



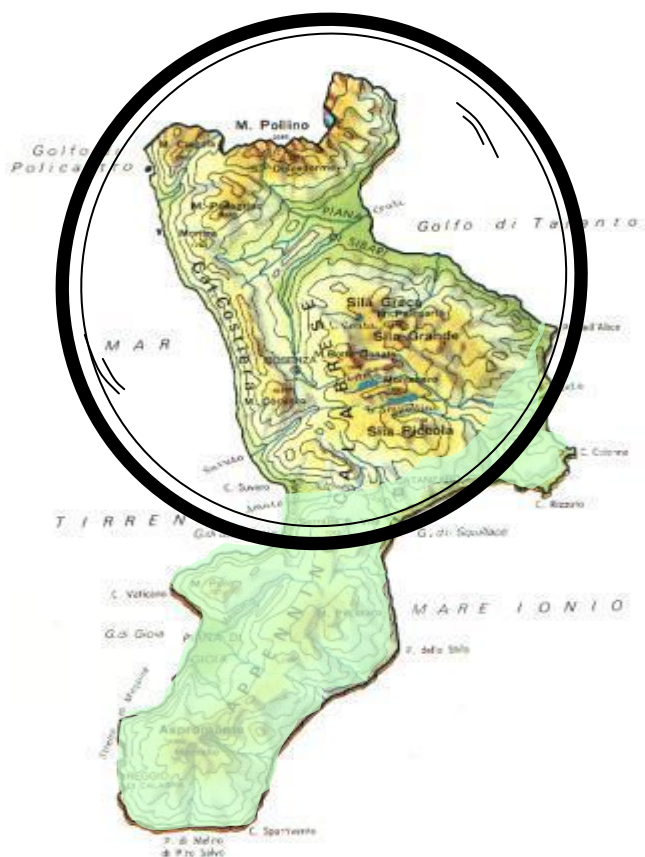
Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Sistema di Sorveglianza Passi

Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Rapporto 2013

Condizioni che incidono sullo stato di salute





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Rapporto a cura di:

Francesco Sconza

(U.O.C. Epidemiologia e Statistica Sanitaria - Dipartimento di Prevenzione)

Con la collaborazione di :

Vilmerio Gigli, Daniela Guarascio, Nello Guccione, Paola Scarpelli, Claudia Zingone.

(U.O.C. Epidemiologia e Statistica Sanitaria - Dipartimento di Prevenzione)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Gruppo tecnico nazionale PASSI

Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Paolo D'Argenio, Angelo D'Argenio, Barbara De Mei, Pirous Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Alberto Perra, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Stefania Salmaso, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli.

Referenti regionali

Caterina Azzarito, Giacomino Brancati, Rubens Curia, Amalia De Luca.

Direttore Dipartimento di Prevenzione ASP Cosenza

Marcello Perrelli

Gruppo di lavoro ASP Cosenza

Maria Carmina Ammirati, Francesca Bonadio, Maria Capua, Miranda Cariati, Erminia Cicirelli, Letizia Cimminelli, Anna Maria Coscarello, Angela De Zarlo, Elvira Ferraro, Mirella Filice, Maria Concetta Giannace, Rosanna Graziano, Adriana Lisco, Angela Ponzetta, Pia Porcelli, Roberta Rende, Rossella Rotondaro, Teresa Scalise, Anna Scialla, Anna Chiara Tomaselli, Giorgio Tripicchio

Revisione del testo e grafica:

Federica e Ilaria Sconza

Si ringraziano per la disponibilità e la preziosa collaborazione fornita:

I Direttori Generali, i Direttori Sanitari, i Direttori dei Dipartimenti, dei Distretti e delle Unità Operative cui afferrisce il personale dei gruppi di lavoro dell'Azienda Sanitaria Provinciale;

i Sindaci dei Comuni della provincia di Cosenza;

i Medici di Medicina Generale.

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate per la cortesia, la disponibilità, il tempo e l'attenzione che ci hanno generosamente dedicato

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Indice

Prefazione	4
Il sistema di sorveglianza PASSI in breve	5
Salute e stili di vita: sintesi di dati 2010 - 2013	6
Guadagnare Salute	7
Attività Fisica	8
Situazione nutrizionale	11
Consumo di alcol	16
Abitudine al Fumo	21
Fumo passivo	26
Appendice	28
Metodi	29
Monitoraggio	30





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Prefazione

Desidero ringraziare tutti gli operatori dell'Azienda Provinciale di Cosenza coinvolti nella sorveglianza PASSI, i Medici di Medicina Generale, gli operatori dei Comuni della Provincia di Cosenza e i cittadini che hanno collaborato con intenso senso civico in qualità di intervistati assicurando la buona riuscita di questa attività che, iniziata nel 2005 come studio sperimentale, è stata poi avviata come sistema di sorveglianza a livello aziendale dal 2009.

PASSI ha contribuito a colmare alcune lacune conoscitive, in particolare a livello locale, sui principali comportamenti che influenzano la salute, sull'adozione di talune misure preventive e sullo stato di alcuni programmi di sanità pubblica rivolti alla nostra comunità.

Il nostro impegno sarà pertanto di garantire nel tempo il funzionamento e la sostenibilità del sistema, per consolidare la sorveglianza come strumento nella pianificazione e nella valutazione aziendale.

Il Direttore Generale dell'ASP di Cosenza
Dr. Raffaele Mauro

Il Dipartimento di Prevenzione ha creduto fin dall'inizio nell'utilità della sorveglianza PASSI, sollecitando le Direzioni Aziendali che si sono alternate alla guida dell'ASP a favorire e sostenere attivamente la partecipazione dell'U.O.C. di Epidemiologia sia agli studi trasversali che al sistema di sorveglianza, anche attraverso la presenza ai coordinamenti regionali e nazionali.

Dall'inizio della sperimentazione ad oggi PASSI ha accresciuto il proprio patrimonio informativo e i risultati del sistema di Sorveglianza costituiscono un importante contributo alla realizzazione, a livello locale, dei profili di salute della popolazione, contribuendo a delineare il contesto epidemiologico dei principali fattori di rischio comportamentale.

Le attività preventive ormai da tempo avviate nella nostra ASP anche su input dei Piani della Prevenzione nazionale e regionale, potranno così disporre di una ulteriore base di informazione per la loro realizzazione, valutazione e riprogrammazione nei prossimi anni.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dr. Marcello Perrelli



Il sistema di Sorveglianza PASSI in breve

Nel 2004, nell'ambito del progetto "Mattoni" del Nuovo Sistema Sanitario, le Regioni partecipanti arrivarono alla conclusione che era necessario dotare le ASL di un sistema di sorveglianza capace di fornire informazioni sui più importanti fattori di rischio della popolazione, per le quali esistono interventi di prevenzione efficaci, e sul ricorso alle principali misure di prevenzione da parte della popolazione.

Per tale motivo il Centro Nazionale per la Prevenzione e Controllo delle Malattie incaricò l'Istituto Superiore di Sanità di testare in alcune ASL un sistema di sorveglianza sui comportamenti a rischio.

Nel 2005, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (Cnesps) mise a punto un progetto di sorveglianza, basata su interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione tra 18 e 69 anni che fu testato in due grandi studi trasversali (Studio PASSI 2005 e 2006), in cui furono sperimentati: questionario, coinvolgimento degli operatori sanitari, formazione dei rilevatori, modalità di effettuazione dell'intervista, archiviazione dei dati, metodi di analisi, modalità di comunicazione dei risultati e valutazione della loro utilità e stima dei costi.

Visti i buoni risultati conseguiti dagli studi trasversali, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 prevede lo sviluppo di un sistema di sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali e il Ccm affidò all'Istituto Superiore di Sanità il compito di realizzare un sistema di sorveglianza sul modello del Behavioral Risk Factor Surveillance System americano.

A gennaio del 2007 fu dato avvio al sistema di sorveglianza PASSI.

PASSI è concepito per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati attraverso la costruzione di una base di dati in continua crescita e aggiornamento in grado di fornire informazioni di dettaglio a livello regionale e aziendale, sì da consentire confronti tra le Regioni e le ASL partecipanti e fornire elementi utili all'orientamento delle attività locali di programmazione e valutazione.

Con la sorveglianza continua assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni: è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, sottoposta a regolare e assidua manutenzione.

Il sistema di sorveglianza PASSI indaga aspetti relativi a:

- principali fattori di rischio per le malattie croniche inseriti nel programma "Guadagnare salute": sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo;
- rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio;
- programmi di prevenzione oncologica per il tumore cervicale, mammario e colorettales;
- vaccinazioni contro influenza e rosolia;
- sicurezza stradale e sicurezza in ambito lavorativo e domestico;
- percezione dello stato di salute e presenza di sintomi depressivi.

Ogni mese un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato per sesso ed età dagli elenchi delle Anagrafi Sanitarie, dopodiché personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche sulla base di un questionario standardizzato. Successivamente i dati vengono trasmessi in forma anonima tramite *Internet* e registrati in un archivio unico nazionale.

Nel presente report le analisi fanno riferimento ai dati desunti nel triennio 2010-2013, per fornire un dato maggiormente consolidato rispetto a quello annuale; i dati sono messi a confronto con quelli nazionali riferiti allo stesso periodo, ma non con i corrispondenti regionali, in quanto riconducibili a un *pool* rappresentativo in larga misura dall'ASP di Cosenza.

Per maggiori informazioni si rimanda al sito <http://www.epicentro.iss.it/passi>.

Salute e stili di vita: ASP Cosenza vs pool ASL Italia

Sintesi di dati

	ASP Cosenza 2010-2013	Pool Italia 2010-2013
	%	%
Stato sociale e benessere		
Livello di istruzione elevato (diploma superiore o più)	61	61
Lavoro regolare, tra le persone di 18-65 anni	46	58
Qualche/molte difficoltà economiche	77	57
Giudica la propria salute positivamente	61	68
Presenta sintomi di depressione	8	7

Condizioni che incidono sullo stato di salute


È completamente sedentario	31	31
È in eccesso ponderale	44	42
Mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	5	10
Fuma	29	28
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	75	79
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni	80	83
Riferisce che il medico lo ha informato sul proprio rischio cardiovascolare	10	7
Consumo di alcol a maggior rischio	16	17


Sicurezza stradale e domestica

Ha guidato sotto l'effetto dell'alcol	10	9
Usa la cintura di sicurezza anteriore	79	84
Usa la cintura di sicurezza posteriore	15	20
Usa il casco	89	95
Ha avuto un infortunio domestico che ha richiesto l'intervento medico	3	4

Prevenzione

Ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	48	71
Ha effettuato un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni	59	78
Ha effettuato un test preventivo del sangue occulto negli ultimi 2 anni	9	33
Ha effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	9	13
Ha effettuato la vaccinazione antiinfluenzale (malati cronici)	22	15
Ha effettuato la vaccinazione antirosolia (donne in età fertile)	24	42

 = % significativamente superiore al valore del pool nazionale

 = % non significativamente diversa del valore del pool nazionale

 = % significativamente inferiore al valore del pool nazionale

guadagnare salute

attività fisica

situazione nutrizionale

consumo di alcol

abitudine al fumo

fumo passivo

guadagnare salute

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura.

In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di: ipertensione, malattie coronariche e *ictus* cerebrale, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, cadute (specie degli anziani), alcune neoplasie come il cancro del colon retto, del seno e dell'endometrio.

Il livello di attività fisica raccomandato alla popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari ad almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per non meno di 5 giorni alla settimana, oppure ad attività intensa per più di 20 minuti almeno 3 giorni a settimana. È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in sinergia con altri interventi, possono essere molto utili a incrementare l'attività fisica dei loro assistiti.

Attività fisica - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013		% (IC 95%)
Livello di attività fisica:		
Attivo ¹		38,4 (35,9-40,9)
Parzialmente attivo ²		30,6 (28,3-32,9)

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 svolge lavori pesanti ma pratica attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati.

Quanti svolgono attività fisica?

Nell'ASP di Cosenza oltre il 38% delle persone intervistate ha riferito di svolgere un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica, e può quindi essere definito attivo (*pool* di ASL nazionali 33%).

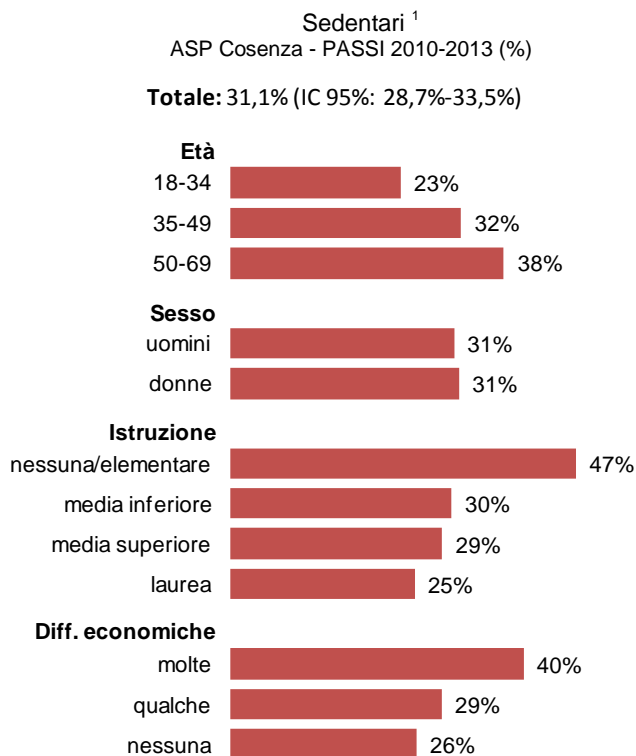
Circa il 31% non svolge un lavoro pesante e pratica attività fisica in misura inferiore a quanto raccomandato, e può quindi essere definito parzialmente attivo (*pool* ASL nazionali 36%).

Quanti sono i sedentari e quali sono le loro caratteristiche?

Circa il 31% del campione può definirsi completamente sedentario (*pool* ASL nazionali 31%).

La sedentarietà aumenta al crescere dell'età e risulta più frequente nelle persone che hanno un minor grado di istruzione e che riferiscono serie difficoltà economiche.

La prevalenza dei sedentari resta relativamente stabile in tutto il periodo 2008-2013.



¹ Persone che non svolgono lavori pesanti né attività fisica

Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL nazionali la percentuale di sedentari si attesta al 31%.

Nel periodo 2010-2013 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 più bassa di sedentari (7%), mentre in Basilicata si registra quella più alta (56%).

Al Sud fanno eccezione il Molise (23%) e la Sardegna (26%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale.

Nell'ASP di Cosenza la prevalenza di sedentari (31%), a differenza che nel resto della Calabria (43%), non risulta significativamente diversa dal *pool*.

Nel periodo 2008-2013 resta relativamente stabile la prevalenza dei sedentari in tutte le macroaree del Paese.

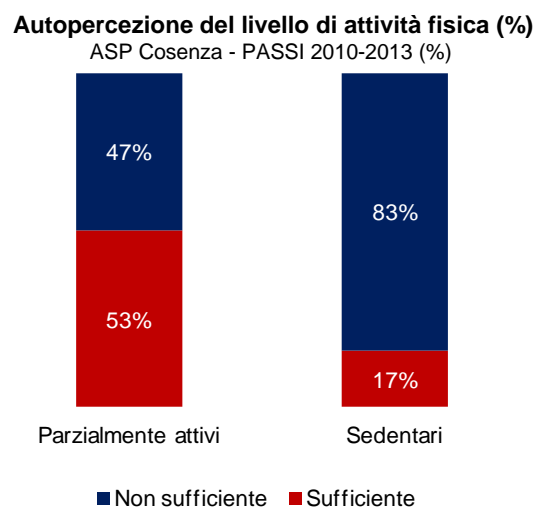


L'autopercezione del livello di attività fisica

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quello dell'attività effettivamente svolta.

Nell'ASP di Cosenza, oltre la metà delle persone parzialmente attive (53%) e circa un sedentario su sei (17%) hanno percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Nel *pool* delle ASL hanno percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente il 51% dei parzialmente attivi e il 19% dei sedentari.



La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

Promozione dell'attività fisica - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013

% (IC 95%)

Riferisce che un medico/operatore sanitario ha chiesto se pratica regolare attività fisica ¹ 37,4 (34,7 - 40,1)

Riferisce che un medico/operatore sanitario ha consigliato di praticare più attività fisica ¹ 34,0 (31,3 - 36,7)

¹ Sono escluse le persone che non si sono rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: nell'ASP di Cosenza, nel periodo 2010-2013, solo il 37% degli intervistati ha riferito che un medico/operatore sanitario ha chiesto conferma dello svolgimento di una regolare attività fisica (31% *pool* di ASL nazionali); appena il 34% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (31% *pool* di ASL nazionali).

Il confronto interregionale

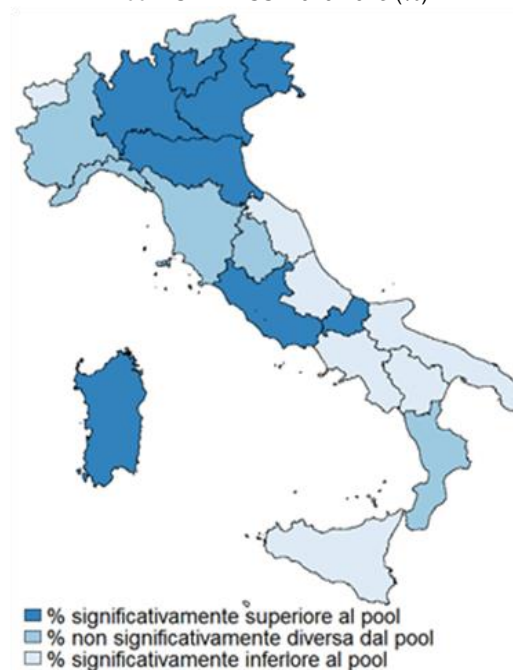
Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.

Pur non evidenziandosi nella distribuzione geografica un chiaro gradiente, l'attenzione al problema della sedentarietà da parte degli operatori sanitari, appare minore in alcune Regioni meridionali.

La prevalenza più bassa si osserva in Basilicata (20%), mentre quella più elevata, in controtendenza con il resto del Meridione, si è registrata in Sardegna (44%).

In Calabria la promozione dell'attività fisica (31%) non è risultata significativamente diversa rispetto a quella registrata nel *pool* di ASL italiane, mentre nell'ASP di Cosenza i valori registrati (37%) sono significativamente superiori a quelli del *pool* nazionale (31%)

Persone interrogate sull'attività fisica
Pool ASL - PASSI 2010-2013 (%)



Conclusioni e raccomandazioni

Il 31% della popolazione cosentina tra 18 e 69 anni risulta completamente sedentario, perché non svolge nessun tipo di attività fisica, sia durante il lavoro che nel tempo libero.

Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: nel periodo 2010-2013, solo il 37% riferisce di aver ricevuto da parte di un operatore sanitario una domanda inerente allo svolgimento dell'attività fisica; appena il 31% riferisce di aver ricevuto il consiglio di praticarla.

L'attività fisica rappresenta uno dei punti cardine dei Piani Regionali della Prevenzione 2010-2012 ed è oggetto di progetti specifici in numerosi ambiti territoriali, tra cui la nostra Regione e la nostra Azienda.

La sorveglianza è in grado di misurare i progressi nella pratica dell'attività fisica anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate in questo ambito.

Assume rilevanza l'obiettivo del programma "Guadagnare Salute" di rendere facile al cittadino la scelta del movimento, a partire dalla realizzazione di un ambiente che non lo ostacoli e, anzi, lo favorisca.

Possono incentivare la pratica dell'attività fisica iniziative quali: campagne di informazione, promozione dell'uso delle scale, programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti, interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali).

Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. Soprattutto 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: ciò spiega l'insistenza sul monitoraggio dell'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Sovrappeso e obesità

PASSI misura la prevalenza di obesità mediante l'Indice di Massa Corporea (IMC, traduzione dell'inglese *Body Mass Index*, BMI), calcolato in base a dati riferiti di altezza e peso. Generalmente i dati riferiti, quando confrontati con quelli misurati, attestano una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità.

Nella maggior parte degli studi tale sottostima si rivela maggiore tra le donne e le persone sopra i 65 anni.

Situazione nutrizionale - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013	95% (IC %)
Popolazione in eccesso ponderale:	44,4 (42,0-46,8)
sovrappeso ¹	32,6 (30,3-34,9)
obeso ²	11,8 (10,2-13,4)

¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9
² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

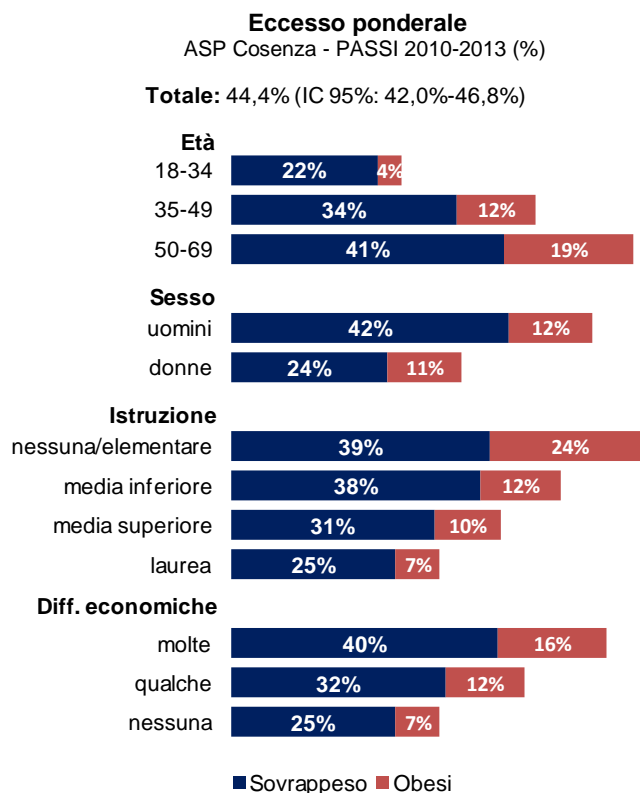
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

Nell'ASP di Cosenza oltre il 44% degli intervistati appare in eccesso ponderale: in particolare quasi il 33% risulta essere in sovrappeso mentre ben il 12% è obeso.

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è più frequente al crescere dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello d'istruzione e in quelle che versano in difficoltà economiche. Relativamente al periodo 2010-2013, non si evidenziano sostanziali differenze riguardo la prevalenza dell'eccesso ponderale.

Nel *pool* di ASL nazionali il 42% degli intervistati è in eccesso ponderale: il 31% è in sovrappeso e l'11% è obeso.

Anche in questo caso l'eccesso ponderale si associa all'età, al sesso, al livello d'istruzione, alle difficoltà economiche e si mantiene stabile nel quadriennio 2010-2013.



Il confronto interregionale

Nel periodo 2010-2013 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La Provincia autonoma di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (33%), mentre in Basilicata e Campania si registrano quelle significativamente più elevate (49%).

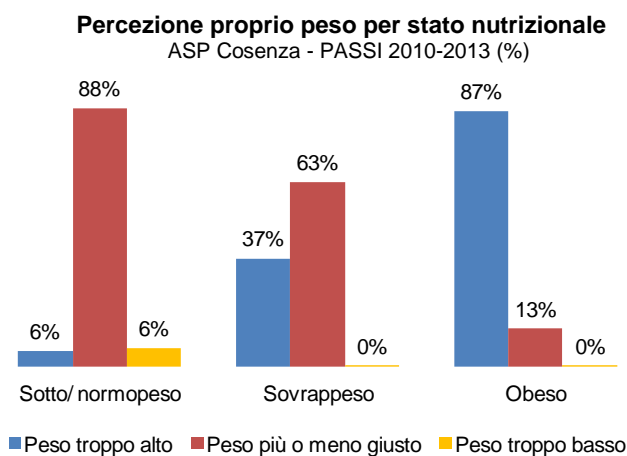
La Calabria si attesta su valori pressoché identici a quelli registrati nell'ASP di Cosenza (44%).



Percezione dell'adeguatezza del peso corporeo

Percepire di essere in sovrappeso può essere motivante per un eventuale cambiamento dello stile di vita. Nel campione dell'Asp di Cosenza, la percezione di essere in sovrappeso non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: tra le persone in sovrappeso addirittura il 63% ritiene il proprio peso appropriato (uomini 70%; donne 50%); tra gli obesi ben il 13% (uomini 20%; donne 5%) considera giusto il proprio peso.

Nel campione del pool Passi 2010-2013 ritiene il proprio peso congruo il 50% delle persone in sovrappeso e il 10% degli obesi.



Cosa consigliano gli operatori sanitari ai sovrappeso/obesi ?

Nell'ASP di Cosenza il 62% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) dichiara di aver ricevuto da un medico o altro operatore sanitario il consiglio di perdere peso, il 44% di praticare regolarmente attività fisica e il 62% è stato invece invitato a seguire una dieta.

Consigli degli operatori sanitari ai sovrappeso/obesi - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013	% (IC 95%)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di perdere peso ¹	61,6 (57,6 - 65,6)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di praticare attività fisica	44,2 (39,9 - 48,5)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di seguire una dieta	61,6 (57,3 - 65,9)

¹ Sono escluse le persone che non si sono rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.

Il confronto interregionale

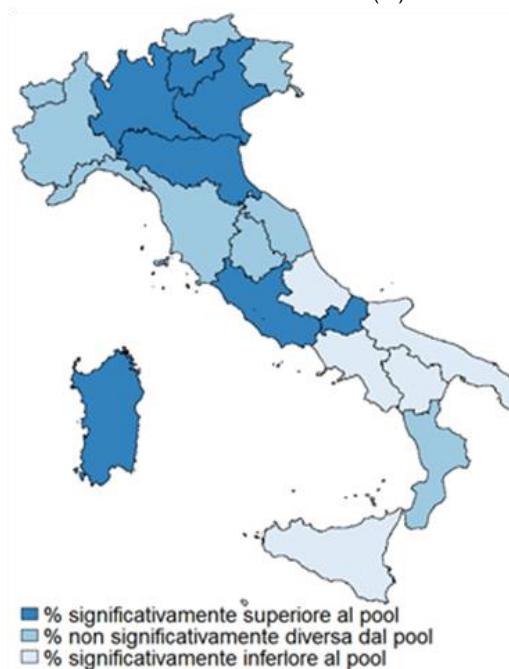
Nel *pool* di ASL PASSI nel periodo 2010-2013 circa il 52% delle persone in eccesso ponderale dichiara di essere stato invitato da un medico o da un altro operatore sanitario a seguire una dieta per perdere peso.

La mappa riporta le Regioni in cui la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di *pool* (differenza non significativa dal punto di vista statistico), quelle con prevalenza superiore e quelle con prevalenza inferiore rispetto al dato medio di *pool* 2010-2013 (differenze significative dal punto di vista statistico).

In termini di distribuzione geografica non si evidenziano gradienti significativi: la percentuale più alta di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di fare una dieta si registra in Sardegna (62%), in alcune Regioni del Centro (Molise, 58%) e del Nord (P.A. di Trento, 57%), mentre quella più bassa si osserva in Basilicata (28%).

La Calabria si attesta al 54% in linea con il dato nazionale.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di seguire una dieta
Pool ASL - PASSI 2010-2013 (%)



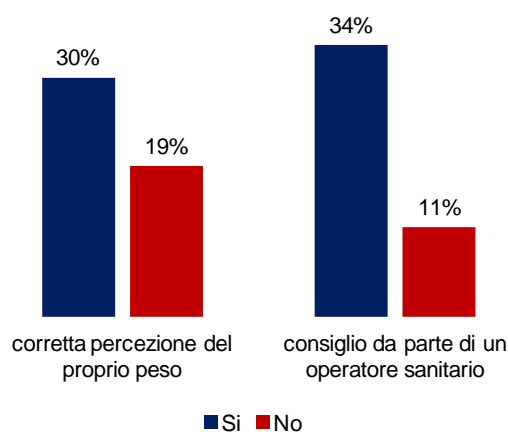
Effetti della corretta percezione del proprio peso e dei consigli degli Operatori Sanitari

Tra coloro che sono in sovrappeso, quelli che percepiscono il proprio peso come troppo elevato attuano più spesso una dieta per perdere peso (30%) rispetto a chi non ha palesato questa percezione (19%).

Tra tutte le persone in eccesso ponderale, quelle che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario seguono più frequentemente una dieta (34%) rispetto a chi non ha ricevuto tale consiglio (11%).

Nel *pool* di ASL nazionali si registrano rispettivamente i seguenti valori: tra i sovrappeso il 30% vs il 14%; tra i sovrappeso/obesi il 38% vs il 13%.

Attuazione di una dieta da parte di:
sovrappeso per auto percezione del proprio peso
sovrappeso/obesi per consiglio di operatori sanitari
ASP Cosenza - PASSI 2010-2013 (%)



Il consumo di frutta e verdura

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'*ictus* cerebrale (OMS) lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% degli *ictus* cerebrali.

Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

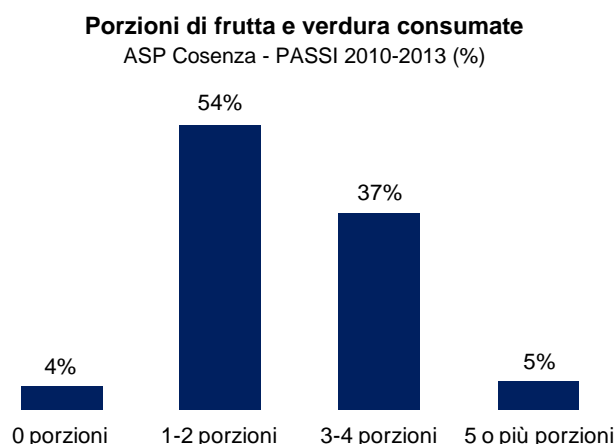
La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

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

Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

Nell'ASP di Cosenza il 96% degli intervistati ha dichiarato di consumare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 54% ha riferito di mangiare 1-2 porzioni al giorno, il 37% 3-4 porzioni.

Solo il 5% consuma le 5 porzioni raccomandate (*five a day*): tale abitudine è minore tra i giovani, tra le persone con più alto livello d'istruzione e minori difficoltà economiche.



Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL nazionali solo il 10% degli intervistati consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

La mappa riporta la distribuzione geografica dell'adesione alle 5 porzioni al giorno.

Si osserva un gradiente geografico che mostra una più alta adesione al *five a day* nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: la più alta proporzione di consumatori di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno si registra in Liguria, (18%), la più bassa in Basilicata e Calabria (5%). In questo panorama fanno eccezione al Nord la P.A. di Bolzano e la Valle D'Aosta (7% e 8% rispettivamente) e al Sud la Sardegna con un valore maggiore della media nazionale (13%).



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima della prevalenza dell'eccesso ponderale, rilevata attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle previste dal sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa possibile sottostima, nell'ASP di Cosenza poco meno di una persona adulta su due è in eccesso ponderale.

Nei programmi preventivi una particolare attenzione va posta, oltreché alle persone obese, a quelle in sovrappeso, giacché in questa fascia di popolazione emerge una forte sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: oltre il 60% dei sovrappeso percepisce il proprio peso come "più o meno giusto", il 31% è completamente sedentario e solo il 21% pratica una dieta per ridurre o controllare il peso.

Nel motivare le persone in eccesso ponderale ad assumere corrette abitudini comportamentali si rivela piuttosto importante il consiglio e il sostegno del Medico di Medicina Generale (MMG), spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito: sono più diffuse, infatti, sia la pratica di un'attività fisica moderata che il ricorso alla dieta tra i sovrappeso/obesi che hanno ricevuto tali consigli dal medico o da un altro operatore sanitario. È fondamentale, pertanto, che i MMG intensifichino il loro già lodevole impegno di divulgazione delle corrette abitudini alimentari e pratica dell'attività fisica

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura ma solo una piccola quota (5%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate.

L'eccesso ponderale è una condizione molto diffusa e rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. Da tempo organismi sovranazionali come l'OMS e l'Unione Europea hanno indicato che l'eccesso ponderale, dovuto a un mancato equilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico, è legato alle condizioni dell'ambiente costruito, dei trasporti, dell'agricoltura e dell'offerta di alimenti, oltreché alla pubblicità e alle caratteristiche individuali. Di conseguenza, oltre a interventi mirati di sanità pubblica rivolti sia alla popolazione generale che agli individui in eccesso ponderale (affinché aumenti la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale attraverso una sana alimentazione), è indispensabile che i Governi elaborino e mettano in atto politiche intersettoriali volte a incoraggiare una dieta povera di grassi o alimenti altamente energetici e, al contrario, ricca di frutta e vegetali: è auspicabile pertanto che nel nostro Paese le politiche economiche, agricole e commerciali favoriscano la disponibilità e l'accesso delle famiglie e delle persone a frutta e verdura e vegetali in genere. I professionisti della salute possono svolgere un ruolo attivo di orientamento ed esercitare pressioni sui settori economici, agricoli e commerciali, a livello nazionale, regionale e locale. È fondamentale sottolineare anche il ruolo positivo dell'attività fisica nella vita quotidiana. In Italia il programma "Guadagnare Salute" incorpora queste raccomandazioni e mira ad aumentare il valore della salute in tutte le politiche.

Il consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, in quanto associato a numerose malattie (cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, etc.). Inoltre il consumo di alcol, oltre a creare dipendenza, provoca come effetto immediato alterazioni psicomotorie che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza, causando danni al bevitore, alle famiglie e all'intera collettività.

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 e 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 modesti per la salute, tali da potersi considerare accettabili; superati tali limiti, il consumo alcolico è definito a maggior rischio.

Gli indicatori PASSI

PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (U.A.). L'U.A. 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 U.A. medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne più di 1 U.A. media giornaliera, equivalente a più di 30 unità alcoliche nell'ultimo mese;
- *consumo binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni e in una singola occasione, di 5 o più U.A. per gli uomini o di 4 o più U.A. per le donne;
- *consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto*.

Il consumo di alcol nell'ASP di Cosenza

Nell'ASP di Cosenza la percentuale di persone intervistate che ha attestato di aver assunto nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica (bevitori) è risultata del 56%, non significativamente diversa da quella registrata nel *pool* di ASL nazionali (55%).

Nel complesso più del 16% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio, in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa: in particolare il 5% degli intervistati consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto; il 3% consuma abitualmente elevate quantità di alcol; l'11% è classificabile come bevitore *binge*. Per quest'ultimo indicatore dal 2010 è stata adottata una nuova definizione e pertanto alcuni dati presentati in questa sezione si riferiscono al periodo 2010-2013.

Consumo di alcol - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013	% (IC 95%)	
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	55,7	(53,3 – 58,1)
Bevitori a rischio*:	16,5	(14,6 - 18,4)
- bevitori solo o prevalentemente fuori pasto	5,4	(4,3 – 6,5)
- bevitori che consumano abitualmente elevate quantità di alcol**	3,0	(2,1 – 3,9)
- bevitori binge***	11,3	(9,7 – 12,9)

* Fuori pasto e/o consumo binge (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.

** 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).

*** 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.

Le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio

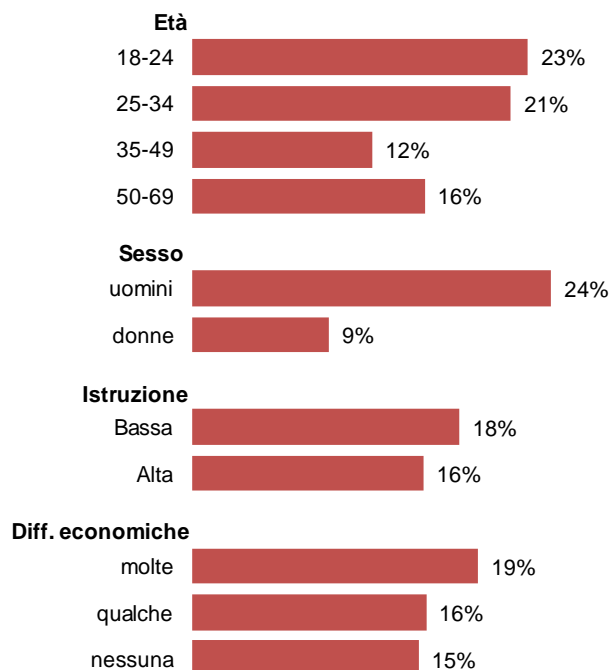
Il consumo a rischio riguarda il 16,5% della popolazione e risulta più frequente tra i giovani (in particolare tra i 18-24enni), tra gli uomini, tra le persone con basso livello di istruzione e tra coloro che dichiarano di versare in gravi difficoltà economiche.

Nell'ASP di Cosenza la prevalenza dei *consumatori a rischio* non è significativamente diversa da quella registrata nel *pool* PASSI (17%).

Consumo a maggior rischio

ASP Cosenza - PASSI 2010-2013 (%)

Totale: 16,5% (IC 95%: 14,6%-18,3%)



Il confronto interregionale

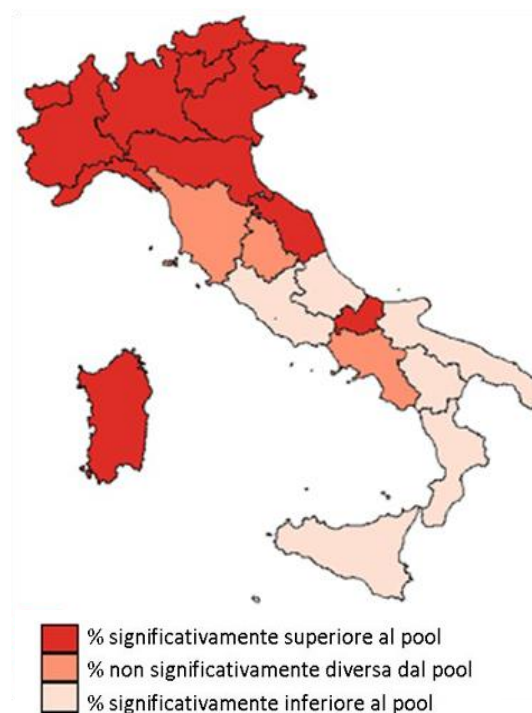
Nel *pool* di ASL PASSI nel quadriennio 2010-2013 la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 17%.

La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio, disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali (P.A. Bolzano con il 40%, e Friuli Venezia-Giulia con il 29%, sono i luoghi in cui la prevalenza di consumo a maggior rischio è più elevata). In questo panorama, tuttavia, anche due realtà centro-meridionali, Molise (28%) e Sardegna (21%), fanno registrare consumi superiori alla media nazionale.

In Calabria si registra una prevalenza del 14%, significativamente inferiore a quella registrata nel *pool* di ASL PASSI.

Consumo a maggior rischio

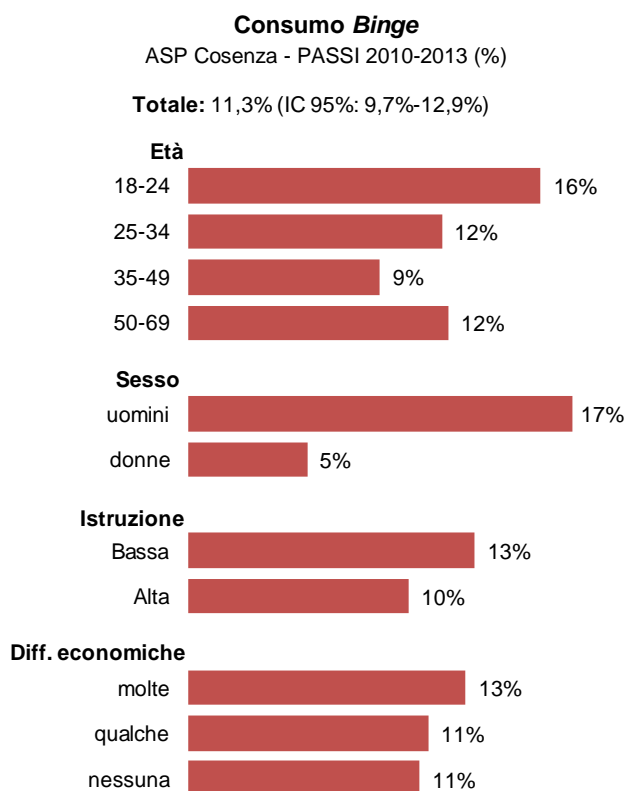
Pool ASL - PASSI 2010-2013 (%)



Le caratteristiche delle persone con consumo binge

L'11% degli intervistati riferisce la modalità di consumo del *binge drinking*, ritenuta ad alto rischio. Esso risulta più frequente tra i giovani di 18-24 anni, tra gli uomini, tra le persone con più basso livello d'istruzione e maggiori difficoltà economiche

Nell'ASP di Cosenza la prevalenza dei *binge drinkers* è significativamente più alta di quella registrata nel *pool* PASSI (8,7%).



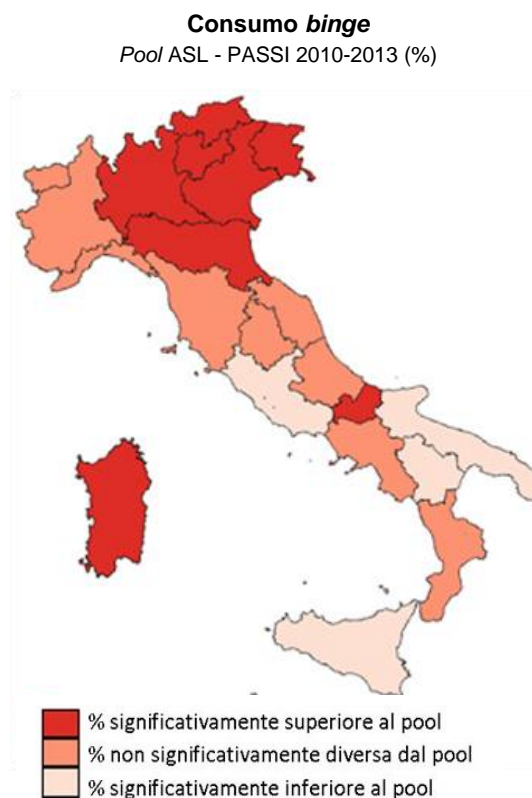
Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL PASSI 2010-2013, la percentuale di bevitori *binge* è risultata del 9%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni; il *range* varia dal 3% della Sicilia al 21% della P. A. di Bolzano.

In Calabria la prevalenza dei *binge drinkers* (8,6%) non è significativamente diversa da quella registrata nel *pool* PASSI.

Per quanto riguarda l'evoluzione temporale del *binge drinking* nel periodo 2010-2013 (dopo il cambio di definizione dell'indicatore), la situazione appare sostanzialmente stabile.



L'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol

Medici di Medicina Generale e altri operatori sanitari dovrebbero ricercare sistematicamente, tra i loro assistiti, coloro per i quali il consumo di alcol è diventato o sta diventando un rischio. Dalla voce degli assistiti PASSI rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

Nell'ASP di Cosenza il 17% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol, contro il 15% del *pool* nazionale: la differenza risulta statisticamente significativa.

Informazioni sul consumo di alcol - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013	% (IC 95%)
Informazioni richieste da un medico/operatore sanitario sul consumo di alcol	17,3 (15,2 – 19,4)

Il confronto interregionale

Nel *pool* di ASL partecipanti alla sorveglianza solo il 15% degli intervistati riferisce che un medico o un altro Operatore Sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, dall' 8% delle ASL della Basilicata al 25% della Sardegna; in Calabria tale percentuale risulta pari al 13%.

Nel periodo 2008-2013 si è ridotta in modo significativo la quota di persone che ha riferito di aver ricevuto attenzione da parte di un operatore sanitario su questo tema, specialmente fra i più giovani (18-34enni).

Consumo di alcol chiesto dal medico
Pool ASL - PASSI 2010-2013 (%)

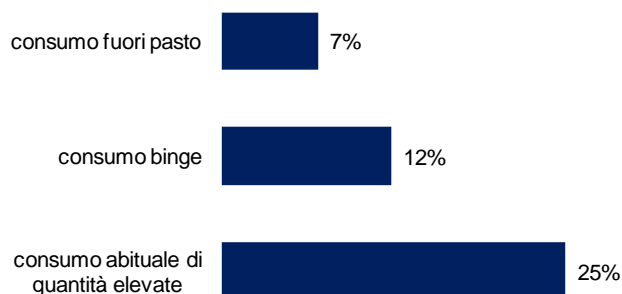


Informazioni e consigli sul consumo di alcol - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013	%	(IC 95%)
Consumatori a maggior rischio che dichiarano di aver ricevuto un consiglio da parte di un medico/operatore sanitario ai di ridurre il consumo di alcol	10,3	(6,1 – 14,5)

Solo il 10% dei bevitori con consumo a maggior rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

Tra le categorie di persone con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto tale consiglio la prevalenza più elevata si registra tra i consumatori abituali di elevate quantità di alcol (25%) quindi tra i bevitori *binge* (12%) e infine tra i bevitori fuori pasto (7%).

Consumatori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
ASP Cosenza - PASSI 2010-2013 (%)



Conclusioni

Una larga rappresentanza di Cosentini non beve alcol (44%) o beve moderatamente (39%).

Tuttavia, si stima che il 17% (più di un adulto su sei) abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini i bevitori a rischio sono quasi uno su quattro e così anche tra i giovani. A differenza della casistica nazionale il consumo di alcol risulta più frequente tra le persone in precarie condizioni economiche e di basso livello d'istruzione.

La capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti risulta importante per ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, ma i dati PASSI mostrano che l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari al consumo di alcol resta molto bassa: solo pochi bevitori a rischio, infatti, riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno. È questa dunque un'area d'intervento prioritario, stante la possibilità di ottenere notevoli benefici.

Sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne d'informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e sollecitano una sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo. Nell'ottica del programma "Guadagnare Salute" è infatti fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, gli interventi che registrano il miglior rapporto costo-efficacia per la riduzione dei danni provocati dall'alcol risultano l'aumento dei costi dell'alcol, il renderne più difficoltosa la reperibilità e la riduzione o eliminazione di spot che pubblicizzano le bevande alcoliche.

Abitudine al fumo

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

Si stima che in Italia siano attribuibili all'abitudine al fumo fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno e circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (DALYs).

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

È in aumento, inoltre, la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013		% (IC 95%)
Non fumatori ¹		54,9 (52,5 – 57,3)
Ex fumatori ²		15,7 (13,9 – 17,5)
Fumatori: ³		29,4 (27,1 – 31,7)
-	quotidiani ⁴	27,3 (24,9 – 29,7)
-	occasional ⁵	0,5 (0,2 – 0,8)
-	in astensione ⁶	1,6 (1,0– 2,3)

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 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.
³ 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).
⁴ fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno
⁵ fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni
⁶ fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi

Nel quadriennio 2010 - 2013, tra gli intervistati cosentini di 18-69 anni, il 55% dichiara di non fumare, il 16% è classificabile come ex fumatore e il 29% è fumatore.

Tra i fumatori circa il 27% fuma con cadenza quotidiana, mentre gli occasionali sono largamente al di sotto dell'1% e quelli che hanno dichiarato di aver smesso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, non ancora considerati ex fumatori in base alla definizione OMS) al di sopra dell'1%.

La media di sigarette fumate al giorno è pari a 14 e i forti fumatori, cioè coloro che hanno dichiarato di fumare più di 20 sigarette al giorno, rappresentano quasi il 10% del campione.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

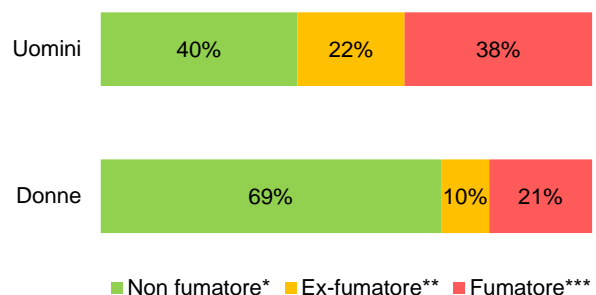
Nell'Asp di Cosenza la percentuale di fumatori registrata nel 2010-2013 è del 29% (in linea con il pool di ASL nazionali).

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (38% vs 21%)

Tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (69% vs 40%).

Tra gli ex fumatori sono più numerosi gli uomini (22% vs 10%)

Abitudine al fumo di sigarette per sesso
ASP Cosenza - PASSI 2010-2013 (%)



Quali sono le caratteristiche dei fumatori ?

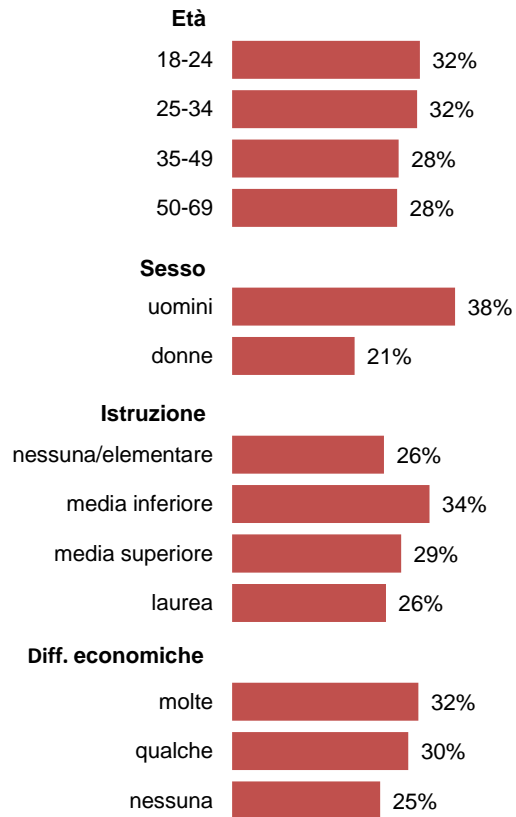
L'abitudine al fumo è risultata più alta tra le classi d'età più giovani (18-34enni), e decresce nelle classi di età più avanzate.

Persiste ancora una sensibile e significativa differenza tra uomini (38%) e donne (21%).

La prevalenza è più elevata tra le persone con livello d'istruzione intermedio e con maggiori difficoltà economiche.

Nel pool di ASL PASSI 2010-2013 l'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 25-34enni, tra gli uomini (33% vs 23% donne) e risulta minore fra i laureati (21%) e le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (37%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni.

Fumatori
ASP Cosenza - PASSI 2010-2013 (%)
Totale: 29,4% (IC 95%: 27,1% - 31,7%)



Il confronto interregionale

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni: il range varia dal 24% del Veneto al 31% di Umbria, Lazio e Campania. In ogni caso, la variabilità geografica è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente.

La Calabria rientra tra le Regioni con valori significativamente più bassi della media del pool di ASL nazionali.



L'attenzione rivolta all'abitudine al fumo da parte di medici e operatori sanitari

Nel quadriennio 2010-2013, tra i residenti dell'ASP di Cosenza che si sono rivolti a un medico o a un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi, il 44% ha dichiarato di aver ricevuto domande circa il proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo: in particolare le domande sono state indirizzate al 71% dei fumatori, al 41% degli ex fumatori e al 29% dei non fumatori.

Tra i fumatori il 61% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare: nello specifico al 18% dei fumatori il consiglio è stato dato a scopo preventivo, al 25% per specifici problemi di salute e al restante 18% per entrambi i motivi.

Attenzione rivolta al fumo da medici/operatori sanitari - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013	%	(IC 95%)
Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo ¹	43,5	(40,7 - 46,3)
<i>ai fumatori</i>	71,3	(66,7 - 75,9)
<i>agli ex fumatori</i>	40,9	(34,0 - 47,8)
<i>ai non fumatori</i>	29,2	(25,7 - 32,7)
Consigliato dal medico – ai fumatori attuali – di smettere ¹	60,6	(55,4 - 65,8)
<i>a scopo preventivo</i>	18,2	(14,1 - 22,3)
<i>per specifici problemi di salute</i>	24,6	(20,0 - 29,2)
<i>per entrambi i motivi</i>	17,8	(13,7 - 21,9)

¹ Sono escluse le persone che non si sono rivolte a un medico negli ultimi 12 mesi.

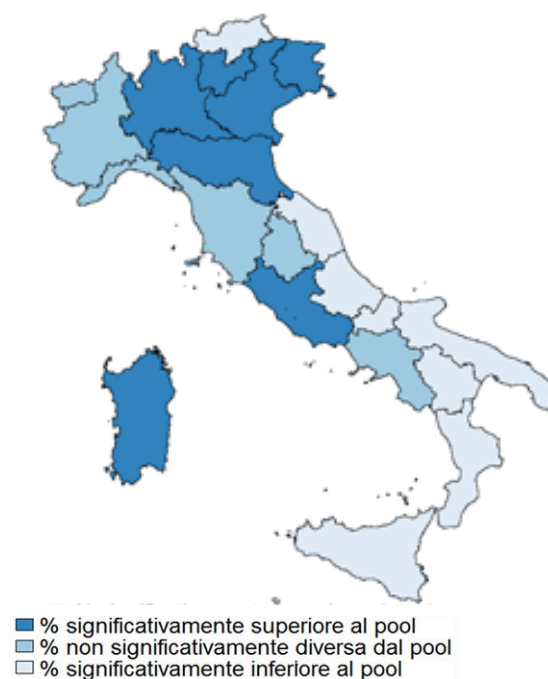
Il confronto interregionale

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. 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, 26%) ad eccezione della Sardegna (59%) in cui si registra la percentuale più alta.

I dati calabresi si discostano significativamente da quelli del pool di ASL.

Chiesto dal medico sull'abitudine al fumo

Pool ASL – PASSI 2010-2013 (%)



Si rilevano differenze statisticamente significative nel raffronto tra le Regioni. La più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere si osserva in Sardegna (64%) la più bassa nella P.A. di Bolzano (36%). In questo caso i dati calabresi non risultano significativamente divergenti da quelli del *pool* di ASL

Consiglio del medico di smettere di fumare

Pool ASL – PASSI 2010-2013 (%)



Conclusioni

Nell'ASP di Cosenza la maggioranza degli adulti non fuma o ha smesso di fumare, mentre quasi tre adulti su dieci manifestano questa abitudine (29%). Esiste una notevole differenza riguardo al sesso (gli uomini fumano più delle donne - 38% vs 21%) e all'età (i giovani di 18-34 anni, uomini e donne, fumano più del resto della popolazione di 35-69 anni).

Poco più di sei fumatori su dieci hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando da parte degli operatori sanitari un accettabile livello di attenzione al problema, che deve però essere ulteriormente incrementato.

Il contrasto al fumo è efficace solo se imperniato su una politica generale e una pluralità d'interventi (v. ad es. l'FCTC - acronimo di *Framework Convention on Tobacco Control*, Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco - che rappresenta il primo trattato internazionale per la tutela della salute pubblica e riconosce i danni provocati dai prodotti del tabacco e dalle aziende che li fabbricano). Il nostro Paese è fortemente impegnato nella progettazione e attuazione del Piano Sanitario della Prevenzione 2010-2012, con piani di contrasto al tabagismo in quasi tutte le Regioni.

Smettere di fumare

La dipendenza dalla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza e dall'abuso, è ciò che induce la maggior parte dei fumatori a fumare tutti i giorni, sebbene consapevoli dei danni provocati dal fumo. I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale: alcuni di essi sono conseguibili a brevissimo termine dall'"ultima sigaretta", altri impiegano mesi o anni per consolidarsi. Si tratta in ogni caso di elementi essenziali di cui prendere atto per favorire un processo di cambiamento e una motivazione alla decisione di cessazione.

Molte persone dipendenti dal fumo tentano di smettere, restando in astensione per almeno un giorno, scontrandosi con ostacoli spesso di natura psicologica. Dopo una settimana dalla cessazione si ha una "reale" sensazione di calma, priva di senso di mancanza e frustrazione, ma può anche capitare di ricomin-

ciare a fumare. Più che un motivo di scoraggiamento, la ricaduta dovrebbe rappresentare un momento utile ad affrontare meglio le criticità. Smettere di fumare da soli è possibile, ma chi intende abbandonare la dipendenza dal tabacco può contare sul sostegno di professionisti ed esperti: sul territorio nazionale sono presenti infatti oltre 200 ambulatori per la disassuefazione dal fumo di tabacco.

PASSI pone sotto sorveglianza sia i tentativi di smettere di fumare che i metodi utilizzati.

Smettere di fumare - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013

% (IC 95%)

Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*

42,1 (36,7 - 47,5)

Fumatori che hanno tentato di smettere di fumare: esito e modalità del tentativo

Tra i Cosentini che fumavano nei dodici mesi precedenti l'intervista il 42% ha cercato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

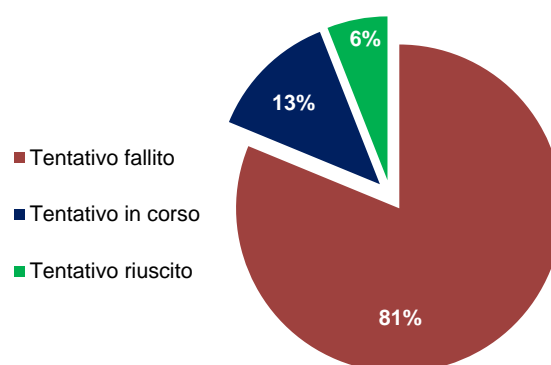
- l'81% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 13% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 6% è riuscito a smettere (non fumava e aveva smesso da oltre 6 mesi).

Nel *pool* di ASL - PASSI 2010-2013 il 39% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'82% ha fallito, il 10% stava ancora cercando al momento dell'intervista, l'8% è riuscito a farlo.

Nell'ASP di Cosenza, tra coloro che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, il 97% l'ha fatto autonomamente, poco più del 1% è ricorso a farmaci o cerotti, meno dell'1% si è rivolto ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl, mentre il rimanente 1% si è indirizzato altrove.

Nel *pool* di ASL PASSI il 93% degli intervistati che hanno cercato di smettere di fumare l'ha fatto in autonomia, il 3% ha utilizzato farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASP Cosenza - PASSI 2010-2013 (%)



Conclusioni

Nell'ASP di Cosenza, nel corso del 2013, quattro fumatori su dieci hanno tentato di smettere di fumare, astenendosi dal fumo per almeno un giorno, ma oltre l'80% ha fallito. Tra coloro che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, la stragrande maggioranza l'ha fatto autonomamente e quasi nessuno è ricorso al sostegno specialistico offerto dalla Aziende Sanitarie o all'utilizzo di farmaci e sostituti della nicotina. Chi tenta di smettere senza prender parte a queste ultime iniziative in genere non è a conoscenza dell'esistenza di tali servizi o non ha fiducia nella loro utilità.

Un aumento della frequenza di uso dei trattamenti efficaci per smettere di fumare potrebbe produrre teoricamente un aumento dei tentativi coronati da successo.

Raccomandazioni

Uno dei cardini delle politiche di contrasto al tabagismo è il supporto alla disassuefazione nella popolazione generale e nei sottogruppi in cui è più diffusa l'abitudine al fumo, anche attraverso strumenti di supporto (come il Telefono Verde contro il Fumo dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS). Per approfondimenti sono disponibili anche la Guida pratica "Smettere di fumare" e le Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.

Esposizione al fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza concorre a determinare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia può provocare otite media, asma, bronchite e polmonite. Essere esposti al fumo passivo aumenta il rischio di contrarre gravi patologie quali il cancro e le malattie cardiovascolari.

Con la Legge per la Tutela della Salute dei non Fumatori (10/01/2005), l'Italia, tra i primi Paesi dell'Unione europea, ha regolamentato il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità, con l'obiettivo di proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici.

Nell'ASP di Cosenza il divieto è rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici secondo il 79% degli intervistati, mentre nel luogo di lavoro, a detta dei lavoratori interpellati, è rispettato nell'85% dei casi.

Riguardo all'abitudine di fumare in casa il 75% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione; il divieto aumenta fino all'80% nelle abitazioni in cui dimora un minore di 15 anni.

Fumo passivo - ASP Cosenza - PASSI 2010-2013		%	(IC 95%)
Divieto di fumare rispettato (sempre o quasi sempre):			
-	<i>nei locali pubblici</i>	78,5	(76,3 - 80,7)
-	<i>sul luogo di lavoro</i>	85,0	(82,2 - 87,8)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione		75,1	(72,8 - 77,3)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia		80,2	(75,9 - 84,6)

Il confronto interregionale

Le mappe riportano la percezione del rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici, nei luoghi di lavoro e nelle abitazioni nelle Regioni che nel 2010-2013 hanno raccolto un campione rappresentativo, segnalando se la prevalenza dell'indicatore è in linea con il dato di *pool* (differenza non significativa dal punto di vista statistico) oppure se è superiore o inferiore rispetto al dato medio del *pool* 2010-2013 (differenza significativa dal punto di vista statistico). Nel nostro Paese l'89% degli adulti intervistati riferisce che il divieto di fumo nei locali pubblici, da loro frequentati nei 30 giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud.

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 (73%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
Pool ASL – PASSI 2010-2013 (%)



Nel *pool* di ASL nazionali, tra gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, poco più di 9 persone su 10 riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro (91%).

Anche per quanto riguarda la percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi di lavoro si rilevano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud.

La frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata nella P.A. Bolzano (97%), e più bassa in Molise (77%).

In Calabria la frequenza (84%) risulta statisticamente inferiore alla media nazionale.

Nel *pool* di ASL nazionali poco più di tre intervistati su quattro (78%) dichiarano che non è consentito fumare in alcun locale della propria abitazione; nelle case in cui vivono minori di 15 anni le regole sono lievemente più rigide e la percentuale di abitazioni in cui vige il divieto di fumare sale all'85%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto regionale, ma senza un particolare gradiente geografico, con un *range* che varia dal 71% delle ASL dell'Umbria al 90% di quelle venete.

In Calabria il divieto di fumo nella propria abitazione risulta, sia in assoluto (72%) che in presenza di minori (76%), statisticamente inferiore alla media del *pool* di ASL nazionali.

Divieto di fumo nei luoghi di lavoro

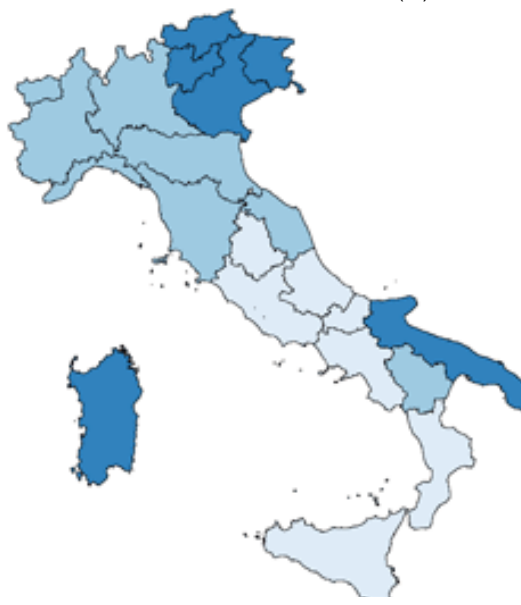
Pool ASL – PASSI 2010-2013 (%)



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

Divieto di fumo nella propria abitazione

Pool ASL – PASSI 2010-2013 (%)



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

Conclusioni

Poiché il fumo può essere proibito solo ai minori, la comunità dei non fumatori va difesa nel suo insieme dai rischi per la salute derivanti dall'esposizione passiva, ponendo in particolare l'accento sulle categorie a rischio e su quelle meno tutelate. La legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica nel nostro Paese.

L'attività ispettiva in luoghi di lavoro e locali pubblici potrebbe ridurre le disuguaglianze rispetto all'applicazione della legge sul divieto di fumo ancora registrabili tra la nostra Regione e gran parte del territorio nazionale.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora frequente (25%), soprattutto considerando che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. La situazione migliora parzialmente nelle case in cui vivono minori di 15 anni, dove si fuma comunque nel 20% dei casi. Si ritiene indispensabile, pertanto, intensificare la comunicazione ai genitori di bambini sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo.

appendice

**metodi
monitoraggio**

appendice

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati nell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Cosenza ha avuto luogo tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale.

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

Popolazione studiata

Popolazione studiata: persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'Anagrafe Sanitaria dell'ASP di Cosenza nel triennio 2010-2013.

- Criteri di inclusione: residenza nel territorio provinciale e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età ed è direttamente effettuato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria dell'ASP di Cosenza.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASP. I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASP durante tutto il triennio 2010-2013, con cadenza mensile e considerando luglio e agosto come un'unica mensilità. La mediana della durata dell'intervista telefonica è stata pari a circa 25 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 è avvenuta esclusivamente tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi *ad hoc* con conseguente correzione delle anomalie riscontrate. La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori, nonché mediante un sistema di raccolta centralizzato via *web* sul sito di servizio <http://www.passidati.it>.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software "Epi Info 3.5.3".

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

Nella tabella di sintesi di pagina 6 sono riportati gli indicatori aziendali e nazionali di principale interesse.

Etica e *privacy*

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla *privacy* (D.L. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Il sistema di sorveglianza PASSI è stato inoltre valutato 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; possono inoltre rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il gruppo di coordinamento aziendale o l'intervistatore.

Il personale intervistante ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali. Prima dell'intervista, l'intervistatore illustra nuovamente obiettivi e metodi dell'indagine e le misure adottate a tutela della *privacy*. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento. La raccolta dei dati avviene su supporto informatico o mediante questionario cartaceo e successivo inserimento. Gli elenchi nominativi e i questionari compilati contenenti il nome degli intervistati sono temporaneamente e idoneamente custoditi, sotto la responsabilità del Coordinatore Aziendale. Quanto ai supporti informatici utilizzati, sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e protezione onde impedire l'accesso non autorizzato.

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

Monitoraggio

I tassi di eleggibilità, risposta e rifiuto sono indicatori della qualità della rilevazione PASSI, modellati su criteri standardizzati accettati a livello internazionale¹, e servono per confrontare la *performance* del sistema di sorveglianza con altre indagini analoghe.

Si riportano di seguito le principali definizioni.

- **Popolazione di riferimento:** persone di età compresa tra 18 e 69 anni residenti nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.
- **Eleggibilità:** proporzione di persone eleggibili su tutti i campionati. Si considerano eleggibili le persone campionate 18-69enni, residenti nell'ASP, registrate nell'Anagrafe Sanitaria degli assistiti, provviste di un recapito telefonico e in grado di sostenere un'intervista telefonica in italiano.
- **Risposta:** proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili.
- **Rifiuto:** proporzione di persone contattate che rifiutano l'intervista su tutti gli eleggibili.

La tabella qui a fianco mette a confronto i valori dei tassi dell'ASP di Cosenza e del Paese nell'anno 2013.

PASSI 2013	Eleggibilità	Risposta	Rifiuto
ASP Cosenza	95%	95%	4%
Pool ASL	95%	88%	9%

¹ http://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=Standard_Definitions2&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3156