

La Sorveglianza Passi e il programma “Guadagnare salute”: una nuova cultura della prevenzione

Rapporto aziendale Anni 2009-2012



ASL CN2 Alba-Bra



Piano Locale della Prevenzione 2013

A cura di:

Laura Marinaro – Coordinatore aziendale Passi
Giuseppina Zorghiotti
Annelisa Guasti
(Struttura Semplice a valenza Dipartimentale di Epidemiologia ASL CN2)

Hanno collaborato:

Carla Geuna – Responsabile Promozione ed Educazione alla Salute – Dipartimento di Prevenzione
Angela Menga – Dipartimento delle Patologie delle dipendenze - S.O.C. Servizio di Psicologia
Carmela Occhetto – Area Prevenzione Dipartimento delle Patologie delle dipendenze - S.O.C. Servizio di Psicologia
Piero Maimone – Direttore S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Mauro Zarri – S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza Passi:

- a livello regionale:

Maria Chiara Antoniotti (Coordinatore regionale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO)
Donatella Tiberti (Referente regionale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL AL)
Paolo Ferrari (Vice coordinatore regionale, Epidemiologia e SIAN ASL VCO)
Orietta Mariani (Assistente amministrativo, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO)

- a livello aziendale:

Coordinatori aziendali Passi: Laura Marinaro (S.S.D. Epidemiologia); Franco Giovanetti (S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica) (giugno 2009 – dicembre 2011).
Intervistatori: Milena Allario, Antonella Borda, Marisa Bottallo, Margherita Cagno, Maria Grazia Dogliani, Nadia Franco Carlevero, Giovanna Giachino, Aldo Leone, Rosa Magliano, Claudia Musso, Susanna Pansa, Maria Gabriella Serventi (S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica); Natalina Marziani (S.O.C. Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione); Enrico Chessa, Laura Curletti; Marina Masenta (S.O.S. Medicina dello Sport); Elena Lora, Vilma Giachelli (S.O.C. Servizio Prevenzione Sicurezza degli Ambienti di Lavoro).
Collaboratori per campionamento: Daniele Fessia (S.O.C. Sistemi informativi ed informatici); Luigi Genesio Icardi (Direzione Dipartimento di Prevenzione).
Collaboratori per attività amministrative: Annelisa Guasti e Giuseppina Zorghiotti (S.S.D. Epidemiologia).

Si ringraziano il Dott. Francesco Morabito - Direttore Generale, il Dott. Paolo Tofanini – Direttore Sanitario, il Dott. Gianfranco Cassisa - Direttore Amministrativo, il Dott. Attilio Clerico - Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la Dott.ssa Patrizia Corradini – Direttore del Dipartimento strutturale Cure primarie e Servizi territoriali, il Dott. Luca Monchiero - Direttore del Distretto di Alba, il Dott. Elio Laudani - Direttore del Distretto di Bra, il Dott. Fabrizio Viglino – Direttore Struttura Complessa Sistemi informativi ed informatici, per aver contribuito alla realizzazione della sorveglianza Passi.

Un ringraziamento ai Medici di Medicina Generale, ai Sindaci e agli Uffici Anagrafe dei Comuni dell'azienda per la preziosa collaborazione fornita, ed in particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.

Informazioni, approfondimenti e pubblicazioni regionali PASSI sono disponibili sui siti:

- www.epicentro.iss.it/passi/comunicazione/regionali/pubblicazioni.asp
- www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni.html
- www.aslcn2

Indice

Premessa	pag.	3
Tabelle sintetiche dei risultati PASSI sui temi del programma ministeriale “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari”	pag.	5
Descrizione del campione aziendale	pag.	8
I risultati della Sorveglianza PASSI sui temi del programma ministeriale “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari”	pag.	12
Attività fisica	pag.	13
L’abitudine al fumo	pag.	21
Stato nutrizionale e abitudini alimentari	pag.	38
Consumo di alcol	pag.	50
Note metodologiche	pag.	64
Bibliografia	pag.	67
Appendice: Opuscolo “Un’Italia in salute è una questione di stile.... di vita”	pag.	68

Premessa

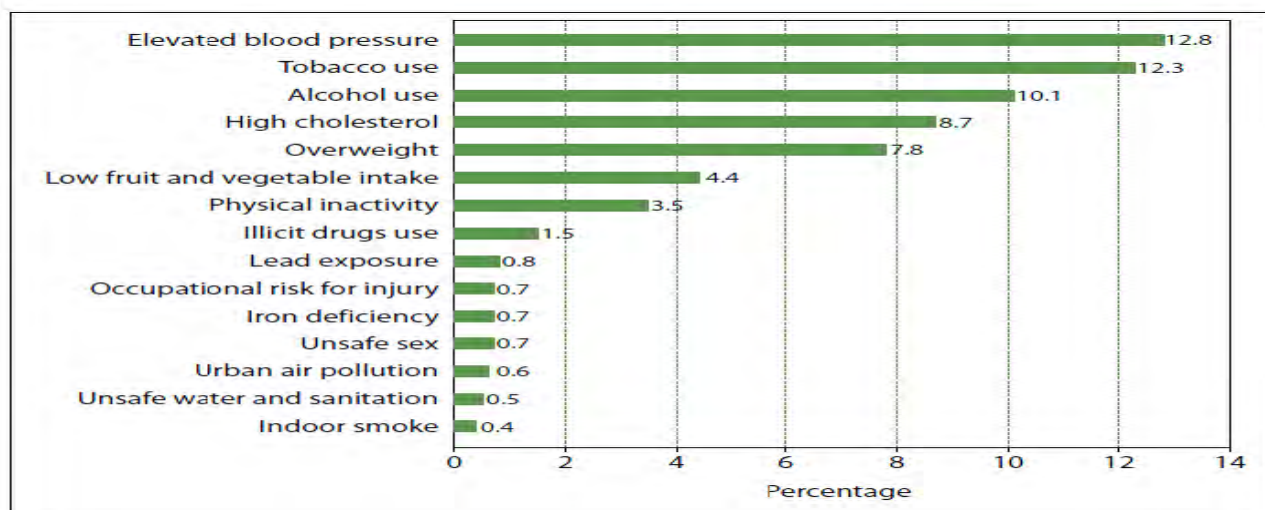
Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) rappresentano la principale causa di morte e disabilità a livello mondiale. Le principali MCNT, sulle quali si concentra l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono le cardiopatie, il cancro, le malattie respiratorie croniche, il diabete, etc. Si tratta di malattie che spesso originano in età giovanile e richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente, ma hanno in comune fattori di rischio modificabili. I fattori di rischio per le MCNT sono noti, in base a numerosi studi di laboratorio, clinici ed epidemiologici condotti in tutto il mondo. Un piccolo gruppo di tali fattori, combinati fra loro, è responsabile della maggior parte delle malattie croniche, indipendentemente da altri fattori quali il sesso o la provenienza geografica. Si tratta di fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita non salutari: fumo di tabacco, abuso di alcol, dieta povera di frutta e verdura, sedentarietà, sovrappeso e obesità, ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia.

Certamente tali comportamenti sono largamente indotti dal contesto: i cambiamenti globali, associati all'invecchiamento della popolazione, interagiscono con determinanti socioeconomici, culturali e ambientali (scolarità, abitazione, lavoro) nel predisporre gli individui a comportamenti non salutari in grado di determinare le alterazioni metaboliche e biologiche (aumento della pressione arteriosa, sovrappeso e obesità, aumento della glicemia e dei grassi nel sangue) alla base delle MCNT.

In particolare nella regione europea dell'OMS i fattori di rischio responsabili della maggior parte del *burden of disease* sono sia comportamentali, sia biologici e metabolici, come si può osservare nella Figura 1: al primo posto si colloca l'ipertensione arteriosa, da sola responsabile del 12,8% del carico globale di malattia, seguono l'uso di tabacco e di alcol, l'ipercolesterolemia, il sovrappeso, l'inadeguato consumo di frutta e verdura e la sedentarietà. Insieme, questi 7 fattori di rischio sono alla base del 59,6% dei DALYs e sono al centro di tutte le politiche di prevenzione contenute nelle strategie europee e mondiali e nelle dichiarazioni di intenti (Global status report 2010; WHO 2011; Gaining Health; WHO 2012; WHO Action Plan 2013; Vienna Declaration 2013, ecc.), dalle quali risulta evidente che investire in prevenzione significa:

- ridurre le morti evitabili;
- aumentare il tempo di vita in salute;
- diminuire il tempo di malattia;
- diminuire i costi per il servizio sanitario.

Figura 1. Distribuzione dei principali fattori di rischio alla base dei DALYs in Europa (fonte: WHO, 2002)



Per i fattori di rischio comportamentali (attività fisica, abitudini alimentari, alcol, etc.) la letteratura fornisce peraltro importanti evidenze sull'efficacia preventiva della modifica degli stili di vita: ad es. ad ogni cambiamento positivo dello stile di vita nel campo dell'alimentazione, del consumo di alcol e dell'attività fisica corrisponde una riduzione quantificabile della pressione arteriosa.

E' inoltre accertato da tempo come il contrasto all'abitudine al fumo di tabacco e alla sedentarietà, il controllo della situazione nutrizionale e del consumo di alcol siano azioni fondamentali per ottenere una riduzione della cronicità in futuro.

Molto si può fare sul piano della prevenzione soprattutto attraverso un approccio sistematico e a lungo termine.

La Sanità Pubblica deve quindi esser impegnata sempre più anche a sostenere e coordinare gli interventi di promozione della salute nella comunità, monitorarne i risultati dando continuità ai sistemi di sorveglianza come Passi, etc.

Il sistema di sorveglianza Passi e il programma Guadagnare salute: una nuova cultura della prevenzione

Tra gli obiettivi della sorveglianza Passi riveste una particolare importanza il monitoraggio degli aspetti relativi alle abitudini di vita che rappresentano le 4 aree tematiche del Programma ministeriale *"Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari"* così identificate:

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

Il Programma "Guadagnare salute", approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome, ha l'obiettivo di agire in modo integrato e coordinato sui quattro fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili da soli, come già sottolineato, del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Italia e in Europa. Questi fattori di rischio devono essere affrontati dal punto di vista sanitario ma anche come veri e propri fenomeni sociali.

"Attraverso una corretta informazione e un efficace sostegno, l'individuo diventa protagonista e responsabile delle proprie scelte e della propria salute, ottenendo un miglioramento della qualità della vita. Nel medio-lungo periodo si consegue anche una riduzione del costo delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società".

Tablelle sintetiche dei risultati PASSI sui temi del programma ministeriale



ATTIVITA' FISICA	ASL CN2 2009-2012 (%)	Regione Piemonte 2009-2012 (%)	Pool PASSI 2009-2012 (%)
Livello di attività fisica			
- Attivo ¹	34	33	33
- Parzialmente attivo ²	45	38	36
- Sedentario ³	21	29	31
Attenzione degli operatori sanitari			
Domanda del medico operatore sanitario sullo svolgimento di regolare attività fisica* (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica)	30	31	31
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica* (% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica)	32	30	31
Autopercezione del livello di attività fisica praticata come sufficiente			
- Persone attive	71	71	71
- Persone parzialmente attive	47	56	50
- Persone sedentarie	26	21	20

ABITUDINE AL FUMO	ASL CN2 2009-2012 (%)	Regione Piemonte 2009-2012 (%)	Pool PASSI 2009-2012 (%)
Fumatori⁴	29	27	28
- tra i 18-24enni	28	32	31
- tra i 25-34enni	37	34	34
- tra i 35-49enni	30	30	30
- tra i 50-69enni	24	21	23
Ex-fumatori⁵	22	19	19
Media sigarette fumate al giorno	13	13	13
Attenzione degli operatori sanitari			
Domanda del medico operatore sanitario sull'abitudine al fumo* (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	47	42	41
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali* (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	53	53	52

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.

⁴ 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).

⁵ Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

* Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi.

ABITUDINE AL FUMO	ASL CN2 2009-2012 (%)	Regione Piemonte 2009-2012 (%)	Pool PASSI 2009-2012 (%)
Smettere di fumare			
% di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi:	46	38	39
- % di fumatori che sono riusciti di smettere di fumare (tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi)	8	8	8
- % di fumatori che hanno tentato di smettere da soli (tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi)	93	90	92
Fumo passivo			
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici	96	95	88
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	92	92	90
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	77	78	76
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	85	85	84

SITUAZIONE NUTRIZIONALE	ASL CN2 2009-2012 (%)	Regione Piemonte 2009-2012 (%)	Pool PASSI 2009-2012 (%)
Eccesso ponderale			
- <i>sovrappeso</i> ⁶	27	29	31
- <i>obesi</i> ⁷	10	9	11
Attenzione degli operatori sanitari			
Consiglio di un operatore sanitario a persone in eccesso ponderale di perdere peso*	56	53	53
Consiglio di un operatore sanitario a persone in eccesso ponderale di fare attività fisica*	42	38	36
Percezione del proprio peso			
Persone in sovrappeso che considerano "più o meno giusto" il loro peso	44	45	49
Consumo di frutta e verdura			
Adesione al <i>five-a-day</i>	9	11	10

⁶ Sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

⁷ Obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

* Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi.

CONSUMO DI ALCOL	ASL CN2 2009-2012 (%)	Regione Piemonte 2009-2012 (%)	Pool PASSI 2009-2012 (%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	64	57	56
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6	8	8
Consumo abituale elevato⁸	5	6	4
Consumo binge (2010-2012)⁹	8	9	9
Consumo a maggior rischio (2010-2012)¹⁰	15	19	17
Attenzione degli operatori sanitari			
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo* (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	19	17	15
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2012)* (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	3	4	6

ALCOL E GUIDA	ASL CN2 2009-2012 (%)	Regione Piemonte 2009-2012 (%)	Pool PASSI 2009-2012 (%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol¹¹	9	11	10
Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani¹¹			
- tra i 18-25enni	5	11	10
- tra i 18-21enni	3	9	8
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol¹²	6	7	7
Controlli delle forze dell'ordine (PASSI 2010-12)			
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo ¹³	43	33	35
Effettuato l'etilotest ¹⁴	14	15	11

⁸ 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).

⁹ 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).

¹⁰ 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.

¹¹ 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).

¹² 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).

¹³ 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).

¹⁴ Percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine.

* Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi.



Descrizione del campione aziendale

La popolazione dell'ASL CN2 Alba-Bra in studio al 1.1.2009 è costituita da 113.853 residenti di 18-69 anni (Fonte: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>).

Da gennaio 2009 a dicembre 2012, nell'ASL CN2 Alba-Bra sono state intervistate 1.100 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, il campione intervistato (1.100 persone) è composto per il 52% da donne e per il 48% da uomini; l'età media complessiva è di 44,6 anni.

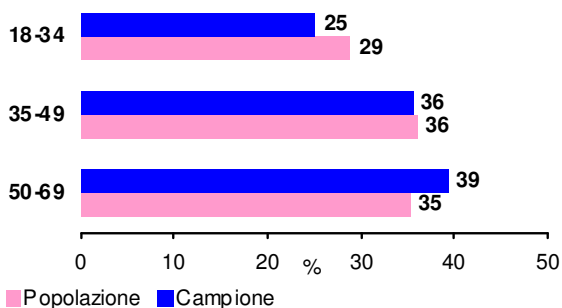
Il campione è costituito per:

- il 25% da persone nella fascia 18-34 anni;
- il 36% 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.

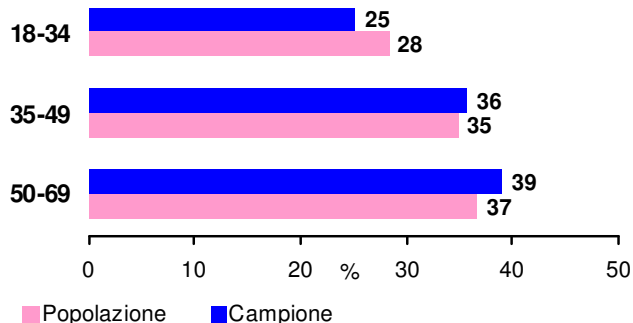
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI

ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=529)



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

ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=571)

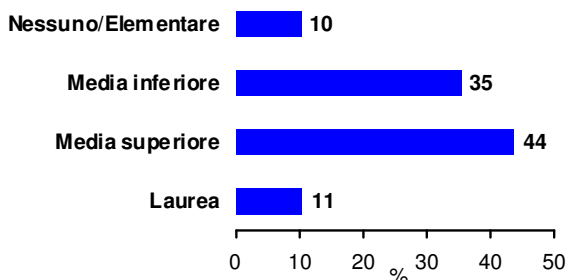


Il titolo di studio

Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 35% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e l'11% è laureato. Non si evidenzia una differenza significativa del livello di istruzione tra i due sessi.

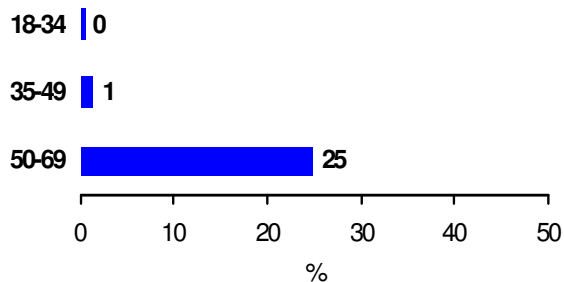
L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

Campione per titolo di studio
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.100)

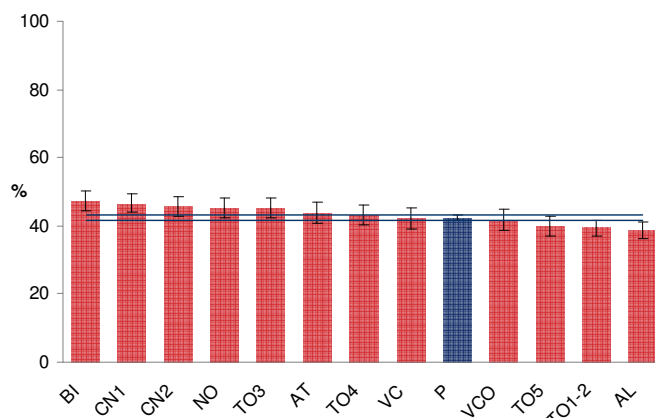


Nel periodo 2009-12 nella regione Piemonte la percentuale di soggetti con istruzione medio-bassa è del 42% (range 39% ASL AL – 47% ASL BI).

Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASL CN2 Alba-Bra PASSI 2009-12 (n=1.100)



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

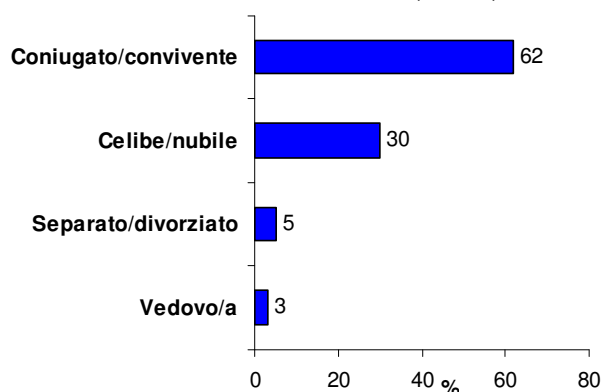


Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Lo stato civile

Nell'ASL CN2 Alba-Bra i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi il 3%.

Campione per categorie stato civile
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.100)



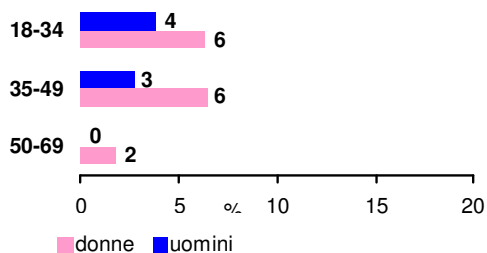
Cittadinanza

Nell'ASL CN2 Alba-Bra il campione è costituito dal 97% di cittadini italiani, 3% di stranieri e nessuno ha la doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nelle fasce 18-34 e 35-49 anni il 6% 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, la percentuale di stranieri è del 5% (range 10% ASL TO1-2 – 2% ASL VCO).

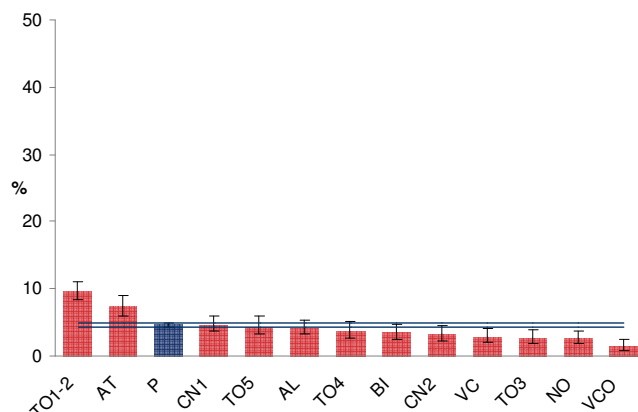
% di stranieri* per sesso e classi di età
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12



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

% di stranieri

Regione Piemonte – Passi 2009-12: 4,6% (IC95%: 4,2% - 5%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Il lavoro

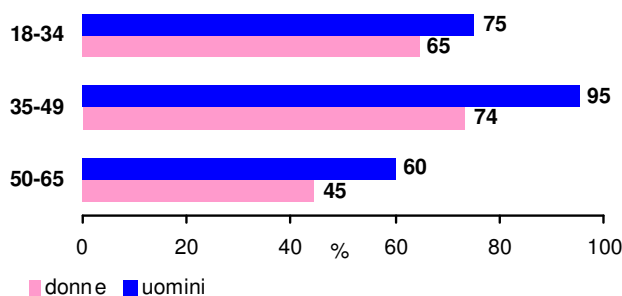
Nell'ASL CN2 il 69% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente, mentre nella fascia di età 18-69 anni lavora con continuità il 66%.

Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (61% contro 77%).

Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età

ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12

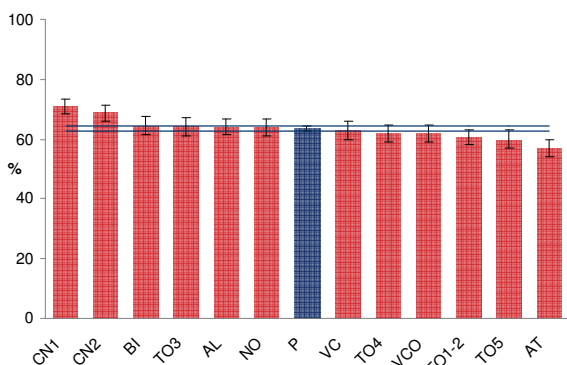


Nel periodo 2009-12 nella regione Piemonte la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 64% (range 57% ASL AT – 71% ASL CN1), mentre nella fascia di età 18-69 anni è del 60% (range 54% ASL AT – 67% ASL CN1).

Le ASL cuneesi presentano valori significativamente superiori alla media regionale.

% di lavoratori regolari (lavoro continuativo)
Popolazione 18-65 anni

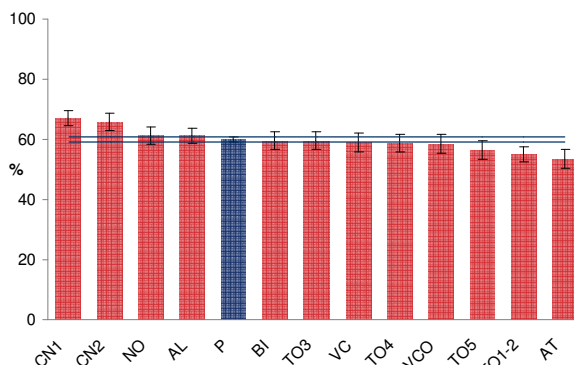
Regione Piemonte – Passi 2009-12: 63,7% (IC95%: 62,8% - 64,5%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

% di lavoratori regolari (lavoro continuativo)
Popolazione 18-69 anni

Regione Piemonte – Passi 2009-12: 59,9% (IC95%: 59,1% - 60,7%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Difficoltà economiche

Nell'ASL CN2 Alba-Bra:

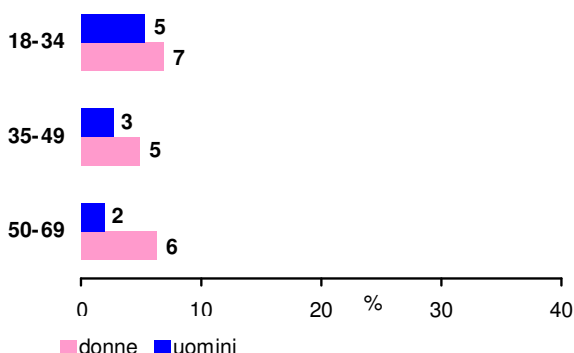
- il 65% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica;
- il 31% qualche difficoltà;
- il 4% molte difficoltà economiche.

Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (6% contro 3%). Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

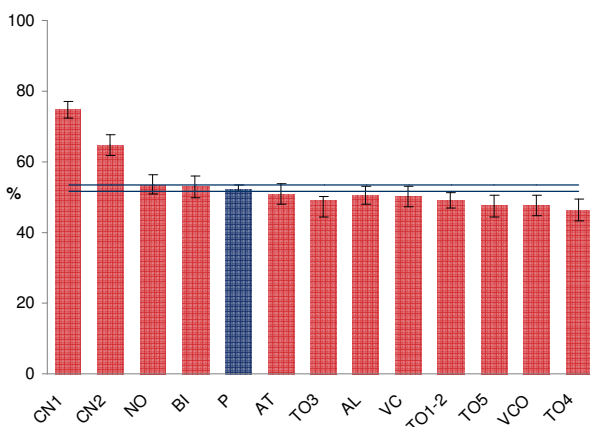
Nel periodo 2009-12 nella regione Piemonte, il 53% degli intervistati ha riferito di "arrivare a fine mese" senza difficoltà economiche (range 46% ASL TO4 – 75% ASL CN1).

Le ASL cuneesi presentano valori significativamente superiori alla media regionale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12



% di intervistati che riferiscono di "arrivare a fine mese" senza difficoltà economiche
Regione Piemonte – Passi 2009-12: 52,5% (IC95%: 51,6% - 53,4%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Conclusioni

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.

La sorveglianza Passi ha rilevato nel campione di popolazione dell'ASL CN2 in particolare un elevato grado di occupazione rispetto ad altre realtà territoriali e una buona situazione economica: solo il 4% degli intervistati dichiara di vivere con molte difficoltà economiche.

La conoscenza di determinanti di tipo sociale, quali ad esempio "benessere economico" e "situazione occupazionale", è molto importante sia in quanto ad essi risultano associati diversi fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso, stili di vita scorretti, minore adesione agli screening, peggiore percezione del proprio stato di salute etc.), sia per la pianificazione di interventi che contrastino sempre più le disuguaglianze sociali e pongano attenzione all'equità dell'intero sistema.

I risultati della Sorveglianza PASSI sui temi del programma ministeriale



Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% delle morti, il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore 4 principali fattori di rischio:

1. inattività fisica;
2. fumo;
3. scorretta alimentazione;
4. abuso di alcol.

Il programma "Guadagnare salute", come sottolineato in Premessa, nasce dall'esigenza di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo su scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo ed abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronic-degenerative (Fonte: www.salute.gov.it).

Il presente rapporto evidenzia i risultati dell'attività della Sorveglianza PASSI nel territorio dell'ASL CN2 Alba-Bra effettuata negli anni 2009-2012, focalizzando l'attenzione sulla possibilità di intervenire modificando gli stili di vita riferiti ai temi del programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

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 alcuni 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.

Rischi di una vita sedentaria

La vita sedentaria è una condizione predisponente, insieme ad una cattiva alimentazione, di importanti patologie quali:

- ▶ diabete di 2 tipo;
- ▶ disturbi cardiocircolatori (infarto, miocardico, ictus, insufficienza cardiaca);
- ▶ osteoporosi, artrite;
- ▶ ipertensione arteriosa;
- ▶ aumento dei livelli di colesterolo e trigliceridi nel sangue;
- ▶ alcuni tumori.

L'attività fisica regolare rappresenta un fattore protettivo per le malattie cardiovascolari e il diabete, sia in termini di mortalità che di morbilità. In particolare, agisce abbassando la pressione arteriosa e i valori dei trigliceridi nel sangue, aumentando il colesterolo HDL (colesterolo buono) e migliorando la tolleranza al glucosio.

Vantaggi di una vita attiva

Una vita attiva è lo strumento migliore per prevenire molte patologie. Per mantenersi in buona salute è necessario "muoversi" cioè camminare, ballare, giocare, andare in bicicletta.

Un buon livello di attività fisica, infatti, contribuisce ad abbassare i valori della pressione arteriosa e quelli dell'ipercolesterolemia, a prevenire malattie cardiovascolari, obesità e sovrappeso, diabete, osteoporosi; contribuisce, inoltre, al benessere psicologico, riducendo ansia, depressione e senso di solitudine.

Per i bambini e i ragazzi la partecipazione ai giochi e ad altre attività fisiche, sia a scuola che durante il tempo libero, è essenziale per:

- un sano sviluppo dell'apparato osteoarticolare e muscolare;
- il benessere psichico e sociale;
- controllare il peso corporeo;

- favorire il funzionamento degli apparati cardiovascolare e respiratorio. Inoltre, lo sport e l'attività fisica contribuiscono ad evitare, nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti sbagliati, quali l'abitudine a fumo e alcol e l'uso di droghe.

Anche per gli anziani l'esercizio fisico è particolarmente utile in quanto:

- ritarda l'invecchiamento;
- previene l'osteoporosi;
- contribuisce a prevenire la disabilità;
- contribuisce a prevenire la depressione e la riduzione delle facoltà mentali;
- contribuisce a ridurre il rischio di cadute accidentali migliorando l'equilibrio e la coordinazione.

Uomini e donne di qualsiasi età possono trarre vantaggio anche solo da 30 minuti di moderato esercizio quotidiano. Non è necessario dedicarsi ad una attività specifica. Infatti l'attività fisica può essere di tipo sportivo oppure connessa con le attività quotidiane, ad esempio spostarsi a piedi o in bicicletta per andare a lavoro o a scuola, usare le scale invece dell'ascensore.

L'importante è mantenersi attivi sfruttando ogni possibile occasione, ad esempio: dedicarsi ai lavori di giardinaggio, fare la spesa, portare a spasso il cane.

Praticare con regolarità attività sportive almeno 2 volte a settimana aiuta a:

- aumentare la resistenza;
- aumentare la potenza muscolare;
- migliorare la flessibilità delle articolazioni;
- migliorare l'efficienza di cuore e vasi e la funzionalità respiratoria;
- migliorare il tono dell'umore.

In alternativa è consigliabile utilizzare il fine settimana per lunghe passeggiate e/o gite in bici, ballo e nuotate in piscina.

Esempi di consumi calorici per 60 minuti di attività quotidiane o sportive

Attività	Consumo
Passeggiare	200
Fare ginnastica	245
Andare in windsurf	265
Rifare i letti	300
Ballare	300
Giocare a tennis	450
Giocare a pallacanestro	455
Fare aerobica	505
Ballare il rock'n'roll	525
Fare trekking	560
Andare in bici	595
Marciare	595
Fare canottaggio	700
Nuotare	700

Fonte: D.G. Prevenzione sanitaria

Fonte: www.salute.gov.it

I risultati della Sorveglianza PASSI 2009-2012

Nel periodo 2009-12, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 34% 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 45% risulta parzialmente attivo poiché pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 21% è completamente sedentario.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.100)

Livello di attività fisica	% (IC95%)
<i>Attivo</i> ¹	34,2 (31,4-37,1)
<i>parzialmente attivo</i> ²	44,9 (41,9-47,9)
<i>sedentario</i> ³	20,9 (18,6 -23,5)

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);

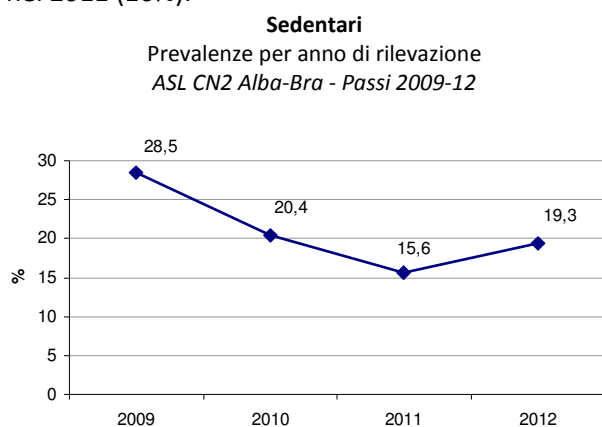
² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati;

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

La sedentarietà è più diffusa nelle persone:

- nella fascia di età 35-49 anni;
- con basso livello d'istruzione;
- con cittadinanza italiana.

La percentuale dei sedentari sembrerebbe ridursi dal 2009 al 2012 raggiungendo il valore più basso nel 2011 (16%).



Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12

Totale: 20,9% (IC 95%: 18,6%-23,5%)

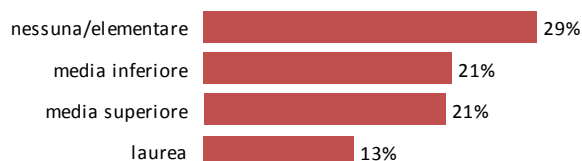
Età



Sesso



Istruzione



Diff. economiche

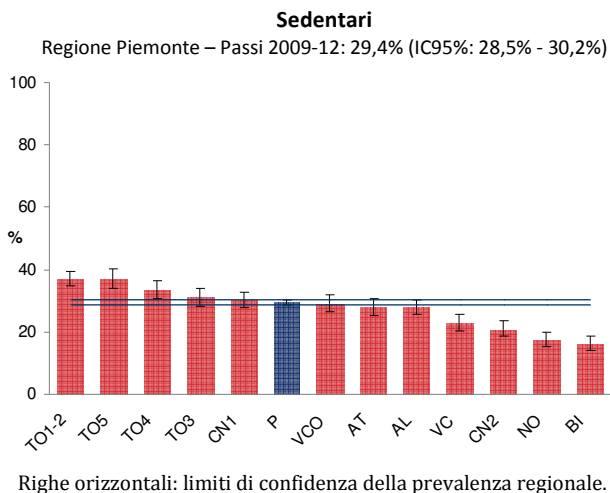


Cittadinanza



0% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35%

In Piemonte nel periodo 2009-2012 la percentuale di sedentari è del 29% con un range di 16% ASL BI – 37% ASL TO1-2.



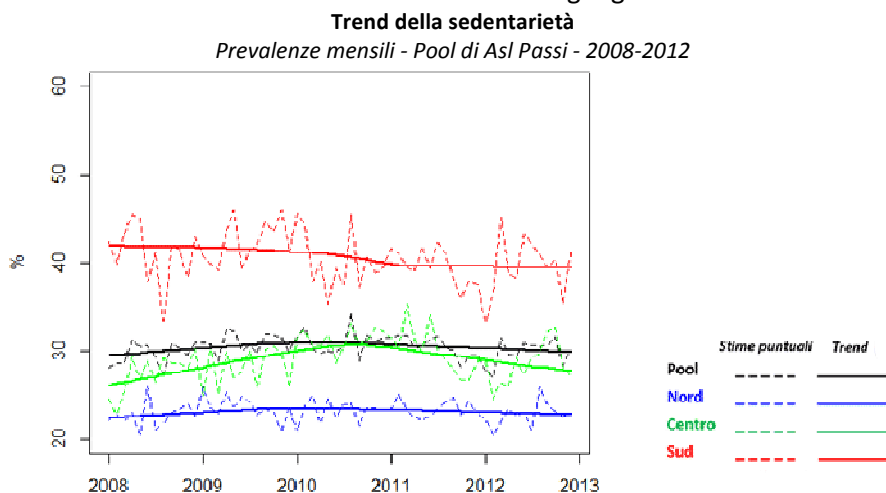
Sedentari
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Passi 2009-2012 (n=147.020)
Pool di Asl: 30,8% (IC95%: 30,2%-31,4%)



Nel Pool di ASL PASSI 2009-12, la percentuale di sedentari è risultata del 31%. Per il periodo di rilevazione 2009-2012, la sedentarietà è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, 35%), fra le donne (33%), fra le persone con molte difficoltà economiche (41%), fra quelle con un titolo di studio basso o assente (41%) e tra gli intervistati con cittadinanza straniera (33%). Tutte queste associazioni, tranne la cittadinanza, sono confermate dall'analisi multivariata, anche se condotta separatamente per genere. La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centromeridionali (con il valore più alto in Basilicata 54% e quello più basso del 9% nella P. A. Bolzano). Fanno eccezione a questa bipartizione il Molise (24%) e la Sardegna (25%) che presentano valori significativamente minori rispetto sia alla media nazionale (31%) sia al livello dell'area.

Analisi di trend sul pool di ASL

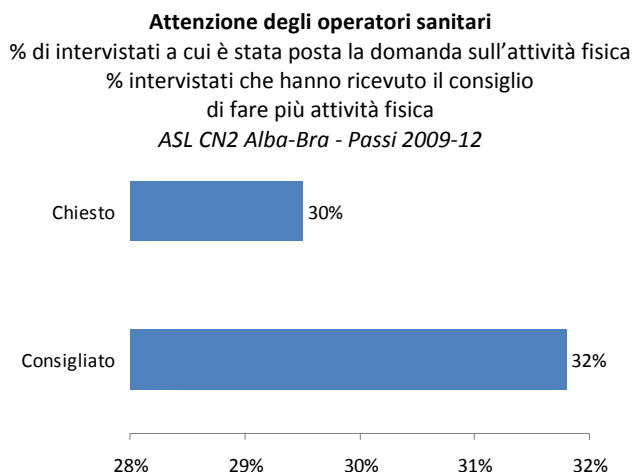
Relativamente all'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2012, non si evidenzia un particolare andamento nella prevalenza della sedentarietà in nessuna delle macroaree geografiche del Paese.



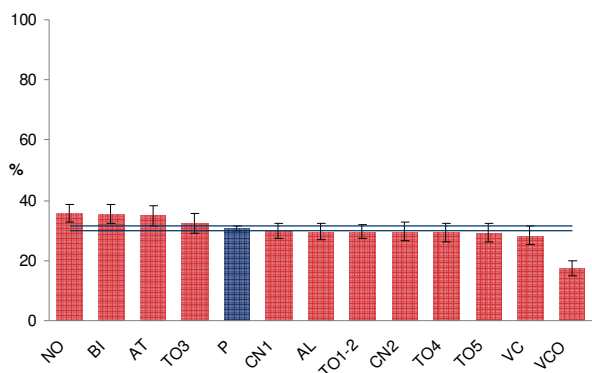
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nell'ASL CN2 Alba-Bra solo il 30% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

In Piemonte il 31% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica (range 17% ASL VCO – 36% ASL NO), mentre il 30% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (range 17% ASL VCO – 38% ASL NO).

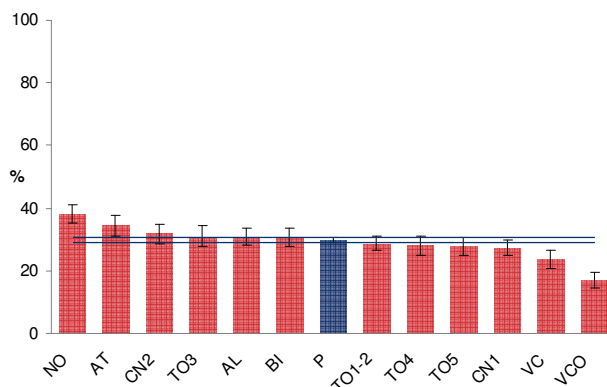


% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
 Regione Piemonte – Passi 2009-12: 30,8% (IC95%: 29,9% - 31,7%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica
 Regione Piemonte – Passi 2009-12: 29,9% (IC95%: 28,9% - 30,8%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

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%: 30,4%-31,7%)



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

Troppo bassa appare, a livello nazionale, l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: nel periodo 2009-2012, meno di un intervistato su tre (31%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato alla attività fisica che svolge. È dello stesso valore (31%) la percentuale di persone che dichiarano di aver ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica.

La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori non evidenzia un chiaro gradiente. Il valore più alto (43%) è registrato in Sardegna insieme ad alcune Regioni del Nord (P.A. di Trento con il 40%, Lombardia e Veneto con il 38%) e del Centro (Lazio, 33%), mentre quello più basso in Basilicata (20%).

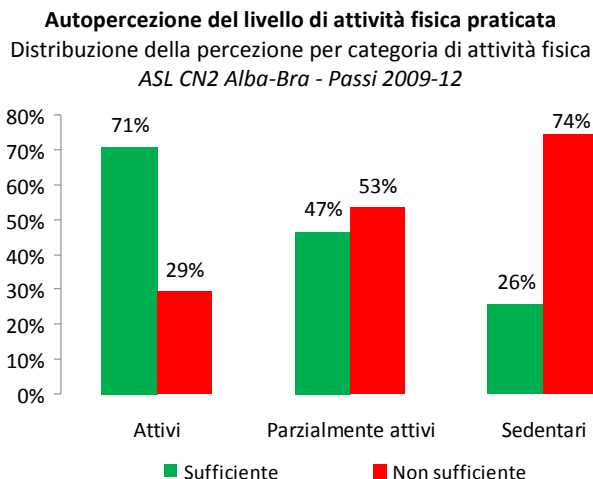
Nel periodo 2008-2012, solamente nelle Regioni del Sud si è ridotta in maniera significativa la quota di chi ha riferito di aver ricevuto l'attenzione da parte dell'operatore sanitario sull'attività fisica svolta: in questo caso, il calo è stato in media dell'1,6%.

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.

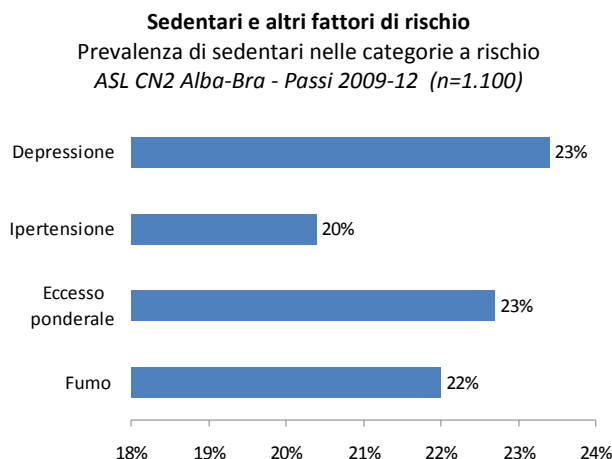
Il 47% delle persone parzialmente attive ed il 26% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente. I dati aziendali sono parzialmente in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (il 71% degli attivi, il 50% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).



Stile di vita sedentario e presenza 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 23% delle persone depresse e delle persone in eccesso ponderale;
- il 20% degli ipertesi;
- il 22% dei fumatori.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL CN2 Alba-Bra si stima che solo circa una persona adulta su tre (34%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 21% può essere considerato completamente sedentario.

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

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.).

I dieci consigli degli esperti al cittadino:

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: www.salute.gov.it

Dall'informazione all'azione

Il [Piano Regionale di Prevenzione del Piemonte 2010-2012 e 2013](#) ha tenuto in considerazione quanto evidenziato dalla letteratura scientifica e dai dati epidemiologici locali (Passi, Passi d'Argento e OKkio alla salute) e la promozione dell'attività fisica è stata inserita in diverse linee progettuali del Piano.

Analogamente, il [Piano Locale della Prevenzione 2013](#) dell'ASL CN2 Alba-Bra prevede una serie di attività finalizzate alla Promozione dell'attività fisica:

- Realizzazione [Corsi di attività motoria \(Muoviamoci insieme ad Alba e C'è un ranocchio dentro di te ... liberalo!](#) a Bra) rivolti ai dipendenti dell'ASL CN2 per promuovere l'esercizio fisico e favorire l'adozione di uno stile di vita corretto.

- Implementazione del [Progetto PePS: il Comune per la Salute](#):

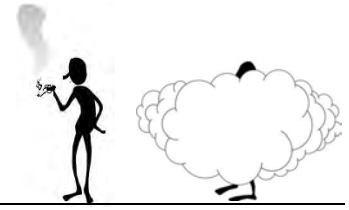
L'ASL CN2 intende continuare la collaborazione con le amministrazioni comunali, già avviata negli anni precedenti per la stesura dei Piani e Profili di Salute negli scorsi anni, al fine di [promuovere la salute](#) attraverso la virtuosa amministrazione della cosa pubblica locale. 23 Amministrazioni locali su 76 (popolazione di questi Comuni è di 114.000 abitanti - 66,5% della totalità) hanno risposto alla sollecitazione dell'ASL e si è concordato di promuovere "l'attività fisica". Quindi ci si è interrogati su quale sia il ruolo delle amministrazioni comunali in questo campo. La risposta potrebbe essere "quella di creare condizioni favorevoli all'attività fisica" quali la pedonalizzazione di aree vaste di un centro abitato, o la creazione e la manutenzione di spazi adatti a svolgere attività fisica (dagli impianti sportivi, ai marciapiedi, alle aree verdi, alle piste ciclabili), ma anche la diffusione sul territorio di "buone pratiche" finalizzate a ridurre la sedentarietà della popolazione, quali percorsi pedonali facilitati per l'accesso alle scuole (ad es. Pedibus), iniziative di sensibilizzazione e di informazione sul tema rivolte alla cittadinanza o a target specifici (ad es. allenatori sportivi e/o genitori). Tale tema si raccorda alle azioni che il Distretto Sanitario intende promuovere, in altre sedi, con i Medici di Medicina Generale, con lo scopo di sviluppare la cultura della prevenzione, attraverso consigli individuali che si raccordino alle azioni di buona politica locale descritte in questa breve riflessione.

- Realizzazione di [Percorsi Piedibus](#): Diversi Comuni del territorio dell'ASL CN2 hanno promosso l'attivazione dei percorsi Piedibus/Pedibus (casa-scuola) per la popolazione scolastica (scuola primaria).
- Realizzazione del [Progetto pilota Attività motoria e diabete](#): La S.S.D. Diabetologia e Malattie Metaboliche in collaborazione con la S.C. Psicologia e con l'Area Promozione della salute intende attuare il Progetto pilota Attività motoria e diabete partendo dal presupposto che strumento di prevenzione e di terapia riconosciuta fondamentale oggi sia l'adozione di programmi di gestione integrata della patologia che, oltre alla dovuta e classica gestione sanitaria, prevedono l'ampliamento del focus terapeutico anche all'educazione strutturata del paziente con una maggiore attenzione allo stile di vita.

I destinatari sono pazienti afferenti al S.S.D. Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL CN2 con:

- diagnosi di diabete mellito tipo 2,
- BMI >25,
- terapia in corso con farmaci insulinosensibilizzanti (per evitare il rischio e la gestione dell'ipoglicemia durante l'attività fisica),
- valore documentato di Hb glicata non anteriore a 3 mesi.

L'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.

Rischi per la salute

Quando si fuma una sigaretta, nei polmoni si sprigionano più di 4000 sostanze chimiche. Tra le più pericolose c'è il catrame, le cui sostanze cancerogene si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie, oltre a sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisemi. Tra le sostanze tossiche e cancerogene c'è poi la nicotina, principio attivo responsabile del quadro di dipendenza.

Il fumo da tabacco è causa di cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie e ha un effetto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna, riducendo la fertilità. I danni fisici dovuti all'esposizione al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori:

- età di inizio;
- numero di sigarette giornaliere;
- numero di anni di fumo;
- inalazione più o meno profonda del fumo.

Smettere di fumare rappresenta una priorità per chiunque abbia a cuore la propria salute e lo è in modo particolare per chi porta avanti una gravidanza. Il fumo ha effetti negativi sul feto e può essere causa di basso peso alla nascita, aborti spontanei e complicazioni durante la gestazione. Smettere di fumare durante la gravidanza aiuta anche a prevenire l'asma nei bambini. Molte sono le donne che durante la maternità smettono di fumare o riducono drasticamente le sigarette, un'occasione da non perdere per abbandonare definitivamente un'abitudine dannosa e dare continuità a una scelta che significa salute per sé e i propri cari.

Un altro aspetto da tener conto nel problema del tabagismo è che oltre alla persona del fumatore è coinvolta anche quella del non fumatore. Fumare è attualmente una scelta consentita, che può essere proibita solo ai minori. La comunità dei non fumatori, invece, va difesa nel suo insieme dai pericoli alla salute derivanti dall'esposizione passiva al fumo, con una particolare attenzione nel prevedere interventi specifici a favore dei meno tutelati come nascituri e minori.

Fonte: www.guadagnaresalute.it

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 (www.salute.gov.it)

Come smettere di fumare

Smettere di fumare da soli è possibile. I più recenti dati ISTAT indicano, infatti, che il 90% degli ex fumatori ha smesso senza bisogno di aiuto.

Se si decide di provare da soli è bene ricordare che le prime 24 ore dall'ultima sigaretta sono le più difficili e nei primi 4 giorni sono più intensi i sintomi dell'astinenza, che tendono ad attenuarsi dalla prima settimana al primo mese, mentre sensazioni di malessere (come affaticabilità, irritabilità, difficoltà di concentrazione, aumento dell'appetito, ecc.) possono persistere anche per alcuni mesi.

Il desiderio impellente di una sigaretta, tuttavia, dura solo pochi minuti e non è troppo difficile adottare strategie per distrarsi come bere un bicchiere d'acqua, fare una passeggiata, chiacchierare con qualcuno, masticare una gomma o una caramella senza zucchero. La nicotina è un anoressizzante: quindi, smettendo di fumare, è possibile un aumento di peso non superiore ai due o tre chili. Non tutti comunque ingrassano, ma se non si vuole rischiare è sufficiente cambiare gradualmente le proprie abitudini alimentari, riducendo la quantità di cibo per pasto, preferire 3-5 pasti leggeri piuttosto che due abbondanti, bere molti liquidi, ridurre il consumo di alcolici, scegliere frutta e verdura quando si sente la necessità di mangiare qualcosa fra i pasti e, infine, aumentare l'attività fisica.

E' anche bene ricordare che le ricadute fanno parte del percorso di cambiamento e non devono scoraggiare, ma possono essere utili per conoscere ed affrontare meglio i momenti critici.

Se non si riesce a smettere da soli, la cosa migliore da fare è sentire il proprio medico di famiglia e decidere insieme un percorso. La scienza ha dimostrato che maggiore è il supporto che si riceve, più è alta la probabilità di smettere di fumare in modo definitivo.

Sul territorio nazionale sono presenti 380 ambulatori per la cessazione dal fumo di tabacco. E', inoltre, possibile consultare il sito dell'Istituto Superiore di Sanità - OssFAD il Telefono Verde contro il Fumo 800-554088.

Fonte: www.salute.gov.it

Le campagne di comunicazione

Una politica efficace di prevenzione nei confronti di uno stile di vita non salutare e che crea una forte dipendenza come il tabagismo, necessita di un'azione di informazione e di sensibilizzazione costante e di una strategia di comunicazione di lunga durata.

In Piemonte nel 2011 è stata attivata la campagna "Hai da spegnere? Accendi il benessere" che promuove le risorse che il servizio sanitario mette a disposizione dei cittadini fumatori per aiutarli a smettere di fumare.



Hai da spegnere?

Accendi il benessere

Il Piemonte promuove un futuro libero dal fumo

Smettere di fumare è un percorso difficile ma possibile.
La buona notizia è che farsi aiutare aumenta notevolmente la possibilità di riuscire a smettere.

In Piemonte il sistema sanitario mette a disposizione professionisti e servizi validi e riconosciuti per aiutarvi a raggiungere questo obiettivo.

- il Medico di famiglia
- i Centri per il trattamento del tabagismo

Per maggiori informazioni consulta il sito regionale www.rsa.piemonte.it o chiama il numero verde nazionale contro il fumo dell'Istituto Superiore di Sanità.
Il numero è gratuito ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle 10.00 alle 18.00.



REGIONE PIEMONTE
Amministrazione Regionale - Torino e Casale

non c'è cura senza cuore
Fondazione Istituto Regionale di Piemonte

I risultati della Sorveglianza PASSI 2009-2012

Nel periodo 2009-12 nella ASL CN2 Alba-Bra, tra gli adulti di 18-69 anni, circa la metà degli intervistati è non fumatore, il 22% è classificabile come ex fumatore e il 29% è fumatore. Nell'intera popolazione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 27% e gli occasionali lo 0,5%.

Abitudine al fumo di sigaretta – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.100)

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	49,8 (46,8-52,8)
Fumatori ²	28,5 (25,9-31,3)
<i>in astensione</i> ³	0,8 (0,4-1,6)
<i>occasionalmente</i> ⁴	0,5 (0,2-1,2)
<i>quotidiani</i> ⁵	27,2 (24,6-29,9)
Ex -fumatori ⁶	21,6 (19,3-24,2)

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?

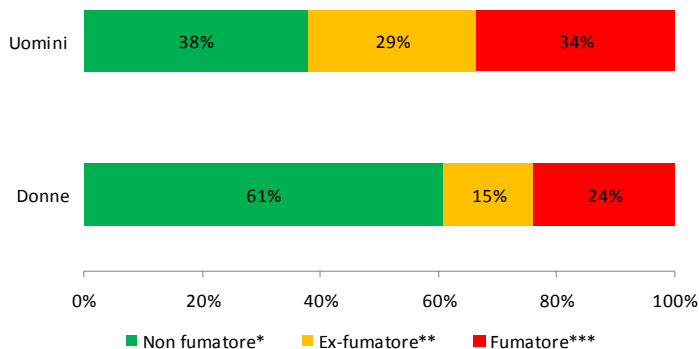
Nell'ASL CN2 Alba-Bra, la percentuale di fumatori nel 2009-12 è del 29%.

Circa 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 0,5%.

L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (34% versus 24%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (61% versus 38%), mentre tra gli ex-fumatori prevalgono gli uomini (29%) rispetto alle donne (15%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
ASL CN 2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.100)



*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?

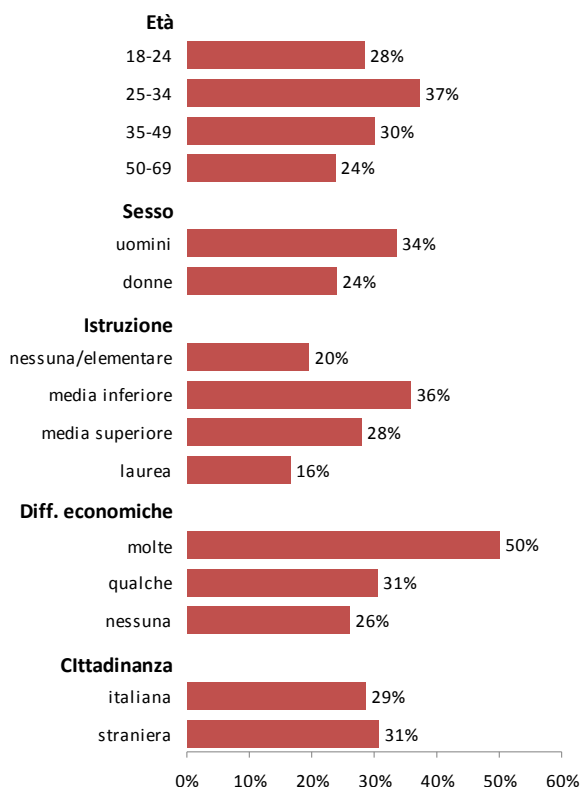
L'abitudine al fumo è risultata più alta tra gli intervistati della fascia di età 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma più di uno su tre), rispetto alle donne (una su quattro). La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare e ai laureati, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Non si evidenziano rilevanti differenze per cittadinanza.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, il 29% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

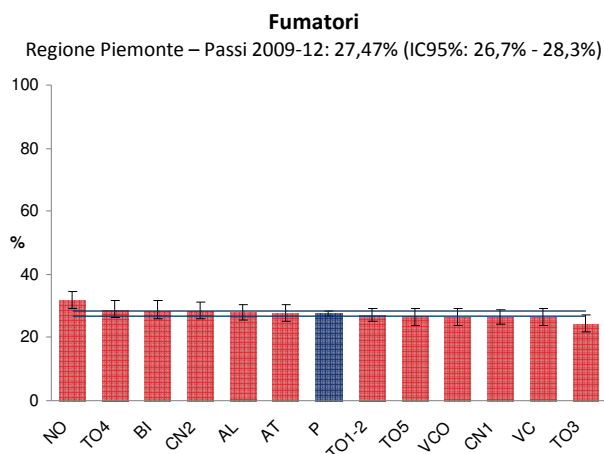
Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN 2 Alba-Bra – Passi 2009-12

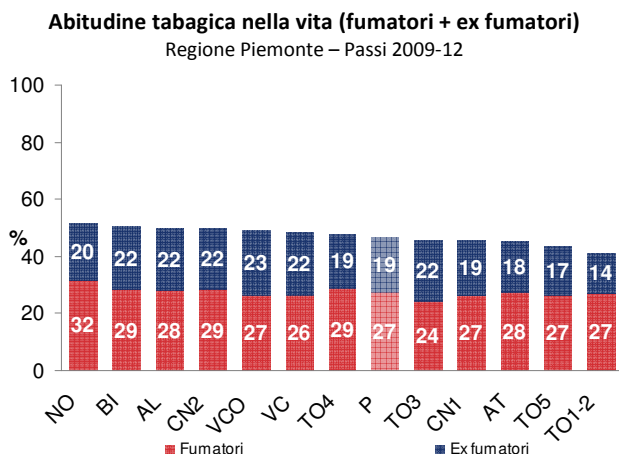
Totale: 28,5% (IC 95%: 25,9%-31,3%)



In Piemonte la percentuale di fumatori nel 2009-12 è del 27% (range 24% ASL TO3 – 32% ASL NO), mentre degli ex fumatori è pari al 19% con un range 14% ASL TO1-2 – 23% ASL VCO. Pertanto l'abitudine tabagica in Piemonte interessa circa il 46% degli intervistati.



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.



Fumatori
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
Pool di Asl: 28,4% (IC 95%: 28,1%-28,7%)

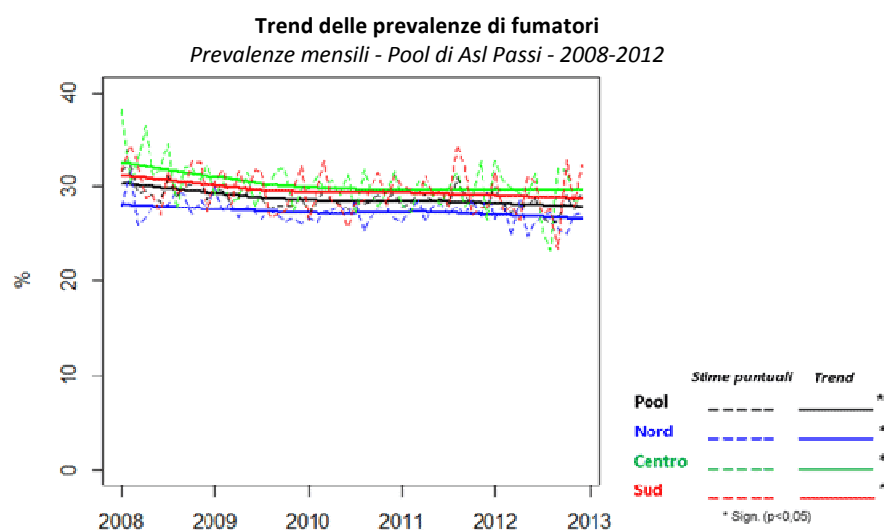


La maggioranza degli adulti in Italia non fuma sigarette di tabacco (53%) o ha smesso di fumarne (19%); la prevalenza di fumatori è pari al 28% e tra questi uno su tre (pari a l'8% della popolazione generale) fuma più di un pacchetto di sigarette al giorno: è quanto emerge dai dati Passi 2009-2012 a livello del Pool di ASL.

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%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni e condotta separatamente fra uomini e donne mette in evidenza che tra gli uomini il fumo di sigaretta è più frequente nella fascia di età 25-34 anni, mentre tra le donne fumano più frequentemente le 50-69enni.

Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta prevalenza di fumatori, pari al 31%, mentre Veneto (24%) e P.A. di Trento (25%) ma anche Marche, Calabria e Basilicata (26%) sono le Regioni con valori significativamente più bassi della media nazionale. In ogni caso la variabilità geografica è contenuta e non si osserva nessun chiaro gradiente.

Analisi di trend sul pool di ASL



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 CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=922)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	46,5 (43,3-49,8)

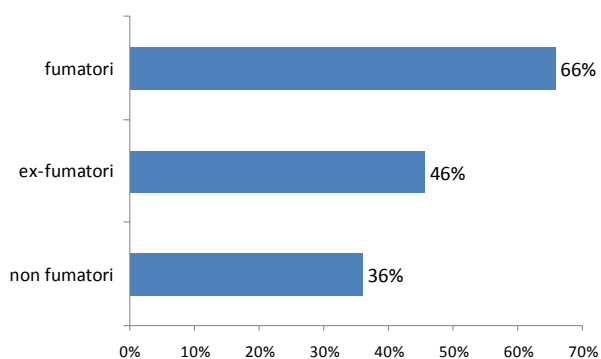
Circa il 47% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

In particolare, è stato chiesto a:

- il 66% dei fumatori;
- il 46% degli ex fumatori;
- il 36% dei non fumatori.

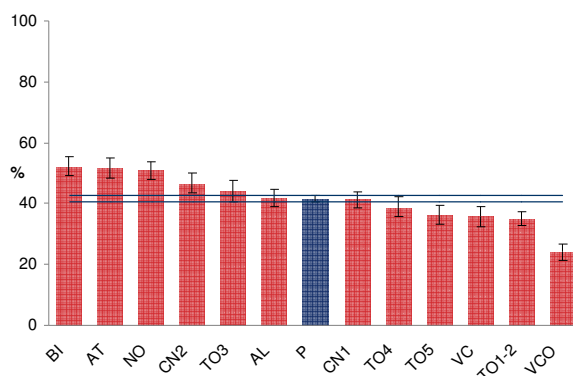
In Piemonte la percentuale degli intervistati che si sono rivolti ad un medico o ad un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista e che dichiarano di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo è del 42% (range 24% ASL VCO – 52% ASL BI).

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=922)*



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

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
Regione Piemonte – Passi 2009-12: 41,6% (IC95%: 40,6% - 42,6%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
Pool di Asl: 40,7% (IC95%: 40,3%-41,0%)



- % 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 complessivamente quattro persone su dieci, fra quelle che si sono rivolte ad un medico o ad 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 CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=196)

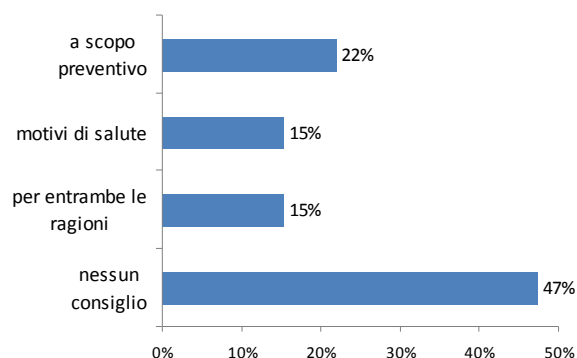
	% (IC95%)
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	52,6 (45,3-59,7)

Tra i fumatori, il 53% 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 (22%).

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

ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12 (n=196*)



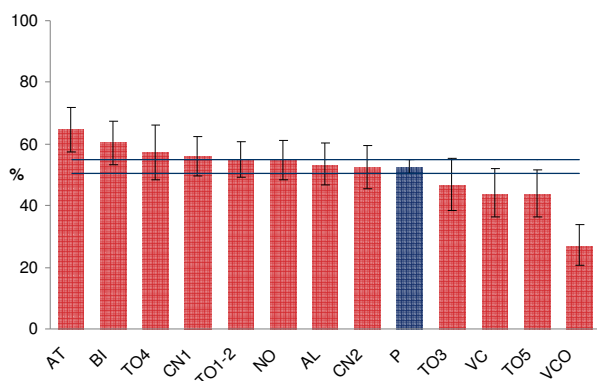
*Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Anche in Piemonte, nel periodo 2009-2012, la percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare è del 53% (range 26,8% ASL VCO – 64,9% ASL AT).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009-2012, oltre la metà dei fumatori hanno 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%).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari Regione Piemonte – Passi 2009-12: 52,5% (IC95%: 50,2% - 54,8%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

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

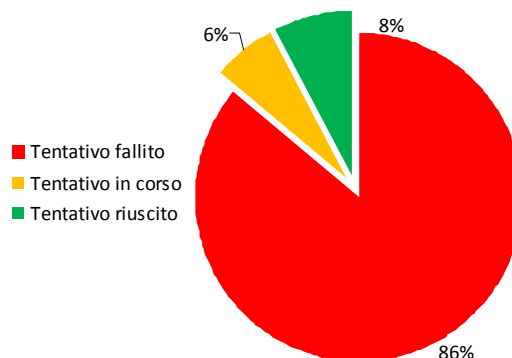
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2009-12, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 46% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'86% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 6% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- l'8% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

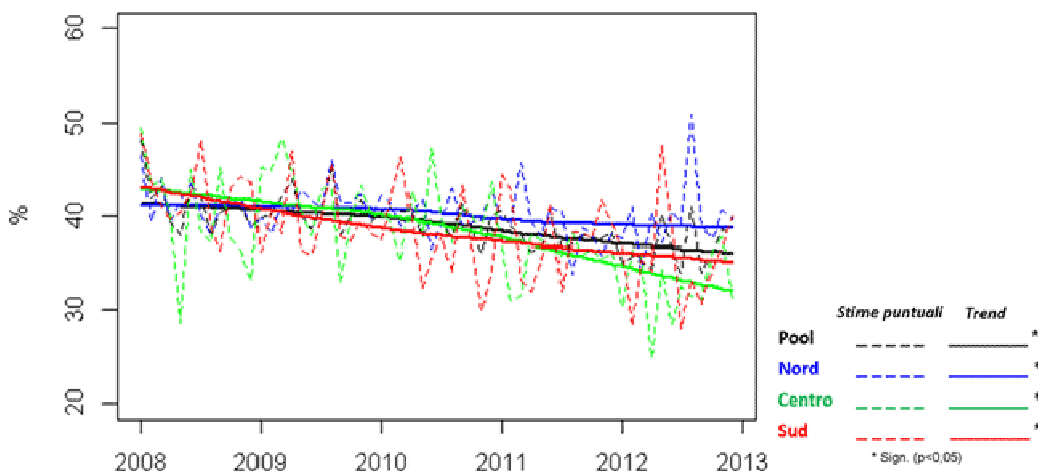
% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12 (n=151)



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.

Trend del tentativo di smettere di fumare

Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2012



La riduzione della proporzione di fumatori che tenta di smettere di fumare è del 5,2% nel periodo 2008-2012; 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.

Nell'ASL CN2 tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 93% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e il 2% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dall'ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2009-2012, nella quasi totalità dei casi (94%), chi ha tentato di smettere nell'ultimo anno l'ha fatto da solo; solo tre fumatori su cento hanno usato farmaci o cerotti e meno di 1 su cento si è rivolto ai servizi o ai corsi offerti dalle ASL.

Fumo passivo

Fumo passivo – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12

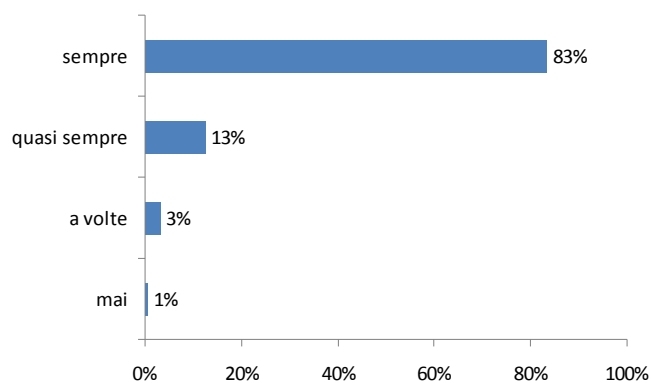
	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	96,2 (94,8-97,2)
<i>sul luogo di lavoro</i>	92,2 (89,9-94,0)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	77,3 (74,6-79,7)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	84,8 (80,0-88,9)

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

Nel periodo 2009-12 il 96% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (83%) o quasi sempre (13%).

Il 4% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (3%).

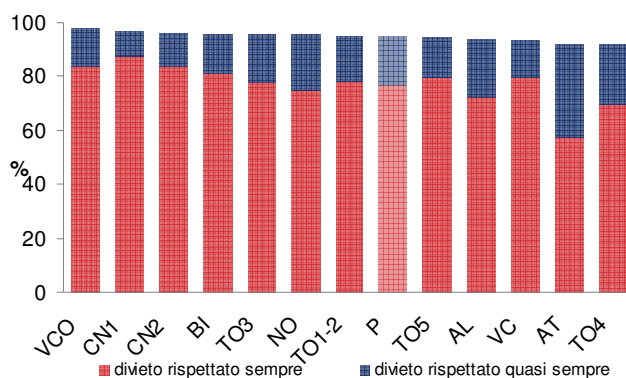
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2009-12* (n=1.055)



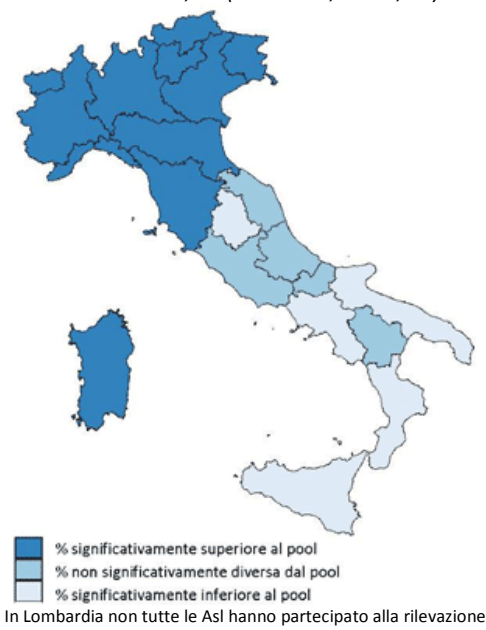
* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

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



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%)

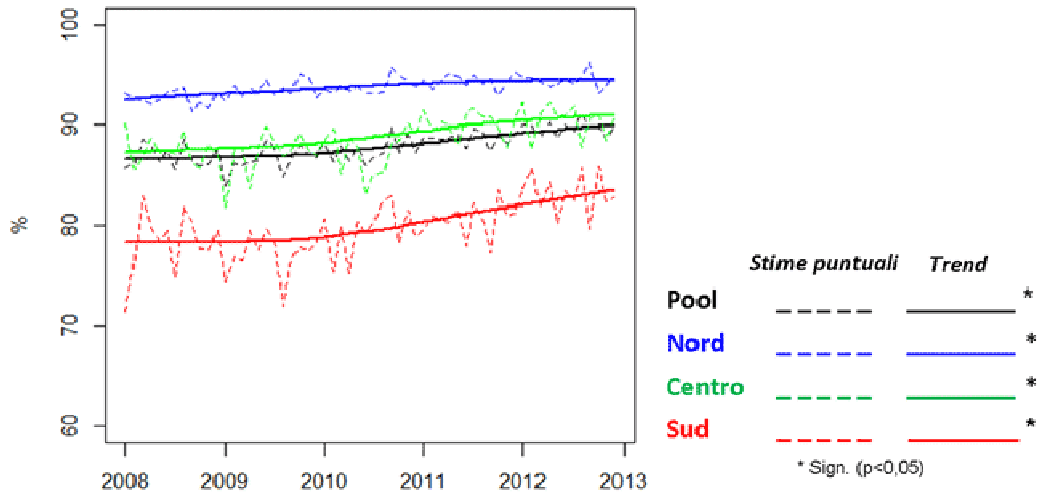


Nel nostro Paese l'88% degli adulti intervistati riferisce che il divieto di fumo nei locali pubblici, da loro frequentati nei 30 giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato.

Chiaro è il gradiente Nord-Sud 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).

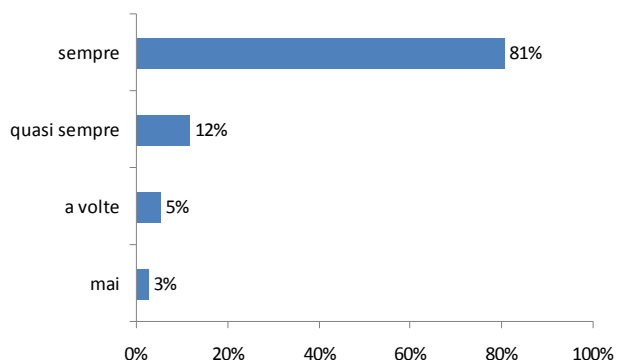
Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Tra i lavoratori intervistati nel 2009-12, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (81%) o quasi sempre (12%).

L'8% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è a volte (5%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2009-12 (n= 709)*

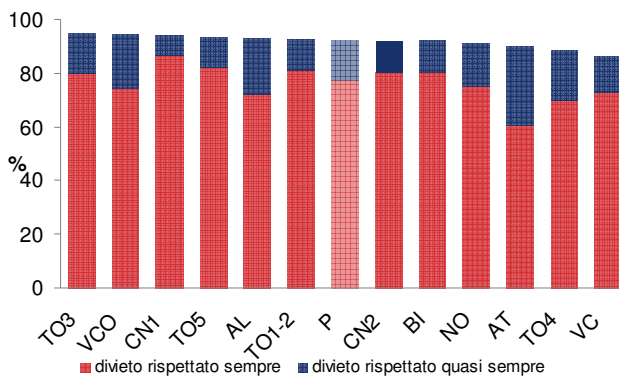


*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

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 TO3).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

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



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%)



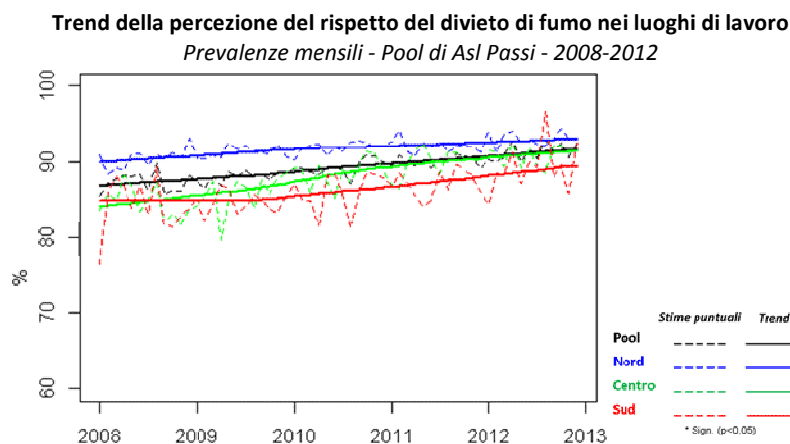
- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool

In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

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

Vi è un evidente gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo negli ambienti 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



Dal 2008 al 2012 il rispetto del divieto di fumo e 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).

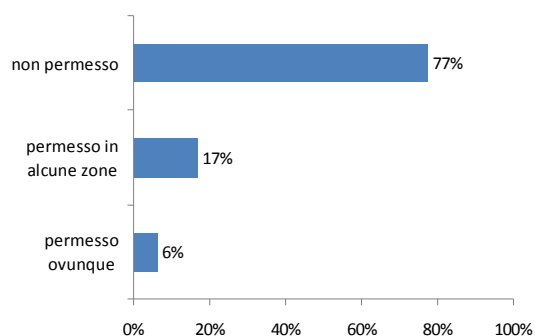
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell'ASL CN2 Alba-Bra, nel periodo 2009-12:

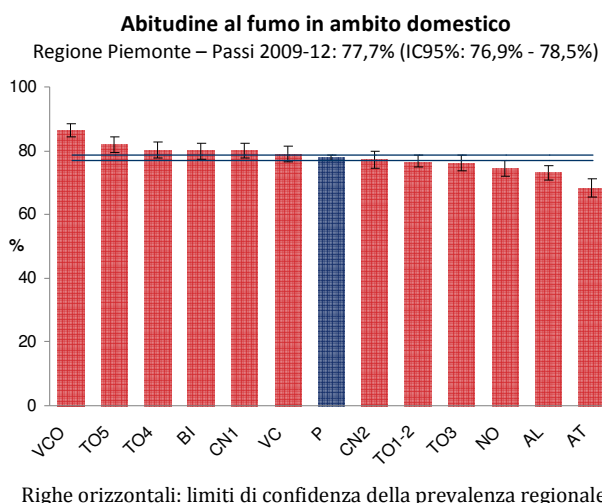
- il 77% degli intervistati ha dichiarato che - non si fuma in casa;
- il 17% che si fuma in alcune zone;
- il 6% che si può fumare ovunque.

In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'85% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Percezione del rispetto del divieto di fumo in ambito domestico
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12 (n=1.100)



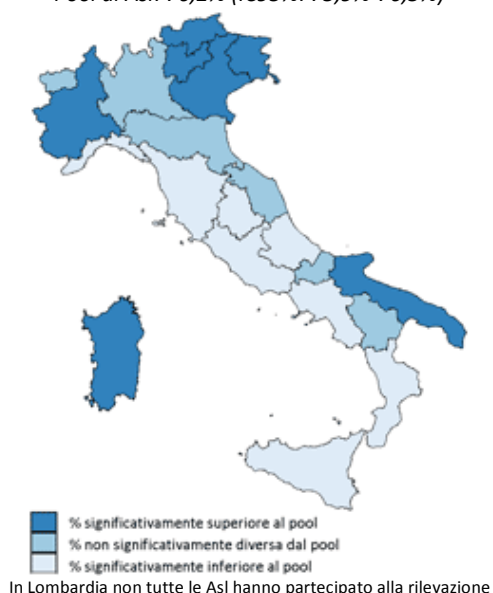
Nella Regione Piemonte nel periodo 2009-12 il 78% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (range 68% ASL AT – 86% ASL VCO).



Divieto di fumo in casa

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12

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



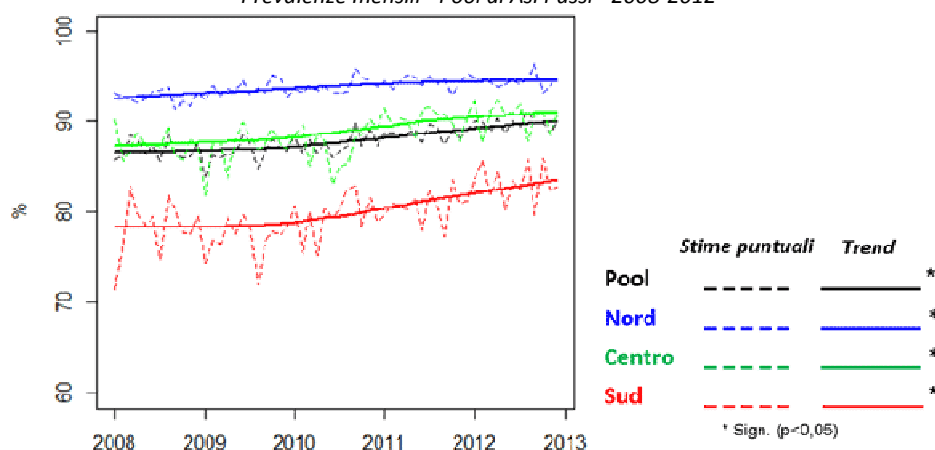
L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante. Un intervistato su quattro (24%) dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare, questa percentuale scende al 16% ma resta non trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni.

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

Trend della percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2012



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

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, nel periodo 2009-12, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

L'abitudine al fumo continua ad essere più frequente nel sesso maschile (34% versus 24%) e tra le persone socialmente svantaggiate.

Un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se 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 territoriale.

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

I dieci consigli degli esperti al cittadino:

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: www.salute.gov.it

Dall'informazione all'azione

A fronte della rilevanza epidemiologica del problema, l'attività di prevenzione volta a far smettere i fumatori o a non far intraprendere l'abitudine ai giovani si scontra con le scarse evidenze in letteratura in merito all'efficacia degli interventi disponibili. Le prove di efficacia indicano che, per la lotta al fumo, sono necessarie strategie integrate come ad es. il counselling dei sanitari, le campagne informative di sensibilizzazione al problema, l'offerta di centri pubblici antifumo etc.

In Piemonte tra gli obiettivi della programmazione regionale sono state individuate alcune linee d'azione che di conseguenza vengono proposte a livello aziendale (PLP ASL CN2 - 2013):

- Percorsi di disassuefazione dal fumo di tabacco:

Il Servizio tossicodipendenze dell'ASL CN2 ha attivo dal 2009 il modulo di trattamento volto alla cessazione del fumo di tabacco, il cui assetto organizzativo ha i seguenti punti cardine:

- presso le due sedi del SER.D. è presente un'equipe multidisciplinare specializzata in materia di dipendenze e di disassuefazione da tabacco;
- il metodo di lavoro individuato e utilizzato si attiene alle linee guida cliniche e organizzative della regione Piemonte e del PRAT (Piano regionale antitabacco);
- il modulo di trattamento prevede percorsi terapeutici di gruppo e individuali basati su tecniche cognitivo-comportamentali, di sostegno alla motivazione e al cambiamento dello stile di vita e prevede una consulenza specialistica sia farmacologica che psicologica;
- il territorio, attraverso il lavoro di rete con le agenzie competenti e con i MMG e l'attivazione continua di cicli di trattamento negli ultimi quattro anni, è sensibile al tema e alla pertinenza del Servizio in materia di dipendenza tabagica oltre che alle prestazioni offerte;
- si prevede altresì l'attivazione di uno sportello di consulenza e di cura presso l'ospedale di Bra volto ai pazienti ricoverati;
- le azioni di informazione, di prevenzione e di cura sono in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (Alba e Bra) e con il CPO Piemonte;
- a seguito di una giornata di formazione (in coincidenza della giornata mondiale antifumo 2011) organizzata dal Ser.D. e dalla LILT rivolta alla cittadinanza e alle principali agenzie sanitarie ed educative, si è creato un polo di coordinamento antifumo che funge da regia per eventuali iniziative volte alla prevenzione e alla creazione di "luoghi" liberi dal fumo.

Il fumatore che vuole disassuefarsi dalla nicotina può rivolgersi al proprio medico che potrà indirizzarlo ai Centri di disassuefazione al fumo di tabacco presenti sul territorio dell'ASL CN2:

Bra	Via De Gasperi, 12	0172/420360	ASL CN2
Alba	Corso Coppino, 46	0173 316210	ASL CN2
Alba	Via Bertero, 3/b 1	0173 290720	LILT

- Offerta alle Scuole del territorio dell'ASL CN2 di progetti orientati all'adozione di stili di vita salutari:

- **Unplugged**, programma europeo per la prevenzione all'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive disegnato da un gruppo di ricercatori europei e valutato attraverso uno studio sperimentale randomizzato e controllato condotto in 7 stati della Regione Europea, con target ragazzi della scuola secondaria di primo grado.
- **Prosit! Bacco e tabacco vanno a braccetto con la salute?**, progetto finalizzato alla consapevolezza da parte degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado dei rischi per la salute derivanti dal consumo di alcol e di nicotina.
- **Scuole libere dal fumo - a scuola tira una nuova aria: non si fuma stiamo educando:** progetto volto a promuovere un cambiamento culturale del 'non fumare' all'interno di tutti gli spazi di pertinenza delle scuole superiori del territorio Alba-Bra attraverso il coinvolgimento attivo dei dirigenti scolastici, dei docenti, degli alunni, dei rispettivi rappresentanti dei genitori, degli amministratori locali e dei cittadini.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari



Lo stato nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa di vita nei Paesi a medio e alto reddito. 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*).

Rischi di una cattiva alimentazione

L'assunzione errata di alimenti, sia nella quantità che nella qualità, può essere uno dei fattori principali nella determinazione di stati patologici quali:

- ▶ ipertensione arteriosa;
- ▶ malattie dell'apparato cardiocircolatorio;
- ▶ sovrappeso e obesità;
- ▶ malattie metaboliche (aumento colesterolo e trigliceridi ematici);
- ▶ diabete tipo 2;
- ▶ osteoporosi;
- ▶ litiasi biliare e steatosi epatica (fegato grasso);
- ▶ carie dentarie;
- ▶ gozzo da carenza iodica;
- ▶ alcune forme di tumori.

Il rischio obesità, in particolare, è determinato oltre che da un eccesso di calorie introdotte, rispetto a quelle consumate, anche da uno stile di vita sedentario.

In Italia un Gruppo di esperti, costituito presso l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) ha elaborato le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana, mirate a definire e divulgare le informazioni di base per una alimentazione equilibrata e mirata al benessere.

I risultati della Sorveglianza PASSI 2009-2012

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.100)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	27,4 (24,8-30,1)
<i>obesi</i> ²	9,5 (7,9-11,5)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>sovrappeso</i>	47,0
<i>obesi</i>	79,6
Adesione al <i>five-a-day</i>	9,3 (7,7-11,2)

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

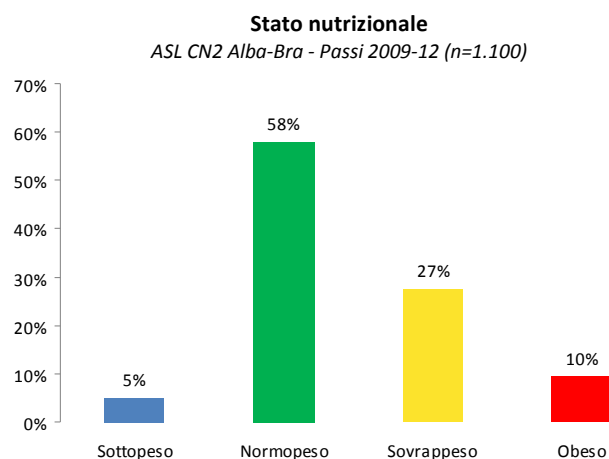
² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥ 30

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 27% sovrappeso e il 10% obeso.

Complessivamente si stima che il 37% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

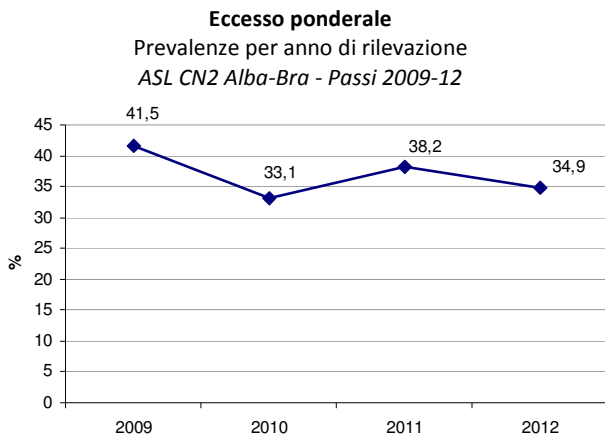


Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

L'eccesso ponderale è più frequente:

- col crescere dell'età;
- negli uomini (50% vs 25%);
- nelle persone con basso livello di istruzione;
- nelle persone con difficoltà economiche.

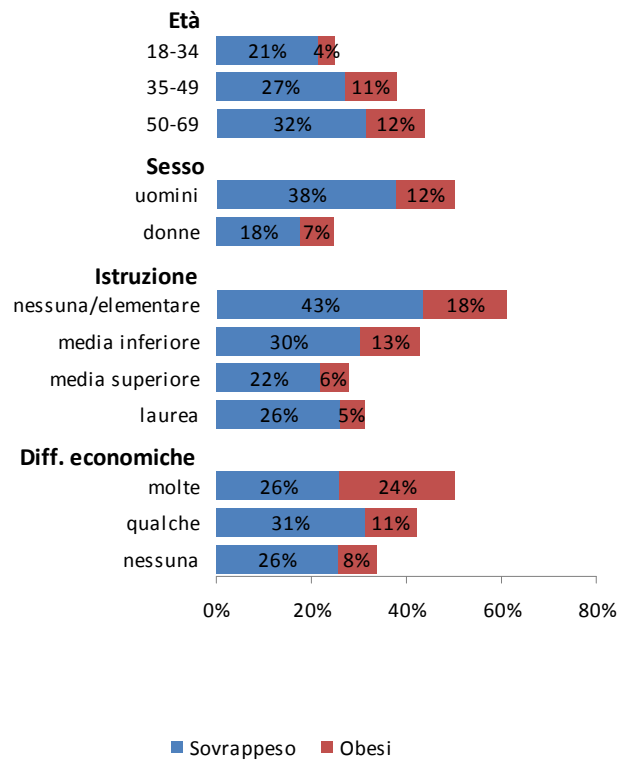
La percentuale di persone in eccesso ponderale, nell'ASL CN2, sembrerebbe ridursi dal 2009 al 2012 raggiungendo il valore più basso nel 2010 (33%).



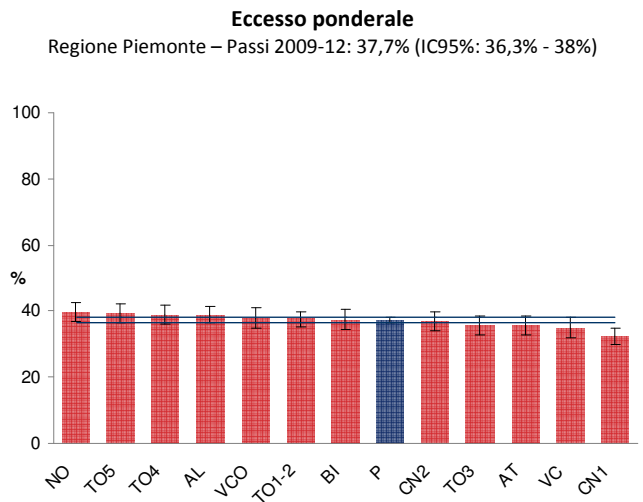
Eccesso ponderale

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12 (n=1.100)

Totale: 36,9% (IC 95%: 34,1%-39,8%)



Con le interviste PASSI 2009-2012, la prevalenza di persone in eccesso ponderale risulta variare dal 32% dell'ASL CN1 al 40% dell'ASL NO, con una media regionale del 37%.
L'ASL CN1 presenta valori significativamente inferiori alla media regionale.



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Eccesso ponderale
*Prevalenze per Regione di residenza –
 Passi 2009-2012 (n=149.823)*
 Pool di Asl: 41,9% (IC 95%: 41,6%-42,2%)



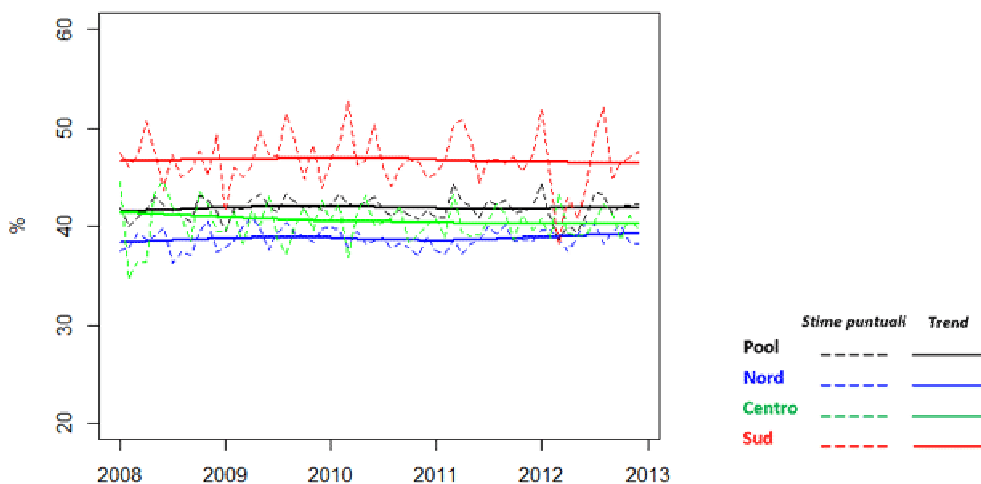
Nel Pool di ASL Passi 2009-2012 emerge che due adulti su cinque (42%) sono in eccesso ponderale, con il 31% in sovrappeso e l'11% di obesi.

Per il periodo di rilevazione 2009-2012, l'eccesso ponderale è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, sovrappeso: 40%; obesi: 16%), fra gli uomini (rispettivamente: 40% e 11%), fra le persone con molte difficoltà economiche (rispettivamente: 35% e 16%), fra quelle con un titolo di studio basso o assente (rispettivamente: 41% e 23%) e tra gli intervistati con cittadinanza italiana (rispettivamente: 31% e 11%). L'analisi multivariata condotta per l'eccesso ponderale conferma queste associazioni tranne che per la cittadinanza; se condotta separatamente per genere, l'analisi consente di mettere in evidenza un cambio di tendenza: fra gli uomini l'eccesso ponderale è più frequente per gli italiani, mentre fra le donne per le straniere.

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

Analisi di trend sul pool di ASL

Trend dell'eccesso ponderale
Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



Relativamente all'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2012, non si evidenzia un particolare andamento nella prevalenza dell'eccesso ponderale: situazione che appare in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi.

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.

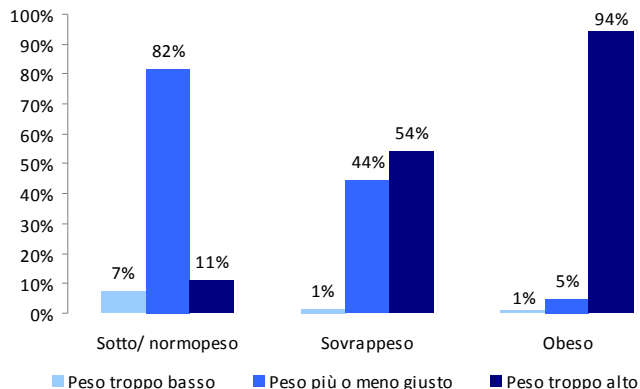
La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nell'ASL CN2 si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (94%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben 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'87% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 73% considera il proprio peso troppo alto rispetto al 45% degli uomini.

Nel Pool di ASL PASSI la percezione del proprio stato nutrizionale non sempre coincide con quello calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: nel 2009-2012, solo una persona in sovrappeso su due ritiene il proprio peso troppo alto e, addirittura, tra gli obesi il 10% considera il proprio peso giusto. Si registra una percezione del proprio stato nutrizionale più corretta nelle donne che negli uomini: delle persone sovrappeso, il 66% delle donne considera troppo alto il proprio peso contro il 41% degli uomini; l'8% delle obese ritiene giusto il proprio peso contro il 12% degli uomini.

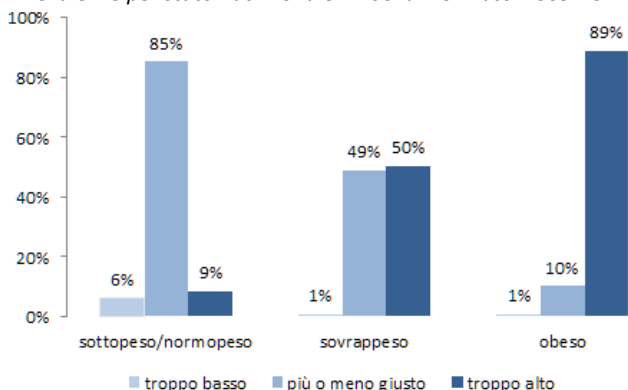
Autopercezione del proprio peso corporeo

Prevalenze per stato nutrizionale
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12 (n=1.100)



Autopercezione del proprio peso corporeo

Prevalenze per stato nutrizionale – Pool di ASL Passi 2009-2012

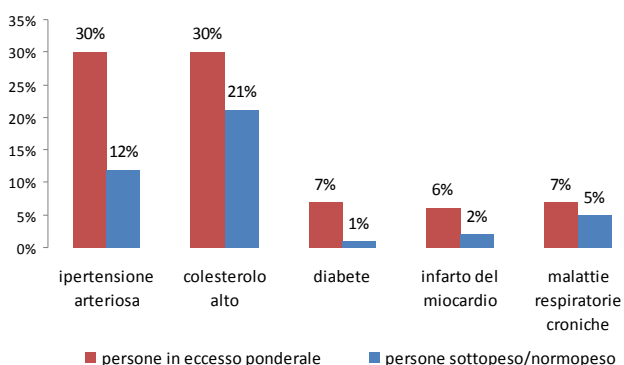


Qual è lo stato di salute delle persone in eccesso ponderale?

Le persone in sovrappeso o obese mostrano profili di salute più critici rispetto ai normopeso/sottopeso, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altre dichiarano di soffrire di condizioni croniche: il 30% riferisce una diagnosi di ipertensione o di ipercolesterolemia (nella popolazione normopeso/sottopeso queste percentuali sono pari rispettivamente al 12% e 21%), il 7% riferisce una diagnosi di diabete (contro l'1% nella popolazione normopeso/sottopeso), il 6% dichiara di aver avuto un infarto del miocardio e il 7% di soffrire di malattia respiratoria cronica (BPCO).

Salute delle persone in eccesso ponderale

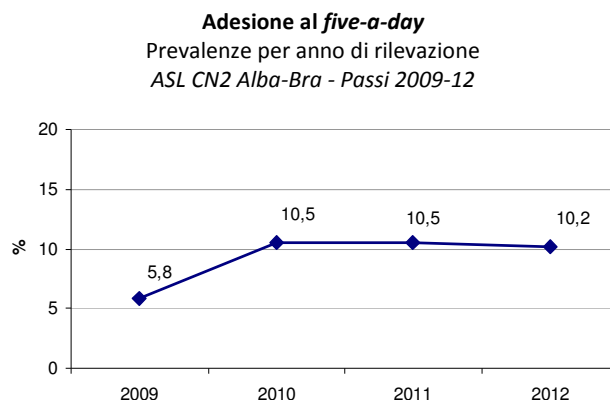
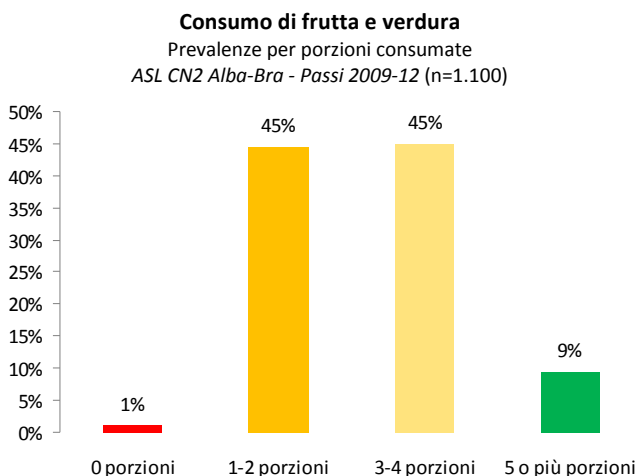
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12



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

Nell’ASL CN2 Alba-Bra il 45% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno e un altrettanto 45% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno, mentre solo il 9% consuma le 5 porzioni giornaliere raccomandate.

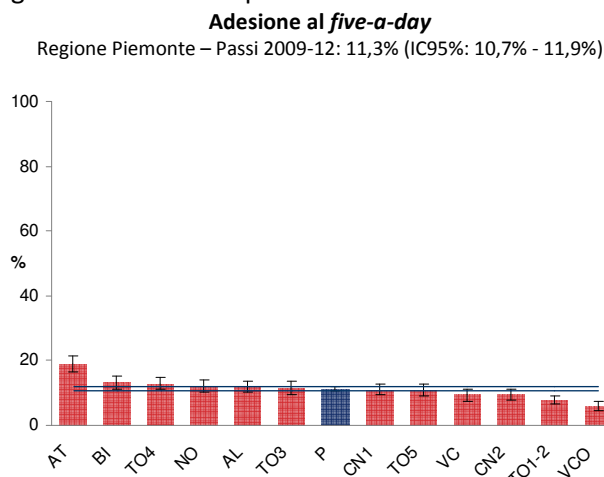
La percentuale di persone che aderisce al five-a-day, nell’ASL CN2, è aumentata nel periodo 2009-2012 passando dal 6% nel 2009 al 10% nel 2012.



L’abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

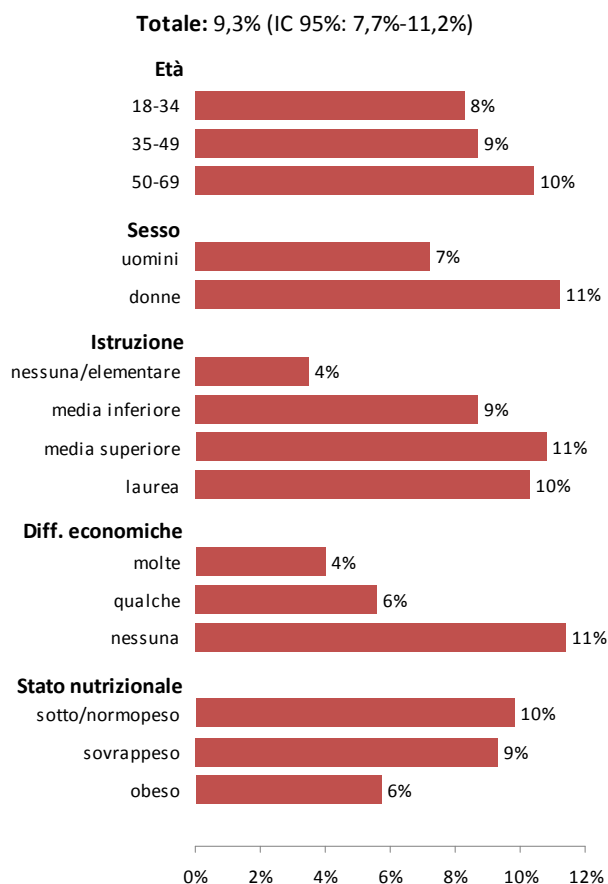
- nelle persone sopra ai 50 anni;
- nelle donne;
- nelle persone con alto livello d’istruzione;
- nelle persone sotto/normopeso e sovrappeso;
- nelle persone con nessuna difficoltà economica.

In Piemonte l’11% degli intervistati consuma cinque porzioni al giorno (five a day) con un range che va dal 6% dell’ASL VCO al 19% dell’ASL AT: le ASL TO1-2 e VCO presentano valori significativamente inferiori alla media regionale, mentre l’ASL AT un valore significativamente superiore.



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Adesione al five-a-day
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12 (n=1.100)



Five a day
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-2012
Pool di Asl: 9,6% (IC 95%: 9,2%-10,0%)



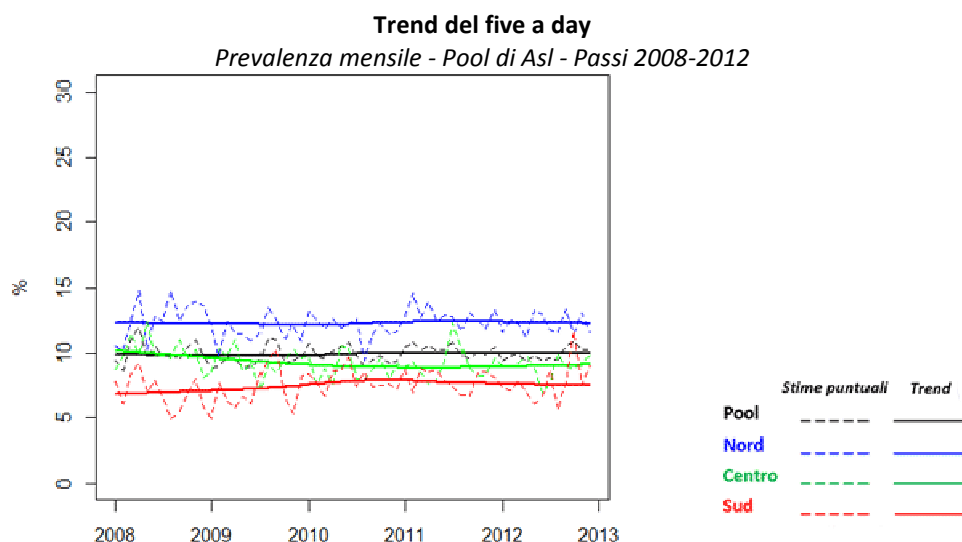
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

In Italia, quasi la metà degli adulti intervistati per la sorveglianza Passi 2009-2012 consuma tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura (49%) mentre circa 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%), associazioni confermate dall'analisi multivariata.

Si osserva inoltre un gradiente geografico, con una più alta adesione al *five a day* nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: il valore più alto (18%) si registra in Liguria e il valore più basso (6%) in Basilicata e Calabria. Fanno eccezione la P.A. di Bolzano con il 6% e la Valle D'Aosta con l'8% al Nord e la Sardegna con il 14%.

Analisi di trend sul pool di ASL



Per quanto riguarda l'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2012, non si evidenzia un particolare andamento nella prevalenza del consumo di 5 porzioni quotidiane di frutta e verdura.

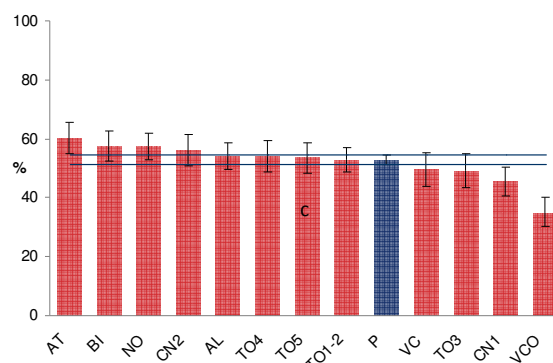
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 56% 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 di aver ricevuto questo consiglio il 47% delle persone in sovrappeso e l'80% delle persone obese.

La prevalenza di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di perdere peso varia dal 35% dell'ASL VCO al 60% dell'ASL AT, con un valore medio regionale del 53%: le ASL VCO e CN1 presentano valori significativamente inferiori al valore regionale, mentre l'ASL AT presenta valori significativamente superiori.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso (%)

Regione Piemonte – Passi 2009-12: 52,7% (IC95%: 51,2% - 54,3%)



Righe orizzontali: limiti di confidenza della prevalenza regionale.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta

Prevalenza per Regione di Residenza – Passi 2009-2012
Pool di Asl: 52,5% (IC95%: 52,0%-53,0%)



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

In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Il 19% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (18% nei sovrappeso e 24% negli obesi).

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

- nelle donne (29% vs 14% negli uomini);
- nelle persone che ritengono il proprio peso "troppo alto" (25%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (10%);
- nelle persone che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (28% vs 11%).

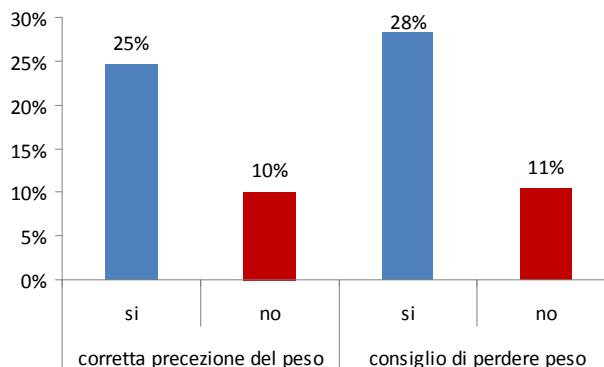
A livello nazionale, troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'eccesso ponderale: nel periodo 2009-2012, solo il 53% degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso. Sale a 78% il valore tra gli obesi, ma rimane 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%).

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%).

Attuazione di una dieta

% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta
Per auto-percezione del proprio peso e per consiglio dell'operatore sanitario
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12



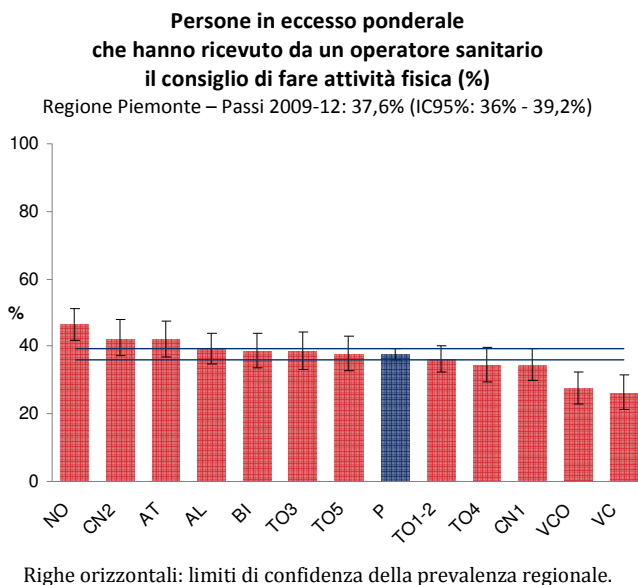
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nell'ASL CN2 Alba-Bra il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (23% nei sovrappeso e 22% negli obesi). Il 42% 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 39% delle persone in sovrappeso e il 52% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio, il 76% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 78% di chi non l'ha ricevuto.

Le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte di un operatore sanitario variano dal 26% dell'ASL VC al 47% dell'ASL NO, con un valore medio regionale del 38%: le ASL VC e VCO presentano valori significativamente inferiori alla media regionale, mentre l'ASL NO un valore significativamente superiore.

Nel Pool di ASL Passi 2009-2012, 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.

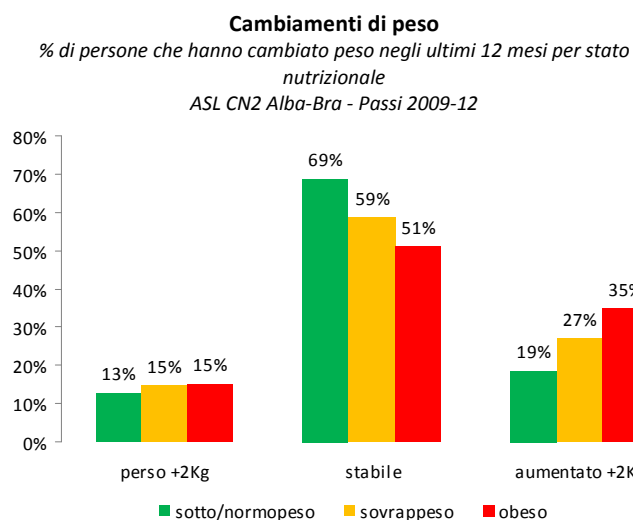


Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

Nell'ASL CN2 il 22% 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 18-34 anni (27% vs 24% nella fascia di età 35-49 anni e 18% in quella 50-69 anni);
- nelle donne (25% vs 19% uomini).
- nelle persone già in eccesso ponderale (35% obesi e il 27% sovrappeso vs 19% normopeso).



Conclusioni e raccomandazioni

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, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 37% della popolazione è in 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: il 44% dei soggetti in sovrappeso considera il proprio peso "più o meno giusto" e il 22% della popolazione è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 19% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (76%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa 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.

I dieci consigli degli esperti al cittadino:

1. Bevi ogni giorno acqua in abbondanza;
2. A tavola varia le tue scelte;
3. Fai sempre una sana prima colazione ed evita di saltare i pasti;
4. Consuma almeno 2 porzioni di frutta e 2 porzioni di verdura ogni giorno;
5. In una dieta equilibrata i cereali (pane, pasta, riso etc.) devono essere consumati quotidianamente;
6. Mangia pesce almeno 2 volte alla settimana (fresco o surgelato);
7. Ricordati che i legumi forniscono proteine di buona qualità e fibre;
8. Limita il consumo di grassi, soprattutto quelli di origine animale, privilegiando l'olio extravergine di oliva;
9. Non eccedere nel consumo di sale;
10. Limita il consumo di dolci e di bevande caloriche nel corso della giornata.
E soprattutto... Evita le diete "fai da te" e rivolgiti sempre al tuo medico di fiducia.

Fonte: www.salute.gov.it

Dall'informazione all'azione

Tra le attività routinarie la nostra ASL, in particolare la Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), si occupa della situazione nutrizionale e della sicurezza alimentare dei suoi assistiti, attraverso una serie di attività. Nell'ambito dell'Igiene della Nutrizione, le principali azioni in programma per il 2013 (PLP ASL CN2-anno 2013):

SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE

OKKIO ALLA SALUTE

Sulla base degli indirizzi e della reportistica fornita dal gruppo di coordinamento nazionale e regionale, è stata completata la stesura del report locale dell'indagine Okkio alla Salute 2012 che è stato pubblicato sul sito web aziendale e sono state intraprese le azioni di comunicazione a livello locale utilizzando format e strumenti condivisi.

HBSC

Sono stati pubblicati sul sito web aziendale ed inviati alle scuole le informazioni e gli strumenti predisposti nell'ambito del programma HBSC (report regionale/locale HBSC 2008, Focus paper HBSC per la media advocacy, Open Mind).

SORVEGLIANZA SUI PRODOTTI CONFEZIONATI CONSUMATI IN ETÀ EVOLUTIVA DURANTE GLI SPUNTINI

Il SIAN ha partecipato all'aggiornamento della banca dati regionale sui prodotti confezionati consumati in età evolutiva ultimando il caricamento dei dati delle etichette raccolte nel 2012.

EDUCAZIONE SANITARIA

Le attività di educazione sanitaria svolte dal SIAN sono principalmente rivolte alle scuole anche se sono presenti interventi educativi e formativi diretti ad altri target. Per il 2013 si è previsto di organizzare 1 corso per il miglioramento della porzionatura degli alimenti nella ristorazione scolastica e per il miglioramento della qualità degli spuntini.

RISTORAZIONE COLLETTIVA

VERIFICA MENU'

Rappresenta ormai un'attività ordinaria del Servizio estesa a tutte le strutture mensa censite sul territorio: nel 2013 è continuata l'attività di verifica e validazione dei menù delle mense collettive. Si cerca inoltre di mantenere un buon livello di attenzione sulle tematiche delle allergie ed intolleranze alimentari continuando le azioni di informazione e formazione per gli operatori del settore alimentare (in primo luogo gli addetti ai servizi di ristorazione scolastica) migliorando le loro conoscenze e capacità di gestione del rischio allergeni negli alimenti. Si intende inoltre supportare la gestione del rischio allergeni nella ristorazione scolastica anche attraverso una migliore attenzione alle certificazioni sanitarie.

VIGILANZA/MONITORAGGIO

RISTORAZIONE SCOLASTICA

Nel 2013 sono stati attuati 35 sopralluoghi di vigilanza nelle strutture di ristorazione scolastica.

RESIDENZE PER ANZIANI

Nella ristorazione assistenziale è stato effettuato un sopralluogo di vigilanza in almeno 20 strutture.

INTERVENTI DI PREVENZIONE IN SOGGETTI A RISCHIO

In questi anni sono stati realizzati interventi e strutturati programmi di prevenzione indirizzati a soggetti a rischio (soggetti affetti da celiachia, allergie o altre intolleranze alimentari), compatibilmente con le risorse disponibili si cercherà nei prossimi anni di mantenere e consolidare tali attività. Il SIAN nel 2013 intende mantenere [lo sportello informativo nutrizionale "Celiachia"](#) dedicato a fornire informazioni e ricevere segnalazioni sulle principali tematiche inerenti la celiachia e le altre allergie ed intolleranze alimentari. Lo sportello si pone come obiettivo anche quello di costituire un punto di riferimento e di collegamento fra gli operatori sanitari delle strutture che si interessano di tali patologie migliorando la comunicazione e l'integrazione operativa con altri servizi aziendali (Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, il Servizio di Allergologia e il Dipartimento Cure Primarie e Servizi territoriali, i Pediatri ed i Medici di Medicina Generale), al fine di facilitarne l'accessibilità da parte dei soggetti interessati.

Nell'ambito dell'**Offerta**, da parte del Referente aziendale per la **Promozione della Salute**, alle **Scuole del territorio dell'ASL CN2 di progetti orientati all'adozione di stili di vita salutari**:

Attivazione del [Progetto "Sono quello che mangio!"](#) rivolto agli studenti della seconda classe delle scuole secondarie di primo grado. Il rationale di questo progetto si fonda sul presupposto che nutrizione adeguata e salute siano da considerarsi diritti umani fondamentali, assai correlati l'uno all'altro. Una dieta corretta ed equilibrata è un validissimo strumento di prevenzione nei confronti di molte patologie.

Il progetto prevede un incontro di 2 ore con il gruppo classe durante il quale partendo dalle domande dei ragazzi si forniscono informazioni su salute e alimentazione. Nel percorso sono coinvolti i docenti cui viene fornita un'agile dispensa che può essere adottata per approfondire l'argomento nutrizione. Si segnalano ai docenti 2 siti molto utili per affrontare in maniera rigorosa e scientifica l'argomento nutrizione:

<http://www.salute.gov.it/stiliVita/forchettaescarpe/start.swf> (Il Kit didattico multimediale "Forchetta & Scarpetta", realizzato dal Ministero della salute in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto nazionale per la nutrizione (INRAN) e le Regioni, è rivolto ai bambini della scuola primaria, ma utile anche per i ragazzi frequentanti il primo anno della scuola secondaria di 1° grado) e si articola in cinque unità didattiche in animazione più un manuale per gli insegnanti;

<http://www.piramideitaliana.it/> rivolto ai cittadini, ma utile anche per i ragazzi frequentanti il terzo anno della scuola secondaria di 1° grado.

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. E' stato stimato che 1 omicidio su 4 è alcol-correlato. Attualmente si stima che in Europa 5-9 milioni di bambini vivano in famiglie con problemi di alcol. Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute.

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

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

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.



L'unità alcolica corrisponde a:

- un boccale di birra (33 cc)
oppure
- un bicchiere di vino (20 cc)
oppure
- un bicchierino di liquore (5 cc)

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

I risultati della Sorveglianza PASSI 2009-2012

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=1.097)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	64 (61,1-66,8)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,2 (4,9-7,8)
Consumo abituale elevato ¹	4,8 (3,6-6,2)
Consumo binge (2010-2012) ²	7,7 (6,0-9,8)
Consumo a maggior rischio (2010-2012) ³	15,4 (13,1-18,1)

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).

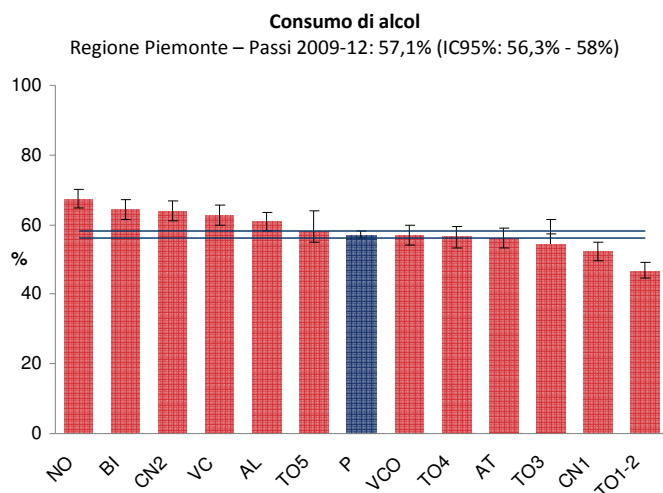
³ Consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

Nel periodo 2009-12, la percentuale di consumatori di alcol nell'Asl CN2 Alba-Bra è risultata pari al 64%, mentre il consumo fuori pasto è 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 del 2009 con quelli del triennio 2010-12, 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 (8%) e del consumo a maggior rischio (15%), relative al periodo 2010-12.

In Piemonte la prevalenza di persone che dichiarano di bere almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese risulta del 57% (range 47% ASL TO1-2 - 67% ASL NO).

L'ASL CN2 presenta valori significativamente superiori alla media regionale.



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

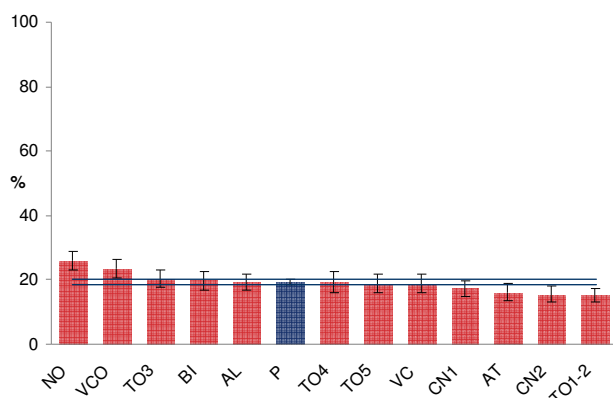
Nel periodo 2010-12 nell'Azienda CN2 Alba-Bra, il 15% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.

Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni) e gli uomini.

In Piemonte, nel periodo 2010-2012 la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 19% (range 15% ASL TO1-2 – 26% ASL NO).

Consumo a maggior rischio

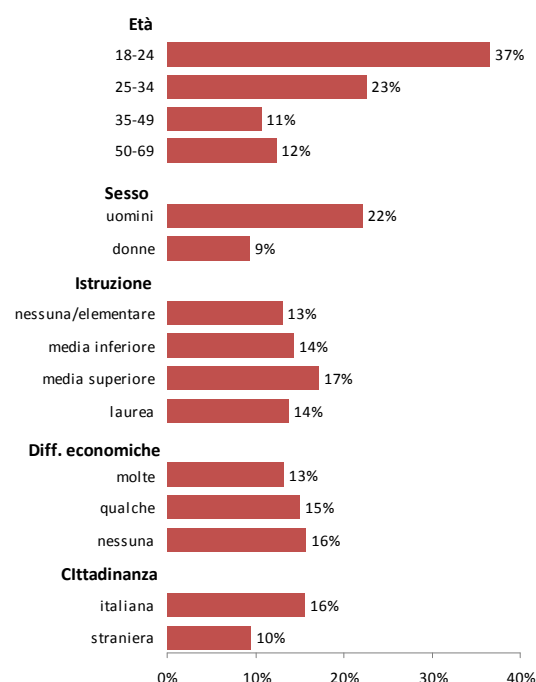
Regione Piemonte – Passi 20010-12: 19,2% (IC95%: 18,4% - 20,1%)



Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2010-12

Totale: 15,4% (IC 95%: 13,1%-18,1%)



I dati del sistema di sorveglianza Passi 2009-2012 registrano che poco meno della metà della popolazione adulta italiana (44%) non consuma bevande alcoliche, il 39% beve moderatamente, mentre il 17% ha un consumo di alcol a “maggior rischio” per quantità o modalità di assunzione.

La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio, per il periodo di rilevazione 2010-2012, è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 34%) e gli uomini (23%), fra le persone senza difficoltà economiche (19%) e fra quelle con un titolo di studio più elevato (19%). L’analisi multivariata conferma queste associazioni ma, se condotta separatamente per genere, consente di mettere in evidenza che fra gli uomini non esiste differenza per i diversi livelli di istruzione.

Nel periodo 2009-2012, decisamente alta è la proporzione di persone che assumono alcol pur avendo una controindicazione assoluta: ben il 46% dei pazienti con malattie del fegato e il 29% delle donne in gravidanza consumano alcol nonostante le avvertenze. La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio, per il periodo di rilevazione 2010-2012, 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 (27%) e Sardegna (21%), fanno registrare consumi superiori alla media nazionale.

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-12
Pool di Asl: 17% (IC95%: 16,8%-17,3%)



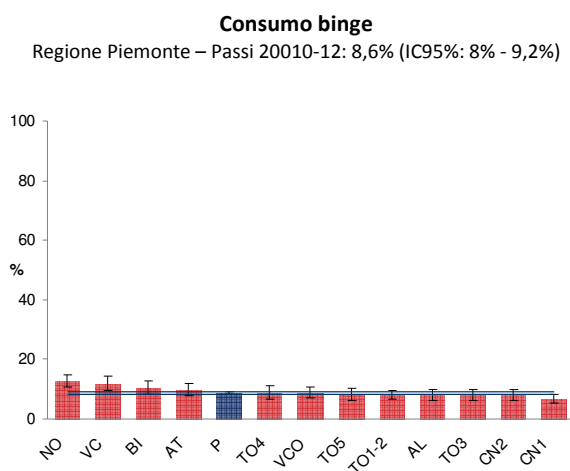
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

Nel periodo 2010-12 nell'Azienda CN2 Alba-Bra, l'8% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.

Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni, gli uomini, le persone con livello di istruzione alto e quelle con molte difficoltà economiche.

In Piemonte la percentuale degli intervistati classificabili come consumatori binge è del 9% (range 7% ASL CN1 – 13% ASL NO).



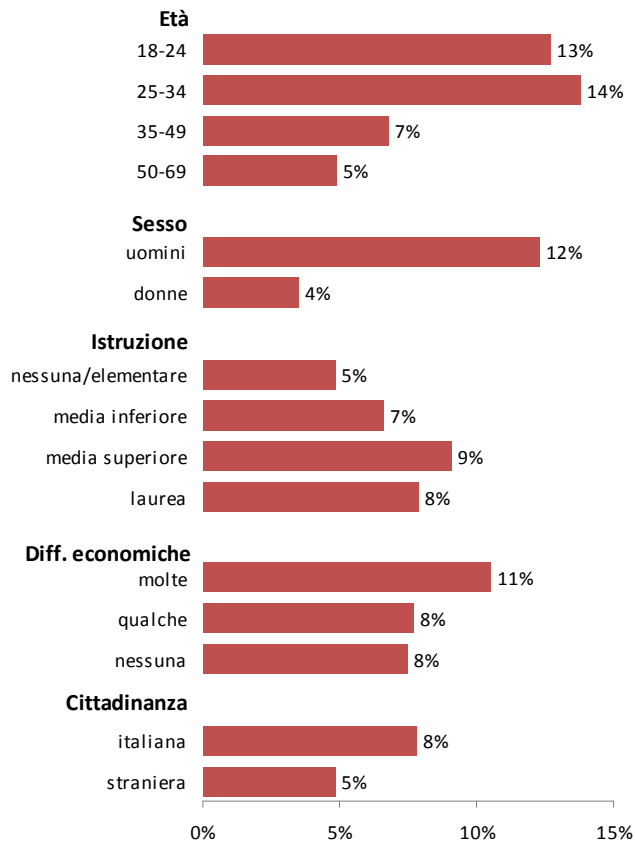
A livello di Pool di ASL PASSI, nel periodo 2010-12, la percentuale di bevitori binge è risultata del 9%.

La prevalenza del *binge drinking*, nel 2010-2012, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord e in alcune Regioni meridionali: ancora la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (20%) e la Sicilia quelli più bassi (3%).

Consumo binge

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2010-12

Totale: 7,7% (IC 95%: 6%-9,8%)

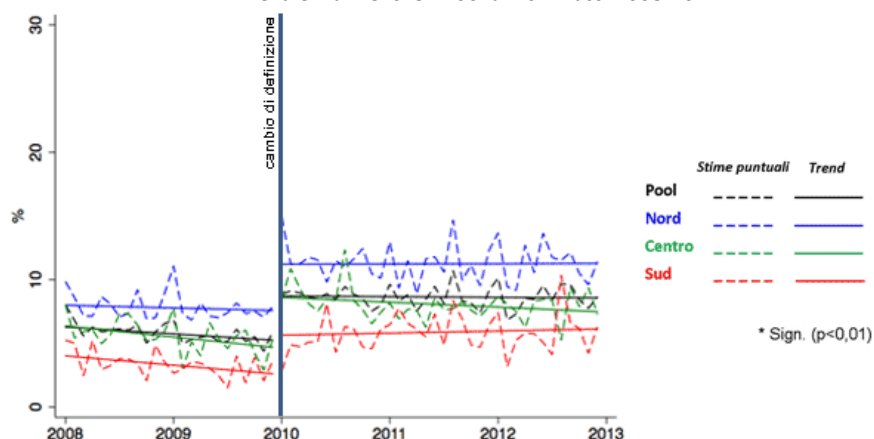


Consumo binge

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-12
Pool di Asl: 8,7% (IC95%: 8,5%-8,9%)



Trend del consumo di alcol binge
Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



Per quanto riguarda l'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2009, si evidenzia una diminuzione significativa in tutte le aree geografiche tranne al Nord, mentre da inizio 2010 a fine 2012, la situazione appare sostanzialmente stabile, con un leggero calo nelle Regioni del Centro, non ancora statisticamente significativo.

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 CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=911)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	19,2 (16,7-22)
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)	3,2 (0,9-7,9)

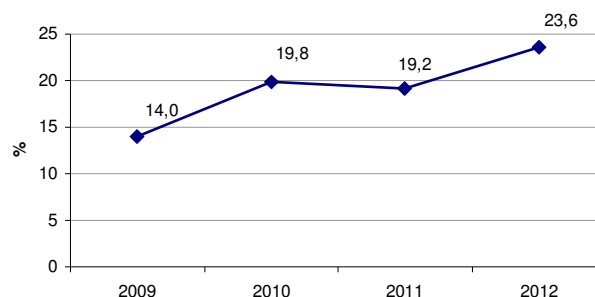
¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2009-12, nella Azienda CN2 Alba-Bra, solo il 19% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Analizzando l'evoluzione temporale parrebbe che tale percentuale sia aumentata nel periodo 2009-2012 passando dal 14% nel 2009 al 24% nel 2012.

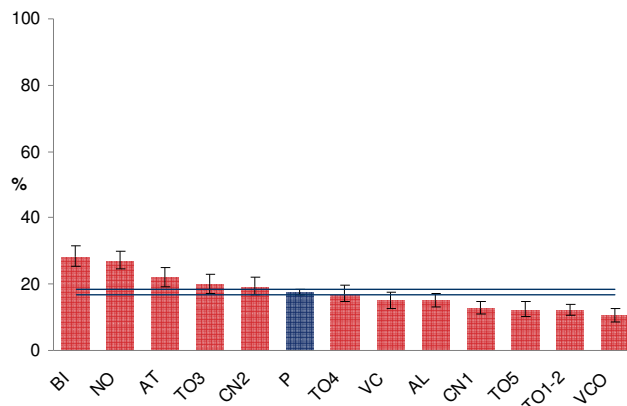
Consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze per anno di rilevazione
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12



In Piemonte la percentuale di soggetti intervistati che riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol è del 18% (range 11% ASL VCO - 28% ASL BI).

Consumo di alcol chiesto dal medico
 Regione Piemonte – Passi 2009-12: 17,5% (IC95%: 16,7% - 18,3%)



Consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
 Pool di Asl: 14,9% (IC95%: 14,6%-15,1%)



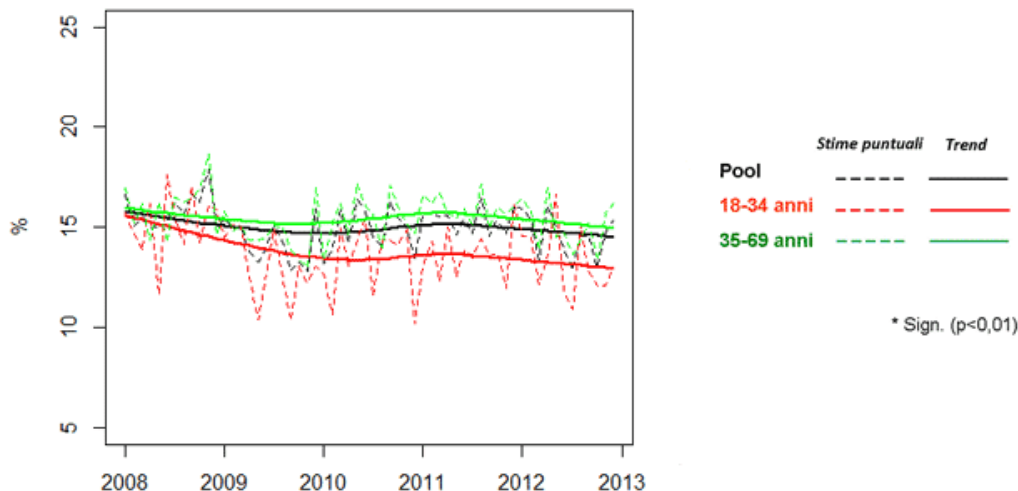
- % significativamente superiore al pool
- % non significativamente diversa dal pool
- % significativamente inferiore al pool

In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

In Italia, ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol: nel periodo 2009-2012, solo il 15% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo alcolico e solo il 6% di coloro che sono considerati a maggior rischio (secondo i dati 2010-2012) riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurre il consumo. 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%).

Trend del consumo di alcol chiesto dal medico

Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2012



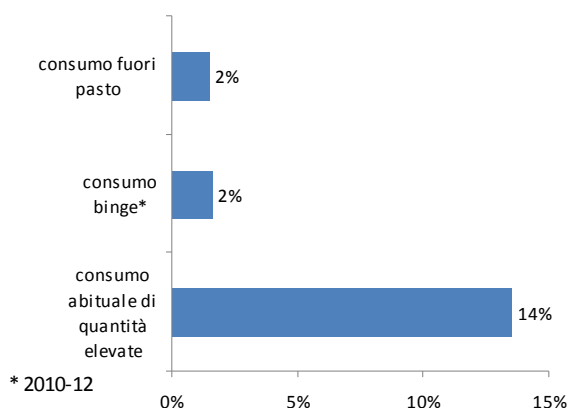
Nel periodo 2008-2012 si è ridotta la quota di persone che ha riferito di aver ricevuto attenzione da parte di un operatore sanitario su questo tema, in modo significativo fra i più giovani (18-34enni).

Nel periodo 2010-12, nell'ASL CN2 Alba-Bra, solo il 3% degli intervistati che sono considerati a maggior rischio riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

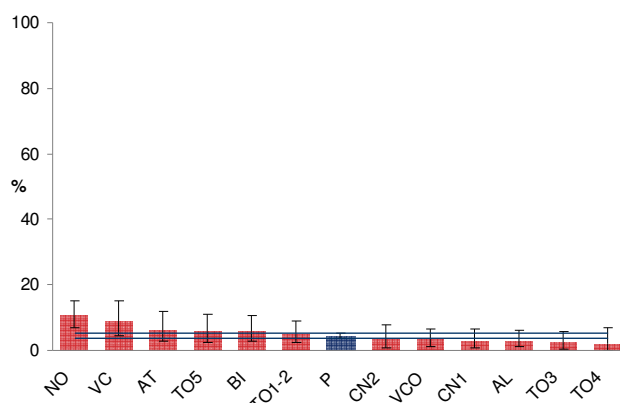
La frequenza di consigli da parte di un sanitario è pari al 2% (dato 2009-12) tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto come tra le persone con consumo binge (dato 2010-12), mentre in quelli con consumo abituale elevato sale al 14% (dato 2009-12).

In Piemonte la percentuale di soggetti con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario è del 4% (range 2% ASL TO4 - 11% ASL NO).

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Percentuali per tipo di consumo – ASL CN2 Alba-Bra – Passi 2009-12



Persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Regione Piemonte – Passi 2010-2012: 4,4% (IC95%: 3,5% - 5,4%)



Conclusioni

La maggioranza della popolazione (64%) dell'ASL CN2 Alba-Bra consuma alcol. Il 15% degli intervistati ha abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 anni e tra gli uomini. Il 47% degli intervistati dichiara un consumo di alcol prevalentemente nel weekend.

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.

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 per tutti, tranne che per i giovani e per i conducenti professionisti per i quali il limite è pari a 0.

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?

Nel periodo 2009-12, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 9% 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 6% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Alcol e guida – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12

	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	8,9 (7-11,4)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	5,5 (4,3-7,1)

* 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).

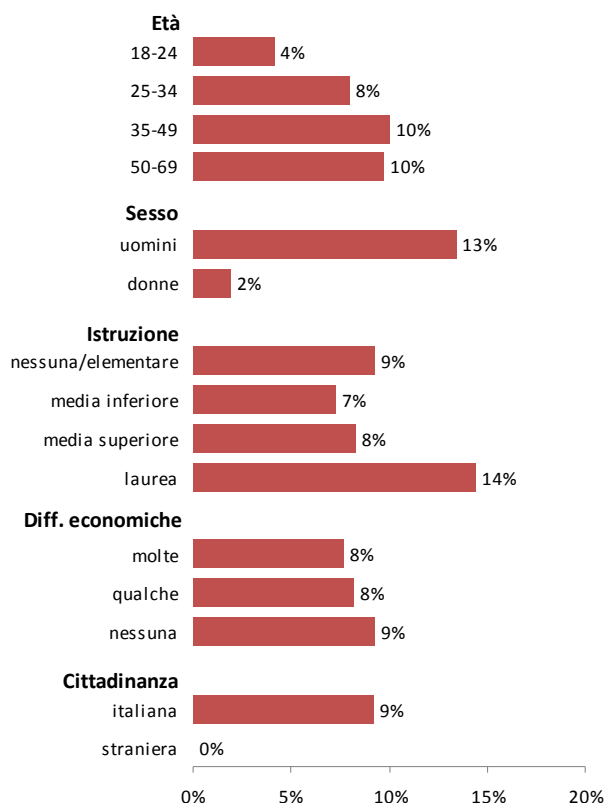
L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente e significativamente più frequente negli uomini che nelle donne (13% vs. 2%).

Si rilevano differenze in particolare per età e istruzione.

In Piemonte la percentuale degli intervistati che 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 è dell'11% (IC95%: 10%-11,5%).

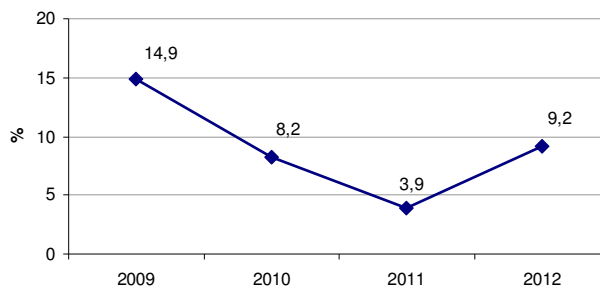
Guida sotto l'effetto dell'alcol Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12

Totale: 8,9% (IC 95%: 7%-11,4%)



La percentuale di soggetti che guida sotto l'effetto dell'alcol, nell'ASL CN2, sembrerebbe ridursi nel periodo 2009-2012.

Guida sotto effetto dell'alcol
Prevalenze per anno di rilevazione
ASL CN2 Alba-Bra - Passi 2009-12



Guida sotto effetto dell'alcol
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12
Pool di Asl: 9,6% (IC95%: 9,3%-9,8%)



In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

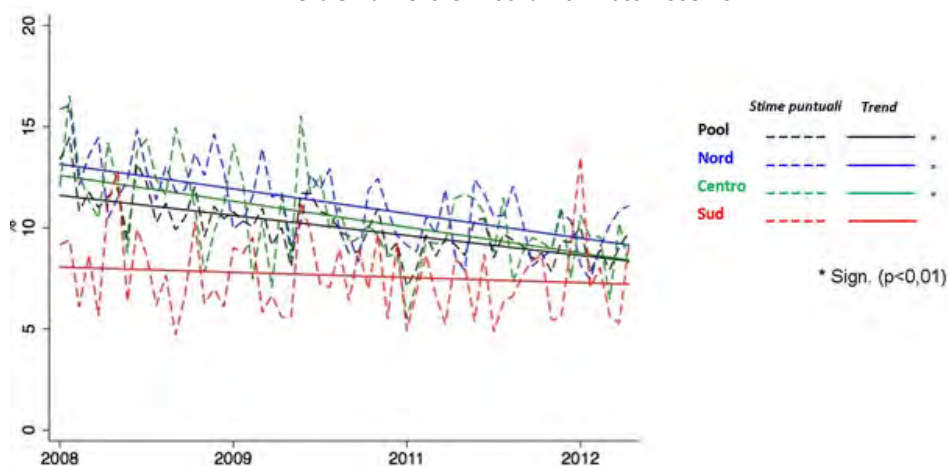
Nel Pool di ASL , considerando il quadriennio 2009-2012, il 10% dei conducenti riferisce di aver guidato un'auto o una moto sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida), mentre il 7% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Il 10% degli intervistati di età 18-25 anni dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol: anche se il valore non differisce dalla media relativa a tutte le età, questo dato rimane preoccupante in quanto il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto per la giovane età. Considerando poi i giovani tra 18 e 21 anni, l'8% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto, rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è significativamente più elevata nella fascia d'età 25-34 anni, tra gli uomini e tra i cittadini italiani.

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%).

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



Confortante è la 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 CN2 Alba-Bra - PASSI 2009-12 (n=118)

Guida sotto l'effetto dell'alcol	% (IC95%)
nei 18-25enni*	4,8 (1,3-11,7)

* 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 5% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, mentre nella fascia 18-21 anni tale percentuale è del 3%. Anche se il valore è poco differente dalla 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 CN2 Alba-Bra - PASSI 2010-12 (n=797)

	% (IC95%)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo*	42,9 (39,5-46,4)

*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, nell'ASL CN2 Alba-Bra il 43% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.

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

In Piemonte la percentuale degli intervistati che hanno dichiarato di essere stati sottoposti ad un controllo da parte delle Forze dell'Ordine è pari al 33% (IC95%: 32,2%-34,3%).

Controlli delle forze dell'ordine – ASL CN2 Alba-Bra - PASSI 2010-12 (n=342)

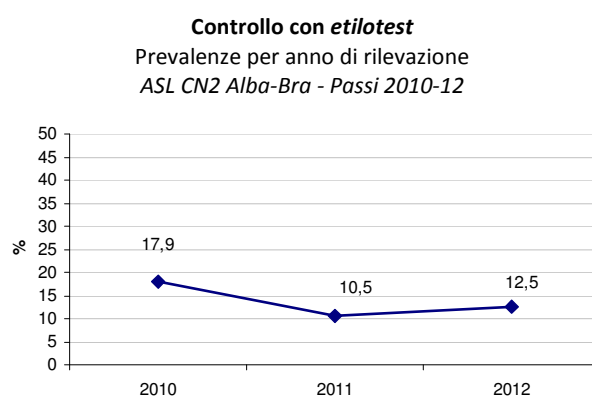
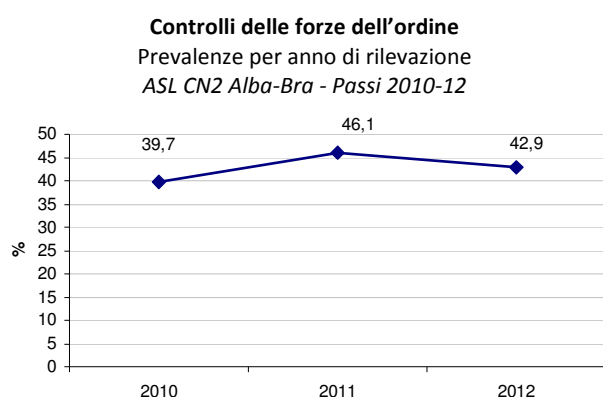
	% (IC95%)
Effettuato l'etilotest*	13,5 (10,1-17,6)

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

Nell'ASL CN2 il 14% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.

In Piemonte tale percentuale è pari al 15% (IC95%: 13,5%-16,1%).

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: la percentuale di guidatori che ha riferito di aver subito un controllo da parte delle forze dell'ordine sembrerebbe aumentata nel periodo 2010–2012, mentre è diminuita la percentuale di guidatori che riferisce di essere stato sottoposto a etilotest.



In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione



In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel Pool di ASL 2010-2012 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'ASL CN2 Alba-Bra, una minoranza, piccola ma consistente (il 9% 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.

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.

<i>I dieci consigli degli esperti al cittadino:</i>
1. Ricorda sempre che l'alcol non è un nutriente e che il suo abuso può provocare molti danni alla salute;
2. Le bevande alcoliche contribuiscono a farci ingrassare;
3. Non esiste una quantità di alcol sicura o raccomandabile;
4. Se proprio si vuole bere è meglio privilegiare bevande a bassa gradazione alcolica (vino o birra) ed evitare i superalcolici;
5. Se bevi, fallo sempre ai pasti principali e mai a digiuno;
6. Bevi in misura moderata e, in ogni caso, evita di metterti alla guida se hai bevuto;
7. Evita di mescolare tra loro diversi tipi di bevande alcoliche;
8. Fai attenzione all'interazione tra farmaci ed alcol (consulta sempre il tuo medico di fiducia);
9. Niente alcol in gravidanza, allattamento, infanzia e sotto i 16 anni o in caso di patologie e sovrappeso;
10. Vuoti di memoria o frequenti dimenticanze, senso di solitudine o depressione, bere già appena svegli sono tutti campanelli d'allarme.

Fonte: www.salute.gov.it

Dall'informazione all'azione

In relazione ai problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive, compreso l'abuso di bevande alcoliche, diverse sono le attività e gli interventi previsti dal Piano Locale della Prevenzione 2013 e dal Piano Locale delle Dipendenze della nostra ASL:

- Nell'ambito dell'**Offerta**, da parte del Referente aziendale per la Promozione della Salute, alle **Scuole del territorio dell'ASL CN2 di progetti orientati all'adozione di stili di vita salutari**:
 - **Unplugged**, programma europeo per la prevenzione all'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive disegnato da un gruppo di ricercatori europei e valutato attraverso uno studio sperimentale randomizzato e controllato condotto in 7 stati della Regione Europea, con target ragazzi della scuola secondaria di primo grado.
 - **Pronti? Partenza ...via!**, progetto in tema di sicurezza stradale volto a ridurre comportamenti di rischio (alcol, droghe, alta velocità e mancato o scorretto uso dei dispositivi di sicurezza) e a favorire l'adozione di comportamenti sicuri durante la guida (target ragazzi dell'ultimo anno della scuola secondaria di primo grado).
 - **Prosit! Bacco e tabacco vanno a braccetto con la salute?**, progetto finalizzato alla consapevolezza da parte degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado dei rischi per la salute derivanti dal consumo di alcol e di nicotina.

- **Alcuni Progetti di Promozione del Benessere** a cura del Dipartimento Patologie delle Dipendenze:
 - **PROGETTI GENITORI**
Attivazione di laboratori con l'utilizzo dell'audiovideo per promuovere consapevolezza e competenze a gruppi di genitori, interessati ai temi dei fattori di rischio e protezione in adolescenza. I laboratori prevedono da un minimo di 3 incontri ad un massimo di 5, per 2 ore ciascuno in orario serale. Le attività proposte utilizzano metodologie attive, con visioni di brevi filmati che servono da stimolo per i lavori proposti, in piccoli gruppi, singolarmente o in coppia per attivare discussioni, confronti ed esplorazione dei temi trattati. Su richiesta dei partecipanti si possono proporre serate tematiche con "esperti".
 - **PROGETTO VIVERE con STILE**
Prosecuzione dei laboratori con gli studenti delle Scuole Superiori per la gestione di lavori nelle proprie classi finalizzati alla preparazione e gestione delle Assemblee di Istituto sul tema di PIACERE-RISCHIO in adolescenza. Nel progetto vengono coinvolti tutti i rappresentanti di classe delle prime e seconde, viene loro proposto un percorso di 4 incontri da 2 ore (alcune in orario scolastico, altre no). Gli studenti propongono in un'assemblea di classe un laboratorio ed un questionario sui temi definiti. Gli stessi studenti lavoreranno con il supporto degli educatori per guidare e gestire l'assemblea di Istituto.
 - **PROGETTO STARGATE**
Spazio di ascolto e consulenza per giovani, famiglie, operatori ed insegnanti sui temi dei consumi di sostanze psicoattive. Attivazione di consulenze anche fuori sede a singoli e/o a gruppi.

- Interventi di prevenzione e contrasto dei comportamenti connessi all'uso di sostanze psicoattive

In prosecuzione alle attività effettuate nell'ambito del progetto cuneese **Pronti a ripartire** (realizzazione di una formazione integrata degli operatori Ser.D delle ASL CN1 e CN2 sulle tematiche Alcol e guida con i rappresentanti provinciali delle Forze dell'Ordine, e di corsi di formazione sulle tematiche delle dipendenze rivolti alla Polizia Locale) e in particolare in relazione al tema della diagnosi precoce sull'abuso di alcol e sull'uso di droghe nell'ambito della mobilità stradale, il programma delle attività descritte nel **Piano Locale ASL CN2 delle Dipendenze prevede:**

- Partecipazione della S.C. Ser.D al Tavolo di concertazione Provinciale NOT (Prefettura/Ser.D ASL CN2 e CN1, Questura di Cuneo, Comandi Provinciali della Guardia di Finanza e dei Carabinieri, Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali);
- Stesura e produzione di vademecum "Guida e sostanze stupefacenti" "Guida e alcol" per una informazione ai target a rischio e ai soggetti istituzionali del settore;
- Protocollo Ser.D ASL CN2/NOT Prefettura per l'invio al servizio di soggetti segnalati ex art. 75 e 121 DPR 309/90;
- Monitoraggio del rispetto del protocollo in atto per i pazienti inviati dalla Prefettura al Ser.D.

Mentre in relazione al tema del trattamento precoce di soggetti abusatori di alcol e consumatori di droghe intercettati dalle Forze dell'Ordine in occasione dei controlli di mobilità stradale, il programma delle attività descritte nel Piano Locale ASL CN2 delle Dipendenze prevede:

- Nell'ambito di Accordi con la Commissione Medica Locale (CML) per l'idoneità alla guida di pazienti in trattamento sostitutivo, la realizzazione di un Protocollo con la CML per consentire l'idoneità a soggetti in trattamento; Corsi Alcol e guida.
- Effettuazione di consulenze dell'alcolologo Ser.D presso la CML per i soggetti fermati in violazione dell'art. 187 del C.d.S.
- Effettuazione di counselling motivazionale breve da parte del consulente alcolologo durante la visita con l'ausilio di kit informativi.

Note metodologiche

Il sistema di sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta, 18-69 anni, sugli stili di vita e 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.

Passi nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili e necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati.

Tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza Passi, tuttavia in alcune Regioni non tutte le Asl partecipano. Nel 2012 hanno partecipato 135 su 144 Aziende sanitarie locali italiane. In queste ASL risiede oltre l'92% della popolazione italiana. Dal 2008 al 2012 sono state raccolte informazioni complessivamente su 187.952 persone.

Fonte: www.epicentro.iss.it/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 pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione di studio ASL CN2 Alba-Bra

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra, aggiornate al 01.01.2009 (complessivamente 113.853 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell'azienda 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 effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

A livello aziendale, da gennaio 2009 a dicembre 2012 sono state effettuate 1.100 interviste.

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati 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 state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica ha una durata in media di 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 è avvenuta prevalentemente col metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

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.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2009-12 ("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 direttamente su PC e solo in alcuni casi tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico.

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

Le interviste 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.

Monitoraggio

Durante l'attività di sorveglianza, viene attuato un sistema di monitoraggio e ciò per consentire tempestivi provvedimenti correttivi, laddove sia necessario, e permettere la valutazione in itinere; esso si attua tramite la costruzione di un set di indicatori di processo.

Tra gli indicatori del monitoraggio (indicatori di processo), alcuni indicatori di performance degli intervistatori sono descritti nella tabella seguente:

NOME DELL'INDICATORE	DEFINIZIONE	FORMULA
Tasso di risposta	Proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ interviste}}{\text{N}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \right] * 100$
Tasso di non reperibilità	Proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ non reperibili}}{\text{N}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \right] * 100.$
Tasso di rifiuto	Proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili	$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ rifiuti}}{\text{N}^\circ \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} \right] * 100$

	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011	PASSI 2012
Tasso di risposta	85,1	82,3	90,5	87
Tasso di non reperibilità	1,5	2,7	3	2,5
Tasso di rifiuto	13,3	15	6,6	10,4

Bibliografia

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22.05.2007 – Supplemento ordinario n. 119
- RUPAR (Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione in Piemonte) - Piemonte STATistica e B.D.D.E. - <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/>
- Ministero della Salute - <http://www.salute.gov.it>
- Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari - <http://www.guadagnaresalute.it/>
- Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
- Regione Piemonte. Sanità - <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/sorveglianza-epidemiologica/960-passi-fascia-deta-18-69-anni.html>



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

Un'Italia in salute è una questione di stile... di vita



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*





*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*



**Per vivere bene e in buona salute
basta veramente poco:**
una corretta alimentazionePAG. 6
una regolare attività fisicaPAG. 8
poco alcolPAG. 10
e niente fumoPAG. 12



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*



Uno stile di vita sano e attivo è piacevole e ci consente di prevenire molte patologie croniche come le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie, il diabete. In questo opuscolo troverete alcuni facili consigli e suggerimenti per mantenervi sempre in buona salute a tutte le età.

Mangiare sano e con gusto!

Rispettando la tradizione alimentare del nostro Paese e proteggendo la nostra salute

Mangiare sano

Più frutta, verdura e legumi

Un'alimentazione ricca di frutta, verdura e con un adeguato contenuto di cereali e legumi protegge dalla comparsa di diverse patologie, in particolare alcuni tipi di tumori e malattie cardiovascolari ed aiuta a mantenere il peso corporeo nella norma.

Mangia a colori

Un consumo adeguato di frutta e verdura, oltre a mantenere l'equilibrio energetico, apporta anche un rilevante contenuto di vitamine e minerali; l'arancia, il pomodoro e il kiwi, ad esempio, sono ricchi di vitamina C, la carota e l'albicocca di provitamina A, gli ortaggi a foglia verde e alcuni legumi di acido folico; anche i cereali contengono vitamine importanti per il nostro organismo quali la tiamina e la niacina.

Gli effetti benefici del consumo di frutta, verdura e legumi dipendono anche dal fatto che alcuni loro componenti svolgono un'azione protettiva, prevalentemente di tipo antiossidante, contrastando così l'azione di radicali liberi, coinvolti in processi di invecchiamento e in reazioni che sono all'origine di diverse forme tumorali. Per mantenere il peso corporeo nella norma è importante privilegiare alimenti poveri di grassi, ma di alto valore nutrizionale come verdura, frutta, cereali e legumi.

Varia spesso le tue scelte

Il modo più semplice e sicuro per garantire un apporto adeguato di energia e nutrienti è quello di variare il più possibile le scelte e di combinare, opportunamente, i diversi alimenti. I principali gruppi di alimenti, oltre quello costituito dalla verdura e dalla frutta, che deve essere sempre presente a tavola, sono: cereali (pane, pasta, riso, ecc.) che devono essere presenti ad ogni pasto principale; latte e derivati la cui funzione principale è fornire calcio in forma altamente assorbibile e utilizzabile dall'organismo;



pesce, carne e uova che forniscono proteine di alta qualità; grassi da condimento (il cui consumo deve essere contenuto) dando la preferenza all'olio extravergine di oliva.

Per una dieta completa ed equilibrata, nell'alimentazione quotidiana devono essere presenti gli alimenti di ogni gruppo. Oltre che un adeguato consumo di frutta, verdura, legumi e cereali, è salutare mangiare più spesso il pesce (fresco o surgelato), ridurre l'uso del sale, moderare il consumo di alimenti e bevande dolci, preferendo, eventualmente, i prodotti da forno della tradizione italiana (biscotti e torte non farcite) e bere acqua in quantità adeguata a soddisfare le richieste del nostro organismo.

Poco sale per... guadagnare salute

L'eccessivo consumo giornaliero di sale è uno dei principali responsabili dell'insorgenza di ipertensione arteriosa che causa patologie dell'apparato cardio e cerebrovascolare. La riduzione progressiva del consumo di sale ha un effetto positivo sulla salute:

riduce la pressione arteriosa
migliora la funzionalità di cuore, vasi sanguigni e rene
aumenta la resistenza delle ossa

■ Non è difficile ridurre l'apporto giornaliero di sale, soprattutto se la riduzione avviene lentamente, facendo sì che il nostro palato si adatti in modo graduale. È bene pertanto: **ridurre** progressivamente l'uso di sale sia a tavola che in cucina, preferendo il sale

iodato **evitare** l'aggiunta di sale nelle pappe dei bambini, almeno per il primo anno di vita **limitare** l'uso di altri condimenti contenenti sale (dadi da brodo, salse, maionese, ecc.) **ridurre** il consumo di alimenti trasformati ricchi di

sale (snacks salati, patatine in sacchetto, alcuni salumi e formaggi, cibi in scatola) **preferire** linee di prodotti a basso contenuto di sale; **leggere** con attenzione le etichette dei prodotti **preferire** spezie, erbe aromatiche, succo di limone o aceto per insaporire ed esaltare il sapore dei cibi



Più movimento... più salute

Ricordati, una vita attiva è lo strumento migliore per prevenire molte patologie!

Più movimento

Per mantenersi in buona salute

è necessario "muoversi" cioè camminare, ballare, giocare, andare in bicicletta. La sedentarietà abituale, oltre a predisporre all'obesità, può compromettere altri aspetti della salute. Uno stile di vita poco attivo è un fattore di rischio per patologie come la cardiopatia coronarica, il diabete e il tumore al colon. Ricordati, una vita attiva è lo strumento migliore per prevenire molte patologie!

Un buon livello di attività fisica contribuisce ad abbassare i valori della pressione arteriosa e quelli dell'ipercolesterolemia, a prevenire malattie cardiovascolari, obesità e sovrappeso, diabete, osteoporosi; contribuisce, inoltre, al benessere psicologico riducendo ansia, depressione e senso di solitudine.

Per i bambini e i ragazzi la partecipazione ai giochi e ad altre attività fisiche, sia a scuola che durante il tempo libero, è essenziale per:

- un sano sviluppo dell'apparato osteoarticolare e muscolare
- il benessere psichico e sociale
- controllare il peso corporeo
- favorire il funzionamento degli apparati cardiovascolare e respiratorio



Sport e attività fisica contribuiscono ad evitare, nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti sbagliati, quali l'abitudine a fumo e alcol e l'uso di droghe.



Uomini e donne di qualsiasi età possono trarre vantaggio anche solo da 30 minuti di moderato esercizio quotidiano.

Non è necessario dedicarsi ad un'attività specifica. L'attività fisica può essere di tipo sportivo oppure connessa con le attività quotidiane, ad esempio, spostarsi a piedi o in bicicletta per andare a lavoro o a scuola, usare le scale invece dell'ascensore, dedicarsi ai lavori di giardinaggio, portare a spasso il cane.

Praticare con regolarità attività sportive (nuoto, tennis, basket, ecc.) almeno 2 volte a settimana aiuta a:

- aumentare la resistenza;
- aumentare la potenza muscolare;
- migliorare la flessibilità delle articolazioni;
- migliorare l'efficienza di cuore e vasi e la funzionalità respiratoria;
- migliorare il tono dell'umore.

In alternativa è consigliabile utilizzare il fine settimana per lunghe passeggiate e/o gite in bici, ballo e nuotate in piscina.



L'importante è mantenersi attivi sfruttando ogni possibile occasione



Meno alcol... più salute

Meno 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.

Ricorda che l'alcol alla guida è la principale causa di morte tra i giovani italiani di 15-24 anni! 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. Può, anche, 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.

Gli adulti in buona salute e senza problemi di sovrappeso che intendono consumare bevande alcoliche, devono fare attenzione a:

- farlo solo durante i pasti e mai a digiuno
- bere in misura moderata
- privilegiare bevande a bassa gradazione alcolica (vino e birra)
- evitare di mescolare tra di loro diversi tipi di bevande alcoliche
- soprattutto evitare i superalcolici che contengono un alto contenuto di alcol
- fare attenzione all'interazione tra farmaci ed alcol
- consultare sempre il proprio medico curante



sull'opportunità di bere alcolici durante una terapia farmacologica

L'assunzione di bevande alcoliche deve essere ulteriormente ridotta negli anziani e nelle donne, che hanno una minore capacità di metabolizzare e smaltire l'alcol.

In gravidanza e in allattamento è necessario smettere di bere poiché l'alcol:

- attraversa la placenta ed arriva al feto
- arriva al bambino attraverso il latte materno

Chi invece sceglie consapevolmente di "non bere" non sperimenterà gli effetti tossici e/o dannosi dell'alcol e, invece, potrà avere:

- meno problemi di salute
- in caso di gravidanza, maggiori probabilità di avere un bambino sano
- un minore aumento di peso
- più soldi a disposizione
- più controllo e più divertimento

Nell'infanzia e nell'adolescenza sono da evitare tutte le bevande alcoliche, poiché la capacità per l'organismo di smaltire l'alcol si completa solo intorno ai 18-20 anni.

Ragazzi vediamoci chiaro

L'alcol altera la capacità di percezione e di reazione. Non beviamo mai prima di guidare, potremmo mettere in pericolo la nostra vita e quella degli altri. Con l'alcol non si scherza.

Più vita... senza fumo

No fumo

Una sigaretta, oltre al tabacco, contiene molti componenti e, ad ogni boccata, durante la combustione, si sprigionano più di 4000 sostanze chimiche.

Tra le più pericolose, il **catrame** contiene sostanze cancerogene che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie e sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema.

La **nicotina**, inoltre, è un alcaloide che influenza il sistema cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza.

Il fumo danneggia il sistema riproduttivo dell'uomo e della donna, riducendo la fertilità.

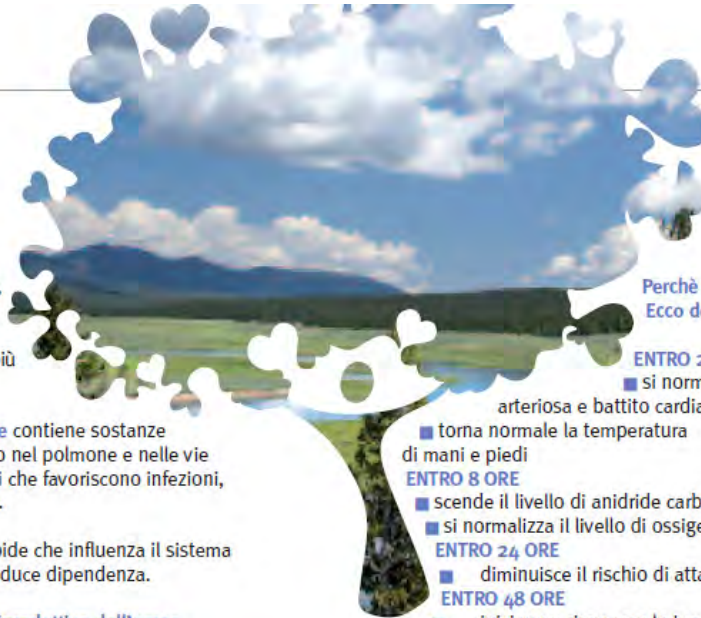
Durante la gravidanza, il fumo ha molti effetti nocivi sul feto ed è il maggiore fattore di rischio di basso peso alla nascita; può causare aborti spontanei e complicazioni durante la gravidanza.

Smettere di fumare durante la gravidanza previene, inoltre, l'asma nei bambini.

Se fumi e sei un genitore o sei in contatto abituale con i bambini, evita di fumare almeno in loro presenza, perchè il fumo passivo può causare infezioni polmonari nei neonati, irritazione agli occhi, tosse e disturbi respiratori ed aumenta il rischio di crisi di asma e otiti.

In ogni caso il fumo passivo è dannoso per chi sta intorno ad un fumatore.

Ricordati che il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile" in quanto causa di cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie!



Perchè smettere di fumare?
Ecco dei validi motivi

ENTRO 20 MINUTI

- si normalizzano pressione arteriosa e 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 olfatto e gusto

ENTRO 72 ORE

- si rilassano i bronchi, migliora il respiro e 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 4 ANNI

- la mortalità da tumore polmonare per il fumatore medio (un pacchetto

al giorno) scende da 137 per centomila persone a 72. Dopo dieci anni scende a 12 per centomila che è la normalità.

ENTRO 10 ANNI

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

In sostanza, se si smette di fumare si guadagna salute subito e non è mai troppo tardi per farlo



Più vita... senza fumo

No fumo

Smettere di fumare da soli è possibile

E allora? Cosa fare e a chi rivolgersi

È bene ricordare che le prime 24 ore dall'ultima sigaretta sono le più difficili e nei primi 4 giorni sono più intensi i sintomi dell'astinenza, che tendono ad attenuarsi dalla prima settimana al primo mese, mentre sensazioni di malessere (come affaticabilità, irritabilità, difficoltà di concentrazione, aumento dell'appetito, ecc.) possono persistere anche per alcuni mesi.

Se non si riesce a smettere da soli, la cosa migliore da fare è sentire il proprio medico di famiglia e decidere insieme un percorso. La scienza ha dimostrato che maggiore è il supporto che si riceve, più è alta la probabilità di smettere di fumare in modo definitivo.

Le strategie per smettere di fumare oggi comprendono:

Terapie farmacologiche:

la terapia con i sostitutivi della Nicotina (NRT), il Bupropione e la Vareniclina aiutano i fumatori ad astenersi e ad alleviare i sintomi di astinenza.

Il **sostegno Psicologico** di operatori specializzati, sia vis à vis che telefonico, facilita la decisione al cambiamento, aiuta a rafforzare le motivazioni; le terapie di gruppo aggiungono alle strategie cognitive e comportamentali la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori.



I CONSIGLI DEGLI ESPERTI

- A tavola varia le tue scelte
- Bevi acqua in quantità adeguata alle esigenze del tuo organismo
- Fai sempre una sana prima colazione ed evita di saltare i pasti
- Mangia almeno 3 porzioni di frutta e 2 porzioni di verdura ogni giorno
- Per una dieta equilibrata consuma quotidianamente i cereali (pane – pasta – riso – ecc..)
- Consuma il pesce almeno 2 - 3 volte alla settimana (fresco o surgelato)
- Ricordati che i legumi forniscono proteine di buona qualità e fibre
- Limita il consumo di grassi, soprattutto quelli di origine animale, privilegiando l'olio extravergine di oliva
- Riduci il sale
- Limita il consumo di dolci e di bevande caloriche nel corso della giornata
- Evita le diete "fai da te" e rivolgiti sempre al tuo medico di fiducia



Per guadagnare salute... meglio mangiare sano

I CONSIGLI DEGLI ESPERTI

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

Per guadagnare salute... meglio muoversi



I CONSIGLI DEGLI ESPERTI

- Ricorda che l'alcol non è un nutriente e che il suo abuso può provocare molti danni alla salute
- Le bevande alcoliche contribuiscono a farci ingrassare
- Non esiste una quantità di alcol sicura o raccomandabile
- Se proprio vuoi bere è meglio privilegiare bevande a bassa gradazione alcolica (vino o birra) ed evitare i superalcolici
- Se bevi, fallo sempre ai pasti principali e mai a digiuno
- Bevi in misura moderata e, in ogni caso, evita di metterti alla guida se hai bevuto
- Evita di mescolare tra loro diversi tipi di bevande alcoliche
- Fai attenzione all'interazione tra farmaci ed alcol (consulta sempre il tuo medico di fiducia)
- Niente alcol in gravidanza, allattamento, infanzia e adolescenza in caso di patologie e sovrappeso

Più salute... meno alcol



I CONSIGLI DEGLI ESPERTI

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

Per guadagnare salute... niente fumo



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Settore salute
Dipartimento della prevenzione e comunicazione
Direzione generale della Comunicazione e relazioni istituzionali

Via Giorgio Ribotta 5 - 00144 Roma

