



Sistema di Sorveglianza Passi

Report

**“Guadagnare Salute nella
Regione Marche”**

Anni 2011-2014



Indice

Autori / ringraziamenti	pag. 3
Premessa	pag. 6
In breve	pag. 9
Il confronto con il pool nazionale	pag. 11
Descrizione del campione	pag. 12
Attività fisica	pag. 19
Abitudini alimentari (sovrappeso obesità)	pag. 28
Abitudini alimentari (consumi di frutta e verdura)	pag. 37
Consumo di alcol	pag. 43
Abitudine al fumo	pag. 54
Smettere di fumare	pag. 65
Fumo passivo	pag. 69
Appendici	pag. 78
Metodi	pag. 79
Definizioni operative utilizzate nel sistema di sorveglianza PASSI	pag. 82
Le schede degli indicatori utilizzati nel sistema di sorveglianza	pag. 91

AUTORI

A cura di:

Francesca Polverini (Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARS Marche), Cristina Mancini (Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARS Marche / Osservatorio Epidemiologico AV2 Asur, Ancona), Gemma Zocco (Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva UNIVPM), Fabio Filippetti (Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARS Marche, coordinatore regionale PASSI)

Gruppo di lavoro a livello nazionale:

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirous Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenzio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vaselli, Stefania Salmaso, Elisa Quarchioni (Gruppo Tecnico PASSI nazionale).

Gruppo di lavoro a livello regionale:

oltre ai curatori del report: Alberico Marcobelli (Agenzia Regionale Sanitaria), Giuliano Tagliavento (P.F. Prevenzione e Promozione della salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro, ARS Marche; referente regionale PASSI) e per le ex Zone Territoriali dell'ASUR Marche:

ex ZT ASUR	Referenti	Intervistatori e Collaboratori
1 - Pesaro	Gaetano Raschi	Giovanni Lemma
2- Urbino	Marco Pompili	Giada Pazzaglia
3- Fano	Alfredo Vaccaro	Natalina Ghiselli, Sabrina Maltoni, Alessia Pesaresi
4 - Senigallia	Rosanna Rossini	Antonella Agocconi, Milena Cavallotti, Daniela Francoletti, Mirella Marcellini
5 - Jesi	Francesca Pasqualini	Elisabetta Branchesi, Andrea Filonzi, Sabina Paci, Amelia Priori
6 - Fabriano	Daniela Cimini	Giorgia Capezzone; Catia Mezzanotte, Sestilia Sparvoli, Silvana Chiavini, Emanuela Tartarelli
7 - Ancona	Marco Morbidoni	Elisa Ambrogiani, Eufemia Ciarallo, Antonella Guidi
8 – Civitanova Marche	Rosanna Passatempo	Tiziana Mangoni, Paola Mazzanti, Simona Quarchioni, Irene Petrelli, Carla Torpedine
9 - Macerata	Lucia Marinelli	Sabina Carlini, Marina Roselli
10 - Camerino	Fabio Filippetti	Marcello Pannelli, Stefano Roscioni
11- Fermo	Rossana A. Belfiglio	Elvira Cognigni, Viviana Faggioni, Teresa Gentili, Maria Fermani, Annamaria Membrino, Palmira Monterubbianesi, Marina Pistolesi
12 – S. Benedetto del Tronto	Francesca Picciotti	Sandra Emili, Tiziana Faienza, Elisabetta Giovannelli,
13 – Ascoli Piceno	Massimo Baffoni	Valentina Aurini, Sandra Clementi, Maria Gabrielli, Angela Giannetti, Roberta Girardo, Fabiola Simonetti

Un ringraziamento particolare:

- alle Persone intervistate per la gentile disponibilità,
- agli Intervistatori per la loro preziosa attività,
- ai Medici di Medicina Generale per la importante collaborazione,
- al Gruppo di coordinamento nazionale per il qualificato supporto.

Premessa

Negli ultimi anni i Piani Sanitari Nazionali ed i Piani per la Prevenzione, sviluppati anche nella nostra regione, affrontano il tema della Prevenzione sanitaria e della Promozione della salute dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza per la popolazione adulta di sottoporsi a periodici controlli e test di screening. E' noto che gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono una rilevante causa di mortalità e morbosità nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali. Quindi, risulta fondamentale investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative di grande rilevanza epidemiologica.

Questa è l'idea che sta alla base del programma nazionale "*Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutarie*" approvato dal Governo con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 4 maggio 2007, in accordo con Regioni e Province autonome. L'obiettivo primario del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato proprio sui quattro principali fattori di rischio modificabili (*fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica*) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali informando, educando, assistendo, stimolando la responsabilità individuale, affinché ogni persona diventi protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie scelte.

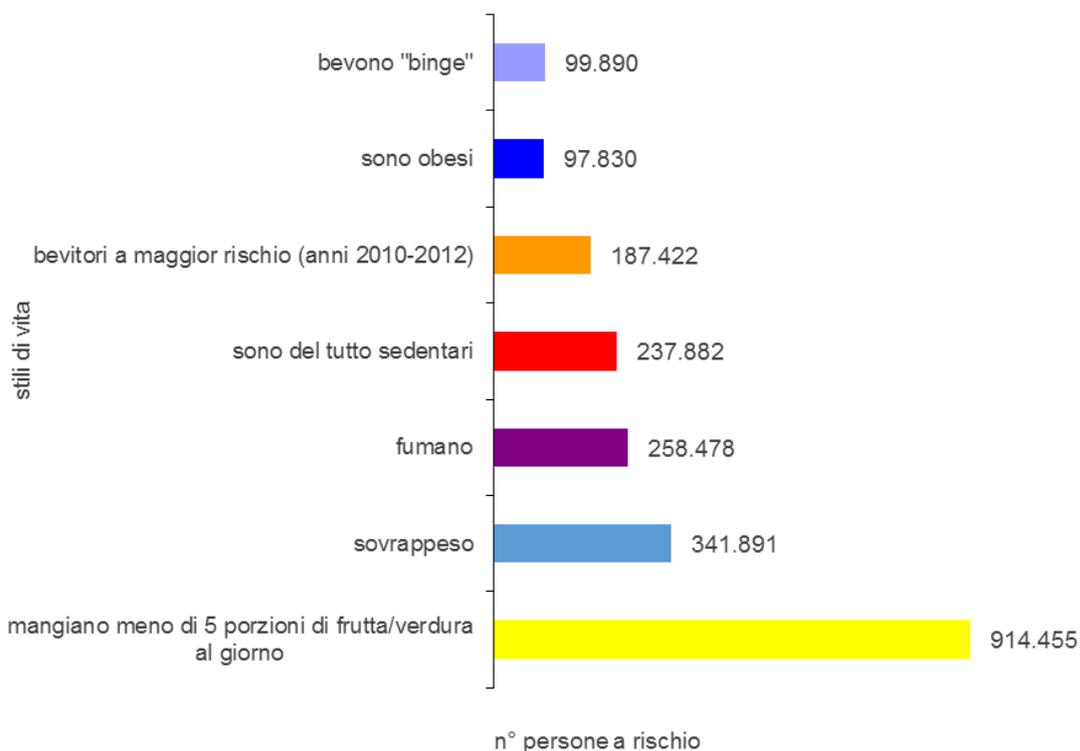
Si tratta di un investimento da valutare: nel lungo periodo con la riduzione del peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e nel breve periodo, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui. E' insomma un "impegno per il futuro" in campo socio-sanitario dal momento che le spese in questo settore, da un punto di vista preventivo, non possono essere viste soltanto come "costi da contenere", bensì appunto come investimenti a medio-lungo termine.

Per sottolineare l'importanza di queste azioni si consideri le stime del numero di soggetti marchigiani adulti di 18-69 anni, aventi stili di vita non salutari, ricavate da PASSI applicando le prevalenze dei fattori di rischio alla numerosità della popolazione stessa.

Nelle due Figure che seguono si evidenzia come, per ad esempio, per il quadriennio 2011-2014 si stimi che nella nostra regione i fumatori adulti siano circa 258.000 soggetti e come questa stima salirebbe a 275.000 individui se applicassimo la stessa prevalenza alla numerosità della popolazione marchigiana adulta, prevista negli anni 2015-2035, dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

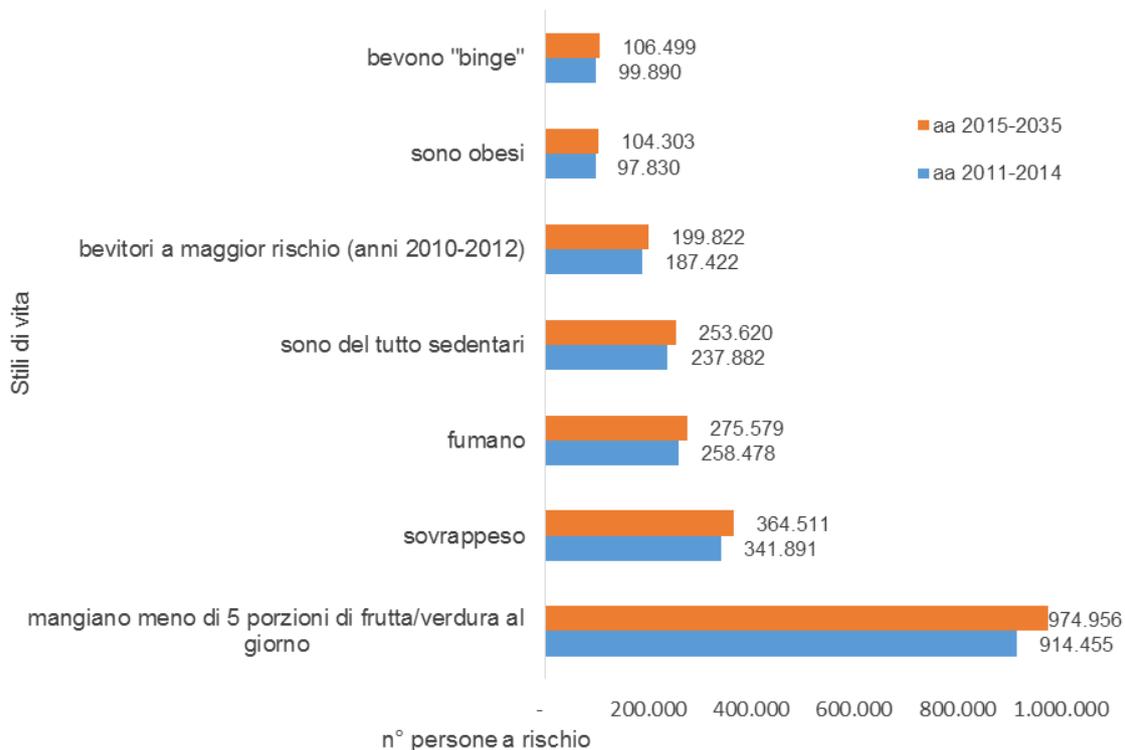
La sfida per la Prevenzione è quella di "abbassare questo numero", in netto incremento previsionale, con strategie mirate di Promozione della Salute. Si potrà calcolare il risparmio in termini di riduzione delle persone con il fattore di rischio specifico e quindi di riduzione delle patologie cronicodegenerative ad esso correlate.

**Stima del numero di persone con stili di vita non salutari.
Regione Marche, periodo 2011-14**



Fonte: Sorveglianza PASSI, quadriennio 2011-2014

**Persone con stili di vita non salutari.
Regione Marche, confronto periodo 2011-14 vs 2015-35**



Fonte: Sorveglianza PASSI, quadriennio 2011-2014

Questa considerazione rafforza la necessità di monitorare nel tempo la situazione epidemiologica dei fattori di rischio, per valutare le situazioni specifiche, adottare le necessarie strategie preventive mirate e valutarne l'efficacia.

Per queste ragioni è stato creato e sta lavorando il Sistema di Sorveglianza PASSI (*Progressi nelle Aziende sanitarie per la salute in Italia*), nato dalla collaborazione tra il Ministero della Salute/CCM e le Regioni, con l'obiettivo di rispondere alle esigenze di ASL e Regioni di monitorare nel tempo i cambiamenti degli stili di vita e dei comportamenti che influenzano la salute della popolazione adulta, i motivi dell'adesione o della mancata adesione della popolazione agli interventi di prevenzione offerti, il grado di penetrazione dei messaggi proposti dal Servizio Sanitario, fornendo così elementi utili per le attività di programmazione locale.

La Regione Marche ha aderito fin dal 2005 al Sistema di sorveglianza PASSI, e dall'anno 2007 è da considerare a regime in tutte le aree territoriali, con effettuazione di circa 1.110 interviste/anno. Con PASSI, i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione sono rappresentativi non solo della realtà regionale ma anche di Area Vasta. Adattandosi bene al servizio sanitario regionalizzato, PASSI è costruito come sistema su tre livelli: un livello aziendale con le attività di rilevazione, registrazione dei dati, analisi e comunicazione alle comunità locali; un livello di coordinamento regionale che prevede, tra l'altro, l'analisi e la comunicazione ai pianificatori regionali; un livello centrale con compiti di progettazione, ricerca, formazione e sviluppo. Tarato quindi sui bisogni locali, utile ai fini della programmazione regionale e aziendale e della verifica delle *performance* raggiunte e della eventuale adozione di misure correttive agli interventi già adottati, il sistema si è mostrato flessibile e adattabile a rispondere a esigenze generali o locali, anche in situazioni di emergenza (come l'indagine condotta nelle Marche per la pandemia di influenza A/H1N1 2009-2010) o per indagini mirate. Inoltre tra gli obiettivi non secondari della sorveglianza PASSI, c'è quello di registrare l'opinione della popolazione sulla propria salute. Nelle Marche il Sistema di Sorveglianza PASSI prevede che in ogni Area Vasta ASUR venga effettuato mensilmente un numero di interviste, concordato con il coordinamento regionale, adeguato ad avere informazioni sugli stili di vita della popolazione adulta (tra i 18 ed i 69 anni), statisticamente significative per l'Area Vasta e per la Regione. Tale attività viene svolta dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione con il coordinamento delle Unità Operative di Epidemiologia. Il coordinamento regionale è effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (ARS), che tiene i collegamenti con il coordinamento centrale (ISS).

Il presente rapporto consente di documentare quanto rilevato nella nostra Regione nell'arco del quadriennio 2011-2014 per i fattori di rischio compresi in "Guadagnare salute" e rappresenta un punto fermo importante per evidenziare priorità di intervento e per poter costruire, nei prossimi anni, trend temporali che consentano di valutare anche l'impatto di strategie e politiche complesse sui fattori di rischio correlati agli stili di vita.

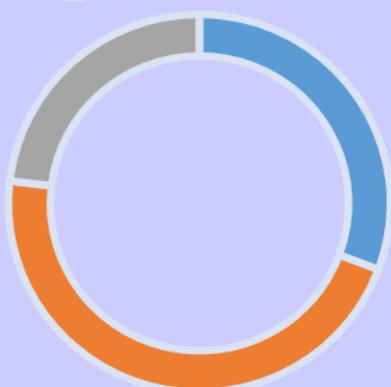
Infine, va ricordato che con l'atto di intesa Stato – Regioni e Province Autonome del 13 novembre 2014 è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014 -2018. La Giunta Regionale delle Marche ha recepito il piano con DGR n. 1434 del 22.12.2014 individuando i programmi regionali, integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi ed a tutti gli obiettivi centrali. Successivamente, con DGR n. 540 del 15.07.2015 è stato adottato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (la DGR 202/2016 apporta alcune modifiche). La stesura del Piano Regionale della Prevenzione si è basata sull'individuazione di azioni che si sviluppano in un quadro strategico di quinquennio ed ha richiesto un percorso articolato finalizzato a rispondere a tutti i criteri indicati a livello centrale. Il Piano Nazionale di Prevenzione, inoltre, individua un piano di valutazione ed i Piani Regionale di Prevenzione risultano organizzati in programmi che hanno richiesto l'individuazione di obiettivi specifici funzionali al raggiungimento degli obiettivi centrali e sono corredati di un piano di monitoraggio. Questo piano valutativo individua sia gli indicatori di processo per valutare annualmente l'avanzamento dei programmi (finalità certificative), sia i valori regionali attesi al 2018 per gli indicatori centrali del PNP (finalità valutative). La sorveglianza PASSI rappresenta una importante fonte informativa per la valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione, fornendo diversi indicatori centrali, alcuni dei quali sono presenti in questo report, in quanto essenziali per il monitoraggio del Macro Obiettivo 1, relativo alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

In breve

Attività fisica

Stima del numero di adulti marchigiani, completamente sedentari nel quadriennio 2011-2014 **238.000**

■ attivi
■ parzialmente attivi
■ sedentari



Prevalenza dell'attività fisica – Passi - Regione Marche, 2011-2014

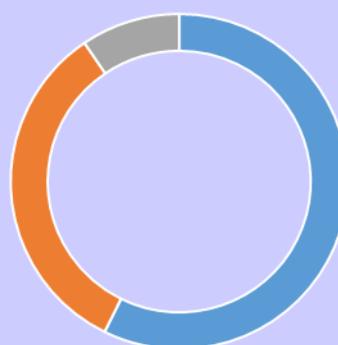
Livello di attività fisica	%
attivi	30,7
parzialmente attivi	46,2
sedentari	23,1

In ambito sanitario gli operatori marchigiani non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti. Infatti meno di un intervistato su tre (circa il 30%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica che svolge.

Stato nutrizionale

Stima del numero di adulti marchigiani, in eccesso ponderale (in sovrappeso od obesi) nel quadriennio 2011-2014 **440.000**

■ normopeso ■ sovrappeso ■ obeso



Prevalenza dell'eccesso ponderale – Passi - Regione Marche, 2011-2014

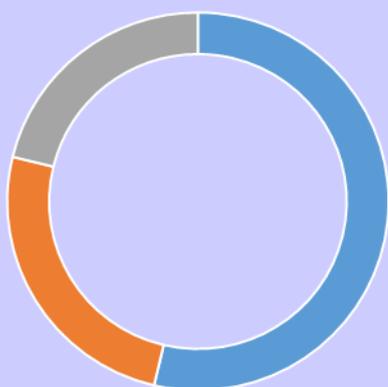
Stato nutrizionale	%
normopeso	57,3
sovrappeso	33,2
obeso	9,5

Modesta appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema: il 53% degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di avere ricevuto il consiglio di perdere peso. La frequenza del consiglio sale al 78% tra gli obesi, ma rimane bassa per i soggetti in sovrappeso (45%).

Abitudine al fumo

Stima del numero di adulti marchigiani, fumatori, nel quadriennio 2011-2014 **258.000**

■ non fumatori ■ fumatori
■ ex fumatori



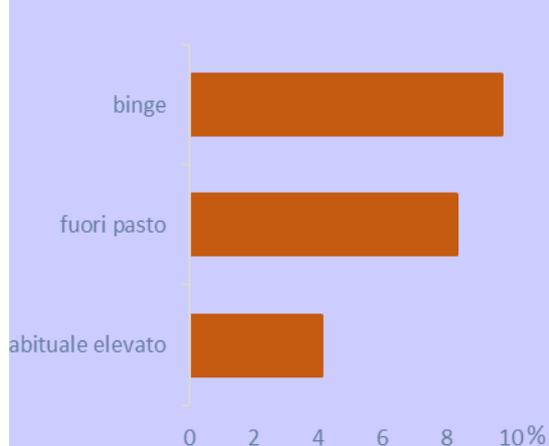
Prevalenza di fumatori – Passi – Regione Marche, 2011-2014

Abitudine al fumo	%
non fumatori	53,7
fumatori	25,1
ex fumatori	21,2

Più di un fumatore su due (54%) 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.

Cosumo di alcol

Stima del numero di adulti marchigiani, che presentano consumo di alcol a maggior rischio, nel quadriennio 2011-2014 **187.000**

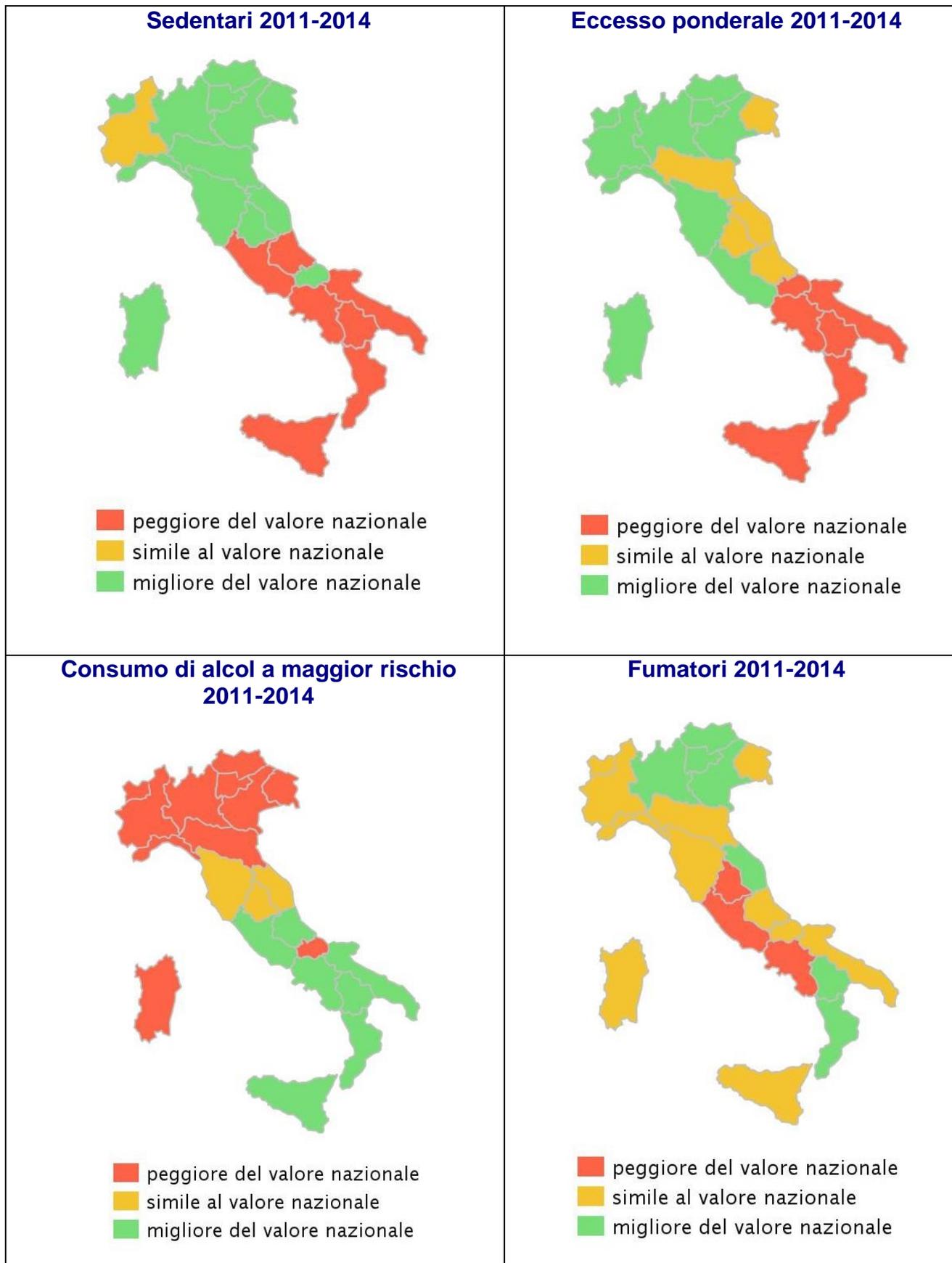


Prevalenza del consumo di alcol a maggior rischio – Passi – Regione Marche, 2011-2014

Consumo di alcol	%
abituale elevato	4,1
fuori pasto	8,3
binge	9,7

Solo il 4% degli intervistati che riferiscono "un consumo di alcol a maggior rischio", indica che un operatore sanitario si è informato sulle loro abitudini in relazione all'alcol consigliando di moderarne il consumo.

Il confronto con il Pool nazionale



Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 1.029.791 (popolazione regionale media del periodo 2011-2014) residenti di 18-69 anni iscritti nel periodo considerato nella lista dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche.

Da gennaio 2011 a dicembre 2014, sono state effettuate 4.774 interviste a persone nella fascia 18-69 anni, selezionate dall'anagrafe sanitaria regionale con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età, sulle quali è stata effettuata l'analisi dei dati.

Le dimensioni del campione utilizzato sono state scelte per avere una rappresentatività statistica per le cinque Aree Vaste regionali: Area Vasta 1 di Fano (ex: ZT1, ZT2, ZT3), Area Vasta 2 di Fabriano (ex: ZT4, ZT5, ZT6, ZT7), Area Vasta 3 di Macerata (ex: ZT8, ZT9, ZT10), Area Vasta 4 di Fermo (ex: ZT11), Area Vasta 5 di San Benedetto del Tronto (ex: ZT12, ZT13).

In tabella 1 vengono riportati i principali indicatori di monitoraggio del campione per il periodo 2011-2014.

Tab. 1 Principali indicatori di monitoraggio del campione. Numero di interviste effettuate, tassi di eleggibilità, risposta, sostituzione e rifiuto per anno. Passi, regione Marche, anni 2011-2014.

Anno	N. interviste	Tasso di eleggibilità (x 100) ^{a)}	Tasso di risposta (x 100) ^{b)}	Tasso di sostituzione (x 100) ^{c)}	Tasso di rifiuto (x 100) ^{d)}
2011	1.189	96,2	85,0	15,0	12,4
2012	1.228	96,4	89,7	7,9	10,3
2013	1.181	96,6	87,4	12,6	10,4
2014	1.176	95,5	87,7	12,3	11,0

a) Tasso di eleggibilità = numero persone eleggibili contattate / totale persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità.

b) Tasso di risposta = numero di interviste / (numero di interviste+ rifiuti+ non reperibili).

c) Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili) / (numero di interviste+ rifiuti+ non reperibili).

d) Tasso di rifiuto = numero di rifiuti / (numero di interviste+ rifiuti+ non reperibili).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

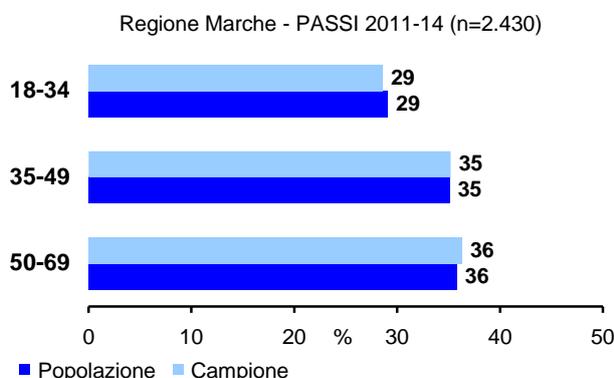
L'età e il sesso

- Nella regione Marche, il campione intervistato e validato (4.774 persone) è risultato composto in maniera sovrapponibile da donne (49%) e uomini (51%); l'età media complessiva è di 44 anni.

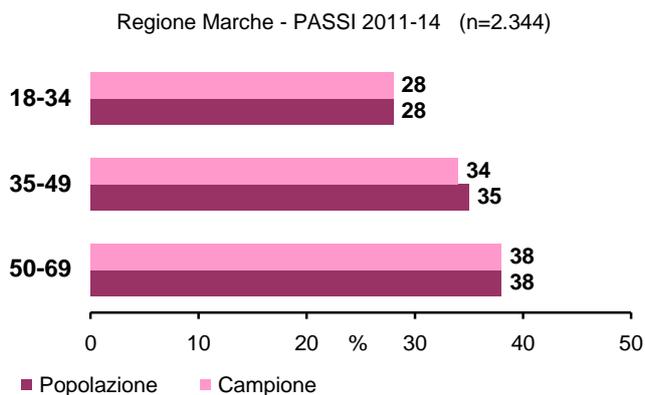
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 29% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 36% da persone nella fascia 50-69 anni.

- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata quasi sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, relativa all'anagrafe regionale degli assistiti, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- Nel pool di Asl nazionali, nel 2011-14 la distribuzione per sesso ed età è simile.

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



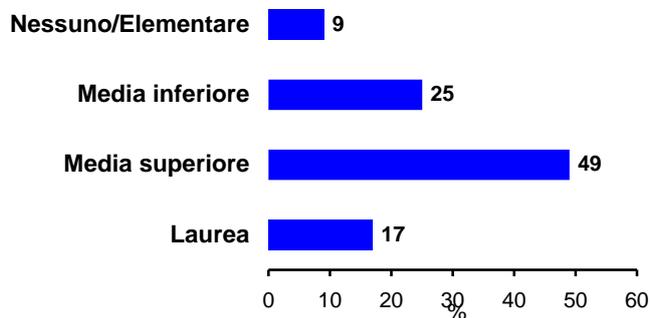
Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE (%)



Il titolo di studio

- Nel quadriennio 2011-2014 nella regione Marche il 9% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 25% la licenza media inferiore, il 49% la licenza media superiore e il 17% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, se si considera "nessun titolo di studio/elementari" (10% vs il 7% degli uomini), ma questo differenziale si inverte fra i laureati, tra i quali è maggiore la quota di donne (20% vs 15% degli uomini).

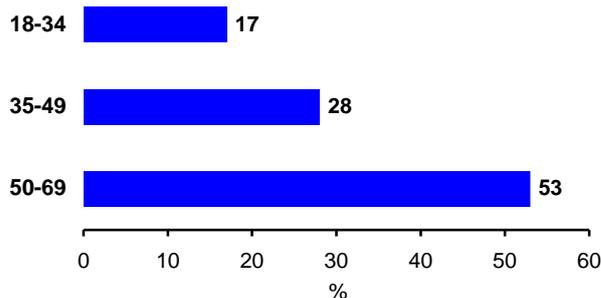
Campione per titolo di studio (%)
Regione Marche - PASSI 2011-14 (n=4.769)



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

Basso livello di istruzione (nessuna/licenza elementare/media inferiore) per classi di età (%)

Regione Marche - PASSI 2011-14 (n=4.769)



- Nel pool di Asl nazionali, nel periodo 2011-14, la scolarità bassa (scuola media inferiore o meno) è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

Basso livello di istruzione
Prevalenze per regione di residenza – Tassi standardizzati - Passi 2011-14

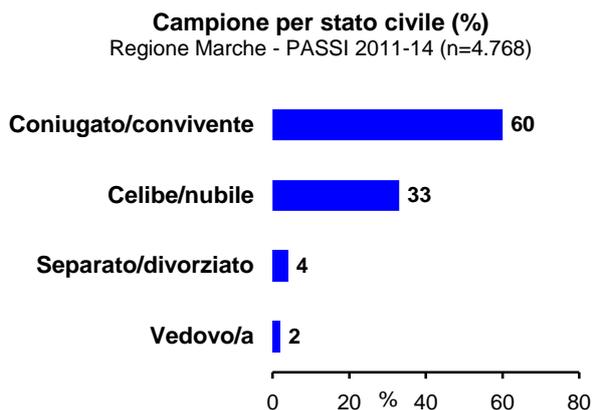
Pool di Asl: 38,5% (IC95%: 38,2-38,8%)



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

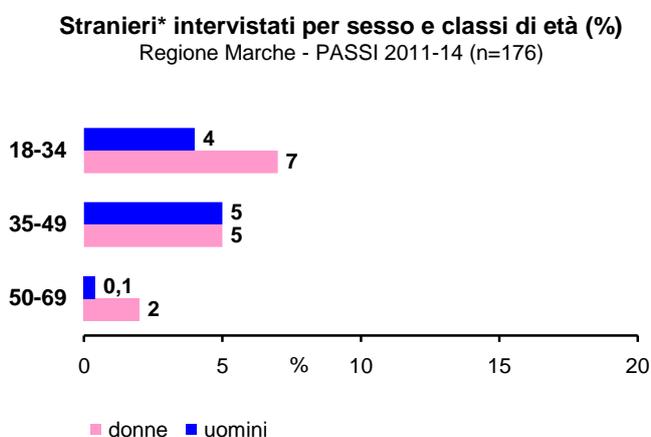
Lo stato civile

- Nella regione Marche i coniugati/conviventi rappresentano il 60% del campione, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 4% ed i vedovi il 2%.
- Nel pool di Asl nazionali, nel periodo 2011-14, queste percentuali sono rispettivamente del 59%, 33%, 5% e 2%.



Cittadinanza

- La popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta nella regione Marche circa il 10% della popolazione della stessa fascia di età (popolazione regionale residente media del periodo 2011-2014, dato Istat). Nel campione regionale il 4% degli intervistati ha cittadinanza straniera.
- Gli stranieri sono per lo più giovani; in particolare il 42% si colloca nella classe 18-34, il 47% in quella 35-49 e l'11% nella 50-69 anni.
- Le donne sono più rappresentate rispetto agli uomini (complessivamente 60% vs il 40%) in tutte le classi di età.
- Nel pool di Asl nazionali, nel periodo 2011-14, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 4% degli intervistati, con evidenti differenze territoriali.
- 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 presenti nel nostro Paese.
- Nelle successive analisi per cittadinanza, occorre tenere presente la bassa numerosità degli stranieri (176).



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

Stranieri
Prevalenze per regione di residenza- Tassi standardizzati-
Passi 2011-14
Pool di Asl: 3,9% (IC95%: 3,8-4,0%)

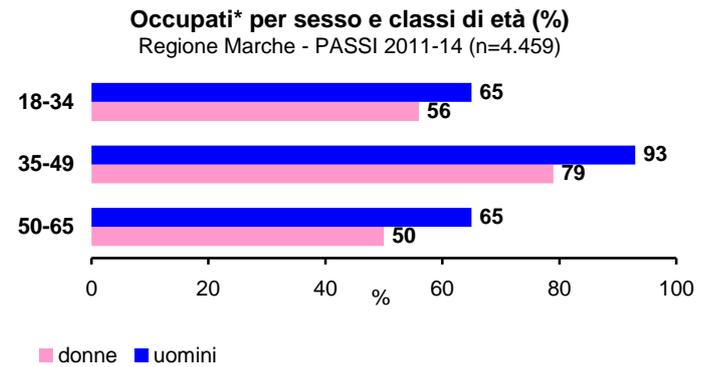


■ maggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ minore del valore nazionale

Il lavoro

- Nella regione Marche il 59% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente (occupati continuativamente) e il 69% di essere occupato (continuativamente e non).
- La prevalenza di donne con un'occupazione regolare è più bassa rispetto a quella degli uomini (complessivamente 63% vs 76%). Queste differenze di occupazione tra i due sessi risultano statisticamente significative in tutte le classi di età.
- Il lavoro regolare è risultato più frequente nella fascia di età 35-49 anni, in cui risultano occupati il 93% degli uomini e il 79% delle donne.
- Nel pool di Asl nazionali, nel periodo 2011-14, il 54% di intervistati nella fascia di età 18-65 anni riferisce di lavorare regolarmente (occupati continuativamente) e la percentuale di occupati (continuativamente e non) è del 65%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

Sia a livello nazionale che regionale, il livello di occupazione mostra un trend in calo.



* occupati continuativamente e non

Occupati*
Prevalenze per regione di residenza - Tassi standardizzati -
Passi 2011-14
Pool di Asl: 65,8% (IC95%: 65,5-66,1%)



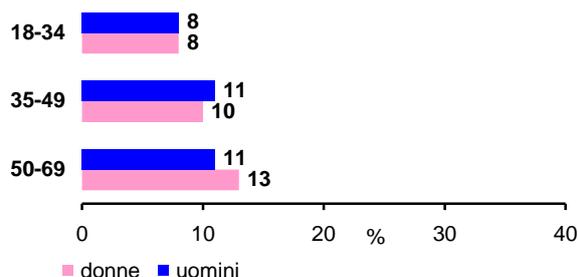
■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

* occupati continuativamente e non

Difficoltà economiche

- Alla luce dell'importanza dell'effetto sulla salute dei determinanti sociali, riconosciuta ormai a livello internazionale, il Sistema PASSI rileva la percezione che le persone hanno delle proprie difficoltà economiche.
- Nella regione Marche, nel periodo 2011-2014:
 - il 46% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica;
 - il 44% qualche difficoltà;
 - il 10% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (11% vs 10%), in particolare nella classe 50-69 anni (13% vs 11%).
- Nel pool di Asl nazionali nel periodo 2011-14, il 42% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 42% qualche difficoltà, il 16% molte difficoltà. La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale. Si evidenzia un lieve peggioramento della situazione economica negli anni, sia a livello nazionale che regionale.

Intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età (%)
Regione Marche - PASSI 2011-14 (n=4.761)



Intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche
Prevalenze per regione di residenza - Tassi standardizzati
Passi 2011-14
Pool di Asl: 16,2% (IC95%: 15,9-16,5%)



Conclusioni

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

Il confronto del campione con la popolazione della regione Marche indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere i risultati ottenuti all'intera popolazione regionale.

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.

Attività fisica

Importanza per la salute

L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), alle attività del tempo libero.

L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione della malattie cronico degenerative¹. Ci sono infatti forti evidenze per la riduzione di:

- mortalità per tutte le cause;
- malattie cardiovascolari;
- ipertensione;
- ictus;
- sindrome metabolica;
- diabete di tipo II;
- cancro al seno;
- cancro al colon;
- depressione;
- cadute;
- peso corporeo, soprattutto se associato alla riduzione di calorie.

Lo svolgimento regolare dell'attività fisica inoltre produce un:

- rafforzamento osseo;
- miglioramento delle funzioni cognitive;
- miglioramento della fitness cardiovascolare e muscolare.

La sedentarietà invece, secondo stime recenti², è causa in Italia del:

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

Come Passi misura l'attività fisica

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

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

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

¹ U.S.Department of Health and Human Services (2008): Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, pagina 9

² I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk, for the Lancet Physical Activity Series Working Group, Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy, The Lancet, Volume 380, Issue 9838, Pages 219 - 229, 21 July 2012

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – PASSI 2011-14

Livello di attività fisica	Regione Marche – (n=4.740)	Pool di Asl – (n=148.842)
	% (IC95%)	% (IC95%)
<i>Attivo</i> ¹	30,7 (29,3-32,1)	33,2 (32,9-33,5)
<i>parzialmente attivo</i> ²	46,2 (44,7-47,7)	35,8 (35,5-36,1)
<i>sedentario</i> ³	23,1 (21,9-24,4)	31,0 (30,7-31,3)

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

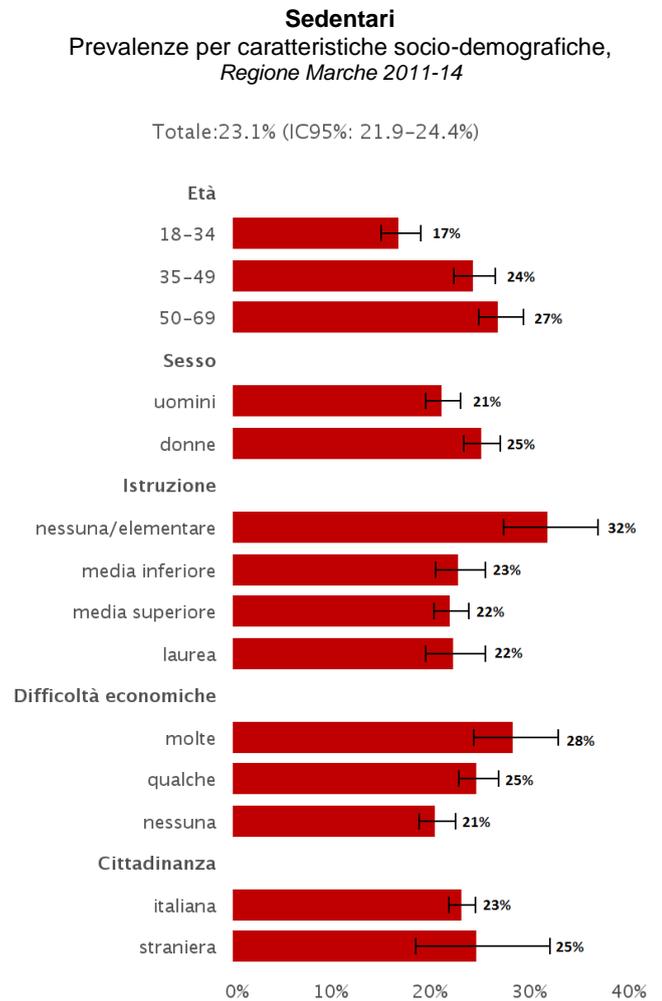
³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2011-14:

- il 31% dei marchigiani intervistati ha uno stile di vita *attivo*: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata (33% nel pool di Asl);
- il 46% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato - *parzialmente attivo* – (36% nel pool di Asl)
- il 23% è completamente *sedentario* (31% nel pool di Asl);
- complessivamente pertanto nel triennio 2011-2014 nelle Marche si stima che vi siano circa 238 mila adulti che non effettuano alcuna attività fisica.

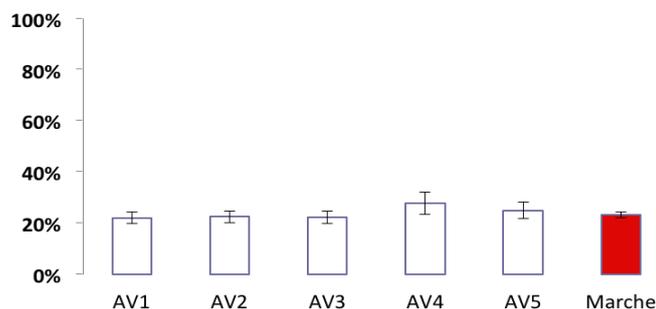
Sedentarietà: caratteristiche

- Nelle Marche la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa:
 - nelle donne (25% vs 21% degli uomini).
 - nelle persone con basso livello d'istruzione (32%);
 - in quelle con molte difficoltà economiche (28%).



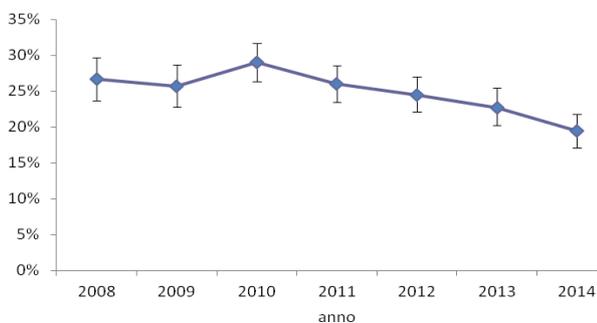
- Nelle Aree Vaste regionali la frequenza dei sedentari varia dal 22% dell'AV1 al 28% dell'AV4.
- Nell'Area Vasta di Fermo vi è la più alta prevalenza di persone che non svolgono alcuna attività fisica. Questo valore risulta significativamente più elevato, dal punto di vista statistico, rispetto ai valori delle altre AV ed a quello regionale.

Sedentari
Prevalenze per AV di residenza –
Regione Marche 2011-14



Confronto su pool omogeneo regionale e nazionale

Sedentari
Prevalenze per anno –
Regione Marche (pool omogeneo), anni 2008-14



- Considerando l'andamento regionale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si registra una progressiva diminuzione della prevalenza dei sedentari a partire dal 2010.
- Non ci sono però variazioni statisticamente significative nel confronto tra gli anni.

Sedentari

Prevalenze per regione di residenza - Tassi standardizzati -
Passi 2011-14
Pool di Asl: 31,0% (IC95%: 30,7-31,3%)

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di sedentari è risultata del 31%.
Le Marche con il 23% di sedentari hanno una prevalenza significativamente inferiore da punto di vista statistico, rispetto al dato nazionale.
- La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centro-meridionali (il valore più alto si trova in Basilicata -63%- e quello più basso nella P. A. Bolzano -8%-). Fanno eccezione a questa bipartizione il Molise (22%) e la Sardegna (26%) che presentano valori significativamente minori rispetto sia alla media nazionale (31%) sia al livello dell'area.



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

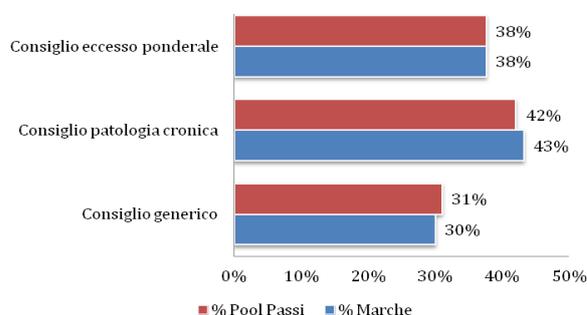
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nelle Marche appare bassa l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: nel periodo 2011-2014, meno di un intervistato su tre (30%) dichiara di aver ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica. Percentuale che aumenta di circa dieci punti in considerazione dell'eccesso ponderale del paziente (38%) o di una patologia cronica (43%).
- Nel Pool di Asl Passi, tali valori sono pressoché sovrapponibili.

Attenzione degli operatori sanitari

% di intervistati a cui è stato consigliato di fare più attività fisica

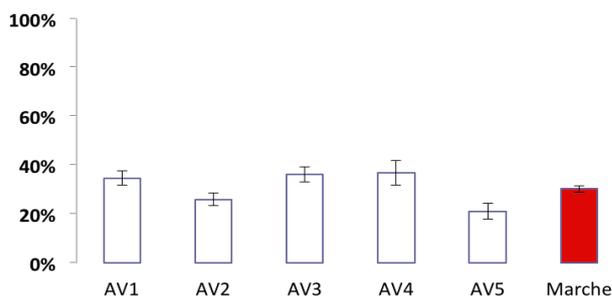
Confronto: pool di Asl nazionali – Regione Marche, PASSI 2011-14



- Nelle Aree Vaste regionali la percentuale di persone a cui è stato consigliato di fare più attività fisica da parte del medico, varia dal 21% dell'AV5 (valore significativamente più basso, dal punto di vista statistico, di quello regionale e di quello delle altre AV), al 37% dell'AV4

Persone a cui è stato consigliato di fare più attività fisica

Prevalenze per AV di residenza – Regione Marche, 2011-14

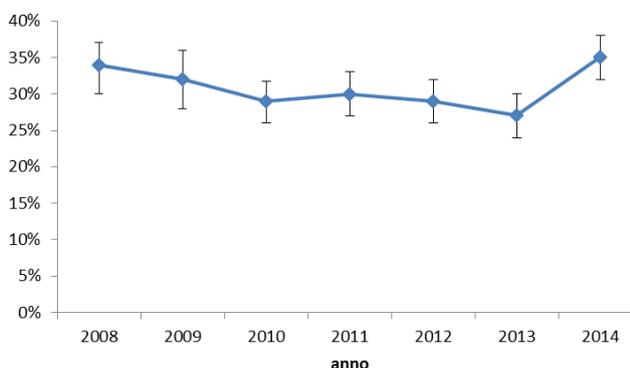


Confronto su pool omogeneo regionale e nazionale

- Considerando l'andamento regionale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) non si evidenziano particolari variazioni nella frequenza di consigli, da parte degli operatori sanitari verso i loro assistiti, per lo svolgimento di una attività fisica, eccetto un rilevante incremento dal 2013 al 2014.

Consiglio del medico di effettuare attività fisica

Prevalenze per anno - Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



- Nel pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di intervistati a cui è stato consigliato di svolgere attività fisica è del 31%.

Le Marche con una prevalenza del 30% non sono significativamente diverse, dal punto di vista statistico, rispetto al pool di Asl.

- La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori non evidenzia un chiaro gradiente. Il valore più alto (41%) è registrato in Sardegna, seguita dal Molise (37%) insieme ad alcune Regioni del Nord (Veneto con il 35%, Emilia-Romagna e Lombardia con il 33%) e del Centro (Umbria 35%, Lazio 33%), mentre quello più basso in Basilicata (16%).

Persone a cui è stata consigliata l'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza – Tassi standardizzati - Passi 2011-2014
Pool di Asl: 30,6% (IC95%: 30,3-30,9%)

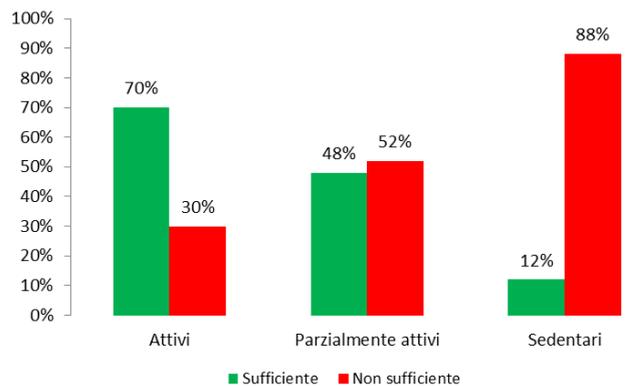


■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

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 30% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 48% delle persone parzialmente attive ed il 12% dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Nel pool di Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, uno su due degli adulti parzialmente attivi (52%) e circa un sedentario su cinque (19%) percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

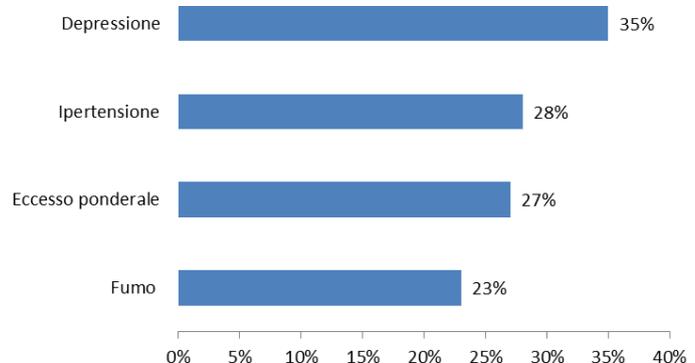
Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
Regione Marche PASSI 2011-2014



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 35% delle persone depresse;
 - il 28% degli ipertesi;
 - il 27% delle persone in eccesso ponderale;
 - il 23% dei fumatori.

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
Regione Marche PASSI 2011-14 (n=4.740)



Conclusioni e raccomandazioni

- Nelle Marche, nel periodo 2011-2014, si stima che circa una persona adulta su tre (31%) svolga attività fisica a livelli raccomandati dalle linee guida (33% è il valore del pool di ASL nazionali); il 23% dei soggetti tra 18-69 anni è invece completamente sedentario (31% in Italia).
- Nelle Aree Vaste regionali la frequenza dei sedentari varia dal 22% dell'AV1 al 28% dell'AV4.
- La percentuale di sedentari è significativamente più elevata nelle persone più anziane di entrambi i sessi e nelle persone con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche.
- La percentuale di sedentari è inoltre elevata in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiare di più del movimento (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, coloro che sono in eccesso ponderale ed i fumatori).
- Nel 12% dei sedentari è presente infine una percezione distorta dell'attività fisica praticata: questi infatti ritengono di svolgere sufficiente movimento.
- In ambito sanitario gli operatori marchigiani non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti. Infatti meno di un intervistato su tre (circa il 30%) ha riferito che un operatore sanitario ha consigliato lo svolgimento di una attività fisica. Stesso valore è stato registrato a livello nazionale.

La sedentarietà può provocare come effetto più immediato e visibile l'obesità. Inoltre la combinazione tra un peso corporeo eccessivo e uno stile di vita non attivo è responsabile di gran parte delle morti premature per cause cardiache. In Italia, si stima che i decessi attribuibili all'inattività fisica siano circa il 5% del totale.

Fare attività fisica ogni giorno influisce positivamente sul benessere psicofisico e riduce il rischio di malattie croniche.

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

Le linee guida internazionali^{3,4} e nazionali⁵ stabiliscono i livelli adeguati di attività fisica in base a 3 fasce di età:

bambini e ragazzi (5–17 anni): almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive;

adulti (18–64 anni): almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa, con esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana;

anziani (dai 65 anni in poi): le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute.

È stato comunque evidenziato⁶ che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute. Risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore ai livelli indicati dalle linee guida.

Inoltre chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni, dovrebbe fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.

³ US Department of Health and Human Services. Objectives 22-2 and 22-3. In: Healthy people 2010, Washington, DC; 2000.

⁴ WHO (2010), Global Recommendations on Physical activity for Health, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

⁵ SNLIG, Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica, linea guida prevenzione, http://www.snlg-iss.it/lgp_sedentarieta_2011

⁶ Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study, Wen, Chi Pang; Wai, Jackson Pui Man; Tsai, Min Kuang; Yang, Yi Chen; Cheng, Ting Yuan David; et. al. The Lancet, Vol 378 October 1, 2011, pp. 1244-1253

Oggi la promozione dello svolgimento dell'attività fisica rappresenta 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 nel *Public Health Programme (2003-2008)* 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.

Nel Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 (prorogato al 2013) della Regione Marche, la promozione dell'attività fisica è uno dei temi cardine che è anche oggetto di progetti specifici sul territorio.

Un importante documento di riferimento per i decisori e gli operatori impegnati nella promozione dell'attività fisica è rappresentato dalla Carta di Toronto, redatta nel 2010 da un gruppo di esperti del Global Advocacy for Physical Activity.

A livello locale è necessario realizzare interventi coerenti con le politiche regionali e nazionali.

Inoltre è utile:

- fornire alle persone opportunità concrete per svolgere attività fisica, ad esempio attraverso la costruzione di piste ciclabili, percorsi pedonali e campestri;
- rendere disponibili strutture sportive e spazi, a costi limitati per l'attività fisica e il movimento;
- favorire l'accesso alle palestre scolastiche quando non utilizzate dalla scuola;
- sostenere le relazioni tra le associazioni territoriali, la scuola e i cittadini affinché organizzino attività di promozione dell'attività fisica e del movimento.

Risorse utili per approfondimenti:

- SNLG, Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica, linea guida prevenzione, http://www.snlg-iss.it/lgp_sedentarieta_2011;
- I progetti Ccm in capo alle Regioni: Emilia-Romagna con Azioni <http://www.azioniperunavitainsalute.it/?q=il-progetto> e Veneto con il progetto nazionale di promozione dell'attività motoria http://www.ccm-network.it/prg_area7_attivita_fisica_promozione_Ulss20Verona;
- La Carta di Toronto per l'attività fisica: una chiamata globale all'Azione, pubblicata dal Global Advocacy for Physical Activity (Gapa) nel 2010 e scaricabile in italiano dal sito www.azioniperunavitainsalute.it;
- WHO (2010), Global Recommendations on Physical activity for Health http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html
- U.S. Department of Health and Human Services (2008): Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report <http://www.health.gov/paguidelines/report/>

Focus

- Attività fisica e salute: <http://www.epicentro.iss.it/passi/AttivitaFisicaBenefici.asp>
- Relazione tra attività fisica e cancro: <http://www.epicentro.iss.it/passi/AttivitaFisicaTumori.asp>

Abitudini alimentari -

a) sovrappeso e obesità

Importanza per la salute

Le abitudini alimentari di una popolazione rappresentano un determinante importante delle sue condizioni di salute; infatti un'alimentazione varia e bilanciata è uno strumento essenziale di prevenzione per alcune patologie, ma anche di gestione e trattamento per altre.

Un introito eccessivo di calorie, associato alla ridotta attività fisica e ad uno stile di vita sedentario, rendono ragione della crescente epidemia di sovrappeso e obesità che minaccia la salute della popolazione.

L'eccesso di peso infatti è condizione associata a morte prematura, ma anche, come ormai universalmente riconosciuto, alle principali malattie croniche quali quelle cardiovascolari l'ictus, il diabete, alcuni tumori (endometriale, coloretale, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa), le malattie della colecisti e le osteoartriti.

Altri problemi di salute legati all'eccesso ponderale sono: l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, l'apnea notturna, i problemi respiratori, le complicanze in gravidanza, l'irsutismo e le irregolarità mestruali.

Una condizione particolarmente grave è l'insorgenza dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti: i dati dell'indagine Okkio alla Salute (2014), realizzata nelle scuole primarie della nostra Regione, mostrano una percentuale di sovrappeso e obesità rispettivamente del 23,1% e dell' 8%⁷.

I soggetti esposti fin da piccoli ad un eccesso ponderale possono andare incontro a difficoltà respiratorie, problemi articolari, ridotta mobilità, ma anche a disturbi dell'apparato digerente ed a quelli di carattere psicologico.

Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto: viene aumentata quindi la probabilità di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e metabolica (diabete di tipo 2 o ipercolesterolemia).

Come Passi misura l'eccesso ponderale (sovrappeso/obesità)

Nella *sorveglianza epidemiologica di popolazione* il metodo comunemente usato per misurare l'eccesso ponderale si fonda sul calcolo dell'**Indice di massa corporea (IMC)**, definito dal peso in chilogrammi diviso l'altezza (in metri) elevata al quadrato.

Sebbene, come nel caso di altre misure biologiche continue a cui è associata una probabilità di malattia, non esista un vero e proprio limite al di sotto del quale il rischio può dirsi assente, il valore soglia dell'Indice di massa corporea che definisce l'obesità, è stato posto a 30 (Kg/m²). Un valore, individuato attraverso gli studi di morbilità effettuati su larga scala. Analogamente sono stati individuati i valori soglia per il sovrappeso, per il sottopeso e di conseguenza per il normopeso. Pertanto sulla base di questo valore le persone vengono classificate in 4 categorie:

- sottopeso (IMC <18,5),
- normopeso (IMC 18,5-24,9),
- sovrappeso (IMC 25,0-29,9),
- obeso (IMC ≥ 30).

Nella sorveglianza di popolazione, per il calcolo dell'IMC si utilizzano i dati di peso e altezza autoriferiti, che hanno il vantaggio della semplicità, economicità e rapidità della rilevazione. Tuttavia i limiti di queste informazioni risiedono nel fatto che, quando sono confrontate con altezza e peso misurate, si verifica una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità. Nella maggior parte degli studi questa sottostima è risultata maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni.

⁷Okkio alla Salute, risultati dell'indagine 2014- Regione Marche
<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2014/Marche.pdf>

Quante persone sono in eccesso ponderale e quali i consigli degli operatori sanitari?

Situazione nutrizionale – PASSI 2011-14	Regione Marche (n=4.763)	Pool di Asl (n=151.603)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale		
<i>sovrappeso</i> ¹	33,2 (31,9-34,6)	31,7 (31,3-32,0)
<i>obesi</i> ²	9,5 (8,7-10,4)	10,2 (10,0-10,4)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³		
<i>sovrappeso</i>	43,2 (40,5-45,9)	41,9 (41,3-42,5)
<i>obesi</i>	78,0 (73,7-81,7)	77,6 (76,7-78,5)

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

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

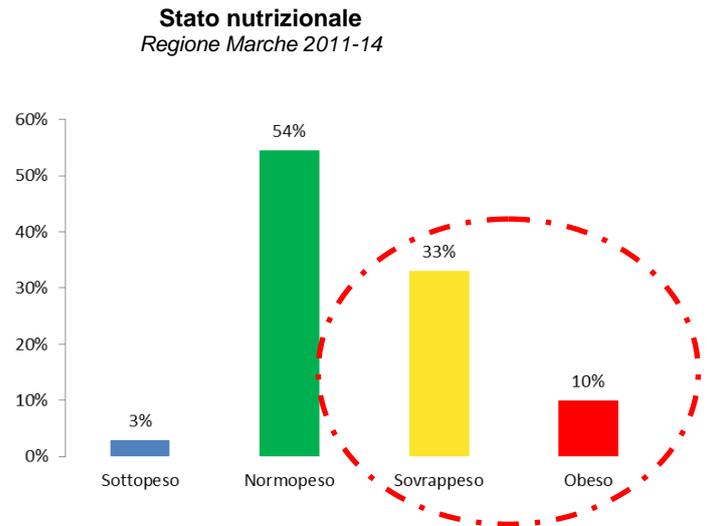
³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2011-14:

- il 43% dei marchigiani tra i 18 ed i 69 anni è in eccesso ponderale (33,2% sono sovrappeso, 9,5% sono obesi);
- complessivamente pertanto nel quadriennio 2011-2014 nelle Marche si stima che vi siano circa 440 mila adulti in sovrappeso od obesi;
- bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema: il 51% degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di avere ricevuto il consiglio di perdere peso. La frequenza del consiglio sale a 78% tra gli obesi, ma rimane bassa per i soli sovrappeso (43%).

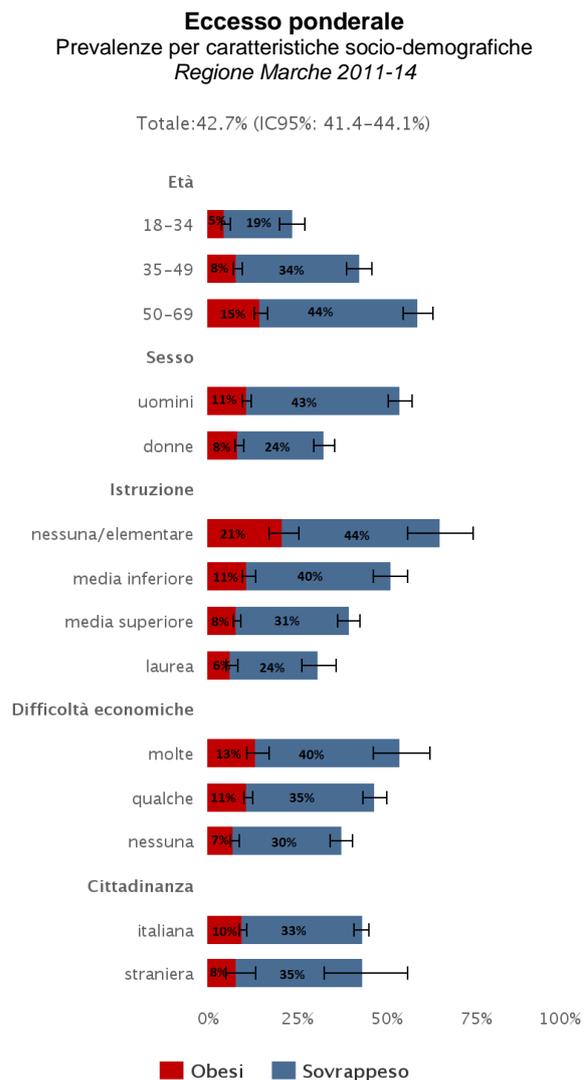
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nelle Marche il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 33% sovrappeso ed il 10% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione marchigiana presenti un eccesso ponderale.
- Nel pool di Asl nazionali, nello stesso periodo, si registra una prevalenza di persone obese dell'10% ed una frequenza di persone in sovrappeso del 32%. Complessivamente quindi la popolazione in eccesso ponderale è pari al 42%.



Quali sono le caratteristiche delle persone in eccesso ponderale?

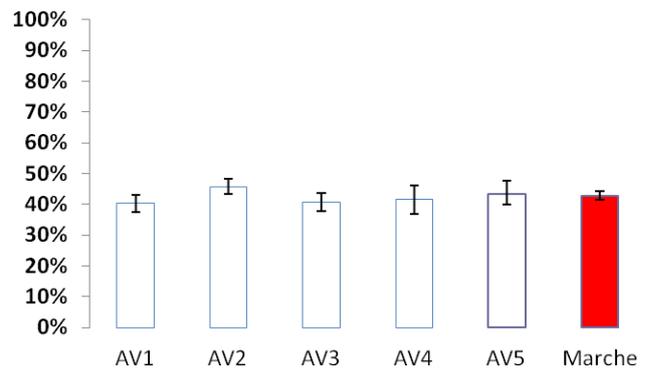
- L'eccesso ponderale è più frequente:
 - con il crescere dell'età (24% tra i 18-34 anni; 59% tra i 50-69 anni);
 - tra gli uomini, 54% vs il 32% delle donne (in particolare nel genere maschile vi è il doppio delle persone in sovrappeso rispetto al genere femminile);
 - nelle persone con basso livello di istruzione (tra i laureati, la percentuale di soggetti obesi ed in sovrappeso è circa la metà rispetto al livello di istruzione più basso);
 - nelle persone con difficoltà economiche.



- Nelle Aree Vaste della Regione non sono emerse differenze, statisticamente significative, relative all'eccesso ponderale (range dal 40% dell'AV1 al 46% dell'AV2).

Eccesso ponderale

Prevalenze per Area Vasta di residenza-Regione Marche 2011-14



Eccesso ponderale

Prevalenze per regione di residenza – Tassi standardizzati-Passi 2011-14

Pool di Asl: 42,1% (IC95%: 41,8-42,4%)



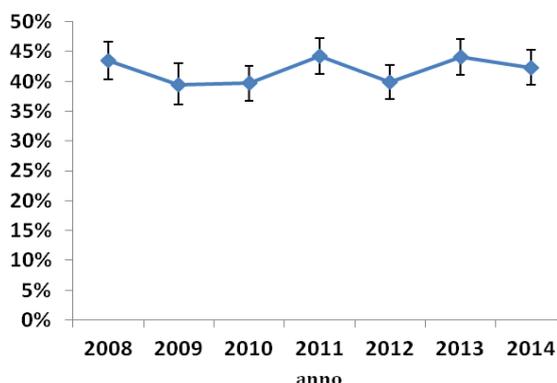
- pegiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

- Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%. Il dato marchigiano del 43% non è diverso, dal punto di vista della significatività statistica, rispetto a quello nazionale.
- Nel periodo 2011-2014 si osservano invece differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni.
- La distribuzione dell'eccesso ponderale disegna infatti un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (la Campania e la Basilicata sono la Regioni con la prevalenza più alta, (51%), seguita da Molise e Sicilia (48%), mentre la Liguria con il 34% è quella con la prevalenza più bassa).

Confronto su pool omogeneo regionale

Eccesso ponderale

Prevalenze per anno - Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



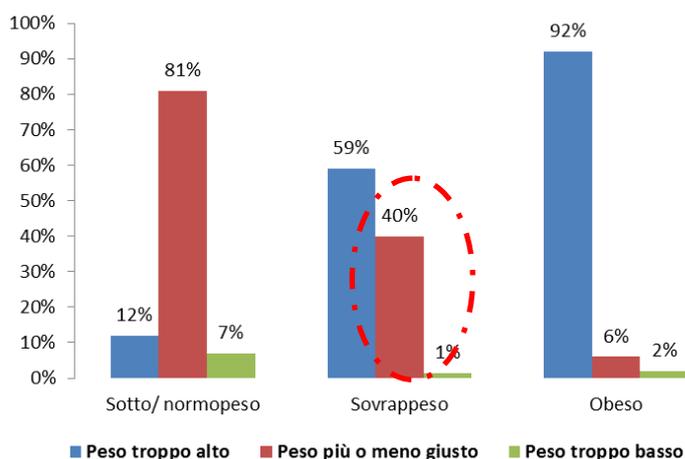
- Considerando l'andamento regionale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale), si registra un andamento altalenante con trend in aumento dal 2009 al 2011 e dal 2012 al 2013, seguito da una riduzione della prevalenza dell'eccesso di peso nel 2012 e nel 2014: le variazioni tra gli anni non sono però statisticamente significative.

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.
- L'auto-percezione del peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nel 2011-2014, il 40% delle persone in sovrappeso ritiene il proprio peso giusto, e l'1% troppo basso. Tra gli obesi tali percentuali sono rispettivamente il 6% e il 2%.
- Si osserva invece un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (92%) e nei normopeso (81%).
- Nelle corretta percezione del proprio peso inoltre ci sono differenze di genere. In generale si registra una percezione più corretta del proprio stato ponderale nelle donne rispetto agli uomini: ad esempio tra coloro che sono in sovrappeso, il 74% delle donne considera troppo alto il proprio peso vs il 51% degli uomini.

Autopercezione del proprio peso corporeo

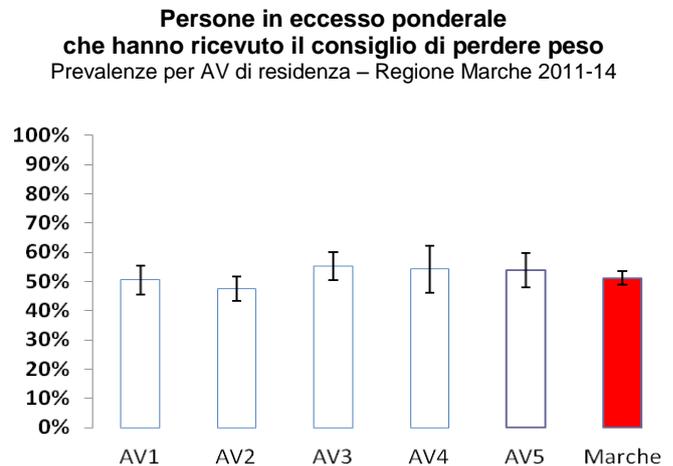
Prevalenze per stato nutrizionale - Regione Marche, 2011-14



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

- Nelle Marche il 51% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 43% delle persone in sovrappeso ed il 78% delle persone obese.

- Nelle Aree Vaste della Regione la percentuale di persone, in eccesso ponderale, che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso va dal 48% dell'AV2 al 55% dell'AV3.
- Le differenze tra AV non sono significative dal punto di vista statistico.



* tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno

**Persone in eccesso ponderale
che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso**
Prevalenze per regione di residenza – Tassi standardizzati-
Passi 2011-14
Pool di Asl: 49,4% (IC95%: 48,8-50,0%)

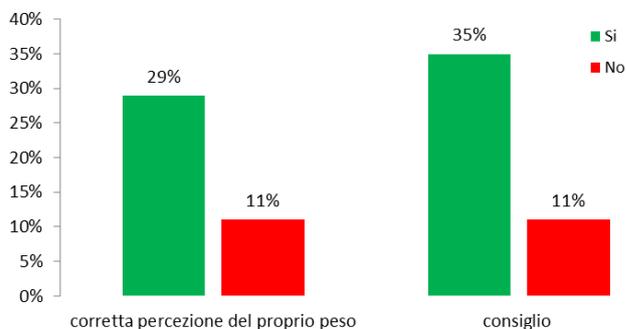


- Nel pool di ASL nazionali, 2011-14, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di perdere peso è del 49%, valore sovrapponibile a quello delle Marche.
- La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale. Il valore più alto (60%) è registrato in Sardegna insieme ad alcune Regioni del Centro (Molise 58% e Lazio 53%) e del Nord (P.A. di Trento 55% e Lombardia 53%), mentre quello più basso è in Basilicata (26%).

Attuazione di una dieta

- Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (il dato nazionale è pari al 24%).
- La proporzione di persone, in eccesso ponderale, che segue una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (31% vs 18% negli uomini);
 - negli obesi (32% vs 20% nei sovrappeso);
 - nelle persone che ritengono il proprio peso "troppo alto" (29%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (11%)
 - nelle persone che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (35%) rispetto a chi non lo ha invece ricevuto (11%).

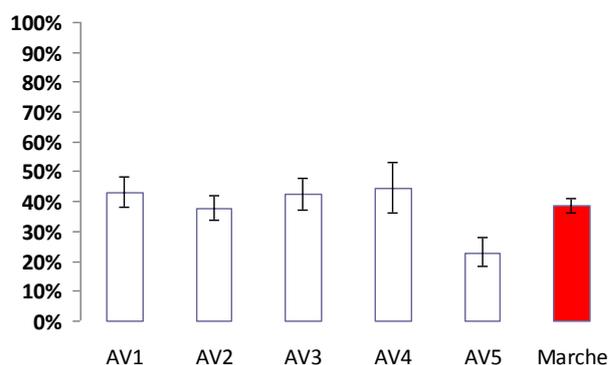
Attuazione di una dieta
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per auto-percezione del proprio peso e per consiglio dell'operatore sanitario
Regione Marche 2011-14



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

- Nelle Marche il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica per perdere peso, da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 35% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese. Tali percentuali nel pool di Asl nazionali sono pari rispettivamente al 34% e 50%.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 78% di chi ha ricevuto il consiglio pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 70% di chi non lo ha ricevuto.

**Persone in eccesso ponderale
che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**
Prevalenze per AV di residenza – Regione Marche 2011-14



- Nelle AV regionali, la percentuale di intervistati in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica per perdere peso, va dal 28% dell'AV5 (valore quest'ultimo che dal punto di vista statistico risulta significativamente più basso rispetto a quello regionale ed a quelli delle altre Aree Vaste), al 48% dell'AV3.

Conclusioni e raccomandazioni

- Nelle Marche, nel periodo 2011-2014, si stima che quattro adulti su 10 (43%) siano in eccesso ponderale (33% sovrappeso, 10% obesi); non vi sono differenze statisticamente significative nelle prevalenze per Area Vasta: si va dal 40% dell'AV1 al 46% dell'AV2.
- In Italia la frequenza di persone in sovrappeso od obese, nel quadriennio considerato, è pari al 42%.
- I soggetti in eccesso ponderale sono più numerosi nelle fasce di età più avanzate e tra le persone con basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche.
- Nelle persone in sovrappeso si registra inoltre una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: il 40% di esse infatti lo giudica "più o meno giusto" (questo accade invece nel 6% degli obesi). Ciò suggerisce l'importanza di avere, nei programmi preventivi, una particolare attenzione per le persone in sovrappeso oltre che per quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale: il 23% degli intervistati dichiara che sta seguendo una dieta per perdere o mantenere peso; attua più spesso una dieta chi ha una percezione corretta del proprio stato ponderale (29%) rispetto a chi non la ha (11%).
- Inoltre il 78% di coloro che sono in eccesso ponderale dichiara di svolgere un'attività fisica almeno moderata.
- Complessivamente il 51% degli intervistati in sovrappeso od obesi riferisce che è stato dato loro il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario. Questa percentuale sale tra i soggetti obesi (78%), ma rimane bassa (43%) per quelli in sovrappeso.

- Seguono una dieta per perdere peso più frequentemente coloro che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso (35%) rispetto a chi non lo ha ricevuto (11%).
- La raccomandazione dell'operatore sanitario di fare attività fisica per perdere peso è stata riferita solo dal 38% delle persone in eccesso ponderale (48% degli obesi e 35% dei sovrappeso).
- L'influenza di questa raccomandazione sull'effettiva pratica di una qualche attività fisica, diversamente dell'attuazione di una dieta, non è influenzata di molto dall'averla ricevuta dal medico o da un altro operatore sanitario: si passa dal 70% di chi non ha avuto il suggerimento al 78% di chi lo ha ricevuto.

Per diffusione e conseguenze sulla salute l'eccesso ponderale è tra i principali fattori di rischio modificabili. Esistono programmi validi per rendere le condizioni di vita più favorevoli a scelte che contrastino l'obesità, aumentando i consumi di alimenti salutari e facilitando il movimento.

Per aumentare l'efficacia di questi programmi sono utili gli interventi multisettoriali che promuovano un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare. Appare quindi fondamentale un approccio al problema di tipo multidisciplinare nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nell'avviare e sostenere alleanze e integrazioni con i Comuni e le altre agenzie territoriali.

I risultati della sorveglianza dimostrano inoltre che gli operatori sanitari e non sanitari rivestono un compito importante nelle iniziative di comunicazione finalizzate all'attivazione di processi di consapevolezza e di empowerment nella popolazione. Rilevante infatti risulta 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.

Abitudini alimentari –

b) consumo giornaliero di frutta e verdura

Importanza per la salute

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale (Organizzazione mondiale della Sanità)⁸ lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

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

Anche le linee guida per una sana alimentazione italiana⁹ sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, proteggono da malattie: cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti); assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti; consentono infine di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

Come Passi misura il consumo di frutta e verdura

In accordo con le linee guida, Passi misura il numero di porzioni di frutta e verdura consumate giornalmente dai soggetti di età compresa tra 18 e 69 anni.

Consumo di frutta e verdura – PASSI 2009-12	Regione Marche (n=4.763)	Pool di Asl (n=152.215)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Adesione al <i>five-a-day</i>	11,2 (10,3-12,2)	9,5 (9,3-9,7)

Nel periodo 2011-14:

- Solo 1 marchigiano su 10 mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, all'incirca la stessa frequenza la si registra a livello nazionale.
- Complessivamente pertanto nel quadriennio 2011-2014 nelle Marche si stima che vi siano solo circa 115 mila adulti che aderiscono al five a day.

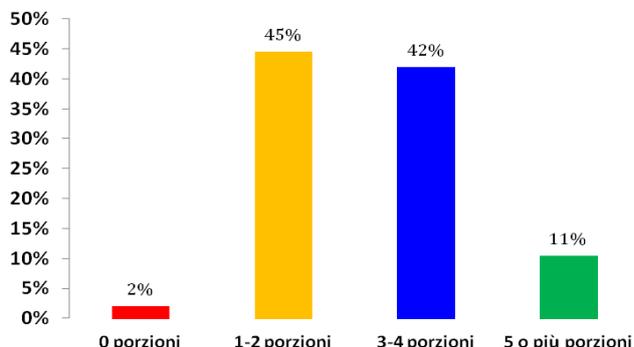
⁸ http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

⁹ http://www.inran.it/651/Pi_ugrave__cereali__legumi__ortaggi_e_frutta.html

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

- Nelle Marche il 45% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 42% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l'11% le 5 porzioni raccomandate.

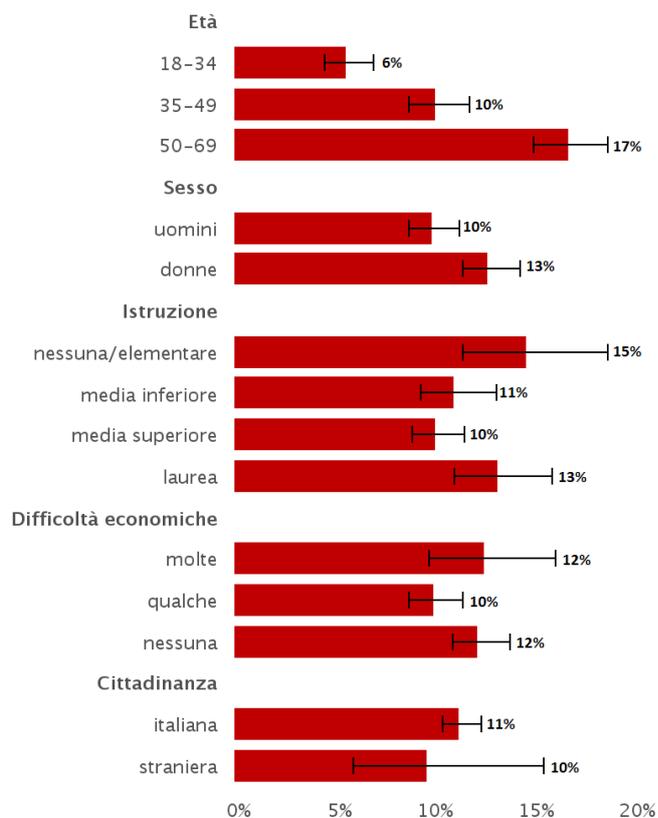
Consumo di frutta e verdura
Prevalenze per porzioni consumate
Regione Marche 2011-14 (n=4.769)



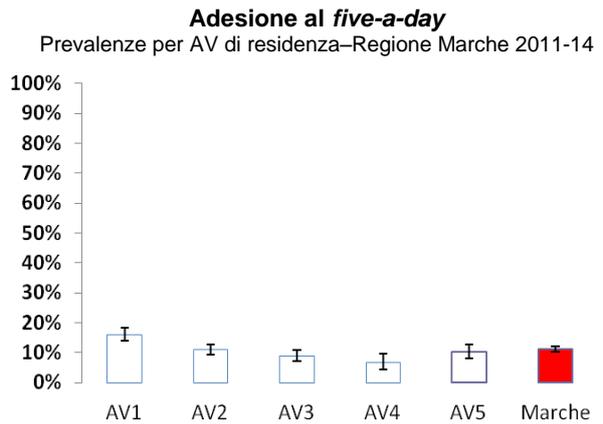
- L'abitudine di consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:
 - nelle persone sopra ai 50 anni (17%);
 - nelle donne (13% vs il 10% degli uomini);
 - nelle persone obese (15%).
 Non emergono differenze legate al livello d'istruzione o alla condizione economica.

Adesione al five-a-day
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Marche 2011-14

Totale: 11.2% (IC95%: 10.3-12.2%)



- Nelle Aree Vaste della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al “*five a day*” varia dal 7% dell’AV4 al 16% dell’AV1.
- Le prevalenze dell’AV3 e dell’AV4 sono significativamente più basse, dal punto di vista statistico, rispetto a quella regionale ed a quelle delle altre AV.



Adesione al *five-a-day*
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14
Totale: 9,6% (IC95%: 9,4-9,8%)



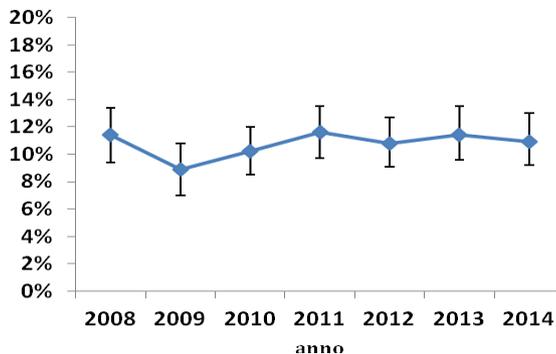
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

- Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10%.
- Le Marche con una prevalenza del 11%, non si discostano significativamente, dal punto di vista statistico, dal dato nazionale.
- La mappa riporta le prevalenze dell’adesione al *five a day*, per Regione di residenza.
Si osserva un gradiente geografico, con una più alta adesione nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: il valore più alto (16%) lo si registra in Liguria e quello più basso (4%) in Basilicata e Calabria. Fa eccezione la P.A. di Bolzano con il 7% e la Valle D’Aosta con il 9,5% al Nord e la Sardegna con il 13%.

Confronto su pool omogeneo regionale

Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per anno - Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



- Considerando il trend temporale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si osserva come complessivamente, nell'intero periodo di osservazione, il valore dell'indicatore sia rimasto relativamente stabile.

Conclusioni e raccomandazioni

- Nella regione Marche, nel periodo 2011-2014, 4 adulti su 10 consumano tre o quattro porzioni al giorno di frutta e verdura, ma solo 1 su 10 ne consuma la quantità raccomandata nelle linee guida per una corretta alimentazione ed il trend regionale è sostanzialmente stabile nel quadriennio considerato.
- Questa abitudine, già poco frequente, risulta ancora più bassa nelle AV3 e AV4.
- Nel pool di Asl nazionali l'abitudine al consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura è del 9,5%.
- In Regione i fattori associati ad una maggior adesione al five a day sembrano essere l'età più adulta (50-69 anni) e l'alto grado di istruzione.

Un'alimentazione scorretta può provocare danni per la salute, infatti oltre alla quantità degli alimenti, in diretta relazione con il peso corporeo, è importante anche la qualità. Un eccesso di colesterolo, di grassi saturi (contenuti nella carne e nei prodotti lattiero-caseari) e di sale, può incrementare il rischio cardiovascolare. Esiste, inoltre, un legame tra alimentazione e insorgenza di patologie oncologiche, in particolare tra consumo di carne rossa e tumori dello stomaco e dell'esofago.

Al contrario un apporto adeguato di energia e nutrienti può essere garantito variando e combinando opportunamente cibi differenti. Un consumo abbondante di frutta e verdura fresca, di circa 400 grammi al giorno, ovvero 5 porzioni (five a day), si associa a una significativa diminuzione del rischio di malattie e della mortalità. L'effetto protettivo è legato alla presenza di vitamine, sostanze antiossidanti e sali minerali nonché di fibre alimentari. E' poi fondamentale privilegiare il consumo di alcuni tipi di carboidrati contenuti in cereali, pasta, riso, legumi secchi e patate, di fibre presenti in quasi tutti i vegetali e assumere grassi omega-3, omega-6 (contenuti negli oli di semi e nel pesce) e grassi monoinsaturi (contenuti soprattutto nell'olio extra vergine di oliva).

La dieta mediterranea, seguita soprattutto nei Paesi del Sud Europa, è un modello nutrizionale che risponde ai requisiti di un'alimentazione equilibrata. Si tratta di un insieme di abitudini alimentari caratterizzate dal consumo di ortaggi, frutta, cereali e olio di oliva. Inoltre, un'alimentazione equilibrata deve prevedere un'assunzione moderata di sale, che corrisponde a circa 5 grammi al giorno (circa 2 grammi di sodio, mezzo cucchiaino da cucina), ampiamente superati nelle abitudini italiane (10 grammi di sale al giorno).

La promozione di una corretta alimentazione è un obiettivo di Sanità Pubblica che richiede interventi coordinati e intersettoriali. Seguendo i principi del programma Guadagnare Salute, è necessario che, nel nostro Paese, le politiche economiche, agricole e commerciali aumentino la disponibilità e l'accessibilità delle famiglie e delle persone a frutta e verdura e vegetali in genere, e che programmi educativi, da iniziare fin dai primi anni di vita, incidano effettivamente sulle scelte dei cittadini.

I professionisti della salute in questo senso possono svolgere un *ruolo attivo* di *orientamento* e di esercizio di *pressioni* sui settori economici, agricoli e commerciali, a livello nazionale, regionale e locale perché vengano promosse iniziative finalizzate a facilitare l'accesso ai cibi salutari quali:

- il sostegno, attraverso accordi e azioni di comunicazione, negozi ed esercizi commerciali affinché offrano cibi salutari;
- il supporto ad approcci di regolamentazione di marketing pubblicitario rivolto a bambini ed adolescenti.

Risorse utili per approfondimenti relativi ai capitoli sovrappeso/obesità e corretta alimentazione:

- Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, <http://www.inran.it>
- EpiCentro, Sezione alimentazione e salute, <http://www.epicentro.iss.it/temi/alimentazione/aggiornamento.asp>
- WHO, Action Plan 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili, http://www.ccm-network.it/GS_Action-Plan_2008-2013
- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity – Conference report, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf
- WHO, European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/pre-2009/who-european-action-plan-for-food-and-nutrition-policy-2007-2012>
- CDC, Fruit and vegetable benefits, <http://www.cdc.gov/nutrition/everyone/fruitsvegetables/index.html#>
- Barilla Center for Food and Nutrition, La doppia piramide: alimentazione sana per le persone, sostenibile per il pianeta, http://www.barillacfn.com/wp-content/uploads/2012/07/pp_doppia_piramide_alimentazione.pdf
- Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S (2012) "Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including processed Foods, Alcohol, and Tobacco", PLoS Med 9(6): e1001235. doi:10.1371/journal.pmed.1001235
- Marion Nestlé, Malden Nesheim, Why Calories Count, Università of California Press, Berkley, 2012

- Gerard Hastings, "Why corporate power is a public health priority", *BMJ*, 2012;345:e5124 doi: 10.1136/bmj. e5124 (Published 21 August 2012)
- Boyd A Swinburn et al., "The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments", *The Lancet*, Vol 378, August 27, 2011
- Steven L Gortmaker, Boyd A Swinburn, David Levy, Rob Carter, Patricia L Mabry, Diane T Finegood, Terry Huang, Tim Marsh, Marjory L Moodie, "Changing the future of obesity: science, policy, and action", *Lancet* 2011; 378: 838–47

Consumo di alcol

Importanza per la salute

Il consumo di alcol è associato a numerose malattie croniche (cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile) e può creare dipendenza. Provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società¹⁰.

Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali¹¹.

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

Qual'è il limite del consumo moderato di alcol

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

- la quantità complessiva di alcol bevuta, espressa sotto forma di **consumo medio giornaliero**;
- la quantità di alcol assunta **in una singola occasione**;
- le **modalità di assunzione** dell'alcol;
- le **caratteristiche individuali**, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano: l'unico modo per eliminare completamente i rischi legati al consumo di alcol è l'astensione.

Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Perciò molti istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno formulato raccomandazioni per chi desidera assumere bevande alcoliche, specificando i limiti da non superare^{12,13}.

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

¹⁰ The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 2009 <http://www.thelancet.com/series/alcohol-and-global-health>

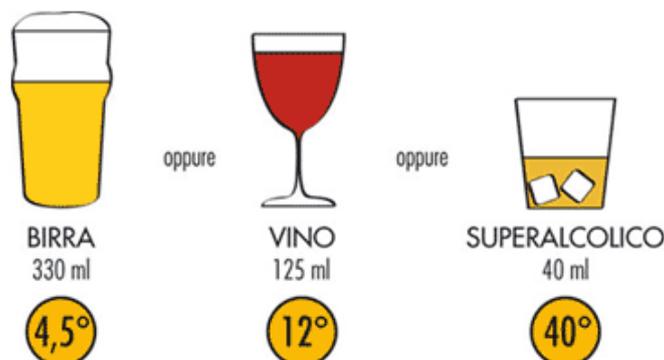
¹¹ Osservatorio nazionale alcol <http://www.epicentro.iss.it/alcol/>

¹² Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. 2009 http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/ds10-alcohol.pdf

¹³ Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol http://www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_07.pdf

Come Passi misura e monitora il consumo di alcol

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 inoltre i diversi aspetti del “consumo a maggior rischio” mediante i seguenti 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 giorni¹⁴;

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 occasione¹⁵;

consumo fuori pasto esclusivamente o prevalentemente.

¹⁴ 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.

¹⁵ Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti.

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – PASSI 2011-14	Regione Marche - (n=4.719)	Pool di Asl – (n=149.605)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	62,9 (61,6-64,3)	55,1 (54,7-55,4)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	8,3 (7,6-9,1)	8,0 (7,8-8,1)
Consumo abituale elevato ¹	4,1 (3,6-4,8)	3,7 (3,6-3,8)
Consumo binge ²	9,7 (8,9-10,6)	8,8 (8,6-9,0)
Consumo a maggior rischio ³	18,2 (17,2-19,3)	16,9 (16,7-17,1)

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 2011-14, la percentuale di consumatori di alcol nella regione Marche è risultata pari al 63% (55% nel pool nazionale di Asl), mentre il consumo fuori pasto era dell'8% e il consumo abituale elevato del 4% (all'incirca le stesse prevalenze del pool di Asl). Nello stesso periodo, sempre nella nostra Regione la prevalenza del consumo binge è del 10% (9% il dato nazionale) e quella del consumo a maggior rischio del 18% (17% nel pool di Asl nazionali).

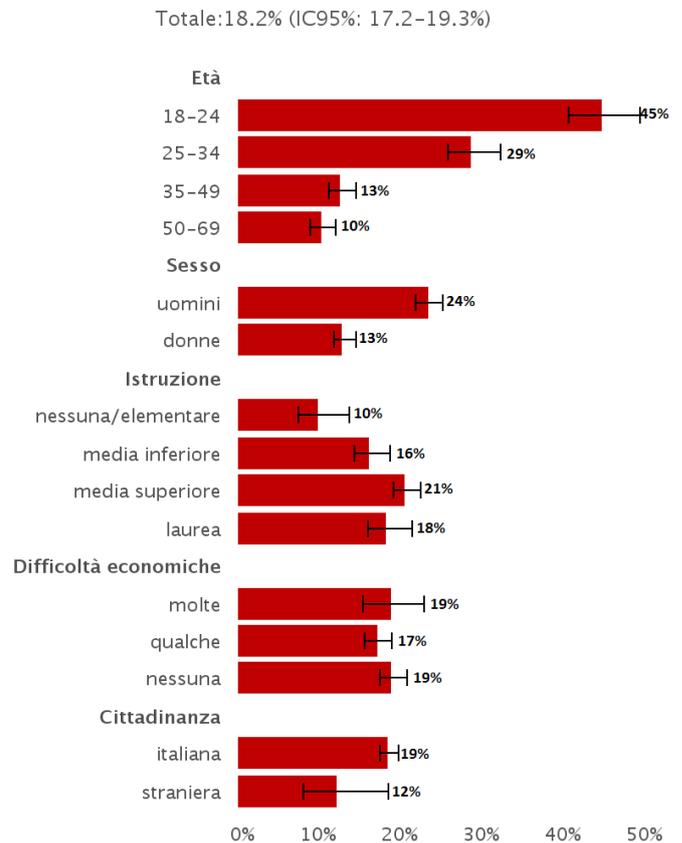
Di seguito vengono presentate le caratteristiche dei binge drinking e di coloro che rientrano nella definizione di "consumatori a maggior rischio".

Complessivamente pertanto nel quadriennio 2011-2014 nelle Marche si stima che vi siano più di 187 mila adulti che bevono in modo eccessivo o per quantità o per modalità.

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

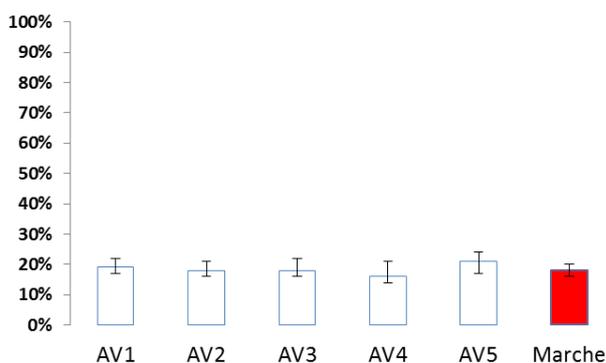
- Nel periodo 2011-14 nella regione Marche, il 18% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e le persone con livello di istruzione più elevato (scuola media superiore e più). Non risultano differenze rispetto alla situazione economica.
- Questo significa che circa 187.000 persone adulte (tra i 18-69 anni) rientrano nella definizione di “consumatori a rischio”, di esse 101 mila hanno non più di 34 anni. Rispetto al genere prevale il sesso maschile (le stime sono di circa 121 mila uomini e 66 mila donne).

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Marche 2011-14



- Nelle AV regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 16% dell'AV4 al 21% dell'AV5).

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per ASL di residenza - Regione Marche 2011-14



Consumo a maggior rischio
Prevalenze per regione di residenza –Tassi standardizzati
Passi 2011-14
Pool di Asl: 16,7% (IC95%: 16,5%-16,9%)



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

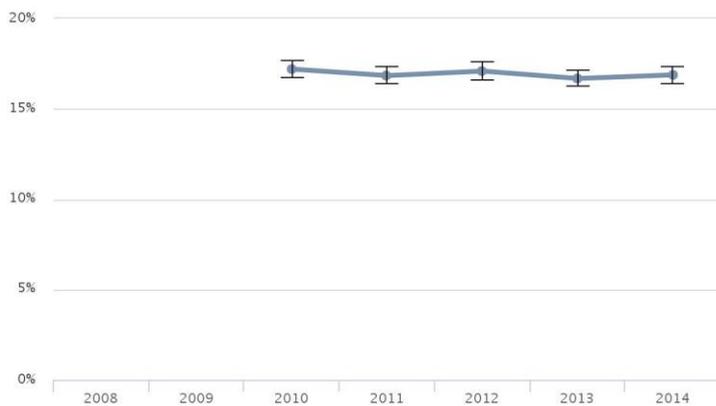
- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%. Le Marche hanno una prevalenza non significativamente diversa dal pool (18%)
- Si osservano invece differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Sicilia al 38% della P.A. di Bolzano. In questo panorama, tuttavia, anche il Molise (27%) fa registrare consumi superiori alla media nazionale.

In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo a maggior rischio*

Prevalenze per anno - Regione Marche (pool omogeneo) 2010-14



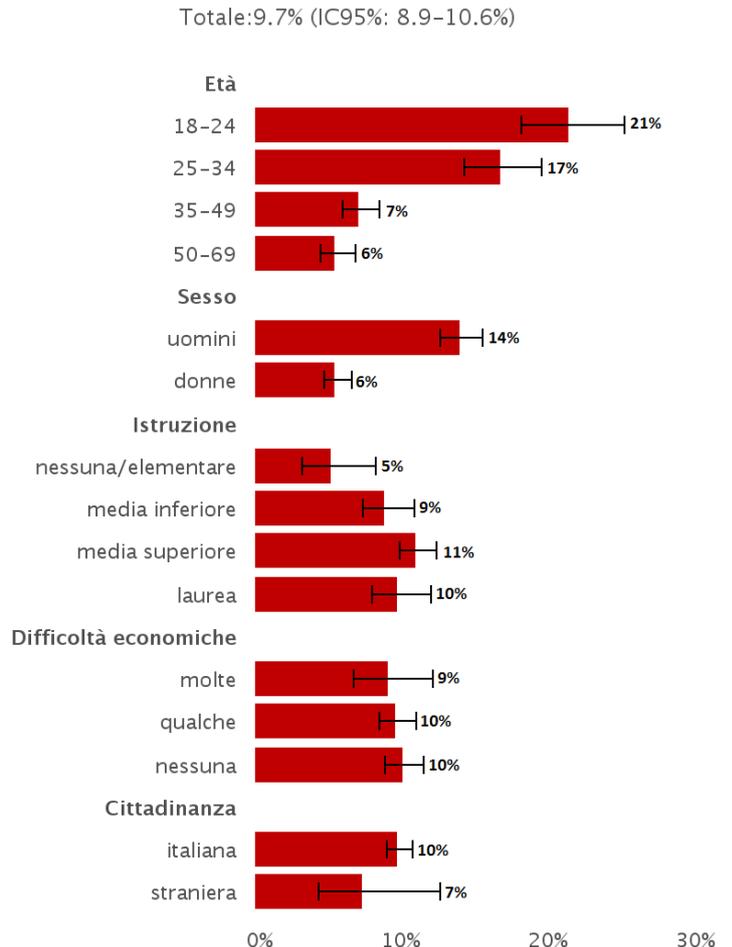
- Considerando il trend temporale dal 2010 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore risulti sostanzialmente stabile nei cinque anni, con variazioni non statisticamente significative.

*La definizione di "consumo a maggior rischio" è in vigore dal 2010, dunque i dati disponibili per il trend partono da quell'anno.

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

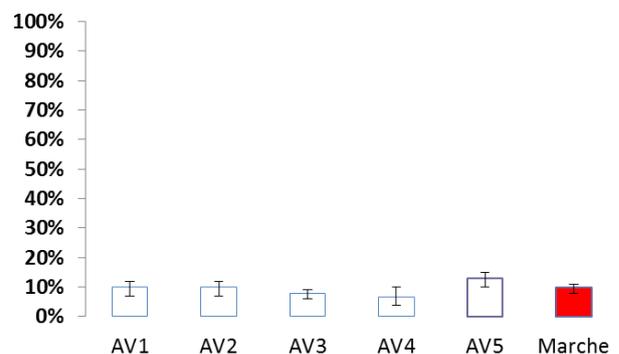
- Nel periodo 2011-14 nella regione Marche, il 10% degli intervistati è classificabile come consumatore binge; si stima quindi che più di 100.000 persone, almeno una volta negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista, hanno dichiarato di aver consumato 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione più elevato (scuola media superiore e più). Non risultano differenze rispetto la situazione economica.
- Questo significa che tra le persone adulte (tra i 18-69 anni) che rientrano nella definizione di "consumatori binge", circa 53 mila hanno non più di 34 anni. Rispetto al genere prevale il sesso maschile (le stime sono di circa 72 mila uomini e 28 mila donne); l'alta istruzione (circa 73.000 soggetti) e l'assenza di difficoltà economiche (48.000 individui).

Consumo binge
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Marche 2011-14



- Nelle Aree Vaste regionali non sono emerse differenze statisticamente significative nella modalità di consumo di alcol definita come "binge" (range dal 7% dell'AV4 al 13% dell'AV 5).

Consumo binge
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Marche 2011-14



Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Tassi standardizzati
Passi 2011-14
Pool di Asl: 8,7% (IC95%: 8,6%-8,9%)



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

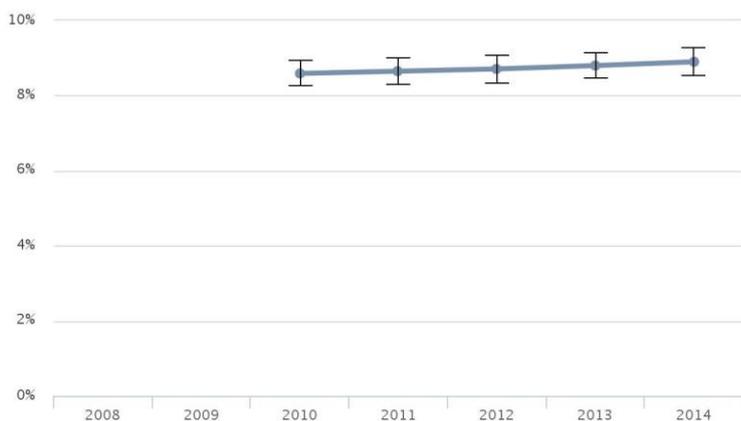
In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di consumatori binge è risultata del 9%; il dato della regione Marche del 10% è simile rispetto al valore nazionale
- La prevalenza del binge drinking, nel 2011-2014, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord. Ancora la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (23%) e la Sicilia quelli più bassi (4%).

Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo binge

Prevalenze per anno - Regione Marche (pool omogeneo) 2010-14



- Considerando il trend temporale dal 2010 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore risulti sostanzialmente stabile nei cinque anni, con variazioni non statisticamente significative.

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 rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol ed ha quindi fornito consigli a riguardo.

Confronto con il pool di Asl PASSI

Attenzione al consumo alcolico – Regione Marche -

	PASSI 2011-14 (n=4.719)	Pool 2011-14 (n=149.605)
Consiglio del medico di ridurre il consumo di alcol – nel caso di consumo a maggior rischio (2011-2014) ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	% (IC95%) 3,7 (2,5-5,4)	% (IC95%) 6,0 (5,6-6,4)

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

Nel periodo 2011-14, nelle Marche, solo il 4% degli intervistati, che riferiscono un consumo di alcol "a maggior rischio", indica che un medico ha consigliato loro di bere di meno (sono il 6% a livello di pool di Asl nazionali). Questo valore è significativamente inferiore al dato nazionale ed è anche il più basso, dopo l'Umbria, tra le regioni partecipanti al sistema di sorveglianza Passi. L'esiguo numero di casi non consente di fare confronti per Area Vasta.

Consiglio del medico di ridurre il consumo di alcol*

Prevalenze per regione di residenza – Tassi

standardizzati

Passi 2001-14

Pool di Asl: 7,0% (IC95%: 6,6 %-7,5%)



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

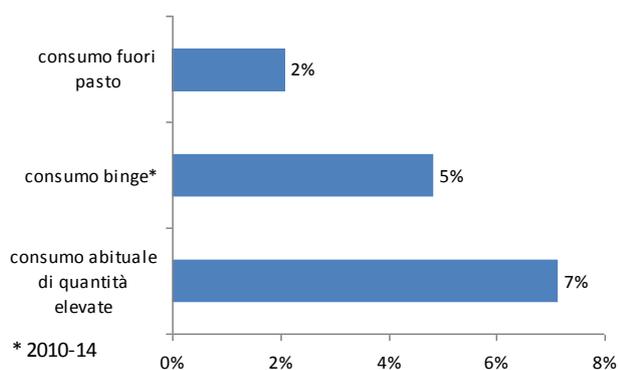
- Nel periodo 2011-2014 rispetto al pool di ASL nazionale nelle Marche vi è una prevalenza significativamente inferiore di intervistati, classificati come consumatori a maggior rischio, che hanno riferito che un medico od un altro operatore sanitario si è informato sui loro comportamenti relativi al consumo di alcol e li ha consigliati di bere meno (4% vs 7%).
- Riguardo ai consigli dati dal medico di ridurre il consumo di alcol, si osserva una distribuzione geografica piuttosto omogenea. Soltanto le Marche e l'Umbria registrano valori significativamente inferiori rispetto a quello nazionale (entrambe 4% vs 7%), mentre il Molise presenta un valore (10%) significativamente superiore rispetto al nazionale.

In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

*dato ai bevitori a maggior rischio

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Prevalenze per categoria di consumo – Regione Marche 2011-14



- Nel periodo 2011-14, nella regione Marche, solo il 2% degli intervistati, che bevono alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato loro di ridurre il consumo di bevande alcoliche (4% la frequenza registrata a livello nazionale).

- Tale prevalenza:
 - nei soggetti binge sale al 5% (8% il dato nazionale);
 - nelle persone con consumo abituale elevato arriva al 7% (12% a livello nazionale).

Conclusioni

La maggioranza della popolazione della regione Marche non beve alcol (37%) o beve moderatamente (45%).

Tuttavia, si stima che circa due adulti su 10 (18%) abbiano abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione (in Italia la prevalenza è del 17%). Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più di uno su cinque (23%) e, tra i giovani di 18-24 anni, quasi uno su due (45%).

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con più alti livelli di istruzione. Nelle Marche non emerge, come nel pool Asl, l'associazione con l'assenza di difficoltà economiche.

Nelle AV regionali non sono emerse differenze statisticamente significative nelle prevalenze di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 16% dell'AV4 al 21% dell'AV5).

Desta preoccupazione l'osservazione di nuovi comportamenti e abitudini che segnano un allontanamento dal tradizionale modello mediterraneo legato al consumo di vino in occasione dei pasti. Tra questi, il fenomeno del binge drinking indica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo e risulta sempre più diffuso nella popolazione adulta (10% nelle Marche, 9% in Italia) ed in particolare tra i giovani (i dati marchigiani mostrano una prevalenza del 21% nella fascia tra 18-24 anni e del 17% in quella tra 25-34 anni).

Secondo le indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, ed 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 solamente una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti infatti nel periodo 2011-2014 nelle Marche solo il 4% delle persone con consumo a maggior rischio riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo (6% in Italia).

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.

A livello locale risulta fondamentale importanza realizzare interventi coerenti con le politiche adottate a livello regionale e nazionale. Inoltre per limitare il consumo di alcol è necessario far rispettare i divieti vigenti:

- monitorando il rispetto del divieto di vendita di bevande alcoliche, sia nei negozi che nei locali pubblici, ai ragazzi con meno di 16 anni;
- applicando tutte le misure disponibili (multe, chiusura del locale) nei confronti di chi non rispetta il divieto.

Risorse utili per approfondimenti:

- Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato (Rapporti Istisan 11/4)
http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2011/Apd2011_Istisan2011.pdf
- World Health Organisation, 2009 - Handbook for action to reduce alcohol-related harm
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/manualeOms09.asp>
- European Commission "Alcohol in Europe. A public health perspective", 2006
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf

Focus

- Danni alla salute provocati dal consumo di alcol:
<http://www.epicentro.iss.it/passi/lancetalcol.asp>

L'abitudine al fumo

Importanza per la salute

Il fumo di tabacco è un'abitudine che provoca dipendenza (legata alla nicotina) e causa l'insorgenza di numerose patologie croniche, in particolare oncologiche, cardiovascolari e respiratorie e numerosi altri disturbi. Il tabacco ha inoltre conseguenze sulla salute delle persone esposte passivamente al fumo, un impatto negativo per la società in termini economici e un impatto negativo per l'ambiente¹⁶.

A seconda del metodo usato¹⁷, 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 persi¹⁸.

Il contesto internazionale¹⁹

Il mercato mondiale delle sigarette, nell'arco di 100 anni, è aumentato di 100 volte: nel 2009 ne sono state consumate 5,9 trilioni, 43 pacchetti per ogni abitante del pianeta, ma la distribuzione è ineguale con i valori più elevati in Russia e altri Paesi dell'est Europa, in Cina e altri Paesi dell'estremo oriente. In questi stessi Paesi, la prevalenza di fumo è molto elevata, tra gli uomini, mentre nei Paesi ad alto reddito, in cui l'epidemia di fumo aveva raggiunto il suo acme negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, è cominciata a declinare, fino a raggiungere prevalenze del 15% o meno in Paesi come il Canada, gli Stati Uniti, la Svezia, l'Australia e il Regno Unito. Anche tra le donne dei Paesi ad alto reddito, l'epidemia di fumo è in una fase di ritiro, anche se il quadro è reso di più difficile interpretazione dal momento che la prevalenza varia anche in relazione al ruolo sociale della donna e alle strategie di marketing dell'industria del tabacco. Quest'ultima, posta in difensiva sui mercati dei Paesi più ricchi, esplora nuovi mercati tra le donne, i giovani e gli stati a basso e medio reddito in Africa, America e Asia.

Il contesto italiano

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne²⁰, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Come Passi misura l'abitudine al fumo

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

¹⁶"I danni derivati dal fumo di sigaretta" - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2009 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_463_listaFile_itemName_0_file.pdf

¹⁷"Perché calcolare la mortalità attribuibile al fumo e come farlo" – Epicentro.iss.it: http://www.epicentro.iss.it/passi/mortalita-attrib_fumo.asp

¹⁸"Impatto dell'abitudine al fumo in Italia nel 1998: decessi ed anni potenziali di vita persi"- Ep anno 27 (5) settembre-ottobre 2003 <http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2010/gorini.pdf>

¹⁹"Contesto internazionale" – The tobacco atlas fourth edition: http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/AGG_Tobacco_Atlas.pdf

²⁰"Fumo e salute delle donne" – CCM- network: <http://www.ccm-network.it/node/947/>

Abitudine al fumo di sigaretta – PASSI 2011-14

Tipologia di persone, per abitudine al fumo	Regione Marche – (n=4.769)	Pool di Asl – (n=152.224)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Non fumatori ¹	53,7 (52,3-55,2)	54,5 (54,1-54,8)
Fumatori ²	25,1 (23,9-26,4)	27,4 (27,1-27,7)
<i>in astensione</i> ³	0,8 (0,6 -1,1)	1,0 (1,0-1,1)
<i>occasional</i> ⁴	0,7 (0,5,-1,0)	0,5 (0,5-0,6)
<i>quotidiani</i> : ⁵	23,6 (22,4-24,9)	25,8 (25,5-26,1)
Ex –fumatori ⁶	21,2 (20,0-22,4)	18,1 (17,9-18,4)
Numero medio di sigarette fumate	11,6 (11,2-12,0)	12,7 (12,6-12,8)

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 = persona che ha smesso di fumare da meno di 6 mesi .

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

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

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

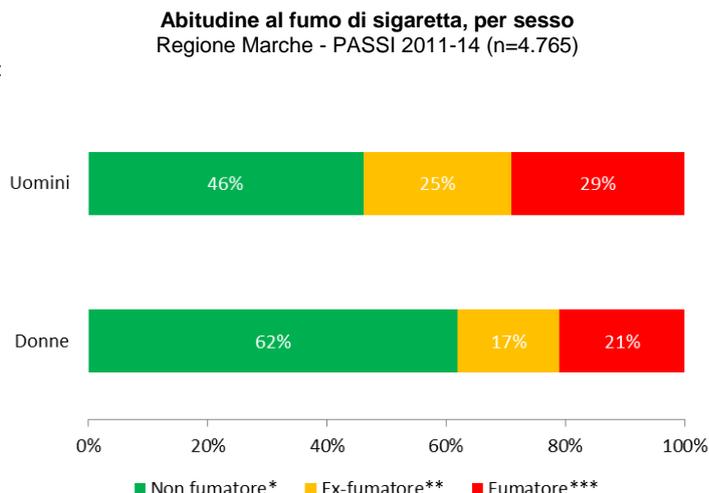
Nel periodo 2011-14, nelle Marche, un adulto su due (54%) non fuma sigarette di tabacco (55% in Italia); uno su cinque (21%) ha invece smesso di fumarne (il dato italiano è del 18%).

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

I fumatori sono il 25% della popolazione adulta (27% a livello di pool di Asl nazionali); complessivamente pertanto, nel quadriennio considerato, si stima che vi siano circa 258 mila soggetti tra i 18 ed i 69 anni che fumano.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

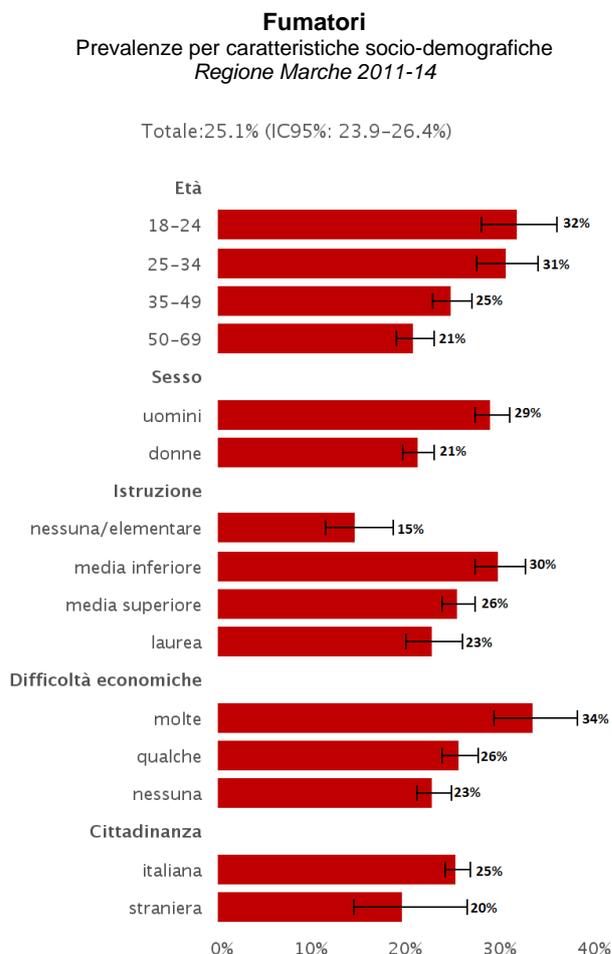
- L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (29% versus 21%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono invece le donne (62% versus 46%).



**Non fumatore* oggetto 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?

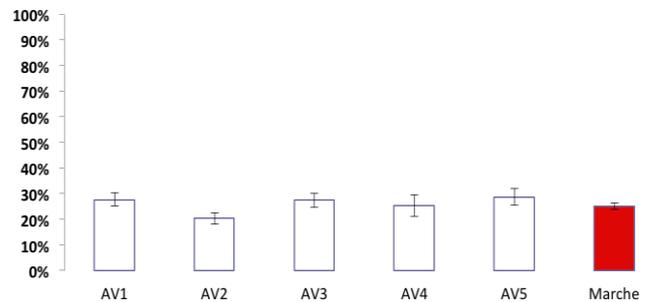
- L'abitudine al fumo prevale tra i 18-34 anni (mentre nelle classi di età più mature diminuisce in modo consistente), negli uomini ed in coloro che dichiarano molte difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 21% ne fuma più di 20 (sono i *forti fumatori*).



- Le prevalenze di fumatori, tra le Aree Vaste regionali, non presentano differenze significative dal punto di vista statistico (range dal 20% dell'AV2 al 29% dell'AV 5).

Fumatori

Prevalenze per ex ZT di residenza – Regione Marche 2011-14



Fumatori

Prevalenze per Regione di residenza – Tassi standardizzati
Passi 2011-14

Pool di Asl: 27,4% (IC 95%: 27,1-27,7%)



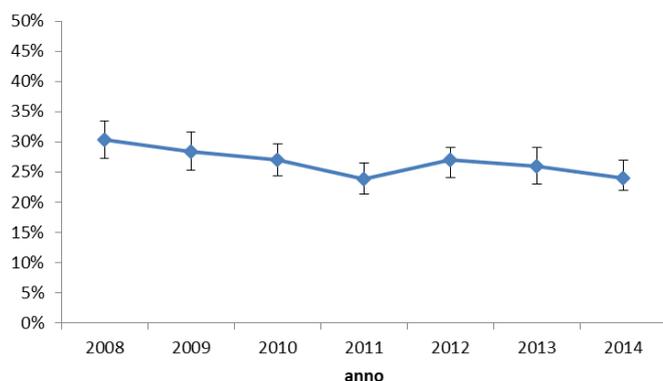
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

- I dati Passi 2011-2014 mostrano che nel pool di ASL nazionali il 27% degli adulti fuma (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), mentre il 18% sono ex fumatori e il 55% non fumatori.
- Il dato marchigiano di prevalenza di fumatori pari al 25% risulta significativamente inferiore, dal punto di vista statistico, a quello nazionale.
- Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta frequenza di soggetti che fumano, pari al 30%, mentre Veneto (23%) e P.A. di Bolzano (25%) tra le regioni del Nord, la Basilicata (22%) e la Calabria (25%) tra quelle del Sud, 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.

Confronto su pool omogeneo regionale

Fumatori

Prevalenze per anno – Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



- Considerando l'andamento regionale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale), non si registra una variazione significativa dell'indicatore nell'intero periodo osservato.

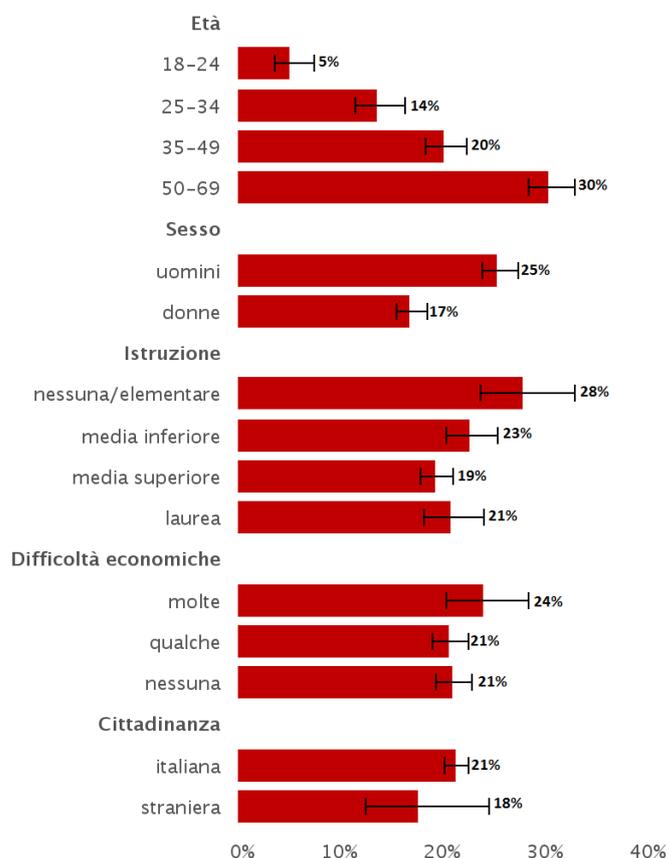
Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

- Nelle Marche, la prevalenza di ex fumatori, complessivamente, pari al 21% degli intervistati nel periodo 2011-14 è più alta nella fascia d'età 50-69 anni (30%), negli uomini (25% vs il 17% delle donne), nelle persone con basso livello di istruzione e in coloro che dichiarano di avere molte difficoltà economiche.

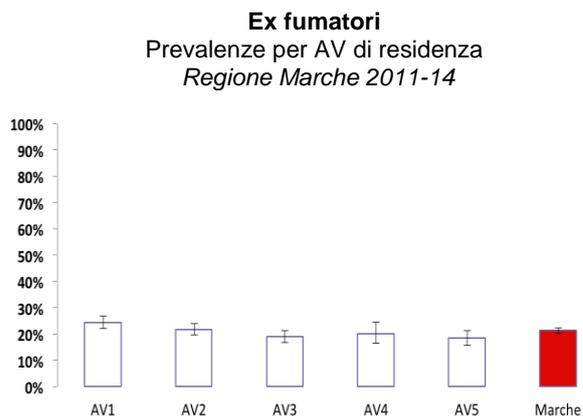
Ex Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Marche 2011-14

Totale: 21.2% (IC95%: 20.0-22.4%)



- Tra le Aree Vaste regionali le prevalenze di ex fumatori variano (in modo non statisticamente significativo) dal 18% dell'AV5 al 24% dell'AV1.



Ex fumatori
Prevalenze per Regione di residenza – Tassi standardizzati
Passi 2011-14
Pool di Asl: 18,3% (IC 95%: 18,0-18,5%)



- In Italia la prevalenza di ex fumatori, complessivamente, pari al 18% degli intervistati nel periodo 2011-14, si caratterizza nell'aver, nella distribuzione geografica, un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni meridionali in cui si registrano le frequenze più basse.

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

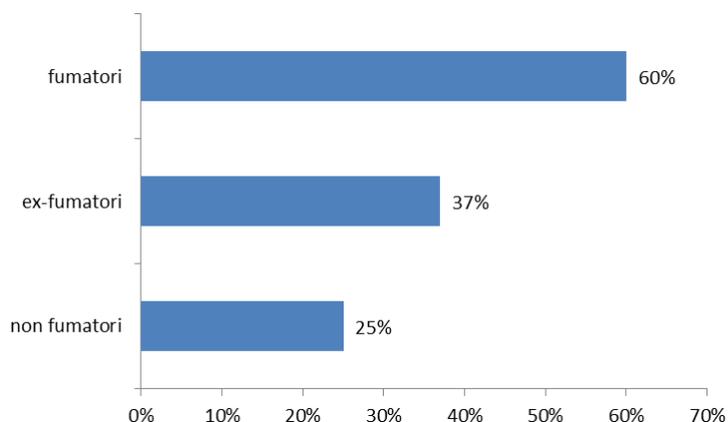
Attenzione degli operatori sanitari – PASSI 2011-14

Domande sull'abitudine al fumo	Regione Marche – (n=4.769)	Pool di Asl – (n=152.224)
	% (IC95%)	% (IC95%)
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo, da parte del medico e/o di un operatore sanitario*	36,4 (34,9-37,9)	39,9 (39,6-40,3)

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

- Circa il 36% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul loro comportamento riguardo l'abitudine a' fumo di sigaretta, in particolare è stato chiesto al:
 - 60% dei fumatori;
 - 37% degli ex fumatori;
 - 25% dei non fumatori.

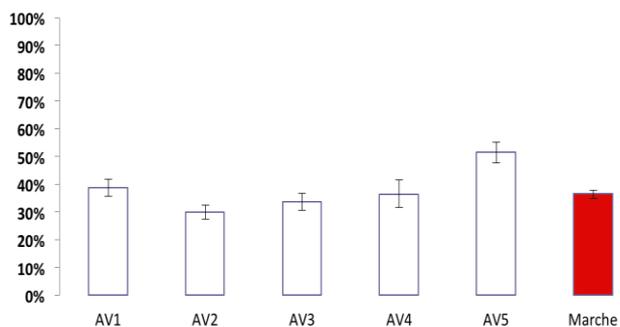
Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
 Regione Marche - PASSI 2011-14 (n=4.256)*



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

- La prevalenza di persone che dichiarano di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo l'abitudine al fumo non mostra differenze significative, dal punto di vista statistico, tra le Aree Vaste regionali.
- Il range va dal 30% dell'AV2 al 51% dell'AV5. Quest'ultimo dato è però, dal punto di vista statistico, significativamente più elevato di quello regionale pari al 36%.

Persone* a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
 Prevalenze per AV di residenza – Regione Marche 2011-14



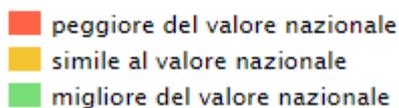
* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno.

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

Prevalenze per Regione di residenza –Tassi standardizzati

Passi 2011-14

Pool di Asl: 40,0% (IC95%: 39,7-40,4%)



- I dati Passi 2011-14 evidenziano che, nel pool di ASL nazionali, la percentuale di persone a cui è stato chiesto informazioni sulle loro abitudini al fumo da parte di un operatore sanitario è pari al 40%. Questo dato è significativamente superiore a quello regionale.
- 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, 19%) ad eccezione della Sardegna (55%) in cui si registra la percentuale più alta.

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

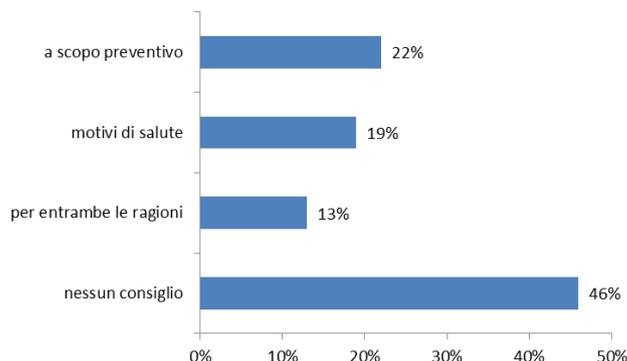
Attenzione degli operatori sanitari – PASSI 2011-14

Consiglio di smettere di fumare	Regione Marche – (n=4.769)	Pool di Asl – (n=152.224)
	% (IC95%)	% (IC95%)
% di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte del medico o di un altro operatore sanitario*	54,4 (51,2-57,5)	52,1, (51,4-52,8)

*Vengono inclusi solo i fumatori che riferiscono di essere stati dal medico o da un altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

- Nel periodo 2011-2014, il 54% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte del medico o di un altro operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (22%).

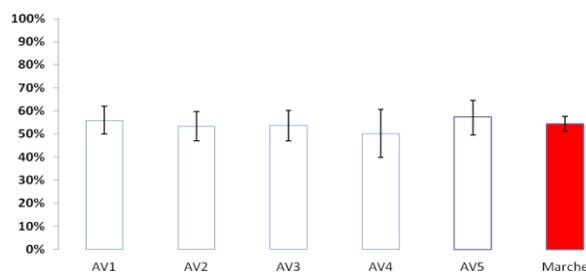
Persone a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare e motivazione
*Regione Marche - Passi 2011-14 (n=1.030)**



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

- Nelle Aree Vaste regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 50% dell'AV4 al 57% dell'AV5).

Persone* a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare
 Prevalenze per AV di residenza – Regione Marche 2011-14 (n=1.030)*



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

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza –Tassi standardizzati
 Passi 2011-14

Pool di Asl: 53,1% (IC95%: 52,4-53,8%)



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

- La più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere la si osserva in Sardegna (64%) e Campania (58%) e la più bassa nella P.A. di Bolzano (35%).

Conclusioni

- Nelle Marche, nel periodo 2011-14, circa un adulto su due (54%) non fuma sigarette di tabacco (55% in Italia); uno su cinque (21%) ha invece smesso di fumarne (il dato italiano è del 18%).
- I fumatori sono il 25% della popolazione adulta (27% a livello di Pool nazionale di Asl); complessivamente pertanto, quadriennio considerato nella nostra Regione, si stima che vi siano circa 258 mila soggetti tra i 18 ed i 69 anni che fumano.
- Nelle Aree Vaste regionali la frequenza di fumatori va dal 20% delle AV2 al 29% dell' AV5 (le differenze non sono statisticamente significative).
- I fumatori sono più numerosi nelle fasce d'età più giovani 18-34 anni ed in particolare nelle uomini di 18-34 anni; ma anche tra coloro che hanno molte difficoltà economiche e basso livello d'istruzione.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 21% ne fuma più di 20 (sono i *forti fumatori*).
- Più di un fumatore su due (54%) 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. Un medico su 5 (22%) ha dato il consiglio a scopo preventivo.
- Il trend della prevalenza di fumatori è in lenta diminuzione, al Nord, al Centro e al Sud, sia tra gli uomini che tra le donne. Queste incoraggianti tendenze sono in linea con quanto avviene nei Paesi simili e vicini, ma a un livello ancora lontano dalle migliori performance.

Raccomandazioni²¹.

Il fumo può provocare molti danni per la salute in quanto contiene oltre 4.000 costituenti chimici, 50 dei quali tossici ed è classificato come agente cancerogeno dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro. La nicotina contenuta nel tabacco è una sostanza che influenza il sistema cardiovascolare e induce dipendenza. Il fumo ha effetti negativi anche sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna, riducendo la fertilità. In gravidanza ha effetti nocivi sul feto, può causare aborto spontaneo ed è una delle principali cause di basso peso alla nascita. Le donne fumatrici che assumono contraccettivi orali, presentano un rischio 20 volte maggiore di infarto e ictus cerebrale.

Il non fumare permette di:

- salvaguardare la propria salute,
- ottenere benefici fisici ed estetici
- diminuire il rischio di sviluppare patologie.

Per chi vuole smettere di fumare una buona motivazione potrebbe essere rappresentata dalla quasi completa reversibilità dei danni da fumo che segue una nota e cadenzata sequenza temporale (Tab. 1).

TABELLA 1. Tempistica dei benefici post-cessazione

DOPO	I BENEFICI
8 ore	L'ossigeno contenuto nel sangue torna a livelli normali
12 ore	Quasi tutta la nicotina è stata metabolizzata
2-5 giorni	Sensi del gusto e dell'olfatto migliorano
3 giorni	Con il rilassamento dell'albero bronchiale è più facile la respirazione e aumenta la capacità polmonare
3 settimane	Ci si sente più attivi: il lavoro o le attività che si svolgono risultano più facili
3 mesi	Lo stato delle ciglia polmonari inizia a migliorare, la funzionalità polmonare migliora, la tosse cronica inizia a ridursi
3-6 mesi	1/3 della popolazione che è aumentata di peso ritorna al peso normale
10 anni	Il rischio di sviluppare un cancro al polmone si è ridotto al 30-50% rispetto a quello di coloro che continuano a fumare e continua a diminuire
10-15 anni	Il rischio di morte per tutte le cause è nuovamente simile a quello di chi non ha mai fumato

²¹, "Guadagnare salute: brochure a schede" - <http://www.guadagnaresalute.it/promozione/pdf/Brochure%20a%20schede.pdf>

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

A livello locale risulta di fondamentale importanza realizzare interventi coerenti con le politiche nazionali, quali ad esempio:

- il monitoraggio costante del rispetto del divieto di vendita di tabacco ai ragazzi con meno di 16 anni da parte di tabaccai e possessori di rivenditori automatici;
- il monitoraggio costante del rispetto del divieto di fumare nei locali pubblici, applicando le misure disponibili nei confronti di chi non rispetta tale divieto;
- l'approfondimento delle competenze sul counselling motivazionale breve da parte degli operatori sanitari ed il sostegno ai centri antifumo²².

Risorse utili per approfondimenti:

- CCM - "Il fumo in Italia": <http://www.ccm-network.it/node/983>
- ISS – "Osservatorio fumo alcol e droga": <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1>
- EpiCentro - "La dipendenza dal fumo si basa su meccanismi biologici conosciuti": http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_dipendenza_fumo.pdf
- EpiCentro - "Fatti sui principali danni del tabacco per la salute di chi fuma": http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/AGG_Fumo_Salute.pdf
- EpiCentro - "Fatti sui principali danni del tabacco per l'economia": http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_fumo_economia.pdf
- EpiCentro – "Accordo quadro per il controllo del tabacco": http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_FCTC.pdf
- Società Italiana di tabaccologia (Sitab): <http://www.tabaccologia.it/>
- Ministero della Salute - "Guadagnare Salute": <http://www.guadagnaresalute.it/fumo/>
- Ministero della Salute - "Piano Sanitario Nazionale 2011-2013": http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf
- Ministero della Salute - "Piano nazionale della prevenzione 2010-2012": http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf
- Commissione Europea di Salute pubblica - "Tabacco": http://ec.europa.eu/health/tobacco/introduction/index_en.htm
- OMS - "Tobacco Free Initiative": <http://www.who.int/tobacco/en/>
- CDC - "Smoking & Tobacco Use": <http://www.cdc.gov/tobacco/>
- The Tobacco Atlas 4th edition: <http://www.tobaccoatlas.org/>
- The Tobacco Atlas - "Contesto internazionale": http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/AGG_Tobacco_Atlas.pdf

Focus EpiCentro - "Approfondimento tematico sul calcolo della mortalità attribuibile al fumo":

- <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.asp>
- http://www.epicentro.iss.it/passi/mortalita-attrib_fumo.asp;

²² http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/PoliticheTabacco.pdf

Smettere di Fumare

Importanza per la salute

La dipendenza dalla nicotina e altre componenti del tabacco, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza e dall'abuso, è il motivo per cui la maggior parte dei fumatori è costretta a fumare tutti i giorni, anche quando non vorrebbe²³.

A livello individuale, i benefici post-cessazione sono grandi (Tab.1), inoltre una somma non trascurabile di danaro diventa disponibile per se stessi e la propria famiglia. Ma soprattutto si guadagna la libertà dalla dipendenza e ciò stride con le argomentazioni usate dall'industria del tabacco²⁴ e dalle organizzazioni di facciata che, per la loro azione lobbistica, fanno perno proprio sul valore della libertà.

Sul lungo periodo, le persone che smettono prima della mezza età, evitano il 90% e più dei rischi di malattie legate al tabacco, ma anche se smettono verso i 50 anni evitano in modo sostanziale il rischio di cancro del polmone e altre malattie causate dal tabacco^{25, 26, 27}.

A livello sociale, è stato mostrato che nel secolo che stiamo vivendo, nei Paesi come l'Italia, la mortalità causata dal fumo di tabacco sarà più influenzata dal numero di fumatori che smettono, piuttosto che dal numero di adolescenti che iniziano²⁵. Per questo motivo è importante mettere sotto sorveglianza i tentativi di smettere di fumare²⁸.

Come Passi misura il tentativo di smettere di fumare

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

²³ EpiCentro -"La dipendenza da fumo si basa su meccanismi biologici conosciuti"-
http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_dipendenza_fumo.pdf

²⁴ OMS- "Tobacco explained- The truth about the tobacco industry ...in its own words"
<http://www.who.int/tobacco/media/en/TobaccoExplained.pdf>

²⁵ BMJ –"Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies": <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10926586>

²⁶ BMJ –"Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors":
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15213107>

²⁷ Lancet –"The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK.": <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107252>

²⁸EpiCentro – "Perché Passi mette sotto sorveglianza i tentativi di smettere di fumare":
<http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2010/R2010TentativiSmettereFumare.asp>

Smettere di fumare –Passi 2011-14

Fumatori che hanno tentato di smettere di fumare ed esito del tentativo	Regione Marche – (n=4.769)	Pool di Asl – (n=152.224)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Percentuale di fumatori che hanno tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi*	39,9 (37,2-42,7)	38,4 (37,8-39,0)
<i>tentativo riuscito (astinenti da 6 mesi o più)</i>	9,8 (7,4-12,7)	8,4 (7,9-9,0)
<i>tentativo in corso (astinenti da meno di 6 mesi)</i>	7,7 (5,7-10,4)	9,6 (9,1-10,2)
<i>tentativo fallito</i>	82,5 (78,9-85,7)	82,0 (81,2-82,7)

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

Nel periodo 2011-14, nelle Marche, quattro fumatori su dieci (40%) hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo (38% in Italia).

L'83% di chi ha tentato di smettere di fumare fallisce, circa il 18% attualmente persegue il tentativo, e poco più della metà di questi (10%) riesce in quanto non fuma da più di sei mesi.

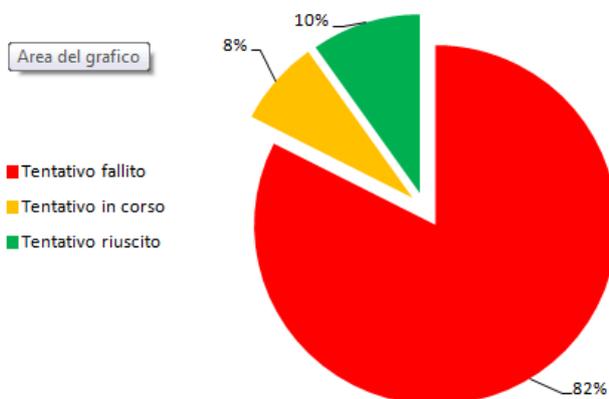
Quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2011-14, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 40% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 8% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

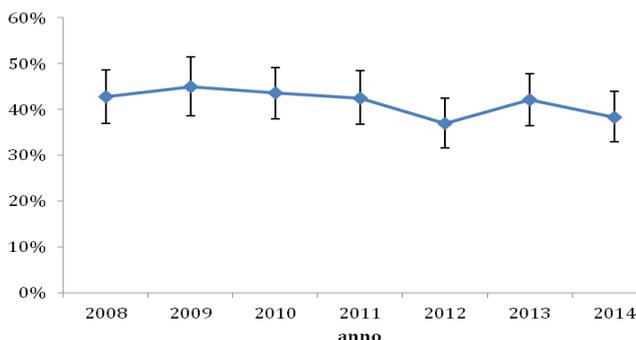
% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
Regione Marche - Passi 2011-14 (n=513)



Nelle Marche, tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 93% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno del 2% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle Aree Vaste o da altri.

Confronto su pool omogeneo regionale

Tentativo di smettere di fumare
Prevalenze per anno – Regione Marche (pool omogeneo) 2011-14



- Considerando il periodo temporale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore mostri una tendenza alla diminuzione della prevalenza di coloro che tentano di smettere di fumare.

Conclusioni

- Nelle Marche, nel quadriennio 2011-2014, tra i fumatori che hanno da 18 a 69 anni, il 40% riferisce di aver effettuato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un tentativo di smettere di fumare, restando 24 ore senza fumare.
- Il 93% di coloro che tentano di smettere conta solo sulla forza di volontà, nel 3% dei casi usa farmaci o cerotti sostitutivi ed il 2% si rivolge a corsi organizzati dalla Asl o da un altro Ente.
- Alla fine, circa il 18% di coloro che hanno tentato, si dichiara astinente dal fumo al momento dell'intervista: il 7,7% da meno di 6 mesi (fumatori in astensione) ed il 9,8% da più di 6 mesi (ex-fumatori).
- La percentuale di fumatori che tentano di smettere, negli ultimi anni si sta significativamente riducendo, al nord, al centro e al sud dell'Italia.

Esistono trattamenti efficaci per i fumatori che vogliono smettere. Tra i trattamenti non farmacologici, l'intervento clinico breve, cioè il consiglio e l'assistenza competente del medico (che può prendere circa 10 minuti) ha un effetto, anche se piccolo sulla probabilità di smettere; il *counseling* (individuale, di gruppo, o telefonico); le terapie cognitivo-comportamentali hanno un'efficacia maggiore²⁹.

Tra i prodotti farmacologici, i sostituti a base di nicotina, sotto qualsiasi forma (cerotti, gomme o inalatori) aumentano il tasso di cessazione del 50-70%; due farmaci (il bupropione e la vareniclina) aumentano di due-tre volte la probabilità di smettere di fumare e diventare ex-fumatore, rispetto al tentativo di smettere senza alcun ausilio³⁰.

Questi trattamenti, sono offerti in Italia da molti centri anti-fumo, in certi casi accompagnati da trattamenti non convenzionali come l'agopuntura e l'auricoloterapia. L'Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, che li censisce, riporta la cifra 393 centri per smettere di fumare che trattano un numero di fumatori (meno di 20.000 all'anno), molto inferiore al numero di fumatori che tentano di smettere, che arriva ad alcuni milioni³¹.

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

Risorse utili per approfondimenti:

- Unione Europea - "Gli ex fumatori sono irresistibili": <http://www.exsmokers.eu/it-it/about>
- Treatobacco - <http://www.treatobacco.net/en/index.php>
- ISS – Osservatorio Fumo Alcol Droga - <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1>
- Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori:
<http://www.legatumori.it/page.php?id=1152&area=995>
- Dors - "Fumo metodi e strumenti":
http://www.dors.it/el_focus_i.php?focus=D&codf=05&PHPSESSID=c18bea776ee37ded4d0152943088b88e

²⁹ West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update Thorax. 2000; 55: 987-999: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1745657/>

³⁰ Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Pilote L. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008; 179 (2):135-144: <http://www.cmaj.ca/content/179/2/135.full>

³¹ ISS - "Guida ai servizi territoriali per la cessazione al fumo di tabacco (aggiornamento 2009): <http://www.iss.it/binary/publ/cont/10S1WEB.pdf>

Fumo passivo

Importanza per la salute

Il fumo emesso dalla sigaretta (o espirato dal fumatore) immette nell'aria, inquinandola, ossidi di carbonio e di azoto, una gran quantità di micro-particelle, diversi carcinogeni umani e piridina, che produce cattivo odore e sostanze irritanti per le mucose. Le sostanze emesse vengono assorbite anche dagli arredi che le rilasciano lentamente, cosicché l'esposizione al fumo passivo dura per molto tempo dopo che un fumatore ha lasciato la stanza. Non esiste un livello soglia al di sotto del quale il fumo di tabacco ambientale sia innocuo. Così, a causa della sua tossicità e della sua diffusione, il fumo di tabacco rappresenta il principale inquinante degli ambienti confinati³².

Per le persone esposte al fumo passivo, aumenta il rischio di gravi patologie³³. Nei bambini che hanno almeno uno dei genitori che fuma: infezioni delle basse vie respiratorie, induzione di asma bronchiale e otite media; negli adulti esposti al fumo in casa e/o sul lavoro: malattie ischemiche del cuore, cancro del polmone, esacerbazione di asma bronchiale e sintomi respiratori³⁴.

Nel mondo, il 40% dei bambini, il 33% degli uomini non fumatori e il 35% delle donne non fumatrici sono esposti al fumo passivo e a questo fattore di rischio vengono attribuiti, secondo le migliori stime, 600.000 decessi causati da malattie ischemiche del cuore, infezioni delle basse vie aeree, asma e cancro del polmone³⁵. I bambini sono esposti a fumo passivo più pesantemente degli adulti perché non possono evitare la principale fonte di esposizione rappresentata dai loro genitori e dai parenti che fumano in casa.

Negli ultimi 20 anni, diversi Paesi, tra cui l'Italia, hanno approvato legislazioni mirate alla protezione della salute dei non fumatori, attraverso il divieto di fumare in locali aperti al pubblico, come bar, cinema, ristoranti, alberghi e sui luoghi di lavoro. È stato possibile valutare estesamente gli effetti dei divieti: per quanto riguarda gli effetti sulla salute, i divieti hanno comportato un cambiamento nella prevalenza di disturbi respiratori e una riduzione di eventi coronarici acuti; per quanto riguarda le attività produttive, non hanno comportato riduzione dei profitti, contrariamente a quanto paventato dalla pubblicistica dell'industria del tabacco; per quanto riguarda l'adesione da parte della popolazione, questa tende ad assumere via via atteggiamenti favorevoli e tendenti a sostenere i divieti di fumare nei luoghi aperti al pubblico³⁶.

Come Passi misura l'applicazione dei divieti di fumo

Passi misura l'applicazione effettiva dei divieti di fumare negli ambienti confinati attraverso indicatori che consentono di valutare se gli specifici ambienti sotto sorveglianza sono affrancati dal fumo di tabacco. Gli ambienti sotto sorveglianza sono le abitazioni private, i locali aperti al pubblico e i luoghi di lavoro in cui vige il divieto.

³² CDC 2006 Surgeon General's Report-"The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke": http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2006/index.htm

³³ Ministero della Salute - "Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute": http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_649_allegato.pdf

³⁴ IARC - "Tobacco Smoke and Involuntary Smoking": <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83-7.pdf>

³⁵ OMS - "Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries": http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/smoking.pdf

³⁶ IARC 2009 - "Evaluating the effectiveness of smoke-free policies": <http://w2.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/>

Fumo passivo – PASSI 2011-14

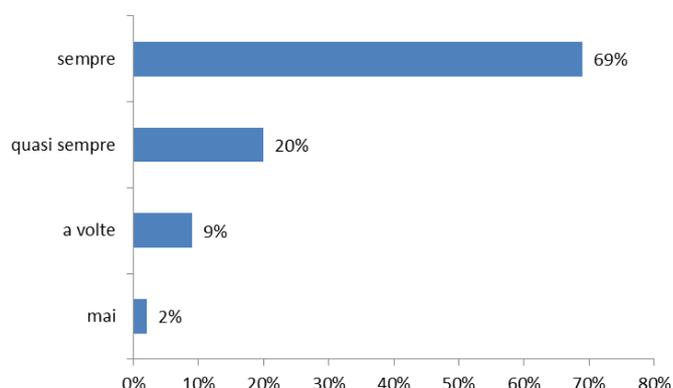
Divieto di fumare	Regione Marche – (n=4.769)	Pool di Asl – (n=152.224)
	%	%
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	(IC95%)	(IC95%)
<i>nei locali pubblici</i>	88,9 (88,0-89,8)	89,7 (89,5-90,0)
<i>sul luogo di lavoro</i>	90,4 (89,2-91,4)	91,4 (91,1-91,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	79,7 (78,5-80,8)	78,7 (78,4-79,0)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori di 14 anni in famiglia	86,7 (84,7-88,6)	85,8 (85,3-86,3)

Nel periodo 2011-14, nelle Marche, la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro sembra abbastanza alta: l'89% degli adulti intervistati riferisce che il divieto di fumo nei locali pubblici, da loro frequentati nei 30 giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato, così come il divieto di fumare nei luoghi di lavoro per coloro che lavorano in ambienti chiusi (i dati italiani sono rispettivamente pari al 90% e 91%). L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante. Un intervistato su cinque (20%) dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare, questa percentuale scende al 13% ma resta non trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 14 anni.

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nelle Marche, nel periodo 2011-14 l'89% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (69%) o quasi sempre (20%).
- l'11% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è raramente (9%).

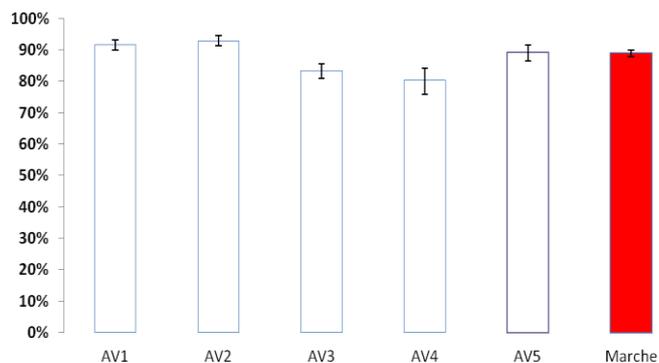
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
 Regione Marche - Passi 2011-14 (n=4.537)*



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

- Nelle AV regionali, la percentuale di intervistati che ritengono che il divieto di fumo nei locali pubblici sia rispettato sempre/quasi sempre va dall'80% dell'AV4 al 93% dell'AV2 (tra queste prevalenze non vi sono, dal punto di vista statistico, significative differenze).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici
 Prevalenze per AV di residenza – Regione Marche 2011-14



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per Regione di residenza –Tassi standardizzati
Passi 2011-14
Pool di Asl: 89,9% (IC95%: 89,6%-90,1%)



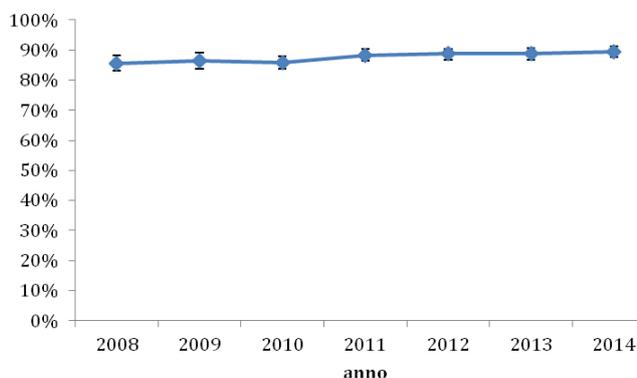
■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2011-14 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nel 90% dei casi.
- Il dato marchigiano pari all'89% non è diverso, dal punto di vista della significatività statistica, a quello italiano.
- Chiaro è il gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici, a favore delle regioni settentrionali. La prevalenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto raggiunge punte massime in Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta (97%), mentre i valori più bassi si registrano in Calabria (76%) e Campania (79%).

Confronto su pool omogeneo regionale

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per anno – Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



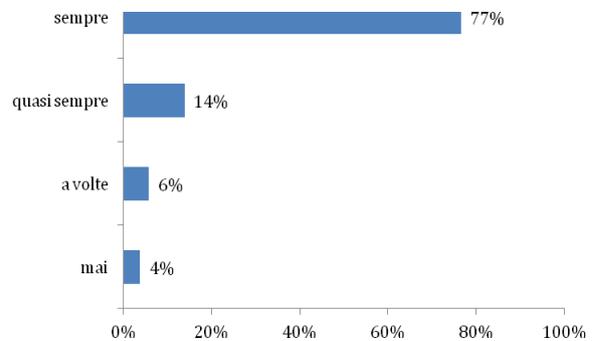
- Considerando il trend temporale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia sostanzialmente stabile in questo arco di tempo.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2011-14, l'91% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (77%) o quasi sempre (14%).
- Il 4% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato o lo è a volte (6%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Regione Marche – Passi 2011-14 (n= 2.843)*

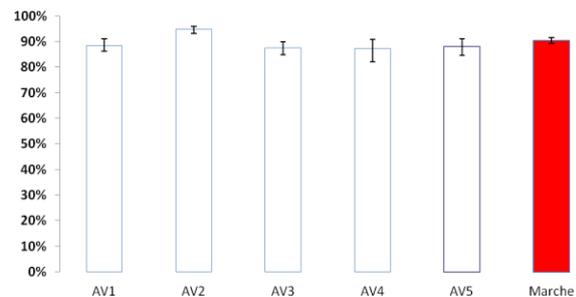


*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

- Nelle AV regionali, la percentuale di lavoratori che ritengono che il divieto di fumo sul luogo di lavoro sia rispettato sempre/quasi sempre va dall'87% dell'AV4 al 95% dell'AV2. Non vi sono però tra AV differenze statisticamente significative.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per AV di residenza – Regione Marche 2011-14



Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2011-14
Pool di Asl: 91,7% (IC95%: 91,4%-91,9%)



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

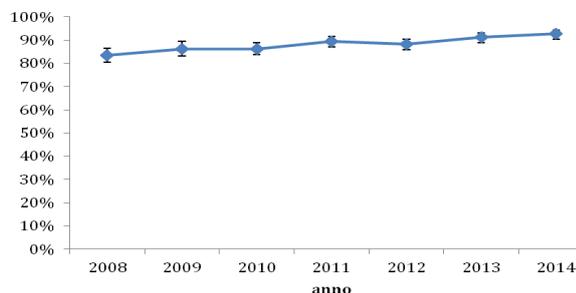
In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nelle Asl partecipanti al sistema Passi a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nel 92% dei casi. Il dato marchigiano dell'90% è significativamente inferiore, dal punto di vista statistico, a quello del Pool nazionale.
- Chiaro è il gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro. La prevalenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto raggiunge punte massime in P.A. Bolzano (96%), Basilicata (95%), Friuli Venezia Giulia e Veneto (95%), mentre i valori più bassi si registrano in Molise (75%) e Campania (87%).

Confronto su pool omogeneo regionale

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per anno – Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



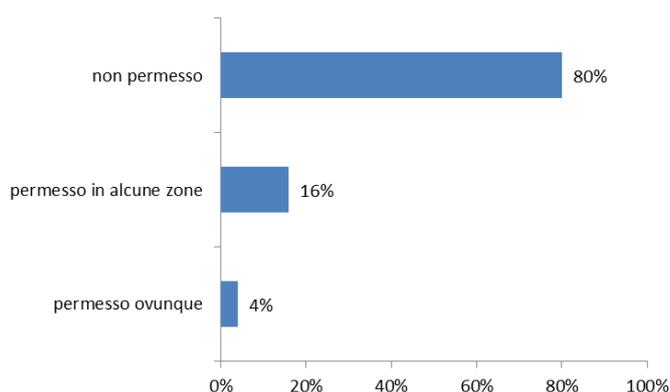
- Considerando il trend temporale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia sostanzialmente stabile.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella regione Marche, nel periodo 2011-14:
 - l'80% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 16% che si fuma in alcuni luoghi;
 - il 4% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 14 anni, l'87% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Percezione del rispetto del divieto di fumo in ambito domestico

Regione Marche - Passi 2011-14 (n=4.767)



Divieto di fumo in casa

Prevalenze per regione di residenza – Passi 2011-14
Pool di Asl: 78,7% (IC95%: 78,5%-79,0%)



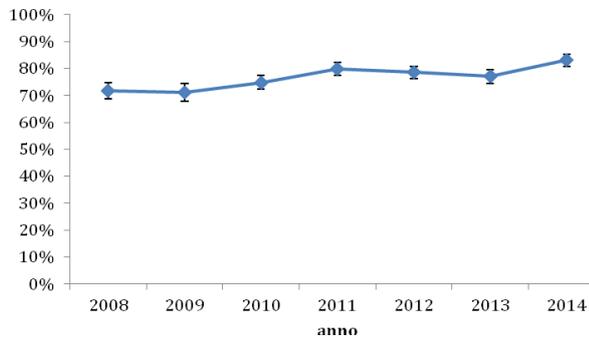
■ peggiore del valore nazionale
■ simile al valore nazionale
■ migliore del valore nazionale

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, il 79% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (86% in presenza di minori di 14 anni).
- In ambito domestico, il divieto assoluto di fumare è più frequente nelle regioni del Nord (Veneto 90%) mentre meno frequente in Sicilia (74%) e nelle Regioni con la più alta frequenza di fumatori (Lazio 74% e Umbria 71%); in questo panorama fanno eccezione Puglia (85%) e Sardegna (84%) con prevalenze di case libere dal fumo significativamente superiori alla media nazionale.

Confronto su pool omogeneo regionale

Divieto di fumo in casa

Prevalenze per anno – Regione Marche (pool omogeneo) 2008-14



- Considerando il trend temporale dal 2008 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia sostanzialmente stabile.

Conclusioni

- Nelle Marche, nel periodo 2011-2014, circa 9 persone su 10 dichiarano che il divieto di fumare, nei locali pubblici chiusi, che hanno frequentato negli ultimi 30 giorni, è rispettato sempre o quasi sempre. Anche tra gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, circa 9 persone su 10 riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul loro luogo di lavoro.
- Per quanto riguarda invece le abitazioni private, il 80% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione il fumo è vietato completamente; nelle case in cui vivono minori, l'87% dei rispondenti riferisce che il fumo è vietato completamente.
- La geografia dell'esposizione al fumo passivo nei luoghi aperti al pubblico ed in quelli lavorativi disegna un chiaro gradiente Nord-Sud: il rispetto del divieto di fumare è più frequente nelle Regioni del Nord e meno in quelle del Centro e soprattutto del Sud.
- Il trend del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro è in aumento, in tutte le macro-aree del Paese.

Raccomandazioni

L'Italia è stata all'avanguardia in Europa per la protezione dei non fumatori dal fumo passivo determinando (L. 3/2003 art. 51)³⁷, con un divieto esteso ai luoghi chiusi aperti al pubblico, un cambiamento apparentemente difficile, perché imponeva limiti a una consistente minoranza di concittadini adulti abituati ad assumere nicotina, più o meno una volta ogni ora, ovunque si trovassero. L'essere stato il primo grande Paese al mondo a introdurre il divieto di fumo nei locali pubblici ha però fatto "scontare" all'Italia l'ammissibilità delle sale per fumatori che possono essere allestite rispettando rigide norme per il ricambio dell'aria.

A partire dal 2005, la Convenzione quadro per il controllo del tabacco (The Framework Convention for Tobacco Control - Fctc)³⁸, ratificata dall'Italia con la legge n.75 del 18 marzo 2008, ha esteso le esperienze pionieristiche, impegnando gli Stati firmatari ad attuare misure per tutelare i non fumatori dal fumo passivo nei luoghi pubblici, di lavoro e sui mezzi di trasporto (art. 8)³⁹. Nel 2012 sono 120 i Paesi che hanno adottato misure di protezione dei cittadini dal fumo massivo, in 93 casi con norme inserite nella legislazione nazionale⁴⁰.

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

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

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

³⁷ Ministero della Salute – "Legge 3/2003": http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_366_allegato.pdf

³⁸ OMS – "The Framework Convention for Tobacco Control": http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

³⁹ EpiCentro – "Uno strumento potente: la Convenzione Quadro per il controllo del tabacco": http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_FCTC.pdf

⁴⁰ OMS – "Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention for Tobacco Control": http://www.who.int/fctc/reporting/2012_global_progress_report_en.pdf

fumo nelle abitazioni private registri un lieve miglioramento, il fatto che in quasi il 24% delle case in cui vivono bambini, sia consentito fumare, è preoccupante.

In Italia, la legge 3/2003 è stata generalmente applicata, come confermano i dati Passi, e ha comportato benefici per la salute, come la riduzione di ospedalizzazioni per infarto del miocardio^{41, 42, 43}.

Il Comando Carabinieri per la tutela della salute (Nas), in accordo con il Ministero della Salute, inoltre effettua migliaia di controlli ogni anno in diversi luoghi sensibili. A oggi i Nas hanno compiuto oltre 27.000 controlli in tutta Italia, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali, e sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), evidenziando il sostanziale rispetto della norma.

Tuttavia, accanto al confortante *trend* positivo, l'insieme dei dati di sorveglianza mostra che la norma non è ancora generalizzata, esistono differenze territoriali e ci sono ambienti come le discoteche in cui il divieto è più spesso disatteso⁴¹. Esistono anche ambienti per cui la norma, nella sua forma attuale, può dare luogo a fraintendimenti interessanti, come il caso dei *dehor*⁴².

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

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

Risorse utili per approfondimenti:

- EpiCentro-“Norme italiane per la protezione dei non fumatori dal fumo passivo”: http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/AGG_Norme_Divieto.pdf
- EpiCentro-“ Divieti di fumo: successi in Europa nonostante i tentennamenti del Parlamento Europeo”: http://www.epicentro.iss.it/temi/fumo/divieti_eu.asp
- EpiCentro-“Documentazione di supporto per far applicare il divieto di fumare”:<http://www.epicentro.iss.it/passi/SupportoDivieto.asp>
- EpiCentro-“ Fatti sui principali danni del fumo di tabacco per l'ambiente”: http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDA_fumo_ambiente.pdf
- INAIL-“Gestione del fumo di Tabacco in Azienda”: <http://www.ispesl.it/tabagismo/index.asp>

⁴¹ EpiPrev- “Legge Sirchia e altre rivoluzioni intorno al controllo del tabagismo”. Gorini G. Epidemiol Prev 2011; 35 (3-4) Suppl.1: 1-50

⁴² Ministero della Salute-CCM “Monitoraggio dell'osservanza della normativa inerente il divieto di fumare negli ambienti di vita e di lavoro”: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1898_allegato.pdf

⁴³ Eur J Public Health – “Exposure to secondhand smoke in Italian non-smokers 5 years after the Italian smoking ban”, Eur J Public Health. 2012 Oct;22(5):707-12: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117054>

APPENDICI

Metodi

Tipo di studio

Il Sistema PASSI è uno studio trasversale di prevalenza puntuale, realizzato tramite la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della regione Marche (1.040.002 residenti, popolazione media nel periodo considerato, fonte Istat); i criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio di competenza delle ex Zone Territoriali (ex ZT) e la disponibilità di un recapito telefonico, mentre criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Campionamento

È stato effettuato un campionamento casuale semplice dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale; la dimensione del campione base è stata calcolata in 275 persone/anno per ognuna delle quattro province delle Marche (con mantenimento della situazione anteriore al riconoscimento di Fermo come quinta provincia). Va però rilevato che Fermo, nel corso di questi anni di sorveglianza, ha raggiunto una numerosità campionaria (circa 449 interviste) che può almeno nelle variabili principali essere considerata un campione rappresentativo nella popolazione adulta residente nell'AV4. Per il campionamento sono stati usati i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali col fine di ottenere una stima con un buon grado di approssimazione (intervallo di confidenza al 95%). I campioni provinciali (25 interviste per 11 mensilità per ogni area provinciale) sono stati suddivisi tra le 13 ex Zone Territoriali regionali in base alle aree di appartenenza, in maniera proporzionale alla numerosità della rispettiva popolazione.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nel periodo gennaio 2009/dicembre 2012. L'intervista telefonica dura in media 20-25 minuti.

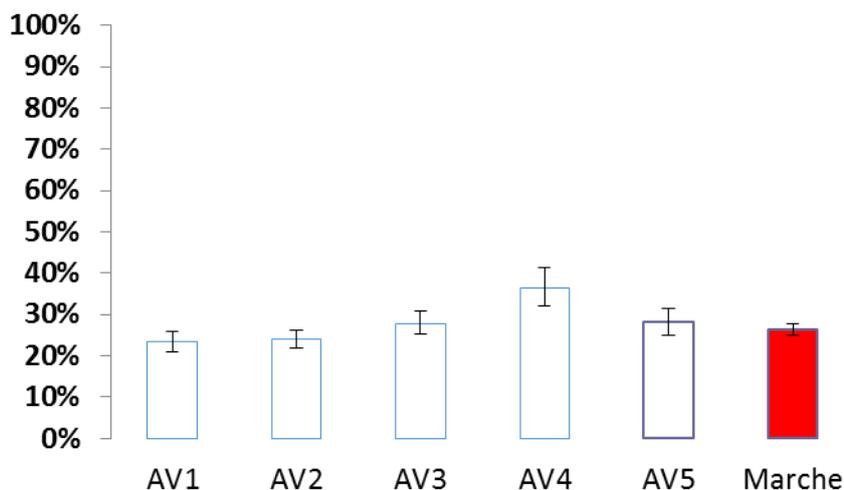
La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori, che ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi per il livello regionale è stata condotta utilizzando il metodo della pesatura. La pesatura migliora la precisione delle stime in termini di accuratezza, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interzonale. 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 (IC) solo per la variabile principale.

Gli IC sono fondamentali nella statistica inferenziale (che studia le caratteristiche di una popolazione attraverso una parte di essa, detta campione). Quando si stima un parametro, la semplice individuazione di un singolo valore è spesso non sufficiente.

È infatti opportuno accompagnare la stima di un parametro con un intervallo di valori plausibili per quel parametro, che viene definito intervallo di confidenza. In alcuni casi sono stati utilizzati grafici (vedi esempio sotto riportato) che mostrano il confronto tra il dato regionale e quello delle cinque aree, con campione rappresentativo, ciascuna con i rispettivi intervalli di confidenza. L'asta verticale con i due estremi indica l'IC 95% (nel 95% dei casi si è plausibilmente certi che il valore del parametro che si sta stimando ricade all'interno dell'IC), cioè il valore stimato della variabile nel campione regionale preso come riferimento per il confronto.



Per quanto riguarda i dati percentuali, vengono riportati nel testo i valori approssimati, mentre nelle tabelle e nei grafici sono indicati i dati con decimale. Nel testo che segue sono riportate rappresentazioni cartografiche con i valori regionali stimati dal pool nazionale PASSI.

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. E' stata richiesta la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanita.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte dei coordinatori locali, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte: nessun dato nominativo è pertanto più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Definizioni operative utilizzate nel sistema di sorveglianza

Attività fisica

Persona fisicamente attiva

è una persona che:

svolge un lavoro pesante, cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (ad esempio il manovale, il muratore, l'agricoltore) e/o aderisce alle linee guida sulla attività fisica:

- o 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o
- o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.

Persona parzialmente attiva

è una persona che:

non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.

Persona sedentaria

è una persona che:

non fa un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.

Attività fisica durante il lavoro

Lavoro pesante lavoro che richiede un notevole sforzo fisico (per esempio: il manovale, il muratore, l'agricoltore)

Lavoro moderato lavoro che richiede uno sforzo fisico moderato (per esempio: l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie)

Lavoro sedentario il lavoro che richiede lo stare seduto o in piedi (per esempio chi lavora al computer, chi guida la macchina, chi fa lavori manuali senza sforzi fisici)

Attività fisica fuori dal lavoro

Attività fisica intensa attività fisica che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come per esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici.

Attività fisica moderata attività fisica che per quantità, durata e intensità comporta un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come per esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti.

Sovrappeso ed Obesità

Persona sovrappeso è una persona con un Indice di massa corporea (Imc)* compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

Persona obesa è una persona con un Indice di massa corporea (Imc)* maggiore o uguale a 30.0 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza.

(*) L'indice di massa corporea è uguale a $[\text{Peso, in Kg}] / [\text{Altezza, in metri}]^2$.

Consumo di frutta e verdura

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

Porzione di frutta o verdura

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

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

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

Consumo di alcol

Unità alcolica standard L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di 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.

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

Consumo moderato

Consumo moderato per gli uomini⁴⁴ 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni.

Consumo moderato per le donne⁴⁵ 1 unità alcolica in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

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

Consumo abituale elevato

Consumo abituale elevato Livelli medi giornalieri di consumo di alcol negli ultimi 30 giorni al di sopra delle soglie indicate.

Consumo binge

Binge drinking Assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione. Ciò comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi.

Consumo binge per gli uomini⁴⁶ 5 o più unità alcoliche in una sola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

Consumo binge per le donne⁴⁷ 4 o più unità alcoliche in una sola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

^{44,4,5,6} Diverse istituzioni sanitarie, tra cui i [Cdc](#), fissano livelli soglia differenti nei due sessi

ultimi 30 giorni.

Consumo fuori pasto

Consumo fuori pasto

L'assunzione negli ultimi 30 giorni di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Questa modalità di assunzione di alcol determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici. L'Oms elenca il consumo fuori pasto tra i fattori, che determinano un aumento della mortalità, e perciò lo include nel calcolo dell'indice "*Patterns of drinking score*", che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato.

Consumo alcolico a maggior rischio

Consumo a maggior rischio

Consumo binge e/o consumo abituale elevato e/o consumo fuori pasto

Abitudine al fumo di Tabacco

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

Rispetto del divieto di fumo

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

Le schede degli indicatori utilizzati nel sistema di sorveglianza

Attività fisica

*Scheda indicatore: prevalenza di persone fisicamente attive**

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

*Scheda indicatore: prevalenza di persone parzialmente attive**

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

*Scheda indicatore: prevalenza di persone sedentarie**

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Sovrappeso e obesità

*Scheda indicatore: prevalenza di persone in sovrappeso**

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

Scheda indicatore: prevalenza di persone obese

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Consumo di frutta e verdura

Scheda indicatore: prevalenza delle persone che consumano 5 porzioni o più di frutta e/o verdura al giorno (five-a-day)

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18–69 anni che riportano un consumo abituale giornaliero di almeno cinque porzioni di frutta e/o verdura.
Denominatore	Intervistati che hanno risposto alla domanda su quante porzioni di frutta e/o verdura consumano al giorno; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore fa riferimento a un comportamento abituale.
Significato per la salute pubblica	Le persone che hanno un regime alimentare ricco di frutta e verdura hanno un ridotto rischio di malattie croniche, tra cui l'ictus, altre patologie cardiovascolari, alcuni tipi di tumori, malattie respiratorie, ecc.
Limiti dell'indicatore	Le linee guida per una sana alimentazione italiana http://www.inran.it/648/linee_guida.html raccomandano di consumare almeno 5 porzioni al giorno di frutta, insalata e ortaggi. L'indicatore fornisce la prevalenza di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno, ma non consente di stimare la quota di popolazione, che assume una quantità maggiore di questi alimenti. Numerosi studi hanno dimostrato che non c'è un effetto-soglia per le cinque porzioni al giorno e che consumi maggiori di frutta e verdura determinano ulteriori benefici in termini di riduzione dei rischi per la salute.

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Consumo di alcol

*Scheda indicatore: consumo di alcol**

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

* Nei rapporti nazionali Passi 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era "bevitore". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

Scheda indicatore: consumo abituale elevato[^]*

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

[^] Nei rapporti nazionali Passi 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era "*Forte bevitore*". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

*Scheda indicatore: consumo binge**

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni. Uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una volta 5 o più unità alcoliche in una singola occasione + donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una volta 4 o più unità alcoliche in una singola occasione.
Numeratore	
Denominatore	Attenzione: Nel 2007-2009 la definizione di questo indicatore prevedeva il consumo di 6 o più unità alcoliche in una singola occasione, negli ultimi 30 giorni, sia per uomini che per donne Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Il consumo episodico eccessivo di alcol comporta un sostanziale incremento immediato del rischio di lesioni traumatiche ed è associato anche con un aumento del rischio di dipendenza e di effetti nocivi cronici.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore non include la frequenza di consumo binge nell'arco del mese ed è costruito sulla base di una domanda, che ha un valore soglia predefinito, per cui non è possibile conoscere la quantità esatta di alcol consumato negli episodi <i>binge</i> .

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: consumo fuori pasto^{^*}

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	<p>Il consumo di bevande alcoliche fuori pasto determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità assunte, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici.</p> <p>Il consumo di alcol fuori pasto è uno dei fattori, che determinano un aumento della mortalità a livello di popolazione.</p> <p>La definizione dell'indicatore non si basa su una soglia di unità alcoliche consumate, ma sulla circostanza che tale comportamento è dichiarato abituale e preferenziale.</p>
Limiti dell'indicatore	<p>Non viene perciò quantificato precisamente il rischio, legato a questa modalità di consumo alcolico, che varia a seconda del numero di unità alcoliche assunte fuori pasto, abitualmente ed episodicamente.</p> <p>Tuttavia, poiché tale modalità di consumo è maggiormente diffusa nelle persone giovani, più vulnerabili agli effetti tossici dell'alcol, ai fini del monitoraggio di popolazione si assume che anche quantità modeste di alcol fuori pasto siano da considerare potenzialmente nocive.</p>

[^] Nei rapporti 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era: "*bevitore fuori pasto*". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: consumo alcolico a maggior rischio[^]

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno dichiarato un consumo abituale elevato e/o un consumo <i>binge</i> e/o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo" ; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Questo indicatore intende valutare la quota cumulativa di persone, i cui comportamenti sono espressione di un approccio non moderato al consumo alcolico, e che sono perciò esposte ad un maggior rischio.
Limiti dell'indicatore	Questo indicatore aggrega più indicatori, che caratterizzano comportamenti con rischi diversi; non consente perciò di stimare l'impatto complessivo del consumo alcolico sulla salute della popolazione, il cui calcolo richiederebbe più informazioni di quelle raccolte da Passi. Attenzione: A causa dei cambiamenti avvenuti nelle definizioni di alcune componenti di questo indicatore, va utilizzata cautela nei confronti temporali. Infatti, nel 2008 è cambiata la definizione della componente "forte bevitore" e nel 2010 è cambiata la componente del <i>binge drinking</i> .

[^] Nei rapporti 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era: "bevitore a rischio". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

Abitudine al fumo

*Scheda indicatore: prevalenza di non fumatori**

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: prevalenza di fumatori

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: prevalenza di fumatori occasionali

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: prevalenza di fumatori quotidiani

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di essere fumatori al momento dell'intervista e di fumare almeno una sigaretta tutti giorni.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sull'abitudine al fumo, esclusi i valori mancanti; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	L'indicatore è costruito sulla base di più variabili che hanno diversi periodi temporali di riferimento: gli anni di vita dell'intervistato e il comportamento abituale al momento dell'intervista.
Significato per la salute pubblica	Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato ed è in teoria soggetto a distorsione legata alla desiderabilità sociale (in termini di sconvenienza e stigmatizzazione) del comportamento, che spinge il rispondente a negare di fumare o a dichiarare una minore assiduità del comportamento. Per questa ragione, la prevalenza dei fumatori quotidiani potrebbe essere sottostimata. Tuttavia, empiricamente, è stato dimostrato che l'effetto della desiderabilità sociale per questo comportamento è modesto.

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Smettere di fumare

Scheda indicatore: tentativi di smettere di fumare

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: prevalenza di ex fumatori

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Scheda indicatore: fumatori in astensione

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

*Vedi anche Centers for Disease Control and Prevention - Behavioral Risk Factor Surveillance System (Bfss) - <http://www.cdc.gov/brfss/>

Rispetto del divieto di fumo

Scheda indicatore: rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

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

Scheda indicatore: rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

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

Scheda indicatore: case libere dal fumo

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

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

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