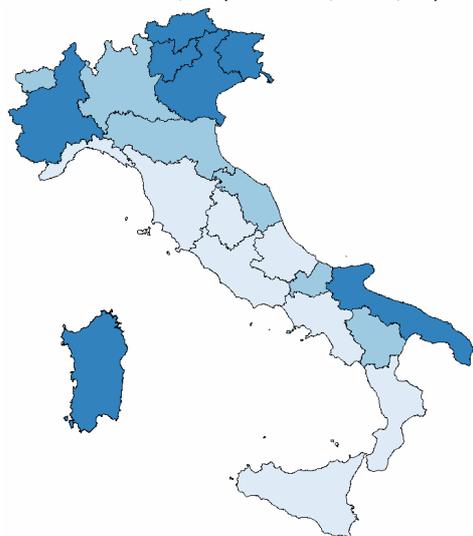


Nella Regione Piemonte nel periodo 2009-12 il 79% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (range 68% ASL AT – 86% ASL VCO)

Divieto di fumo in casa

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12

Pool di Asl: 76,2% (IC95%: 75,9%-76,5%)



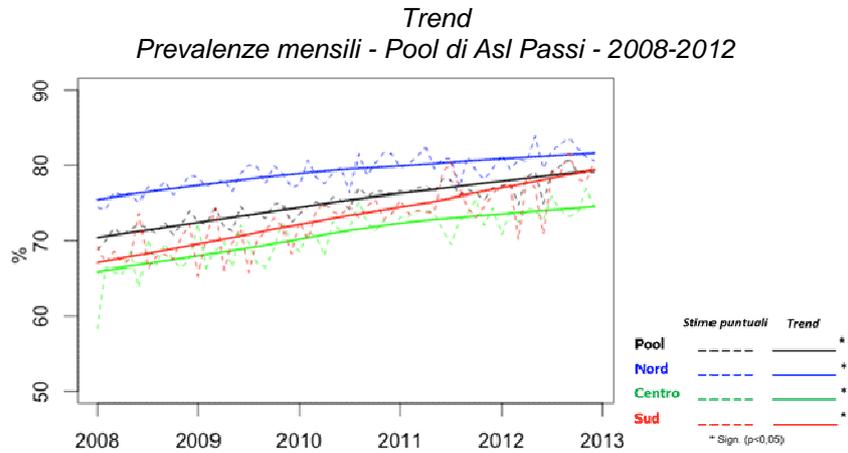
■ % significativamente superiore al pool
 ■ % non significativamente diversa dal pool
 ■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

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

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

Analisi di trend sul pool di ASL



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

Conclusioni

Nella ASL VC, nel periodo 2009-12, si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nella fascia d'età giovane/adulta fra i 25 e i 49 anni. L'abitudine al fumo continua ad essere più presente nel sesso maschile e fra le persone socialmente svantaggiate.

Meno della metà dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un non ancora accettabile e inferiore alla media regionale livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari che è pertanto da considerarsi ampiamente migliorabile

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 delle ASL regionali.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Abitudine al fumo

Le esperienze di Promozione della salute nella ASL di Vercelli

Nell'anno 2013 si sono effettuati incontri con il Gruppo di lavoro aziendale del Progetto Fumo prevedendo, con il coinvolgimento del personale del Ser.T., nuove modalità di trattamento per fumatori che si rivolgono al Centro di Trattamento del Tabagismo – CTT dell'ASL VC quali l'agopuntura, un maggior controllo su peso e alimentazione o cicli di trattamento di gruppo.

Si è provveduto in questi incontri ad invitare uno dei coordinatori del Progetto regionale "In rete per un ambiente sanitario libero dal fumo", promosso dal Centro di Prevenzione Oncologica e dalla Rete HPH regionale, perchè illustrasse gli obiettivi del progetto.

In questo ambito il Coordinatore del Progetto Fumo dell'ASL VC e il RePes hanno partecipato alle attività del Progetto regionale, riunioni di Coordinamento e giornate di formazione.

Conseguentemente a queste giornate di formazione e dal confronto tra operatori sono state redatte una serie di raccomandazioni racchiuse nel documento regionale "Manuale per la realizzazione di un ambiente sanitario libero dal fumo" e relative alle diverse azioni che si possono avviare nelle ASL e negli Ospedali per limitare questa dipendenza (regolamento aziendale sul fumo, modalità di comunicazione, formazione degli operatori).

Nel corso del 2013 è proseguita l'attività degli Ambulatori per il trattamento del Tabagismo (CTT).

Per aumentare l'affluenza a questi ambulatori si è provveduto a distribuire depliant illustrativi presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale per sensibilizzare i soggetti fumatori.

E' stata inoltre riaggiornata da parte del RePes la composizione del gruppo di lavoro Fumo integrandola con il Medico Competente e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Nell'anno 2013 sono stati distribuiti, agli operatori della ASL, a cura della segreteria dell'area Promozione della Salute (S.S.v.d. UVOS) questionari relativi all'atteggiamento e all'abitudine verso il fumo, ottenendo risposte da 1449 operatori a fronte di un totale di 1886 con una percentuale di adesione pari al 77% dei soggetti coinvolti.

Quanto sopra ha permesso di redigere un report di analisi a cura del Servizio di Epidemiologia atto a illustrare la situazione di dipendenza dal fumo di tabacco dei dipendenti ASL.

Si è provveduto inoltre alla realizzazione di una giornata formativa dedicata agli operatori ASL al fine di informare sui risultati dell'indagine sull'atteggiamento e sull'abitudine al fumo degli operatori della ASL di Vercelli e di stimolare comportamenti atti alla disassuefazione al fumo e sensibilizzare nei confronti della realizzazione di "ambienti sanitari senza fumo" a cura del Coordinatore del Progetto Fumo e del RePes aziendale.

In ultimo si è sviluppato in alcune Scuole medie Inferiori e Superiori un Programma di prevenzione scolastica su uso di sigarette e sostanze psicoattive (Progetto unplugged), al fine di ridurre l'abitudine al fumo, il consumo di alcool e l'uso di droghe. Gli interventi hanno coinvolto n. 15 classi per un totale di 275 allievi.

10 buoni motivi per smettere di fumare

Entro 20 minuti

si normalizza la pressione arteriosa
si normalizza il battito cardiaco
torna normale la temperatura di mani e piedi

Entro 8 ore

scende il livello di anidride carbonica nel sangue
si normalizza il livello di ossigeno nel sangue

Entro 24 ore

diminuisce il rischio di attacco cardiaco

Entro 48 ore

iniziano a ricrescere le terminazioni nervose
migliorano i sensi dell'olfatto e del gusto

Entro 72 ore

si rilassano i bronchi, migliora il respiro
aumenta la capacità polmonare

Da 2 settimane a 3 mesi

migliora la circolazione
camminare diventa sempre meno faticoso

Da 3 a 9 mesi

diminuiscono affaticamento, respiro corto, e altri sintomi come la tosse
aumenta il livello generale di energia

Entro 5 anni

la mortalità da tumore polmonare per il fumatore medio (un pacchetto di sigarette al giorno) scende da 137 per centomila persone a 72.

Entro 10 anni

le cellule precancerose vengono rimpiazzate
diminuisce il rischio di altri tumori: alla bocca, alla laringe, all'esofago, alla vescica, ai reni e al pancreas.

Dopo 10 anni

la mortalità da tumore polmonare scende a 12 per centomila che è la normalità; praticamente il rischio di decesso per tumore polmonare è paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato.

Fonte: American Cancer Society

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=465&area=stiliVita&menu=fumo

10 consigli degli esperti

1. Ricorda che smettere di fumare è possibile
2. Il desiderio impellente della sigaretta dura solo pochi minuti
3. I sintomi dell'astinenza si attenuano già nella prima settimana
4. Già dopo 20 minuti dalla cessazione del fumo si hanno i primi effetti benefici
5. Non tutti ingrassano quando si smette di fumare e comunque l'incremento di peso è moderato (2-3 chili)
6. Quando si smette di fumare è bene bere abbondantemente, aumentare il consumo di frutta e verdura e muoversi di più
7. Se non riesci a smettere da solo consulta il tuo medico di famiglia
8. Alcuni farmaci e un supporto psicologico sono validi aiuti per mantenere le proprie decisioni
9. Le ricadute non devono scoraggiare; esse possono essere utili per riconoscere e affrontare i momenti critici
10. Non fumare ti arricchisce non solo in salute ma anche economicamente e salvaguarda la salute di chi ti sta intorno, soprattutto quella dei bambini.

Fonte: *Ministero della salute*

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=476&area=stiliVita&menu=fumo

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

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

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*IMC*), 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), obeso (*IMC* ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. 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*).

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASL VC-Vercelli - PASSI 2009-12 (n=1.045)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	25,9 (23,3-28,7)
<i>obesi</i> ²	9,0 (7,4-11,0)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>sovrappeso</i>	41,4
<i>obesi</i>	72,0
Adesione al <i>five-a-day</i>	9,3 (7,6-11,3)

¹ sovrappeso = indice di massa corporea (*Imc*) compreso tra 25 e 29,9

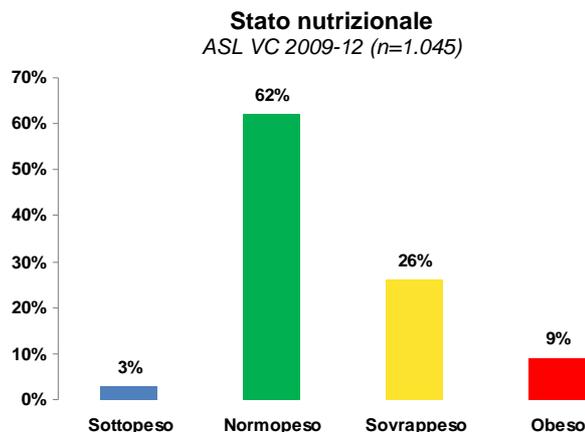
² obeso = indice di massa corporea (*Imc*) ≥30

³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

• **Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?**

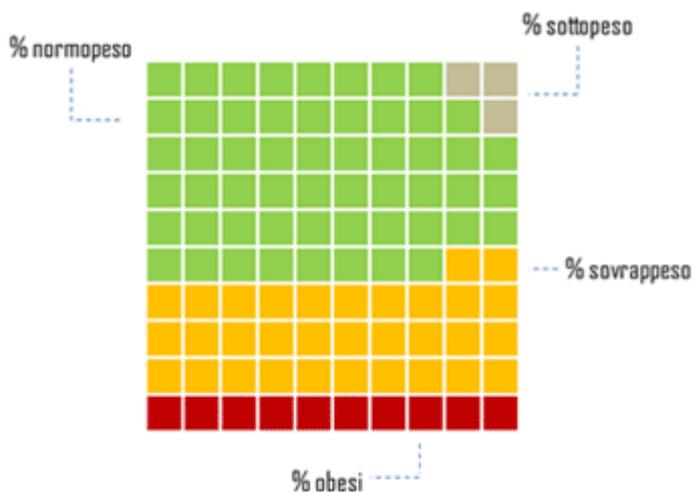
Nella ASL VC il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 62% normopeso, il 26% sovrappeso e il 9% obeso.

Complessivamente si stima che il 35% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Stato nutrizionale- Pool ASL Passi 2009-12 (n=149.823)

Distribuzione percentuale delle categorie di IMC -



• **Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?**

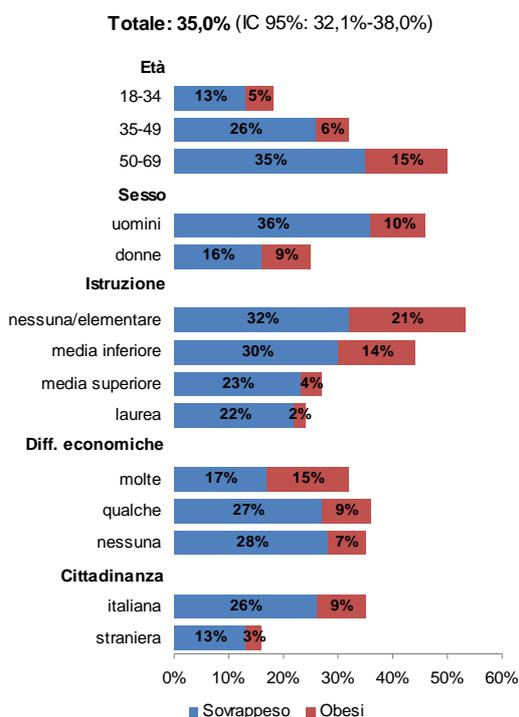
L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

- col crescere dell'età
- negli uomini (47% vs 25%)
- nelle persone con basso livello di istruzione

Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.

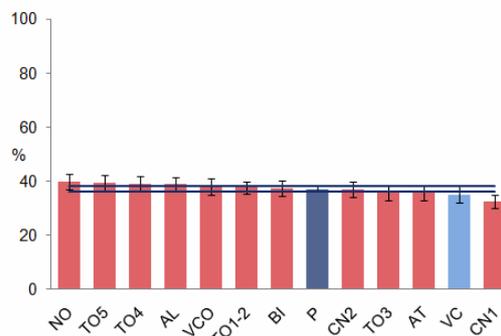
Eccesso ponderale

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche



Eccesso ponderale – Regione Piemonte

Passi 2009-12: 37,7% (IC95%: 36,3%- 38,0%)



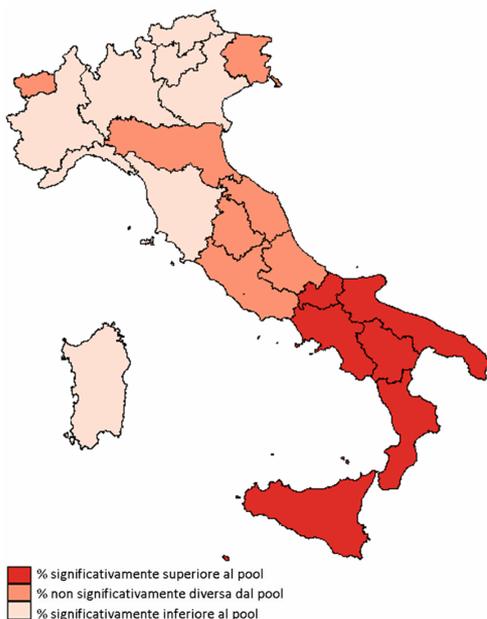
La prevalenza di persone in eccesso ponderale in Regione Piemonte tra il 2009 e il 2012 risulta del 37% con un range dal 32% della ASL CN1 al 40% della ASL NO.

Eccesso ponderale

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-2012

(n=149.823)

Pool di Asl: 41,9% (IC 95%: 41,6-42,2%)

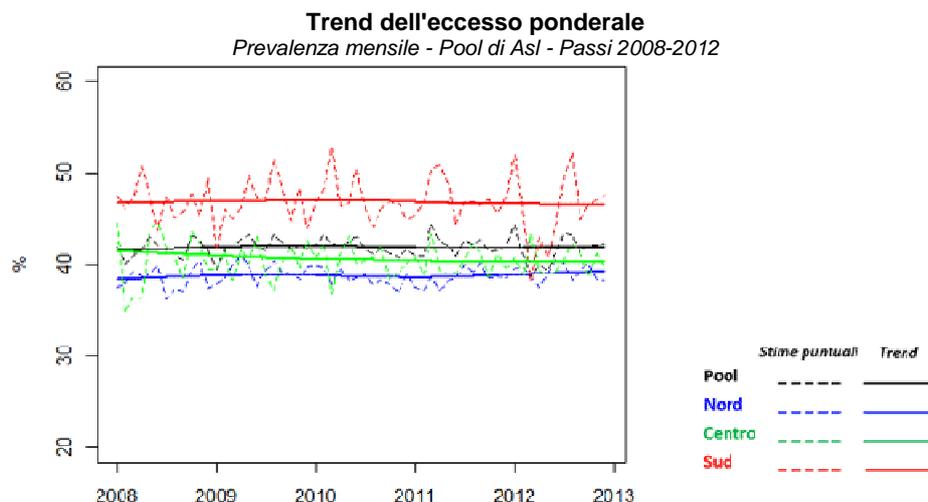


Nel pool di ASL 200-12, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42% (31% in sovrappeso, 11% obesi).

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La Basilicata è la Regione con il valore più alto, pari a 49%, seguita da Campania e Molise con 48%, la P.A. di Bolzano con il 34% è quella con il valore più basso.

In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione
 ASL VC 2009-12 (n=1.045)

Analisi di trend sul pool di ASL



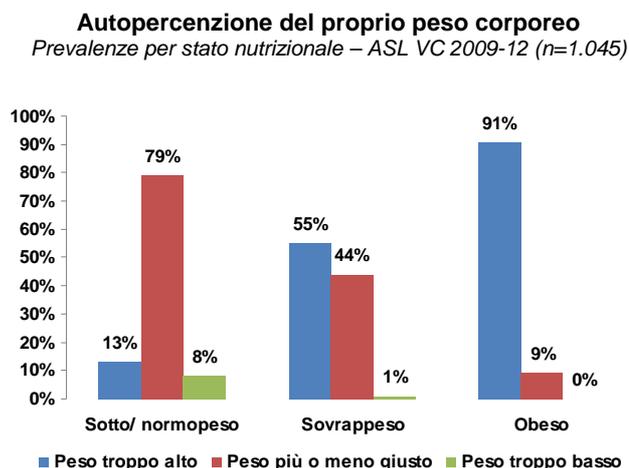
Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2012 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

- **Come considerano il proprio peso le persone intervistate?**

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

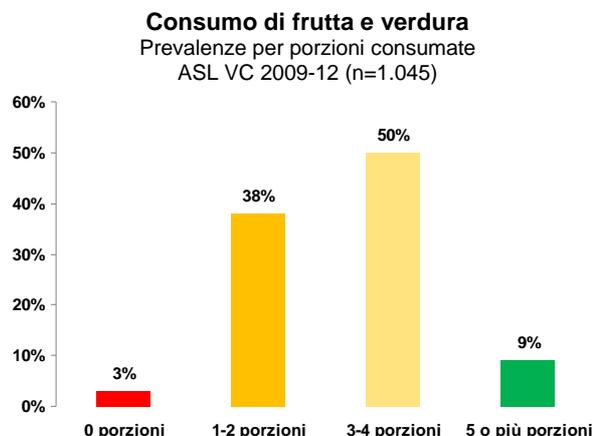
La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL VC si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (91%) e nei normopeso (79%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 44% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'82% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 23% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 54% degli uomini.



• **Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?**

Nella ASL VC il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 50% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 9% le 5 porzioni raccomandate.

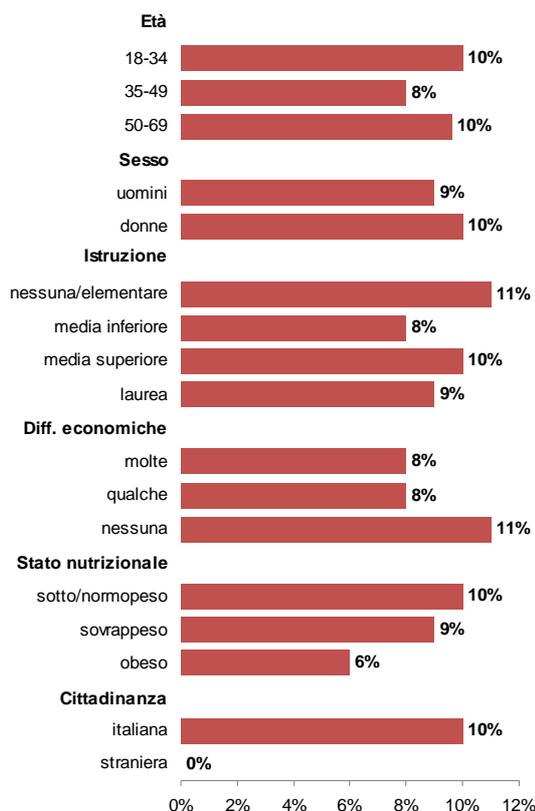


Considerando le caratteristiche socio-demografiche, non emergono differenze particolari rispetto all’abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno.

L’abitudine sembrerebbe però meno diffusa fra le persone obese.

Adesione al five-a-day
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL VC 2009-12 (n=1.045)

Totale: 9,3% (IC 95%: 7,6%-11,3%)



Adesione al five-a-day

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2009-12
 Pool di Asl: 9,6% (IC 95%: 9,2-10,0%)



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

In Italia, quasi la metà degli adulti intervistati da Passi nel 2009-2012 consuma tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura (49%) mentre solo uno su dieci (10%) ne consuma la quantità raccomandata nelle linee guida per una corretta alimentazione, cioè cinque porzioni al giorno (*five a day*).

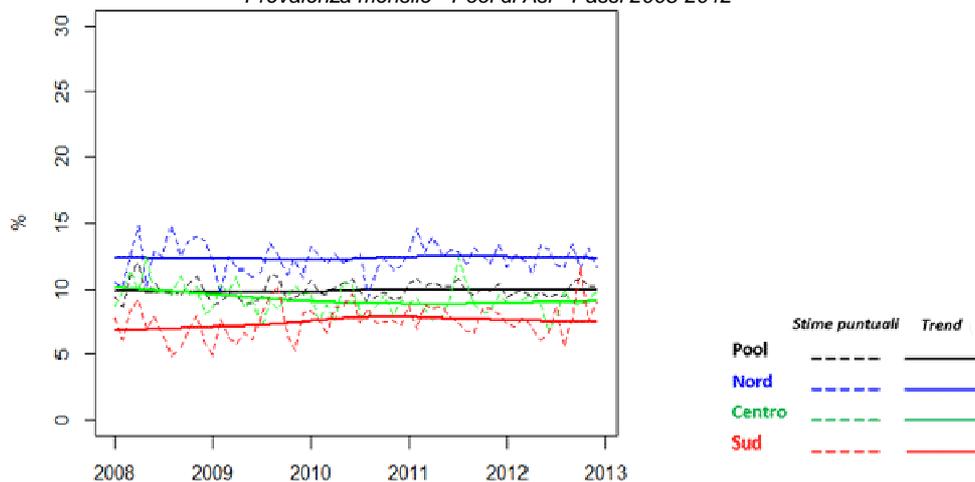
Consumano più frequentemente cinque porzioni al giorno di frutta e verdura le donne (11%), gli adulti (50-69 anni, 13%), i più istruiti (11%) e coloro che non dichiarano difficoltà economiche (11%).

La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2009-2012. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%) e il valore più basso in Basilicata e Calabria (6%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del five a day

Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012

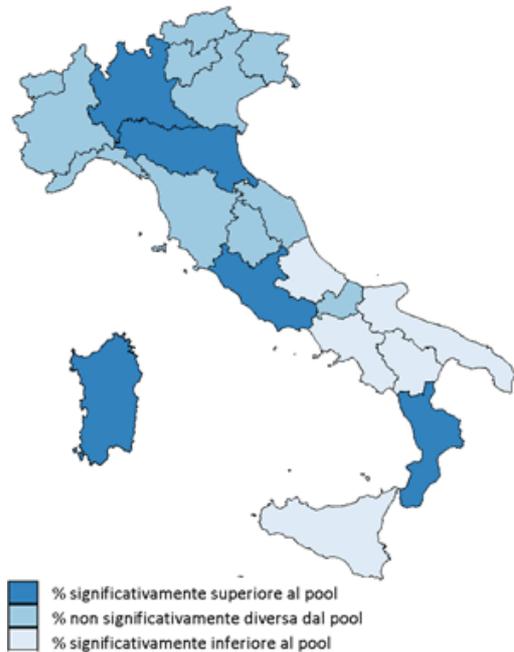


L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

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

Nella ASL VC il 50% 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 hanno riferito questo consiglio il 41% delle persone in sovrappeso e 72% delle persone obese.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per regione di residenza – Passi 2009-12
Pool di Asl: 52,5% (IC95%: 52,0-53,0%)



L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso ponderale appare troppo bassa: nel periodo 2009-2012, solo il 50% degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso. Sale a 78% il valore tra gli obesi, ma rimane basso per i soli sovrappeso (44%).

La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori non evidenzia un particolare gradiente. Il valore più alto (64%) è registrato in Sardegna insieme ad alcune Regioni del Centro (Lazio 58%) e del Nord (Lombardia e P.A. di Trento, 56%), mentre quello più basso in Basilicata (29%).

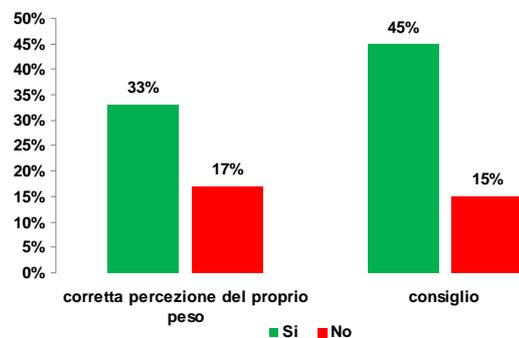
* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Il 27% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (24% nei sovrappeso e 34% negli obesi).

La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (33% vs 23% negli uomini)
- negli obesi (34% vs 24% nei sovrappeso)
- nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (33%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (17%)
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (45% vs 15%).

Attuazione di una dieta
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso per consiglio dell'operatore sanitario ASL VC 2009-12



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

Nella ASL VC il 20% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (22% nei sovrappeso e 16% negli obesi). Il 26% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver 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 22% delle persone in sovrappeso e il 37% di quelle obese.

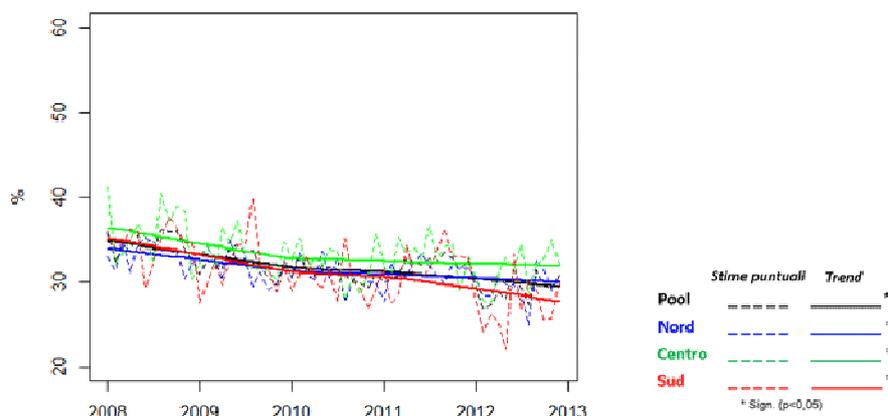
Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, l'84% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto all'80% di chi non l'ha ricevuto.

A livello nazionale appare più alta l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso ponderale, anche se sempre insufficiente: nel periodo 2009-2012, il 50% degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso. Sale a 78% il valore tra gli obesi, ma rimane basso per i soli sovrappeso (44%).

La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori non evidenzia un particolare gradiente. Il valore più alto (64%) è registrato in Sardegna insieme ad alcune Regioni del Centro (Lazio 58%) e del Nord (Lombardia e P.A. di Trento, 56%), mentre quello più basso in Basilicata (29%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



Nel periodo 2008-2012, a livello nazionale, si è ridotta in maniera significativa la quota di persone in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare una dieta: il calo è stato in media del 5,7% (al Nord del 3,9; al Centro del 4,4%; 9,3 al Sud).

Tra tutte le persone in eccesso ponderale che sono state dal medico nei 12 mesi precedenti l'intervista, coloro che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso seguono più frequentemente una dieta (37%) rispetto a chi non ha ricevuto questo consiglio (13%).

Ancora più bassa appare la percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario, negli ultimi 12 mesi, il consiglio di fare attività fisica (38%). Riceve il consiglio il 35% dei sovrappeso e il 48% degli obesi.

Ad ogni modo, il fare attività fisica non è influenzato di molto dal ricevere il consiglio del medico: si passa dal 63% di chi non riceve il suggerimento al 70% di chi lo riceve.

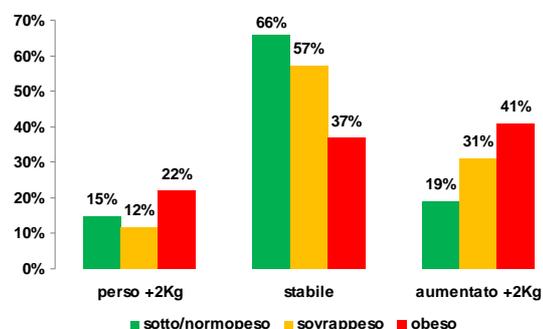
• Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

Nella ASL VC il 25% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- nella fascia 35-49 anni (27% vs 22% 18-34 anni e 24% 50-69 anni)
- nelle persone già in eccesso ponderale (41% obesi e il 31% sovrappeso vs 19% normopeso)
- nelle donne (29% vs 20% uomini).

Cambiamenti di peso
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale ASL VC 2009-12



Conclusioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nella ASL "VC" di Vercelli una persona adulta su tre presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: poco meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 27% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (circa 80%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (9%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

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.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Le esperienze di Promozione della salute nella ASL di Vercelli

Obiettivo degli interventi relativi a un'alimentazione sana è quello da un lato di verifica di quanto commercializzato in questo campo al fine di prevenire sofisticazioni e dall'altro, di instillare nella popolazione, nelle varie fasce di età, una consapevolezza nuova riguardo alle necessità della propria dieta come primo argine all'insorgere di patologie spesso croniche e afflittive per l'individuo.

Le modalità operative per migliorare la qualità igienico-sanitaria dei prodotti alimentari, oltre che su criteri di responsabilità delle ditte alimentari, si basa sul sistema dei controlli che devono verificare tale impegno, tramite un'analisi/aggiornamento dei determinanti di rischio e la verifica dell'efficacia delle misure adottate.

L'analisi non comprende solo le definizioni dei fattori di rischio ma prevede adeguate strategie di comunicazione sia alle ditte interessate che alla popolazione evitando allarmismi in genere.

Per quanto riguarda l'aspetto epidemiologico si è riscontrato negli ultimi anni un trend in diminuzione delle contaminazioni da parte di microrganismi patogeni di alimenti di origine animale. Si è evidenziato che molto spesso l'episodio infettivo avviene nella fase di preparazione dell'alimento e su questo si è confortati anche da statistiche americane in merito.

Da questo punto di vista appare fondamentale l'azione educativa al fine di stimolare comportamenti corretti ed una migliore gestione dei rischi legati alla manipolazione di alimenti, sostenendo un'azione efficace nei confronti delle ditte produttrici.

In sintesi si è provveduto a proseguire l'attuazione del piano di sicurezza alimentare con particolare attenzione all'uniformità, efficacia ed appropriatezza dei controlli.

Per quanto riguarda l'ambito scolastico si è continuato con le attività di Sorveglianza istituite a livello nazionale (Okkio alla salute, HBSC) e si è provveduto alla sorveglianza sui prodotti confezionati e consumati in età evolutiva durante gli spuntini, completando il caricamento dei dati delle etichette di alimenti raccolte nel 2012 e mantenendo così aggiornata la banca dati regionale.

La ristorazione scolastica è stata oggetto di attività di vigilanza con utilizzo della scheda regionale di Sorveglianza igienico-nutrizionale delle mense-Sezione A fornita dalla Regione e la scheda per la sorveglianza delle porzionature (interventi a carico del Servizio Igiene degli Alimenti.). Tali controlli hanno interessato 41 refezioni rispetto alle 20 previste.

Si è provveduto inoltre ad attivare il "Progetto spuntino" in forma di percorso di formazione per insegnanti e il "Progetto alimentazione" per promuovere corretti stili di alimentazione e Prevenzione dei disturbi alimentari (interventi effettuati in collaborazione tra Psichiatria e Servizio Igiene degli Alimenti.).

Sempre nell'ambito dell'attività di Vigilanza alimentare sono state verificate n. 30 strutture per anziani rispetto alle 15 previste.

Per quanto riguarda la popolazione in generale sono stati effettuati interventi strutturati per soggetti a rischio al fine di promuovere stili alimentari favorevoli (sportelli nutrizionali, ambulatori di counselling individuali/di gruppo) con la partecipazione del Servizio Igiene degli alimenti e della Medicina dello Sport.

Si è proseguito in ultimo il Progetto Celiachia con corsi teorico-pratici per operatori del settore alimentare e per studenti dell'ultimo anno degli Istituti Alberghieri della Provincia al fine di formare e informare su questa problematica i soggetti "produttori di cibo".

Alimentazione e attività fisica

È stato stimato che circa il 30% di tutte le forme di tumore nei Paesi industrializzati è ricollegabile a fattori nutrizionali, collocando la dieta al secondo posto dopo il tabagismo fra le cause di cancro prevenibili. In generale, un bilancio calorico positivo, con successivo accumulo di tessuto adiposo, e l'aumento di peso, misurabile in genere attraverso l'indice di massa corporea e la circonferenza addominale, rappresentano un fattore di rischio per numerosi tumori, tra cui quelli di faringe ed esofago, cavità orale, stomaco, colon retto, pancreas, polmone, mammella, endometrio, prostata e rene.

In Italia, 3-4 abitanti su 10 sono in sovrappeso o sono obesi, con tassi più elevati nelle Regioni meridionali e con una tendenza all'aumento negli ultimi anni. Il fenomeno non risparmia i bambini: la prevalenza media del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini di 6-9 anni, tra le più alte in Europa, è del 34%, anche in questo caso con tassi più elevati al sud.

Il Codice europeo contro il cancro riporta raccomandazioni specifiche su come si possano prevenire i tumori, ma anche altre malattie croniche come le cardiopatie, attraverso l'alimentazione e l'attività fisica:

- evitare l'obesità
- fare ogni giorno attività fisica
- mangiare ogni giorno almeno cinque porzioni di frutta e verdura e limitare il consumo di alimenti contenenti grassi di origine animale
- moderare il consumo di alcolici (birra, vino o liquori) a due bicchieri al giorno per gli uomini e a uno per le donne.

Anche l'OMS ha approvato nel 2004 una Strategia globale su dieta, attività fisica e salute, con una serie di indicazioni per i Governi e per tutte le altre parti in causa, raccomandando un approccio multisettoriale al problema e l'attivazione di interventi di tipo comportamentale (modificazioni dello stile di vita individuale) e sociale (creazione di condizioni atte a cambiare i comportamenti individuali).

In Italia, con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, è stato attuato il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che ha individuato come problema di salute prioritario l'obesità.

La pianificazione regionale è inoltre supportata da una serie di programmi mirati particolarmente alla definizione di un sistema di sorveglianza su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica nella popolazione italiana da parte del CCM e delle Regioni e Province autonome.

Fonte: *"Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008"* e *"Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per il 2011-2013"*

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1691&area=dispositivi-medici&menu=piano

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori Passi

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

Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; consumo *binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

- **Quante persone consumano alcol?**

Consumo di alcol – ASL VC - PASSI 2008-11 (n=1.045)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	62,8 (59,7-65,7)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,3 (4,9-8,0)
Consumo abituale elevato ¹	5,5 (4,2-7,1)
Consumo binge (2010-2011) ²	11,6 (9,4-14,2)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	18,6 (15,9-21,7)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);
più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

Nel periodo 2009-12, la percentuale di consumatori di alcol nella ASL VC è risultata pari al 63%, mentre il consumo fuori pasto era del 6% e il consumo abituale elevato del 5%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati precedenti il 2010 con i successivi, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (12%) e del consumo a maggior rischio (19%), relative al periodo 2010-12.

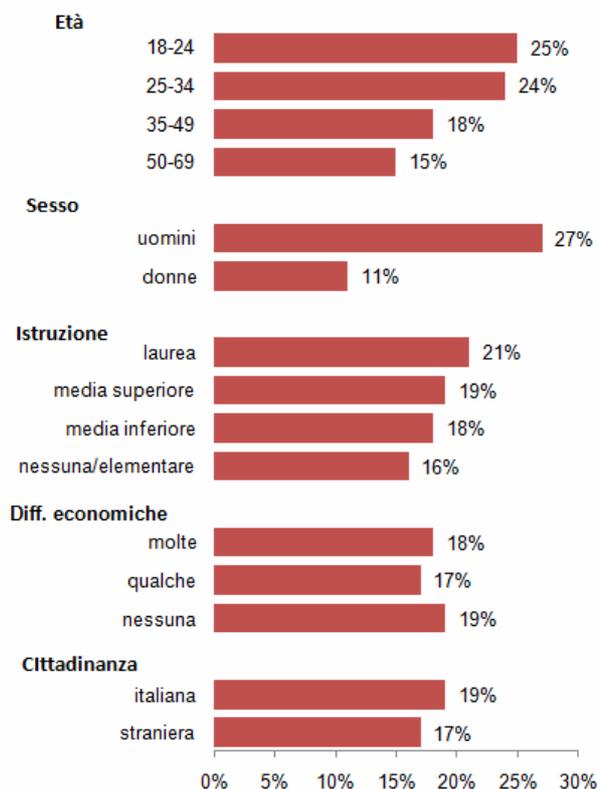
• **Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?**

Nel periodo 2010-12 nell'Azienda VC, il 19% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

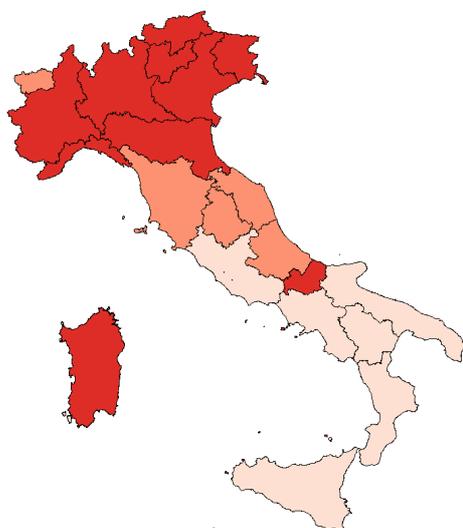
Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i 18-34enni e gli uomini e cresce gradualmente, anche se limitatamente, con l'aumentare del livello d'istruzione, mentre non c'è differenza rispetto alle difficoltà economiche e alla cittadinanza.

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL VC 2010-12

Totale: 18,6% (IC 95%: 15,9%-21,7%)



Consumo a maggior rischio
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-12
Totale: 17,0% (IC95%: 16,8%-17,3%)



■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

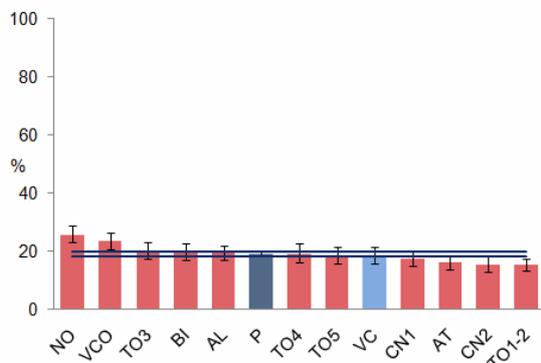
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nella ASL VC, nel periodo 2010-12, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 19%, mentre, nello stesso periodo, nel Pool di ASL PASSI è del 17%.

Si osservano inoltre differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Sicilia e il 10% della Campania al 40% della P.A. di Bolzano e il 29% del Friuli.

Consumo a maggior rischio - Regione Piemonte

PASSI 2009-12: 19,2% (IC 18,4%-20,1%)



Il consumo a maggior rischio in regione Piemonte è risultato pari al 19,2% con un range dal 15,2% della ASL TO1-2 al 25,8% della ASL NO

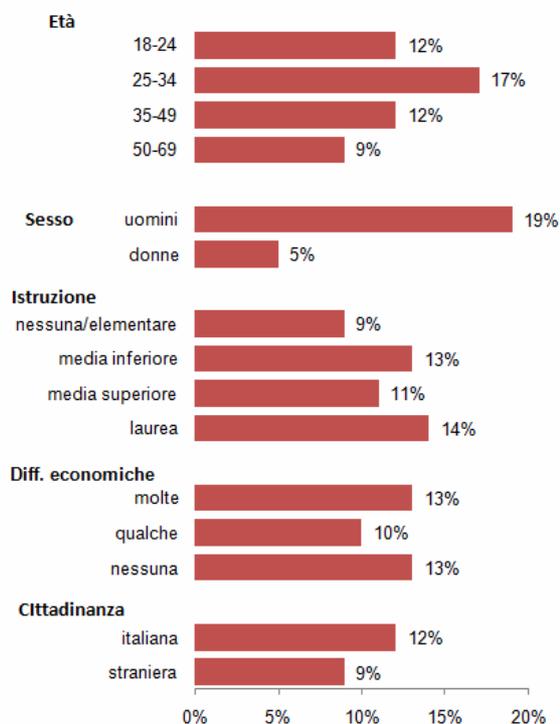
• **Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?**

Nel periodo 2010-12 nell'Azienda VC il 12% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.

Il consumo binge è più frequente tra i 25 e i 34 anni, gli uomini, ma non c'è differenza per livello di istruzione e difficoltà economiche.

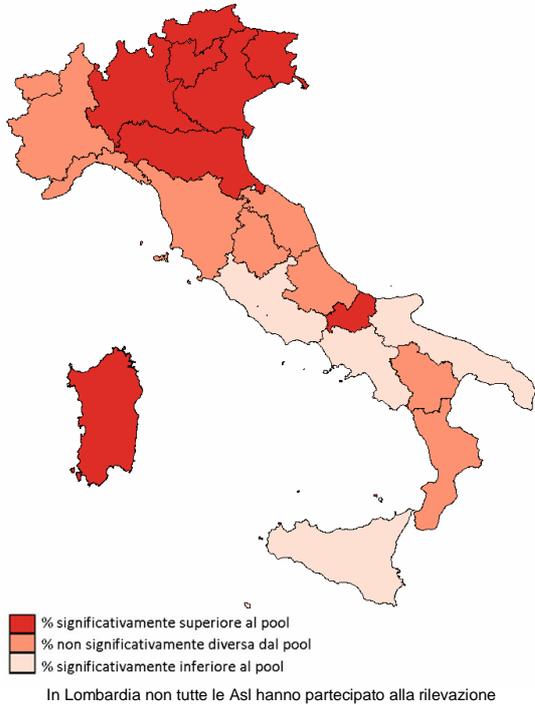
Consumo binge
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL VC 2010-12

Totale: 11,6% (IC 95%: 9,4%-14,2%)



Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-12
Totale: 8,7% (IC95%: 8,5%-8,9%)

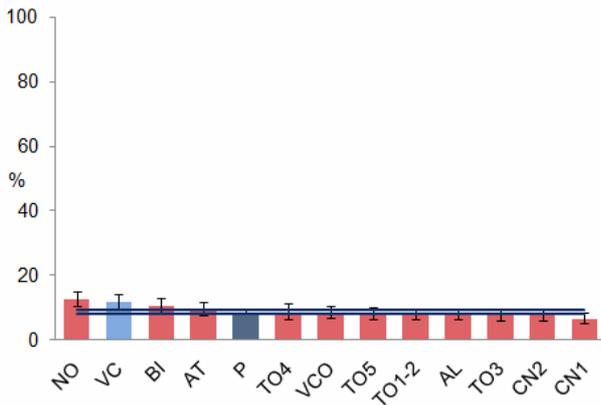


Nella ASL VC, nel periodo 2010-12, la percentuale di bevitori binge è risultata del 12%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo è del 9%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% della Sicilia al 20% della P.A. di Bolzano.

Consumo binge - Regione Piemonte

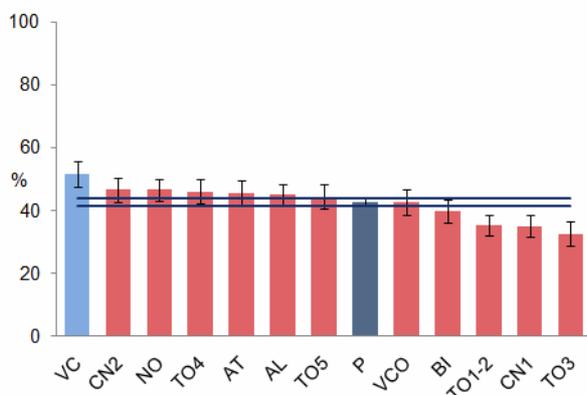
PASSI 2009-12: 8,6% (IC 8,0-9,21%)



Il consumo binge in regione Piemonte è risultato pari all'8,6% con un range dal 6,6% della ASL CN1 al 12,6% della ASL NO. La ASL VC con 11,6% supera la media regionale al limite della significatività statistica.

Consumo prevalentemente nei weekend - Regione Piemonte

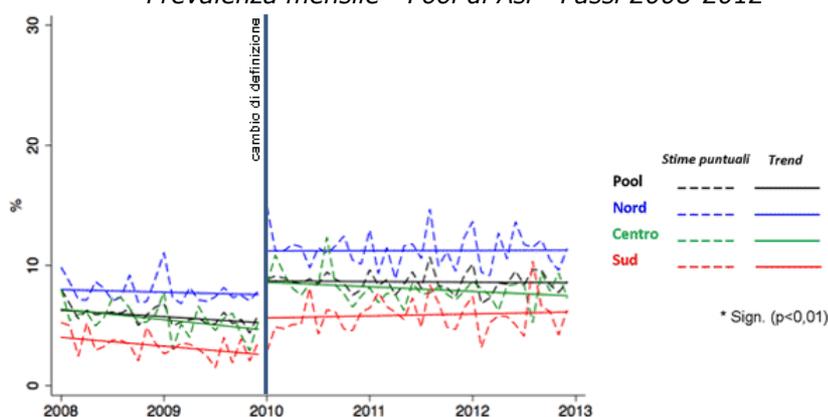
PASSI 2009-12: 42,7% (IC 41,6-43,8%)



Il consumo prevalentemente nei weekend in regione Piemonte è risultato pari all'42,7% con un range dal 32,6% della ASL TO3 al 51,6% della ASL VC, con eccesso statisticamente significativo rispetto alla media.

Analisi di trend sul pool di ASL**Trend del consumo di alcol binge**

Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva come in coincidenza del cambio di definizione ci sia un salto di prevalenza media; non essendo direttamente confrontabili i dati del binge drinking dei due bienni (2008-09 e 2010-11) si può comunque valutarne le linee di tendenza separatamente. Non si osserva alcun cambiamento significativo (in realtà nel Sud sembrano aumentare sebbene non siano significativi) per i dati di pool di Asl, nel Nord e nel Sud, mentre per il Centro, per entrambi i bienni, c'è un decremento significativo del fenomeno.

- **Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?**

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Attenzione al consumo alcolico – ASL VC - PASSI 2009-12 (n=1.045)

	% (IC95%)
Domanda del medico operatore sanitario sul consumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	15,2 (12,9-17,8)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2012) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	9,0 (4,7-15,2)

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2009-12, nella Azienda VC, solo il 15% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2009-12
Totale: 14,9% (IC95%: 14,6%-15,1%)



- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool

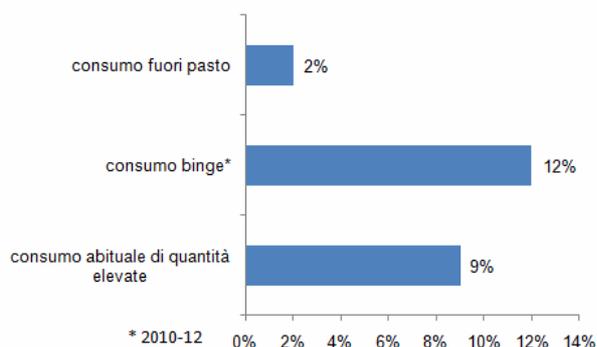
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

A livello nazionale nel Pool di ASL PASSI, nel periodo 2009-12, la percentuale di intervistati che riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol. è risultata del 15% come nella ASL VC.

La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori riflette la distribuzione delle prevalenze di consumatori a maggior rischio. La Sardegna registra il valore più alto (25%) insieme ad alcune Regioni del Nord (Friuli Venezia Giulia e P.A. di Trento, 23%); la Basilicata e la Campania, invece, hanno la percentuale più bassa (9%).

Consiglio di bere meno

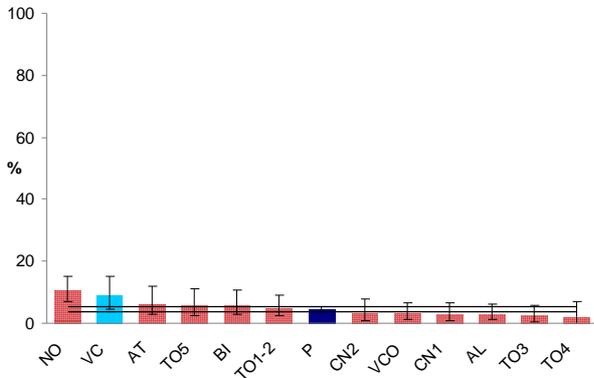
Percentuali per tipo di consumo – ASL VC 2009-12



* 2010-12

Nel periodo 2009-12, nella Azienda VC, solo il 9% degli intervistati, che consuma abitualmente quantità elevate di alcol, il 12% di bevitori binge e il 2% dei consumatori fuori pasto, riferiscono che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

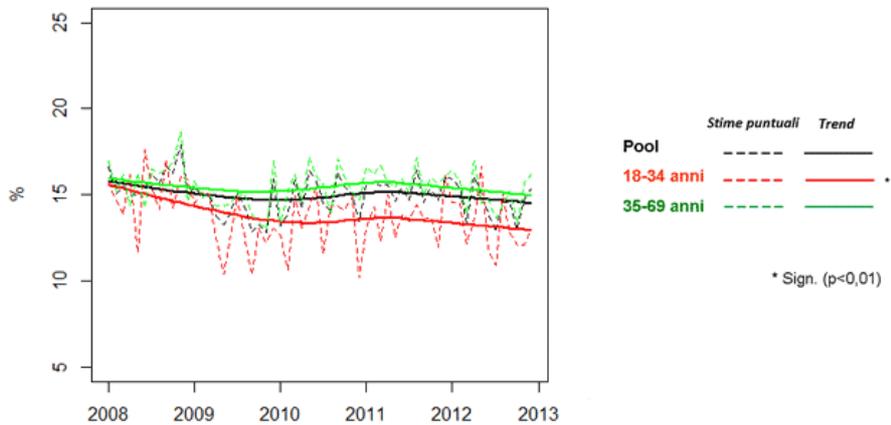
**Consiglio di ridurre il consumo di alcol
ai consumatori con consumo a maggior rischio**
Regione Piemonte - PASSI 2009-12: 4,4% (IC 3,5-5,4%)



La percentuale di persone con consumo di alcol a maggior rischio (bevitori fuori pasto, bevitori binge e con consumo abituale elevato) che ha ricevuto il consiglio di un medico o di un operatore sanitario di ridurre il consumo di alcol è molto limitata, a livello regionale fra il 1,9% e il 10,5%. Nella ASL VC fra le più alte: 9%.

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del consumo di alcol chiesto dal medico
Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



Nel periodo 2008-2012 si è ridotta la quota di persone che ha riferito di aver ricevuto attenzione da parte di un operatore sanitario su questo tema, in modo significativo fra i più giovani (18-34enni).

Conclusioni

La maggioranza della popolazione della ASL VC non beve alcol (37%) o beve moderatamente (44%). Tuttavia, si stima che un adulto su 5 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini e tra i giovani/adulti (25-45 anni) i consumatori a rischio sono uno su quattro.

In base alle indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Consumo di alcol

Le esperienze di Promozione della salute nella ASL di Vercelli

Per quanto riguarda questa tematica sono stati realizzati interventi formativi ed educativi con la collaborazione fra operatori ASL (SerT e Psicologia) e volontari CRI.

Nell'ambito del Progetto nazionale "Guadagnare salute in adolescenza - Insieme per la sicurezza" integrato con il Progetto "Safe night-Fuori Posto" sono stati attivati interventi nei luoghi di divertimento così articolati:

- allestimento di postazioni all'interno dei locali, con materiale informativo, schede di rilevazione, utilizzo di etilometro per la misurazione dell'alcolemia
- somministrazione di questionari anonimi
- previsioni e considerazioni circa il consumo di alcol e verifica sulle intenzioni di guida.

Riguardo a questo sono stati attivati 3 interventi nel Distretto della Valsesia e 1 nel Distretto di Vercelli.

Sempre riguardo a queste tematiche la Medicina Legale dell'ASL ha predisposto un modulo cartaceo sui rischi connessi a guida in stato di ebbrezza e/o da stupefacenti consegnata agli utenti sottoposti a revisione patente prefettizia.

E' stato approntato inoltre un video a cura di Medicina Legale/URP sui rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza e/o da stupefacenti indirizzata a tutti gli utenti in possesso di patente di guida e disponibile sul sito Internet Aziendale e a disposizione della cittadinanza.

Consumo di alcol

Al contrario di quanto si ritiene comunemente, l'alcol non è nutriente (come lo sono ad esempio le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo abuso è tossico per l'organismo e le sue funzioni. L'alcol può provocare danno diretto alle cellule di molti organi tra cui fegato e sistema nervoso centrale, con una capacità di indurre dipendenza superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute, inoltre può essere un fattore determinante per atteggiamenti o comportamenti violenti anche all'interno della famiglia e può interagire con molti farmaci (è particolarmente pericoloso se associato a sedativi, tranquillanti, ansiolitici e ipnotici).

Inoltre, se si vuole ridurre il proprio peso corporeo è necessario limitare il consumo di bevande alcoliche o smettere di bere, poiché l'alcol apporta 7 chilocalorie per grammo, che sommate a quelle apportate dagli alimenti, possono contribuire a farci ingrassare; per smaltire le calorie derivanti da un paio di bicchieri di bevanda alcolica, sarebbe necessario camminare per circa 50 minuti o nuotare per 30 minuti o ballare per 35 minuti.

Per valutare correttamente il rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche, oltre a considerare la frequenza e le quantità assunte dagli individui, si deve quindi tener conto di alcuni stili di vita come:

- il bere lontano dai pasti o il bere quantità di alcol eccessive in una singola occasione
- il consumo in occasioni o contesti che possono esporre a particolari rischi, quali la guida o il lavoro
- la capacità di smaltire l'alcol rispetto al genere e all'età della persona.

Un consumo considerato moderato può essere indicato entro il limite di:

- 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo
- 1-2 unità alcoliche per le donne
- una sola unità alcolica per gli anziani

da consumarsi durante i pasti.

L'unità alcolica corrisponde alla quantità di alcol contenuta in:

- un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione
- una lattina (330 ml) di birra di media gradazione
- un bicchierino (40 ml) di superalcolico.

Per gli adolescenti fino a 15 anni, l'OMS raccomanda l'astensione totale dal consumo di alcol.

I consumi che eccedono tali soglie sono dunque da considerarsi a rischio. Inoltre è da considerare che la tollerabilità all'alcol può essere compromessa anche da particolari condizioni di salute, da assunzione di farmaci o altri fattori individuali.

Fonte: *Ministero della salute*

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=459&area=stiliVita&menu=vuoto

Alcol e guida

Nei Paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

• Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida – ASL VC - PASSI 2008-11 (n=1.045)

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	11,4 (9,1-14,3)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	9,3 (7,6-11,3)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

** percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

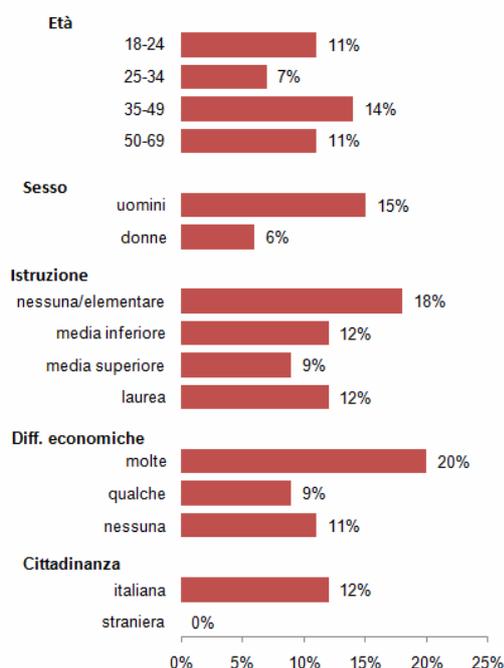
Nel periodo 2009-12, nella ASL VC l'11% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 9% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne

Differenze si rilevano anche per età (particolarmente fra i 35 e i 49 anni), per istruzione e per difficoltà economiche.

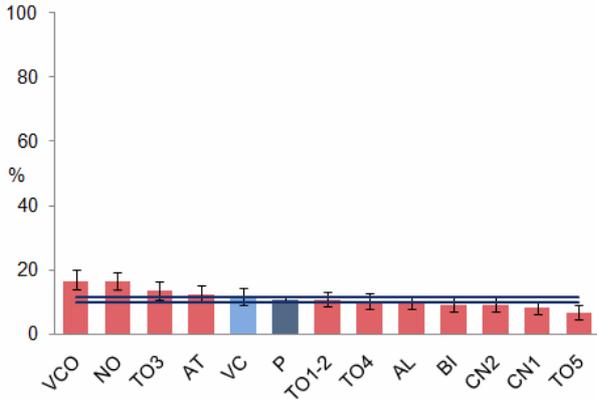
Guida sotto l'effetto dell'alcol Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL VC 2009-12

Totale: 11,4% (IC 95%: 9,1%-14,3%)



Guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente

Regione Piemonte – PASSI 2009-12: 10,8% (IC95%: 10,1% - 11,5%)

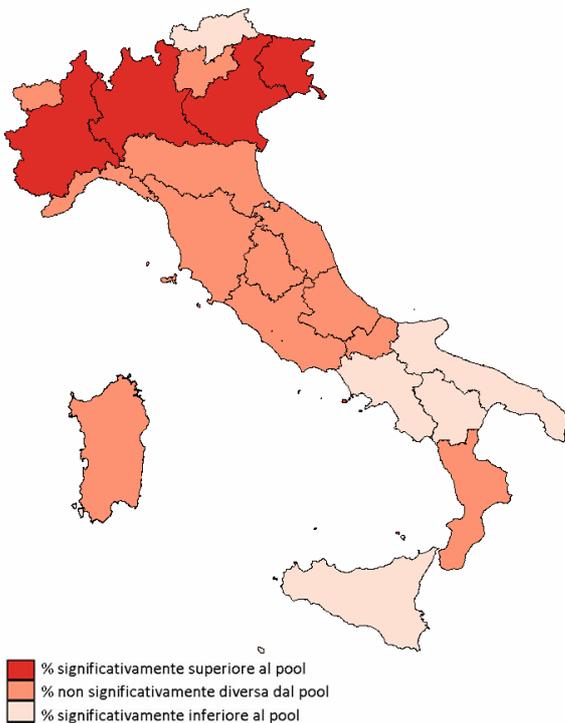


La percentuale di guidatori che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nella ASL VC (11,4%) è fra le più alte a livello regionale in cui mediamente risulta pari a 10,8% (IC95% 10,1-11,5).

Guida sotto l'effetto dell'alcol

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2009-12

Totale: 9,6% (IC95%: 9,3%-9,8%)



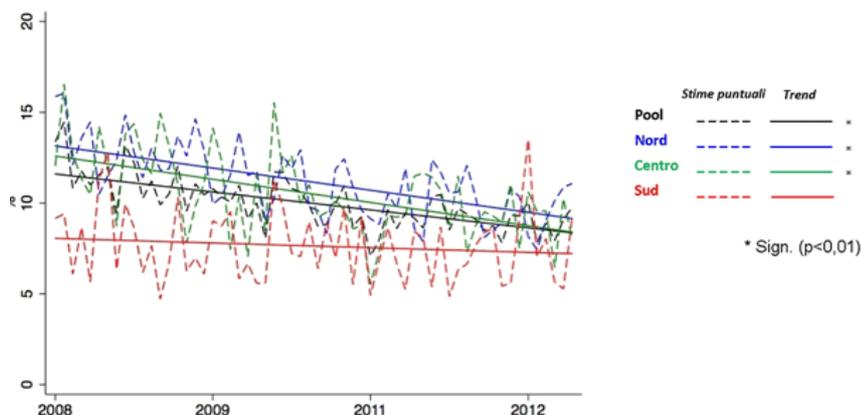
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nella regione Piemonte nel periodo 2009-12, la percentuale di intervistati che guidano sotto l'effetto dell'alcol è del 10%, la stessa rilevata nel pool di ASL.

La distribuzione geografica della guida sotto l'effetto dell'alcol presenta un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali (Friuli Venezia-Giulia con il 13%, le Asl lombarde, il Piemonte e il Veneto con l'11%).

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend della guida sotto l'effetto dell'alcol
Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



Si è registrata una confortante e significativa riduzione – nel periodo 2008-2012 – della prevalenza dei guidatori sotto l'effetto dell'alcol in tutto il Paese, tranne nelle Regioni del Sud, per le quali, comunque, il fenomeno è meno rilevante

- Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani**

Alcol e guida nei giovani – ASL VC - PASSI 2009-12 (n=116)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	11,1 (4,6-21,6)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, la popolazione di giovani di 18-25 anni merita di essere monitorata con attenzione, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), è esposta ad un rischio maggiore di incidenti.

Tra i giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2009-2012, il 11% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è uguale a quello della media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto.

- I controlli delle Forze dell'Ordine (2010-12)**

Controlli delle forze dell'ordine – ASL VC - PASSI 2010-12 (n=1.045)

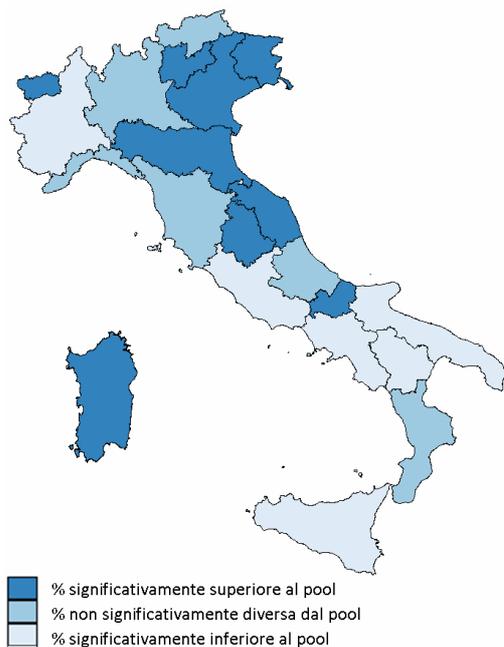
	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	34,2 (26,3-35,3)

*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

Nel periodo 2010-12, nella ASL VC il 34% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.

Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media due volte negli ultimi 12 mesi.

Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo
 Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-12
 Totale: 34,7% (IC95%: 34,3%-35,0%)



In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

A livello regionale, nel periodo 2010-12, la percentuale di intervistati che riferiscono di aver avuto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi è del 33%, nel Pool di ASL questa percentuale nello stesso periodo è sempre del 35%.

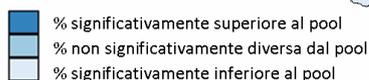
Controlli delle forze dell'ordine – ASL VC - PASSI 2010-12 (n=237)

	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	16,0 (11,6-21,3)

* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

Controllo con etilotest

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-12
Totale: 11,0% (IC95%: 10,6%-11,3%)



In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: il 35% di coloro che hanno dichiarato di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi, ha riferito di aver subito un controllo da parte delle forze dell'ordine, fra questi solo l'11%, prevalentemente giovani e uomini, riferisce di essere stato sottoposto a etilotest.

Sebbene la variabilità interregionale sia contenuta, i controlli delle forze dell'ordine sono risultati più frequenti nelle regioni settentrionali, sia nel loro insieme sia con etilotest; anche Umbria e Toscana si caratterizzano come Regioni in cui è maggiore il ricorso all'etilotest.

Nel periodo 2010-2012 l'analisi di trend, sia a livello di pool nazionale sia nelle macro-aree, non ha mostrato cambiamenti significativi né per la frequenza dei controlli delle forze dell'ordine né per il numero di controlli fatti con l'etilotest; si mantengono comunque le differenze tra macroaree. Per quanto riguarda l'utilizzo dell'etilotest, il Centro sembra avvicinarsi ai valori del Nord.

Conclusioni

Nell'Azienda VC di Vercelli, una minoranza, piccola ma consistente e superiore alla media regionale (11% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri. Pertanto particolare attenzione dovrebbe essere posta a interventi volti al contenimento del fenomeno, specialmente nella popolazione giovanile, infatti anche fra i 18-25enni la percentuale di guidatori che consuma alcol prima di mettersi alla guida è pari all'11%.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sebbene i comportamenti individuali rappresentino fattori di primaria importanza, per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

Metodologia della Sorveglianza Passi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza 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 di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale VC, costantemente aggiornate (circa 115.000 persone/anno). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della ASL VC e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente estratto dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'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 condotte dal personale della S.S. SITROP (Servizio Infermieristico Tecnico, e della Riabilitazione, delle Ostetriche e dei Tecnici della Prevenzione), con cadenza mensile; luglio e agosto sono considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 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.

La raccolta dei dati avviene prevalentemente tramite questionario cartaceo; Alcuni intervistatori utilizzano il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (passidati).

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quello delle ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia orizzontale presente nei grafici esprime l'IC95% 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 2009/2012 ("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.

Prima dell'intervista, l'intervistatore 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.

Il personale dell'ASL, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente su PC.

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri. 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 sono 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.

Disponibilità bibliografia di riferimento ai siti web:

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

<http://www.guadagnaresalute.it/>

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=stiliVita