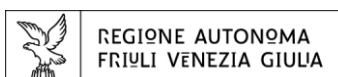


Sistema di sorveglianza PASSI

Guadagnare Salute 2010 -2013

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 -
Triestina



**AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N° 1 TRIESTINA**



Riproduzione autorizzata citando la fonte

Redazione ed impaginazione a cura di:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione A.A.S.1 “Triestina”)

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Daniela Germano (Dipartimento di Prevenzione A.A.S.1 “Triestina”)

Via de' Ralli, 3 34127 Trieste

e-mail: daniela.germano@aaS1.sanita.fvg.it

Coordinatrice Aziendale

Daniela Germano (*Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1 Triestina*)

Intervistatrici

Silvia Cosmini, Marilena Geretto, Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Daniela Steinbock, Luisa Ripa (*Dipartimento di Prevenzione*)

Organizzazione interviste

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Ccm

Si ringraziano:

tutti i cittadini che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni;

i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.



Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Daniela Germano 040 3997510 – e-mail: daniela.germano@aa1.sanita.fvg.it

- Dipartimento di Prevenzione - via de'Ralli, 3 – 34127 Trieste

INDICE

	pagina
Sintesi dei risultati	4
Guadagnare salute	8
• Attività fisica	10
• Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura	17
• Abitudine al fumo	26
• Fumo passivo	34
• Alcol	38
Metodi	46

Sintesi dei risultati

Le malattie croniche, che secondo l'OMS provocano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, hanno alla base due tipi di fattori di rischio: quelli non modificabili (come l'età, il sesso e la familiarità per una patologia) e quelli modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci (come un'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la mancanza di attività fisica).

Nel 2007 il Governo, in accordo con Regioni e Province autonome¹ ha approvato il programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

Obiettivo del programma è quello di agire in maniera integrata e coordinata 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.

Attività fisica

È completamente sedentario il 24% del campione, mentre pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato il 45%; solo il 32% ha uno stile di vita attivo. Il 18% dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica sufficiente. In poco più di un quarto dei casi, i medici si informano e consigliano di svolgere attività fisica.

Attività fisica PASSI 2010-2013

Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.136) – Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Livello di attività fisica			
<i>attivo</i> ²	31,6 (28,9-34,3)	33,2 (32,9-33,5)	nd
<i>parzialmente attivo</i> ³	44,8 (41,9-47,6)	35,8 (35,5-36,1)	nd
<i>sedentario</i> ⁴	23,6 (21,1-26,1)	31,1 (30,7-31,7)	20,49 (19,51-21,51)
Riferisce che medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁵	28,4 (25,6-31,3)	31,2 (30,9-31,6)	35,01 (33,7-36,3)
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	23,2 (20,5-25,8)	30,6 (30,3-30,9)	nd
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	18,0	19,0	nd

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ <http://www.guadagnaresalute.it/site/programma>

http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/guadagnare_salute.asp

² 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 min per almeno 3 giorni)

³ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

⁴ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

⁵ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 40% della popolazione è in eccesso ponderale (31% in sovrappeso, 9% obesi). Ritiene il proprio peso più o meno giusto il 37% delle persone in sovrappeso e lo 8% degli obesi. Il 27% delle persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso ed il 71% di praticare un'attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, ma solo lo 11% ne consuma almeno 5 porzioni al giorno, aderendo alle raccomandazioni internazionali: l'abitudine è ancora meno diffusa nelle persone tra i 18-34 anni (5%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari PASSI 2010-2013 Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Popolazione con eccesso ponderale			
<i>sovrappeso</i>	30,6 (28,0-33,3)	31,4 (31,1-31,7)	nd
<i>obesi</i>	9,4 (7,7-11,1)	10,5 (10,3-10,7)	nd
<i>sovrappeso/obeso</i>	40,0 (37,3-42,8)	41,8 (41,5-42,1)	42,35 (41,2-43,6)
Consigliato di perdere peso da un medico operatore sanitario ¹			
<i>sovrappeso</i>	41,0 (35,6-46,5)	42,8 (42,2-43,4)	nd
<i>obesi</i>	72,0 (62,8-81,2)	77,3 (76,4-78,2)	nd
Consigliato di fare attività fisica da un medico operatore sanitario ¹			
<i>sovrappeso</i>	30,7 (25,4-35,9)	34	nd
<i>obesi</i>	41,5 (31,4-51,6)	48	nd
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11,1 (9,3-12,9)	9,7 (9,5-9,9)	11,9 (11,1-12,8)

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

¹ fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

Abitudine al fumo

Il 32% si dichiara fumatore e il 25% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e appena il 4% dichiara di aver frequentato i corsi per smettere di fumare o di aver utilizzato specifici farmaci. Il 92% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o “quasi sempre” rispettato il divieto di fumo, il 96% dichiara che lo stesso divieto è rispettato nei luoghi pubblici.

Il 24% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare “ovunque” (4%) o solo in “alcune zone” (20%), ma se in casa sono presenti minori di 14 anni tale percentuale si riduce al 14%.

Abitudine al fumo – PASSI 2010-13

Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.036) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Abitudine al fumo			
<i>fumatori</i> ⁶	32,5 (29,8-35,2)	27,9 (27,7-28,3)	27,1 (25,9-28,2)
<i>ex fumatori</i> ⁷	25,5 (22,9-27,9)	18,2 (17,9-18,4)	n.d.
<i>non fumatori</i> ⁸	42,0 (39,2-44,9)	53,9 (53,5-54,2)	n.d.
Numero medio di sigarette fumate	14	13	nd
% di intervistati a cui il medico /operatore sanitario ha chiesto se fuma ¹	43,9 (40,8-46,9)	40,3 (39,9-40,7)	47,2 (45,8-48,5)
% attuali fumatori a cui il medico /operatore sanitario ha consigliato di smettere di fumare ¹	43,7 (38,3-49,2)	52,1 (51,5-52,8)	47,5 (44,9-50,1)

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

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

Fumo passivo – PASSI 2010-13

Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.036) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre			
<i>nei locali pubblici</i>	95,8 (94,6-96,9)	89,0 (88,7-89,2)	96,1 (95,6-96,6)
<i>sul luogo di lavoro</i>	92,7 (90,8-94,6)	90,6 (90,3-90,8)	93,4 (92,5-94,1)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	75,9 (73,5-78,4)	77,6 (77,3-77,9)	84,7 (83,8-85,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	85,8 (81,5-90,1)	85,0 (84,5-85,5)	n.d.

n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

⁶ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

⁷ più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

⁸ meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

nd: non disponibile

Consumo di alcol

Si stima che tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e che oltre un quarto abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio (complessivamente il 12% beve fuori pasto, il 15% è bevitore “binge” ed il 5% ha un consumo abituale elevato). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su cinque e consigliano raramente di moderarne il consumo (meno del 3%).

Consumo di alcol PASSI 2010-2013

Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	73,8 (71,3-76,3)	55,1 (54,8-55,4)	nd
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	12,3 (10,5-14,2)	7,8 (7,7-8,0)	nd
Consumo abituale elevato ¹	5,2 (3,9-6,5)	4,0 (3,9-4,1)	nd
Consumo binge ²	15,2 (13,2-17,3)	8,7 (8,5-8,9)	15,6 (14,7-16,5)
Consumo a maggior rischio ³	26,7 (24,2-29,2)	17,0 (16,7-17,2)	29,1 (28,0-30,2)
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo ⁴ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	20,8 (18,3-23,3)	14,8 (14,6-15,1)	23,5 (22,4-24,6)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo ⁴ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	2,7 (0,8-4,5)	6,2 (5,8-6,6)	nd

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

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

⁴ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Alcol e sicurezza stradale

Il 10% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente; 32% è stato fermato dalle forze dell'ordine e, di questi, il 12% è stato sottoposto all'etilotest.

Controlli delle forze dell'ordine – PASSI 2010-13

Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.036) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS1 % (IC95%)	Pool nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	8,9 (6,9-10,8)	9,1 (8,9-9,4)	11,6 (10,6-12,6)
Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo**	32,1 (29,4-34,7)	34,6 (34,3-34,9)	44,1 (43,0-45,1)
Effettuato l'etilotest***	12,3 (8,9-15,6)	10,8 (10,5-11,4)	12,9 (11,9-14,0)

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

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

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

Guadagnare salute

- **Attività fisica**
- **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**
- **Fumo**
- **Alcol**



Guadagnare salute

Le malattie croniche, che secondo l'OMS provocano l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, hanno alla base due tipi di fattori di rischio: quelli non modificabili (come l'età, il sesso e la familiarità per una patologia) e quelli modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci (come un'alimentazione poco sana, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la mancanza di attività fisica).

Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione

Nel 2007 il Governo, in accordo con Regioni e Province autonome ⁹ ha approvato il programma nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

Obiettivo del programma è quello di agire in maniera integrata e coordinata 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. Proprio perchè gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale, tali fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali,

Per agire in maniera adeguata sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici delle malattie croniche sono necessarie alleanze tra forze diverse, azioni sinergiche ed interventi istituzionali di sostegno alle azioni e una vera e propria Rete per la promozione della salute, con attività di comunicazione e azioni finalizzate a:

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

Una nuova cultura della prevenzione, perciò, in cui i singoli individui, adeguatamente informati e supportati, diventano protagonisti e responsabili delle proprie scelte, della propria salute e della qualità della propria vita.

L'investimento di questa iniziativa va valutato quindi sia a lungo termine, nel ridurre il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario nazionale e sulla società, ma anche a breve termine, nel cercare di migliorare le condizioni di vita dei cittadini, promuovendo scelte salutari immediate e stili di vita sani.

In questo contesto i sistemi di sorveglianza come PASSI sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e dunque le priorità sulle quali è necessario intervenire e per il monitoraggio degli aspetti relativi alle abitudini di vita che rappresentano le quattro aree tematiche del Programma ministeriale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari".

⁹ <http://www.guadagnaresalute.it/site/programma>

http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/guadagnare_salute.asp

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, sindrome metabolica, ipertensione e obesità, cancro della mammella e cancro del colon, depressione, osteoporosi, cadute. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: secondo stime recenti⁽¹⁾ in Italia la sedentarietà è causa del 9% delle malattie cardiovascolari, 11% dei casi di diabete tipo II, 16% dei casi di cancro della mammella e del colon, 15% dei casi di morte prematura.

In media chi è attivo e normopeso vive circa 7 anni più a lungo rispetto ai sedentari obesi. Tuttavia chi è normopeso e sedentario abbrevia la sua vita di circa 3 anni rispetto a chi è attivo ma obeso⁽²⁾.

Un regolare esercizio fisico che aiuti a prevenire le malattie croniche, a proteggere da condizioni disabilitanti, a eliminare i fattori di rischio, è utile a tutte le età.

Per i ragazzi, oltre agli effetti benefici generali sulla salute, l'attività fisica aiuta l'apprendimento, stimola la socializzazione, rappresenta una valvola di sfogo alla vivacità tipica della giovane età e abitua alla gestione dei diversi impegni quotidiani.

Per gli adulti, che spesso esercitano attività lavorative sedentarie, gli effetti benefici dell'attività fisica sono numerosi, anche limitandosi a fare movimento con tempi e intensità moderati.

Infine per gli anziani, l'evidenza dimostra che svolgere attività sportive aiuta a invecchiare bene.

Aumentano le resistenze dell'organismo, rallenta l'involutione dell'apparato muscolare, scheletrico e cardiovascolare e ne traggono giovamento anche le capacità psico-intellettuali. A qualsiasi età, prima di intraprendere un'attività fisica costante, è comunque fondamentale il consiglio e il parere del medico sulla propria condizione personale.

È stato evidenziato⁽³⁾ che non esiste una precisa soglia al di sotto la quale l'attività fisica non produce 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.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta^{(4) (5) (6)}: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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

Attività fisica

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Livello di attività fisica			
<i>attivo</i> ¹⁰	31,6 (28,9-34,3)	33,2 (32,9-33,5)	nd
<i>parzialmente attivo</i> ¹¹	44,8 (41,9-47,6)	35,8 (35,5-36,1)	nd
<i>sedentario</i> ¹²	23,6 (21,1-26,1)	31,1 (30,7-31,7)	20,49 (19,51-21,51)
Riferisce che medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ¹³	28,4 (25,6-31,3)	31,2 (30,9-31,6)	35,01 (33,7-36,3)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁷	23,2 (20,5-25,8)	30,6 (30,3-30,9)	nd
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	18,0	19,0	nd

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

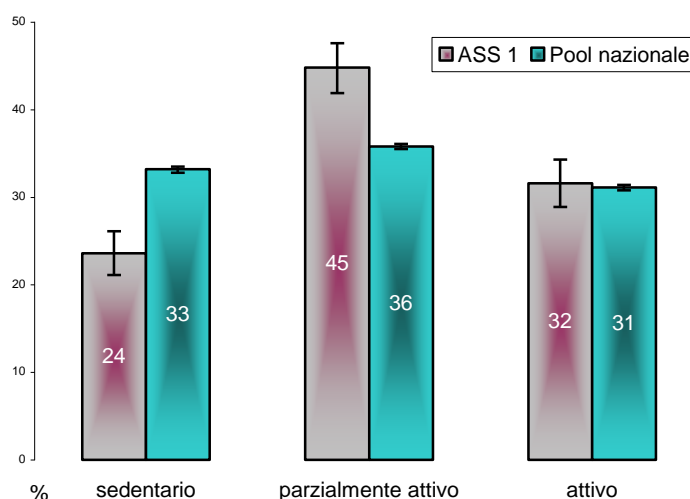
Nella ASS1 "Triestina", nel periodo 2010-13

- il 32% delle persone intervistate ha condotto uno stile di vita attivo: ha infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- il 45% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo);
- il 24% è completamente sedentario.

A livello nazionale (Pool PASSI 2009-2012) 33% degli intervistati è attivo, il 36% parzialmente attivo, il 31% è sedentario.

Le differenze rilevate fra i sedentari e i parzialmente attivi sono significative dal punto di vista statistico.

Attività fisica dichiarata
PASSI 2010-2013 Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.136)- Pool Nazionale (n=148.497)



* **Attivo:** 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)

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

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

¹⁰ 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 min per almeno 3 giorni)

¹¹ non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

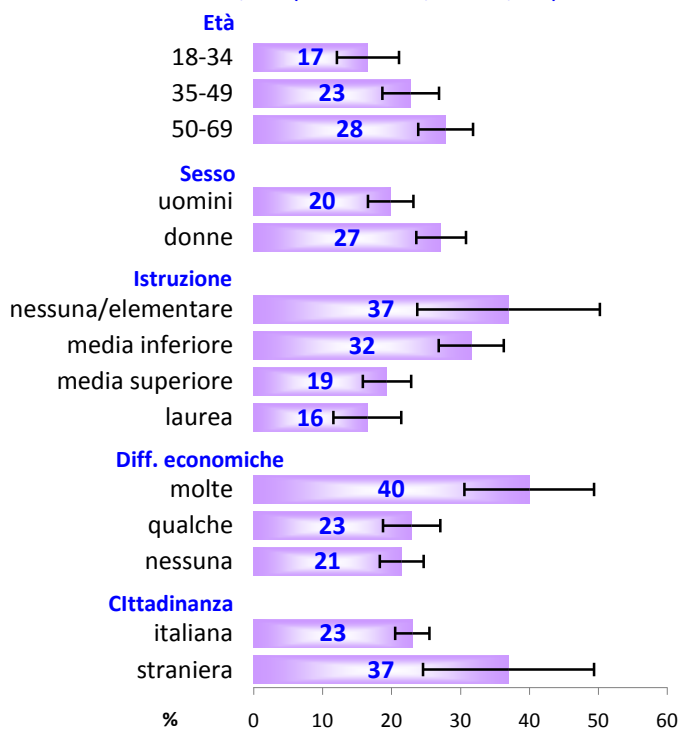
¹² non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

¹³ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi

Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS1 "Triestina" PASSI 2010-13

Totale: 23,6% (IC 95%: 21,1%-26,0%)



- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nel genere femminile, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

- Nel Pool di ASL PASSI 2010-13, la percentuale di sedentari è risultata del 31%.

La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centromeridionali, con il valore più alto in Basilicata (56%) e quello più basso nella P. A. Bolzano (7%). Al Sud fanno eccezione il Molise (23%) e la Sardegna (26%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale.

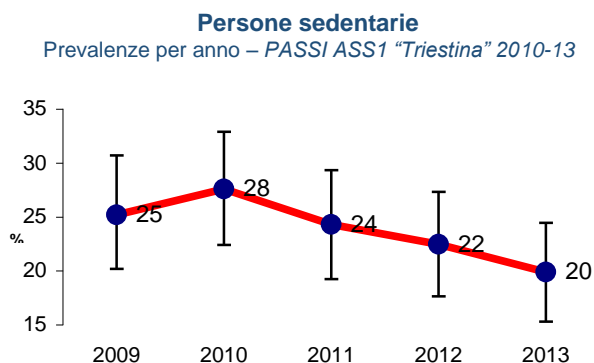
Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Passi 2010-2013 (n=148.497)
Pool di Asl: 31,1% (IC95%: 30,7-31,4%)



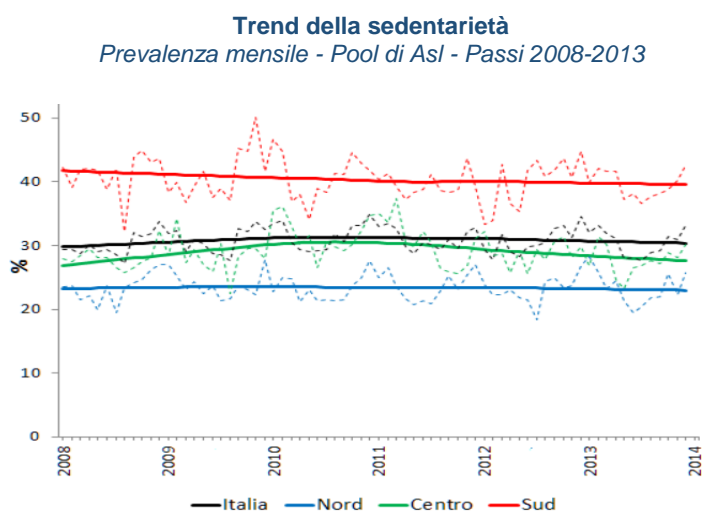
Confronti temporali

- Nel corso del quinquennio in esame, la percentuale di persone che ha dichiarato di essere sedentario si è ridotta a partire dal 2010, anche se le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.



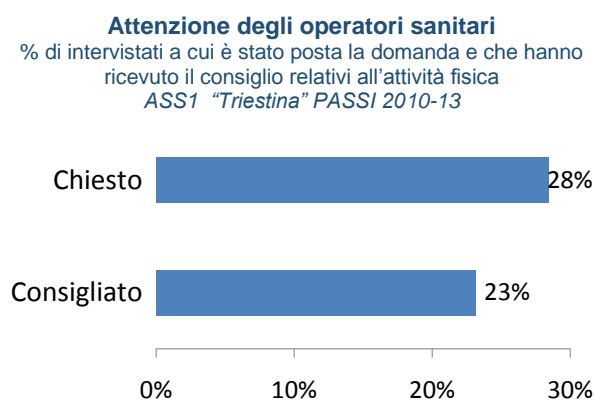
Analisi di trend sul pool di ASL

Relativamente stabile nel tempo la prevalenza dei sedentari, nel periodo 2008-2013, in tutte le macroaree del Paese



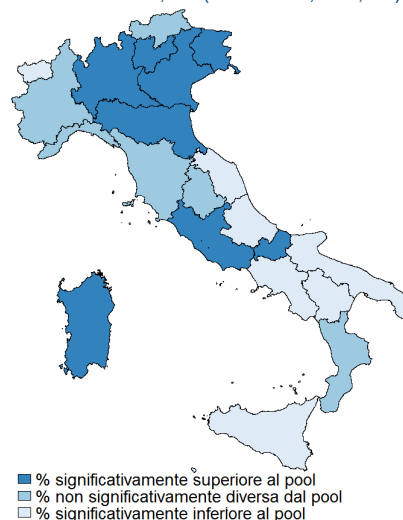
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella ASS1 “Triestina” solo il 28% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 23% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Nel Pool di ASL PASSI 2010-13, la percentuale di persone a cui è stato consigliato di fare attività fisica è risultata del 31%.



- Nel pool di ASL PASSI 2010-13*, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali.
La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (20%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (44%).

Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica
Prevalenze per Regione di residenza – PASSI 2010-2013
Pool di Asl: 31,1% (IC95%: 30,8-31,5%)



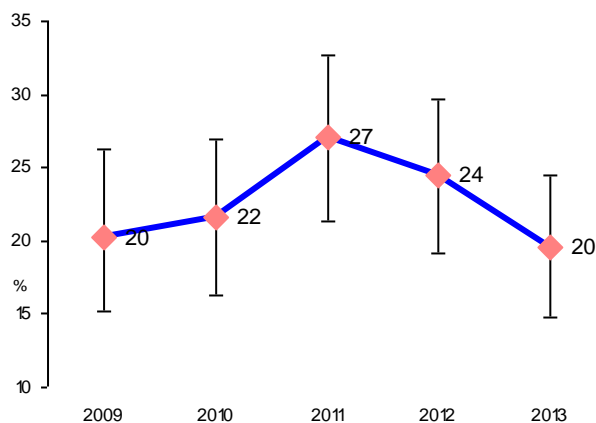
(*In Lombardia e Basilicata, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione)

Confronti temporali

- Nel corso del quinquennio 2009-2013, la percentuale di persone che ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica non si è modificata significativamente.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

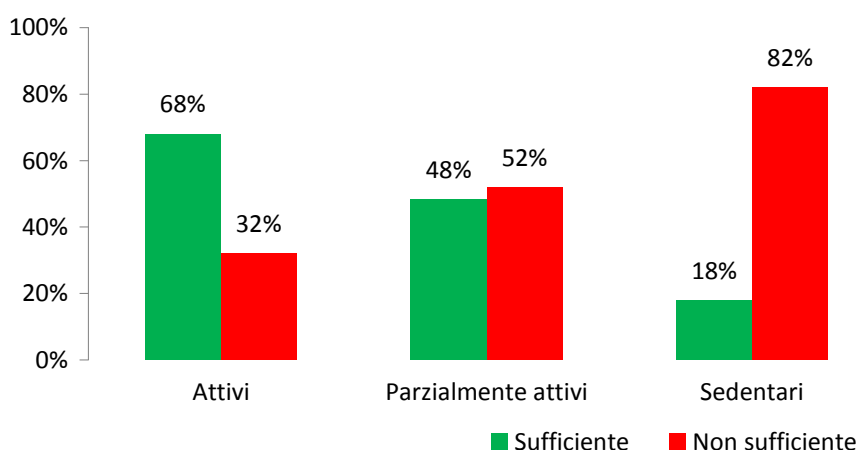
Prevalenze per anno – PASSI ASS1 "Triestina" 2010-13



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 32% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 48% delle persone parzialmente attive ed il 18% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (71% degli attivi, il 51% dei parzialmente attivi e il 19% dei sedentari considerano sufficiente la propria attività).

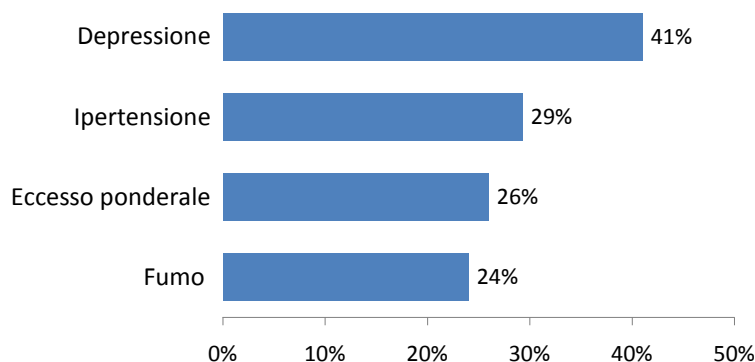
Autopercezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
ASS1 "Triestina" PASSI 2010-13



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
ASS1 "Triestina" PASSI 2009-12 (n=1126)

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 41% delle persone depresse
 - il 29% degli ipertesi
 - il 26% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 24% dei fumatori



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASS1 “Triestina” si stima che solo poco meno di una persona adulta su tre (32%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre quasi una su quattro può essere considerato completamente sedentario.

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

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiare di più di attività fisica (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso, fumatori). In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti. Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Bibliografia

1. 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
2. Moore SC, Patel AV, Matthews CE, Berrington de Gonzalez A, Park Y, et al. (2012) *Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis*. *PLoS Med* 9 (11), Novembre 2012
3. *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
4. US Department of Health and Human Services. *Objectives 22-2 and 22-3*. In: *Healthy people 2010*, Washington, DC; 2000.
5. WHO (2010), *Global Recommendations on Physical activity for Health*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
6. SNLG, *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica, linea guida prevenzione*, http://www.snlg-iss.it/lgp_sedentarieta_2011

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

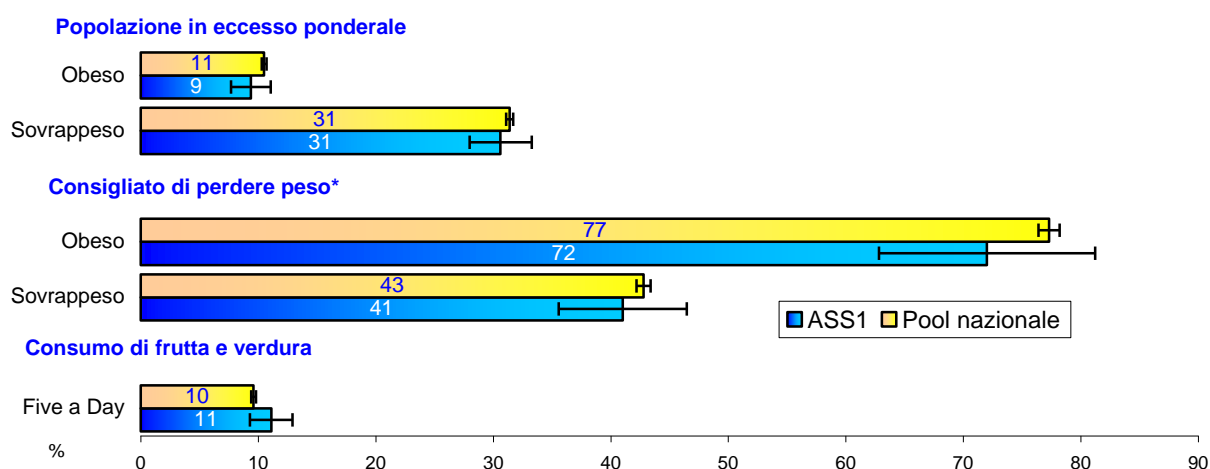
Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

In base al valore dell'Indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato [$IMC = \text{peso (kg)} / \text{statura (m)}^2$], 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 \geq 30). PASSI utilizza i dati di peso e statura riferiti dalle persone intervistate.

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

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura

Confronto ASS 1 "Triestina" (n=1.136) – Pool nazionale PASSI 2010-2013 (n=151.185)



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

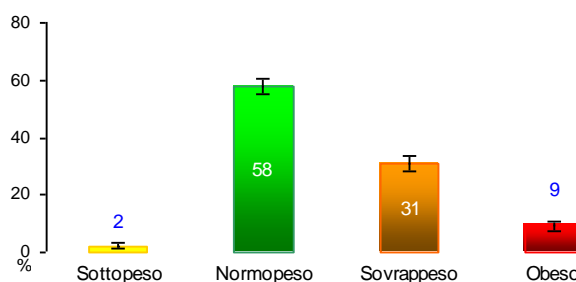
obeso = indice di massa corporea (Imc) \geq 30

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'ASS1 "Triestina" il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 31% sovrappeso e il 9% obeso.
- Complessivamente, si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale.
- La percentuale di persone in eccesso ponderale rilevata nella provincia di Trieste nel periodo 2010-2013 non differisce significativamente rispetto alla media della regione FVG, che corrisponde al 42%.

Stato nutrizionale
ASS 1 "Triestina" PASSI 2010-13 (n=1.136)



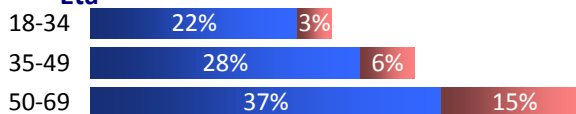
Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

Eccesso ponderale

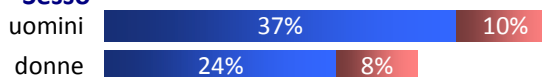
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS 1 "Triestina" PASSI 2010-13 (n=1.136)

Totale: 40,0% (IC 95%: 37,3%-42,8%)

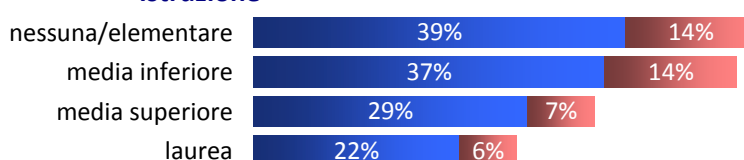
Età



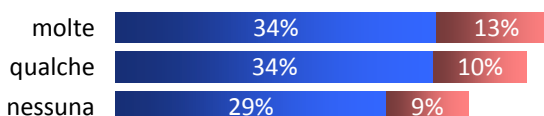
Sesso



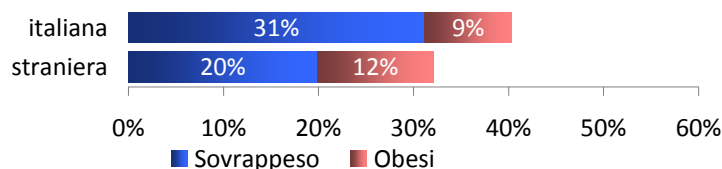
Istruzione



Diff. economiche



Cittadinanza



- L'eccesso ponderale è più frequente:
 - fra le persone più anziane
 - negli uomini (47% vs 32%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con maggiori difficoltà economiche
 - fra le persone di cittadinanza italiana (40% vs 32% stranieri).

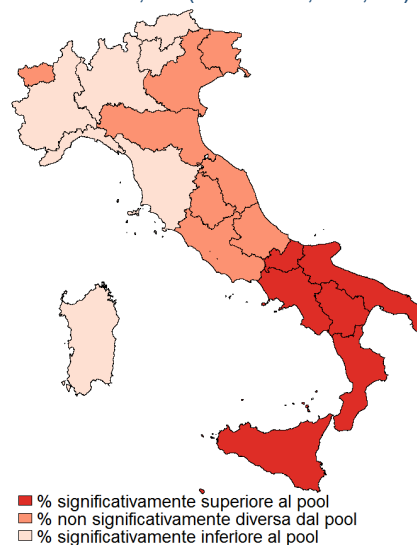
Le differenze rilevate per età, genere, istruzione sono significative dal punto di vista statistico.

- Nel pool di ASL 2010-13, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%.
- Nel quadriennio 2010-2013, la distribuzione geografica della prevalenza di persone in eccesso ponderale disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali: la Basilicata e Campania sono le Regioni con le prevalenze più alte (rispettivamente 49% e 48%) mentre nella P.A. Bolzano si osserva il valore più basso (33%).

Eccesso ponderale

Prevalenze per regione di residenza – PASSI Pool di ASL 2010-13
(n=149.823)

Totale: 41,8% (IC95%: 41,5-42,1%)



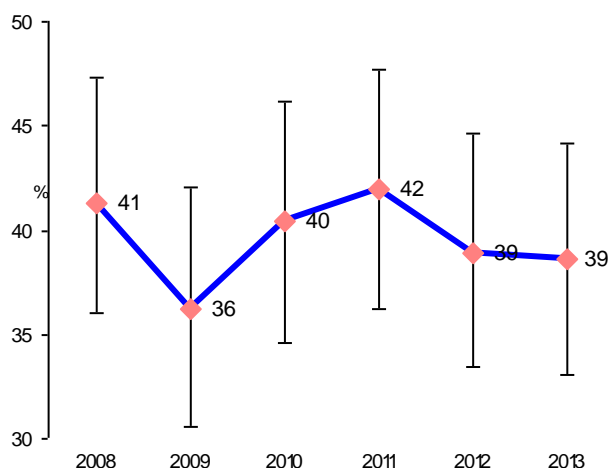
(In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione)

Confronti temporali

Nell'ASS 1 Triestina la quota di soggetti in eccesso ponderale è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo 2008-2013.

Anche a livello nazionale, considerando solo le Asl che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2009-2012 (Pool di Asl omogeneo nazionale), la situazione non ha subito sostanziali modifiche.

Persone in eccesso ponderale
Prevalenze per anno – PASSI ASS1 "Triestina" 2008-13

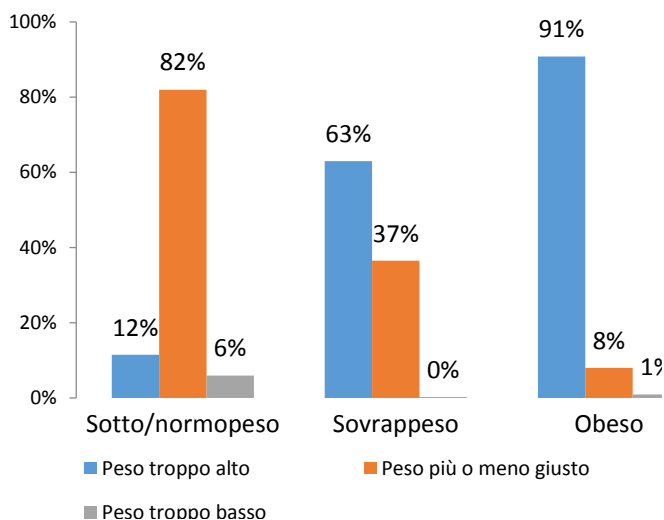


Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare, in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati.

- In ASS1 si osserva:
 - un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (91%) e nei normopeso (82%);
 - tra le persone in sovrappeso invece ben il 37% ritiene il proprio peso giusto e lo 0,3% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso:
 - tra le donne sotto-normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'88% degli uomini,
 - mentre tra quelle sovrappeso il 18% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 49% degli uomini.

Autopercezione del proprio peso corporeo
Prevalenze per stato nutrizionale ASS 1 "Triestina" 2010-13
(n=1.136)



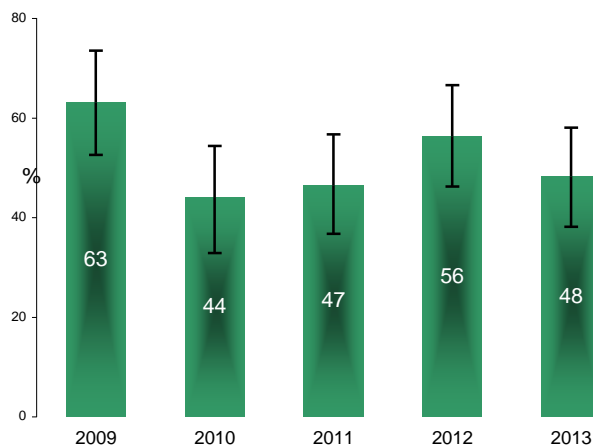
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASS 1 “Triestina”, nel quadriennio 2010-2013, il 48% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare ha riferito questo consiglio
 - il 41% delle persone in sovrappeso
 - il 72% delle persone obese.

Tale differenza risulta statisticamente significativa.

Il grafico a fianco riporta l'andamento per anno dei consigli di perdere peso riferiti dalle persone in eccesso ponderale che si sono rivolte ad un operatore sanitario.

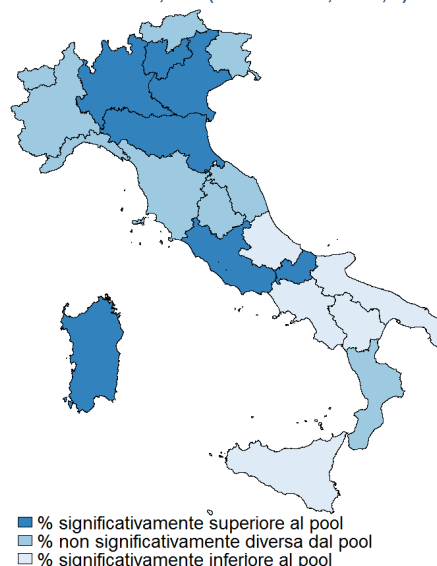
Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
PASSI ASS1 Confronto 2009-2013



- Nel pool di ASL 2010-13, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 52%.
- In termini di distribuzione geografica non si evidenziano gradienti significativi dell'attenzione da parte degli operatori al problema: la percentuale più alta di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di fare una dieta si registra in Sardegna (62%), in alcune Regioni del Centro (Molise, 58%) e del Nord (P.A. di Trento, 57%), mentre quella più bassa si osserva in Basilicata (28%).

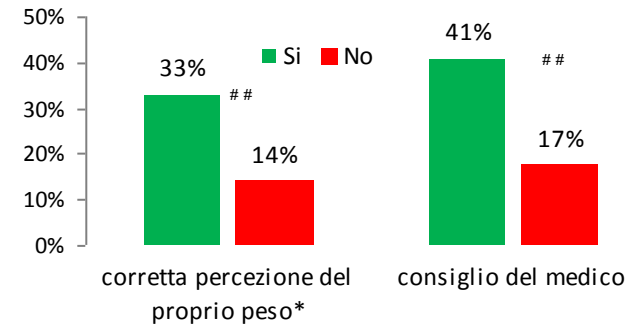
Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-13

Totale: 51,7% (IC95%: 51,2-52,3)



- Nell'ASS 1 il 27% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (26% fra i sovrappeso e 32% fra gli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (39% vs 19% negli uomini)
 - negli obesi (37% vs 28% nei sovrappeso)
 - nelle persone in eccesso ponderale che ritengono il proprio peso "troppo alto" (33%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio di un operatore sanitario (33% vs 14%).

Attuazione di una dieta
% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario
ASS 1 "Triestina" PASSI 2010-13 (n=452)



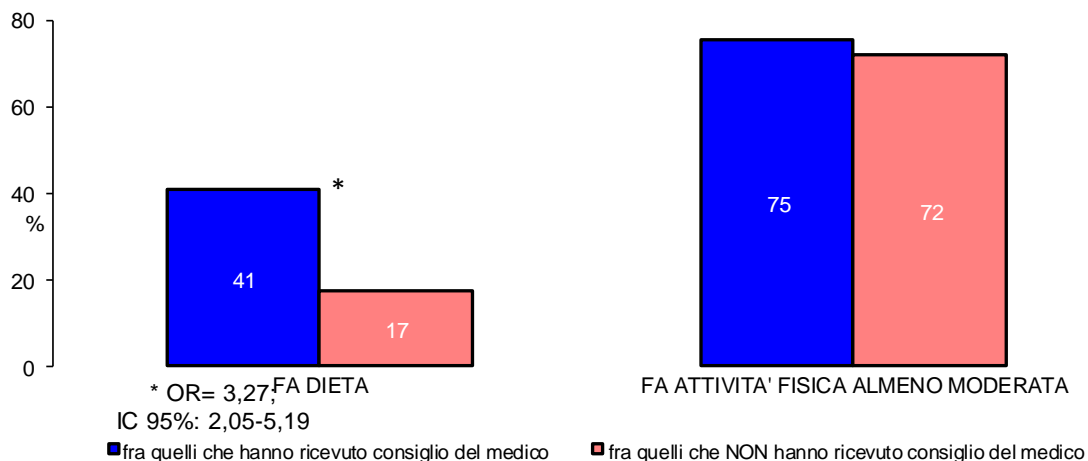
p<0,01

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

- Nella ASS 1 "Triestina" il 26% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (24% nei sovrappeso e 33% negli obesi).
- Il 33% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare
 - il 31% delle persone in sovrappeso
 - il 42% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio,
 - il 75% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 72% di chi non l'ha ricevuto.
- Nel pool di ASL 2010-13 il 38% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica (34% fra i sovrappeso e 48% fra gli obesi).

Efficacia del consiglio del medico

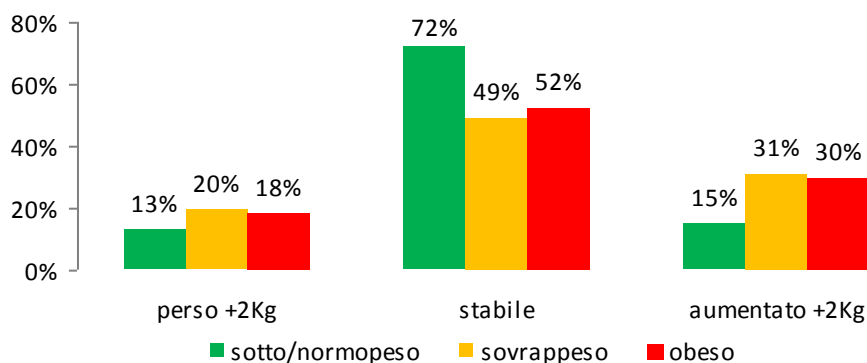
% di sovrappeso/obesi che attuano una dieta o fanno attività fisica per consiglio dell'operatore sanitario
PASSI ASS1 2010-2013 (n=452)



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASS 1 "Triestina" il 21% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nelle persone già in eccesso ponderale (30% obesi e il 31% sovrappeso, versus 15% normopeso);
 - nel genere maschile (27% nelle donne versus 16% negli uomini, differenza significativa dal punto di vista statistico)
 - non si rilevano importanti differenze fra le varie classi di età (21% nella fascia 18-34 anni, 20% nella fascia 35-49 anni e 23% in quella 50-69 anni).

Cambiamenti di peso
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale
ASS 1 "Triestina" 2010-13 (n=1118)

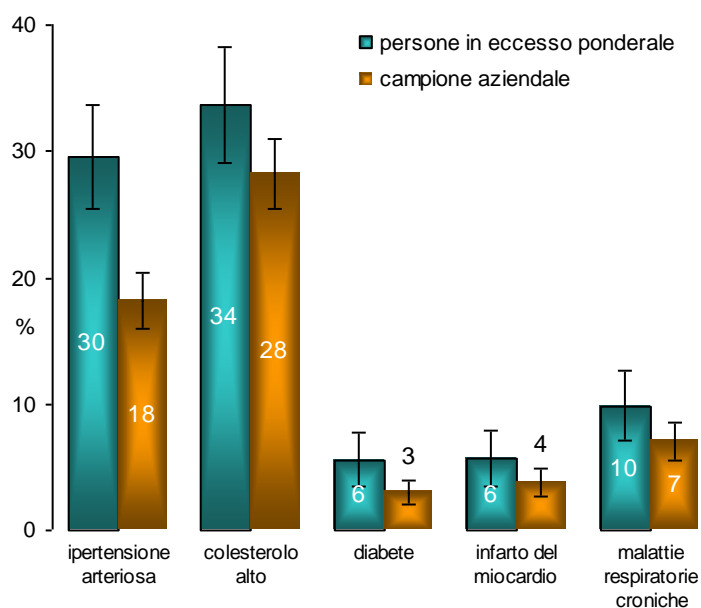


Salute delle persone in eccesso ponderale

Le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altre dichiarano di soffrire di condizioni croniche:

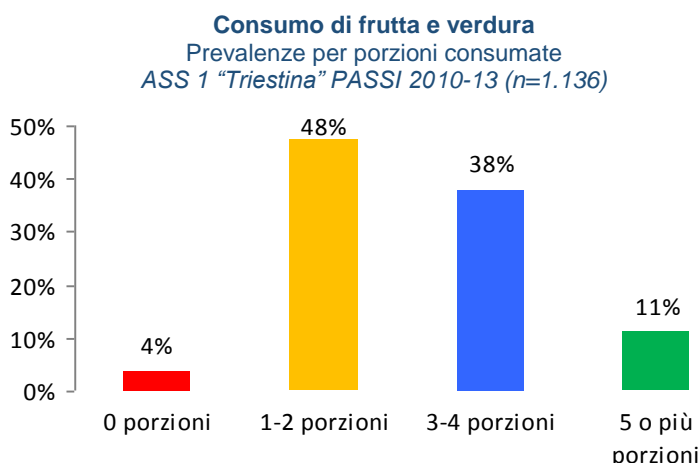
- ◆ il 30% riferisce una diagnosi di ipertensione (versus il 18% della popolazione generale),
- ◆ il 34% di ipercolesterolemia (28% nella popolazione generale);
- ◆ il 6% riferisce una diagnosi di diabete (contro il 3% nella popolazione generale),
- ◆ il 6% riporta di aver avuto un infarto del miocardio (4% nella popolazione generale)
- ◆ il 10% una malattia respiratoria cronica (7% nella popolazione generale).

Salute delle persone in eccesso ponderale
ASS1 Triestina PASSI 2010-13 (n=1.136)



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

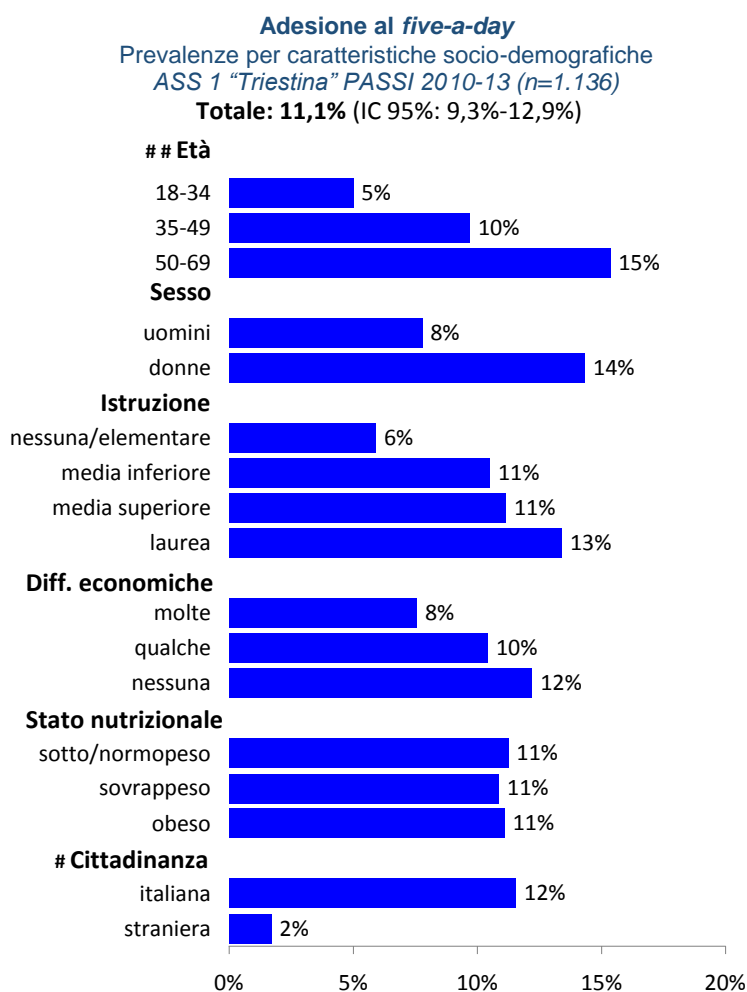
- Nella ASS1 il 48% degli intervistati ha dichiarato di mangiare 1-2 porzioni di frutta e verdura al giorno: il 38% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo lo 11% le 5 porzioni raccomandate.



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni
 - nelle donne
 - nelle persone con cittadinanza italiana.

- Le differenze rilevate risultano significative dal punto di vista statistico solo per genere, classe di età e per cittadinanza

Non emergono differenze legate a livello di istruzione, condizione economica e stato nutrizionale.



p<0,05; ## p<0,01;

- Nel pool di ASL 20109-13, la percentuale di intervistati che aderisce al five-a-day è del 10%.
- Si osserva un gradiente geografico che mostra una più alta adesione al five a day nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: la più alta proporzione di consumatori di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno si registra in Liguria, (18%), la più bassa in Basilicata e Calabria (5%). In questo panorama fanno eccezione al Nord la P.A. di Bolzano e la Valle D'Aosta (7% e 8% rispettivamente) e al Sud la Sardegna con un valore maggiore della media nazionale (13%)

Adesione al five-a-day
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-13
Totale: 9,6% (IC95%: 9,4-9,8%)

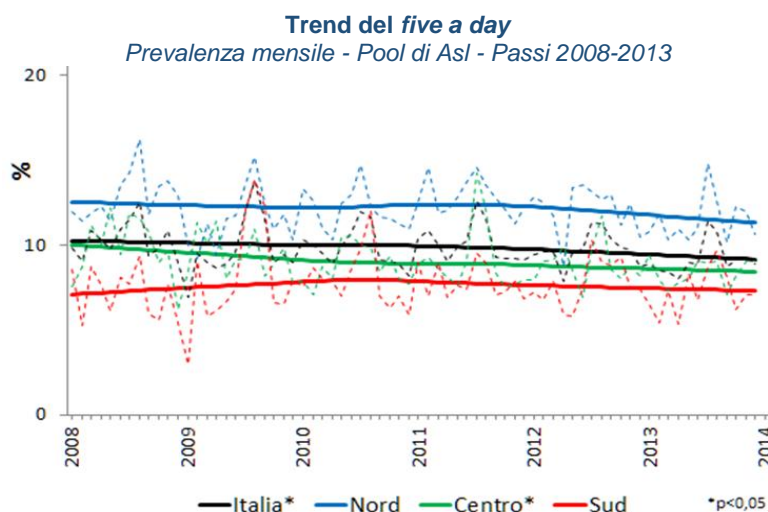


(In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione)

Nella regione FVG aderisce al five a day lo 11,9% degli intervistati (IC 95%: 11.1-12.8).

Analisi di trend sul pool di ASL

- Nel periodo 2008-2013 si evidenzia un lieve ma significativo andamento in diminuzione a livello nazionale nella prevalenza di consumatori di almeno 5 porzioni quotidiane di frutta e verdura (da 10,2% a 9,1%) a totale carico delle Regioni del Centro (diminuzione da 10,2% a 8,5%).



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nell'ASS 1 "Triestina" quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

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

I profili di salute delle persone con eccesso ponderale risultano più critici, con carichi di malattia, soprattutto cronico-degenerative, superiori rispetto alla popolazione generale.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 29% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (74%).

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

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

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

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, (in particolare cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche). Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). L'Organizzazione Mondiale della Sanità, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere, in alcune Regioni, valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

- Nel periodo 2010-13 nella ASS1 "Triestina", tra gli adulti di 18-69 anni, meno della metà degli intervistati ha dichiarato di non aver mai fumato, il 25% è classificabile come ex fumatore e il 33% è fumatore. Fra questi ultimi, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 30% e gli occasionali lo 1%. La percentuale di fumatori nell'ASS1 "Triestina" è più alta rispetto alla media rilevata nello stesso periodo nella regione FVG che corrisponde al 27% e al Pool nazionale (28%). Le differenze risultano significative dal punto di vista statistico.

Abitudine al fumo di sigaretta PASSI 2010-13

- Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.136)- Pool nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Non fumatori ¹	42,0 (39,2-44,9)	53,9 (53,5-54,2)	n.d.
Fumatori ²	32,5 (29,8-35,2)	27,9 (27,7-28,3)	27,1 (25,9-28,2)
<i>in astensione</i> ³	1,2 (0,6-1,8)	1,1 (1,0-1,2)	n.d.
<i>occasional</i> ⁴	1,2 (0,5-1,8)	0,5 (0,47-0,55)	n.d.
<i>quotidian</i> ⁵	30,1 (27,5-32,8)	26,3 (26,1-26,6)	n.d.
Ex -fumatori ⁶	25,5 (22,9-27,9)	18,2 (17,9-18,4)	n.d.

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

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

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

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

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

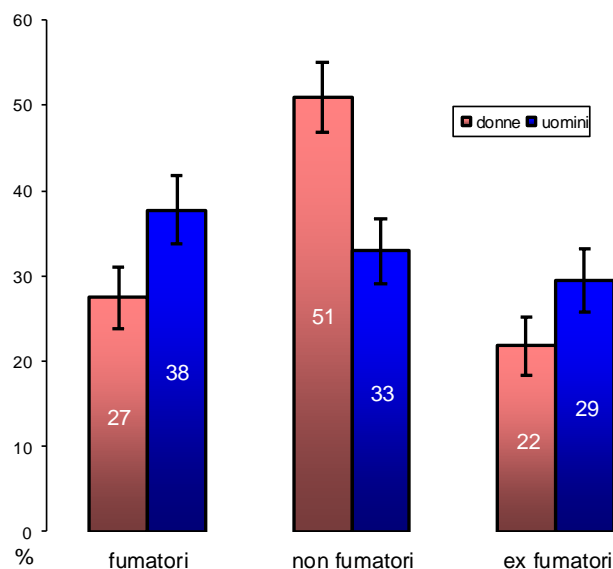
5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

Abitudine al fumo di sigaretta per genere
ASS1 "Triestina" - PASSI 2010-13 (n=1.136)

- L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa fra gli uomini (38% uomini versus 27% donne), così come, fra le persone che hanno smesso di fumare, prevale il genere maschile (29% uomini versus 22% donne).
- Tra le persone che non hanno mai fumato, prevale il genere femminile (51% versus 33% uomini). Le differenze rilevate sono significative dal punto di vista statistico.

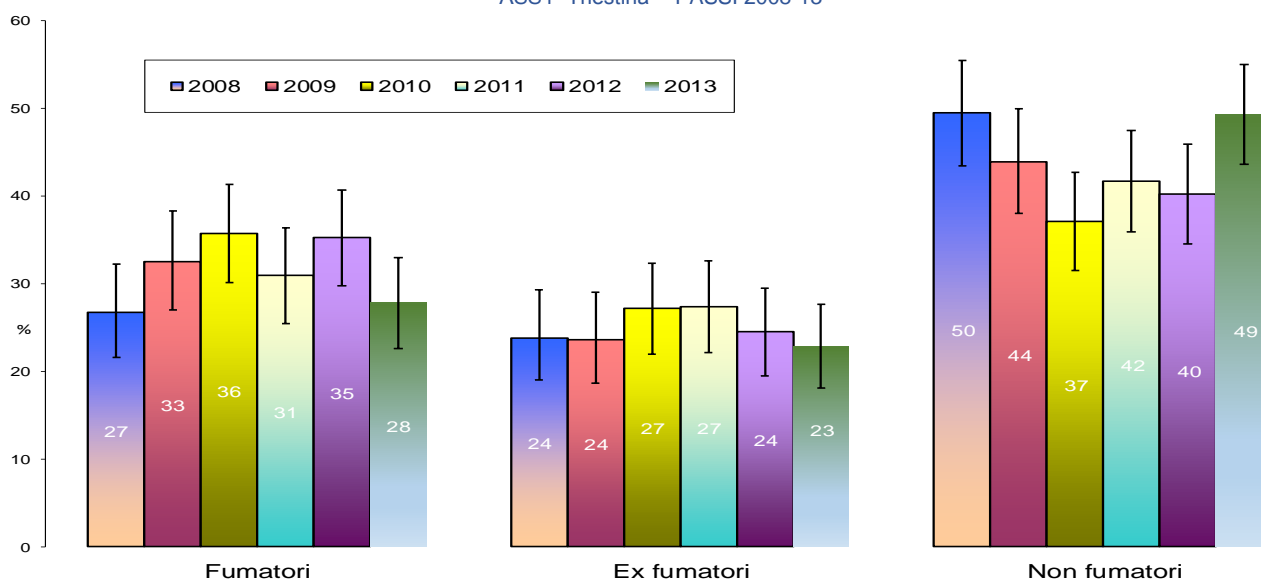


*
Non fumatore: non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
****Ex fumatore:** non fuma, da oltre 6 mesi
*****Fumatore:** ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita, attualmente fuma o ha smesso da meno di 6 mesi

Confronti temporali

La figura sotto riporta l'andamento rilevato nel corso dei 6 anni di indagine nell'ASS 1 per categoria di abitudine al fumo: per la categoria dei fumatori si nota un incremento dal 2008 al 2010 e, successivamente un andamento altalenante, fino ad una riduzione nel 2013, ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

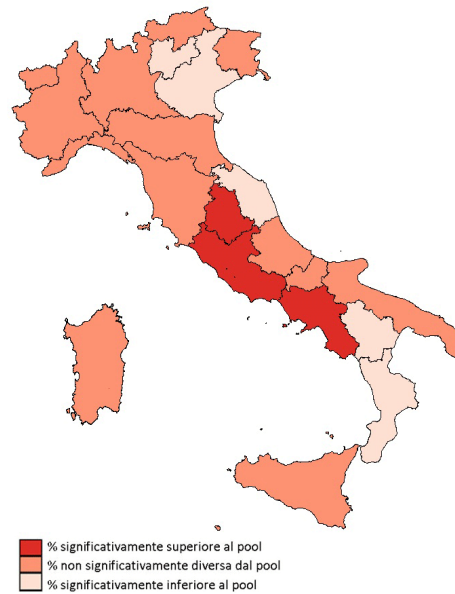
Abitudine al fumo di sigaretta nei primi 6 anni di rilevazione
ASS1 "Triestina" - PASSI 2008-13



Fumatori

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-13

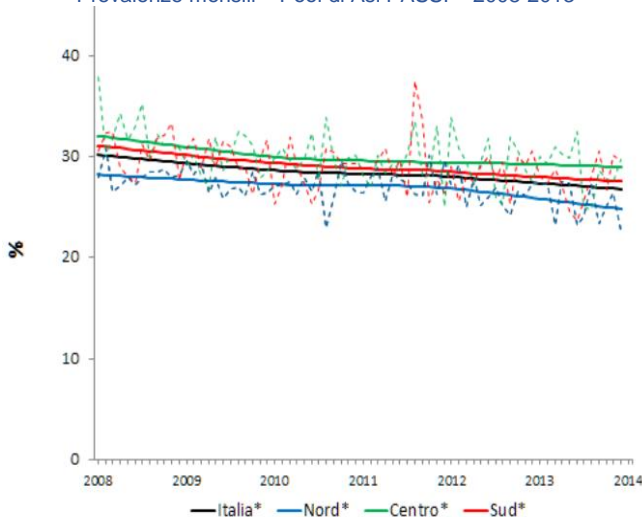
- Nel Pool di ASL PASSI 2010-13 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e quasi il 54% è non fumatore.
- Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta prevalenza di fumatori, pari al 31%, mentre Veneto (24%) e P.A. di Trento (25%) ma anche Marche, Calabria e Basilicata (26%) sono le Regioni con valori significativamente più bassi della media nazionale. In ogni caso la variabilità geografica è contenuta e non si osserva nessun chiaro gradiente.



Analisi del trend sul pool di Asl

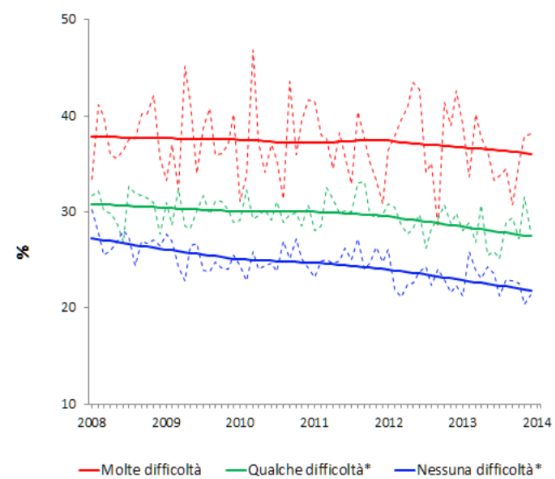
- Nel periodo 2008 - 2013 la prevalenza di fumatori si riduce significativamente di 3 punti percentuali passando dal 30% al 27% (-3,4% nel Nord, -3,1% al Centro e -3,5 % nel Sud). Non varia, tuttavia, la distanza fra le tre macro aree e, per l'intero periodo, le prevalenze più basse si osservano nell'Italia settentrionale, mentre quelle più alte nelle Regioni centrali e meridionali.
- L'analisi del trend temporale, condotta stratificando per difficoltà economiche, rileva che la riduzione della quota di fumatori è significativa solo per i gruppi di persone più abbienti, mentre resta stazionaria nel gruppo di persone con molte difficoltà economiche (fra i quali peraltro la quota di fumatori è la più alta): tra il 2008 e il 2013, fra chi non ha alcuna difficoltà economica, la quota di fumatori scende dal 27% al 22%, fra quelli con qualche difficoltà dal 31% a 27% e fra quelli con molte difficoltà resta stazionaria intorno al 37%. Inoltre aumentano le distanze tra i più e i meno abbienti e aumentano quindi le disuguaglianze sociali nella salute.

Trend delle prevalenze di fumatori
Prevalenze mensili – Pool di Asl PASSI – 2008-2013



*p<0,05

Trend delle prevalenze di fumatori per difficoltà economiche percepite
Prevalenze mensili – Pool di Asl PASSI – 2008-2013



*p<0,05

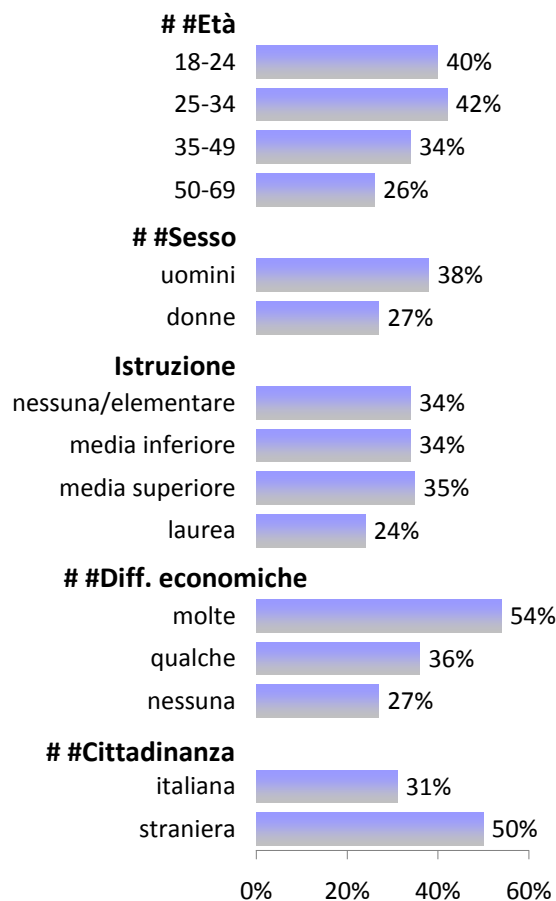
Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è più alta tra i più giovani, soprattutto fra i 25 e 34 anni, fra i quali fuma quasi un intervistato su due, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo significativo.
- Ancora persiste una differenza significativa tra gli uomini (fumano più di due su cinque), rispetto alle donne (più di una su quattro), anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici negli ultimi anni.
- La prevalenza di fumatori cresce significativamente all'aumentare delle difficoltà economiche. Si evidenziano differenze rilevanti anche per cittadinanza (fuma 1 straniero su 2 e circa 1 italiano su 3).
- Le differenze rilevate per livello di istruzione non risultano significative, anche se la prevalenza di fumatori si riduce fra le persone laureate.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno. Tra questi, il 30% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS1 "Triestina" 2010-13 (n=1.136)

Totale: 32,5% (IC 95%: 29,7%-35,2%)



p<0,05

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

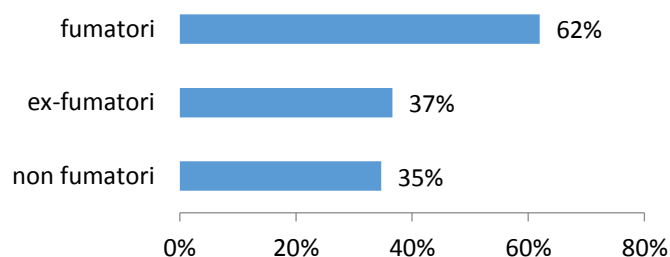
Attenzione degli operatori sanitari – PASSI 2010-2013
Confronto ASS1 “Triestina” (n=999) - Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	43,9 (40,8-46,9)	40,3 (39,9-40,7)	47,2 (45,8-48,5)

¹,fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

- Il 44% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, la domanda è stata rivolta a:
 - il 62% dei fumatori
 - il 37% degli ex fumatori
 - il 35% dei non fumatori.

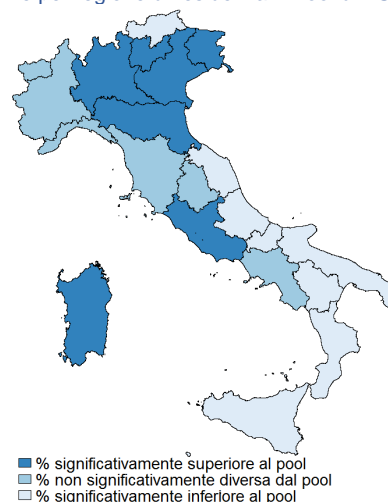
Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo Regione ASS1 “Triestina” - PASSI 2010-13 (n=999)*



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

- La percentuale degli intervistati che ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo in ASS1 “Triestina” è più bassa rispetto alla media della regione FVG (47%), ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2010-13 è pari al 40%.
- L'attenzione degli operatori sanitari a questa abitudine sembra essere maggiore nelle Regioni settentrionali (Friuli Venezia Giulia, 47%) e minore nelle Regioni del Sud Italia (Basilicata, 26%) ad eccezione della Sardegna (59%) in cui si registra la percentuale più alta.

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

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

Attenzione degli operatori sanitari – PASSI 2010-13 –
Confronto ASS1 “Triestina” (n=304)- Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali ¹ (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	43,7 (38,3-49,2)	52,1 (51,5-52,8)	47,5 (44,9-50,1)

¹ fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno

- Tra i fumatori, il 44% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (18%) o per entrambe le ragioni: preventive e per motivi di salute.

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

ASS1 “Triestina” - Passi 2010-13 (n=304)*



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

- In regione FVG la percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nel periodo 2010-13 è più alta rispetto all'ASS1 (48% vs 44%), anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2010-13 oltre la metà dei fumatori (52%) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Non c'è un chiaro gradiente geografico. La più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere si osserva in Sardegna (64%) la più bassa nella P.A. di Bolzano (36%).

Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-13



In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

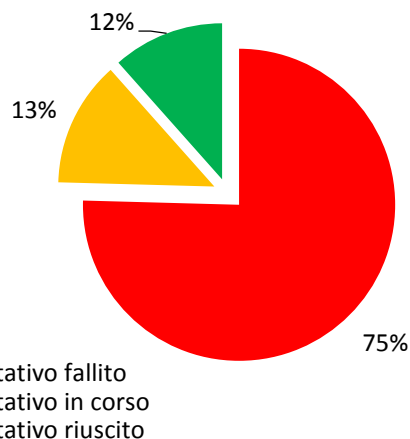
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2010-13, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 27% ha tentato di smettere.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
ASS1 "Triestina" - Passi 2010-13 (n=278)

Tra tutti coloro che hanno tentato:

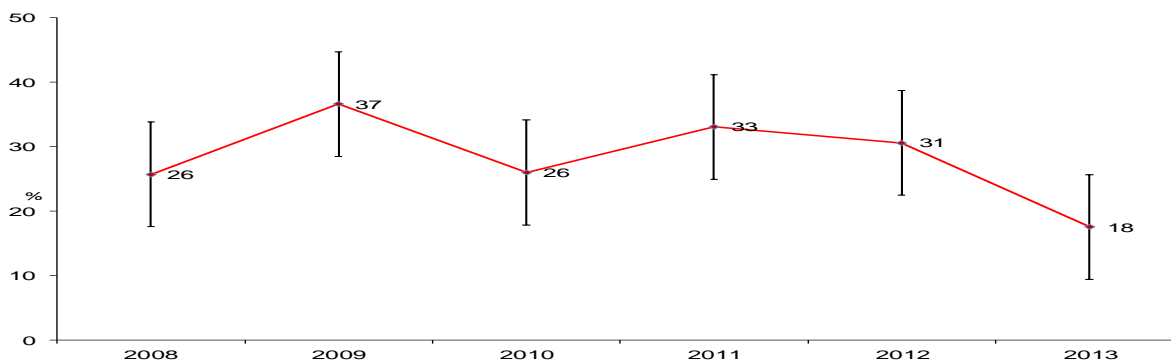
- il 75% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 13% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 12% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).



Nel Pool di ASL PASSI 2009-12, il 39% ha tentato di smettere di fumare e tra questi lo 82% ha fallito, il 10% stava ancora tentando al momento dell'intervista e lo 8% è riuscito nel tentativo.

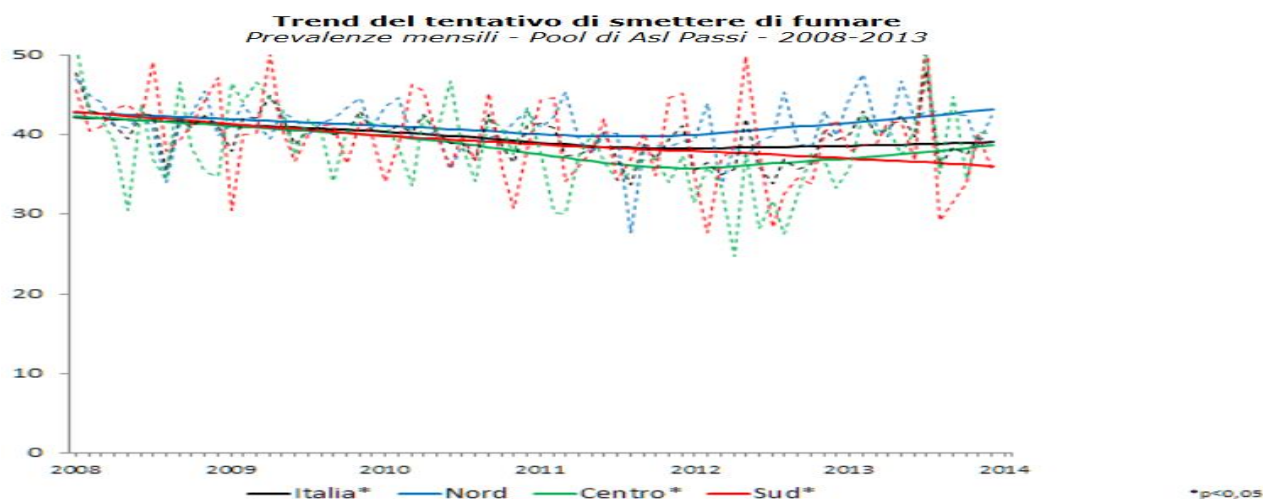
Dal 2008 al 2013 la percentuale di persone che dichiara di aver tentato di smettere di fumare sembra essersi ridotta, anche se le differenze rilevate non risultano significative dal punto di vista statistico

Tentativo di smettere di fumare
Andamento temporale
ASS1 "Triestina" - PASSI 2008-13



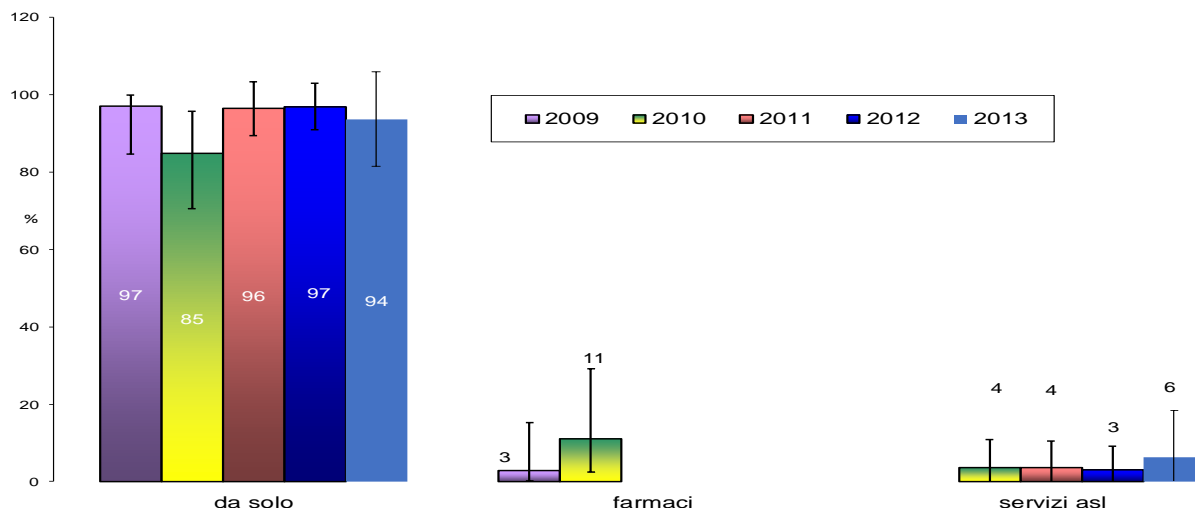
Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-13, a livello di pool di Asl omogeneo, la quota di fumatori che tentano di smettere di fumare si è ridotta significativamente dal 2008 al 2013 passando da 42% a 39%. Questa riduzione è a carico del Centro (-4%, in termini assoluti), ma soprattutto del Sud (-6,8%); al Nord non raggiunge la significatività statistica. Sembra ci sia stata un'inversione di tendenza dal 2012 sia per il Nord che per il Centro, che andrà studiata e verificata con i dati di sorveglianza dei prossimi anni.



- Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 93% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e quasi il 4% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.
- Nel Pool di ASL PASSI 2009-12, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.
- Non si rilevano variazioni nel corso del periodo in esame.

Come hanno smesso di fumare i fumatori? ASS 1 Confronto PASSI 2009-2012



Fumo passivo

Essere esposti a fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie, come cancro e malattie cardiovascolari negli adulti e nei bambini. Dall'entrata in vigore dell'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici, studi condotti in ambiti territoriali diversi hanno evidenziato una riduzione del tasso di ricoveri per infarto miocardico acuto.

Fumo passivo – PASSI 2010-13 – Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.136)- Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre			
<i>nei locali pubblici</i>	95,8 (94,6-96,9)	89,0 (88,7-89,2)	96,1 (95,6-96,6)
<i>sul luogo di lavoro</i>	92,7 (90,8-94,6)	90,6 (90,3-90,8)	93,4 (92,5-94,1)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	75,9 (73,5-78,4)	77,6 (77,3-77,9)	84,7 (83,8-85,6)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	85,8 (81,5-90,1)	85,0 (84,5-85,5)	n.d.

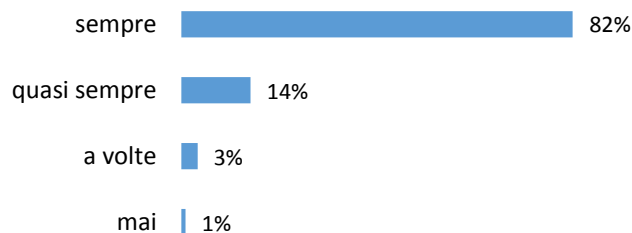
n.d.: non disponibile al momento della stesura del rapporto

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2010-13 il 96% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (82%) o quasi sempre (14%).
- Il 4% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (3%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

ASS1 “Triestina” – Passi 2010-13* (n=1.076)



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

- In regione FVG nel 2009-12 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre secondo il 96% degli intervistati.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2009-12 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nello 89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 73% delle Asl della Calabria al 96% del Friuli-Venezia Giulia.

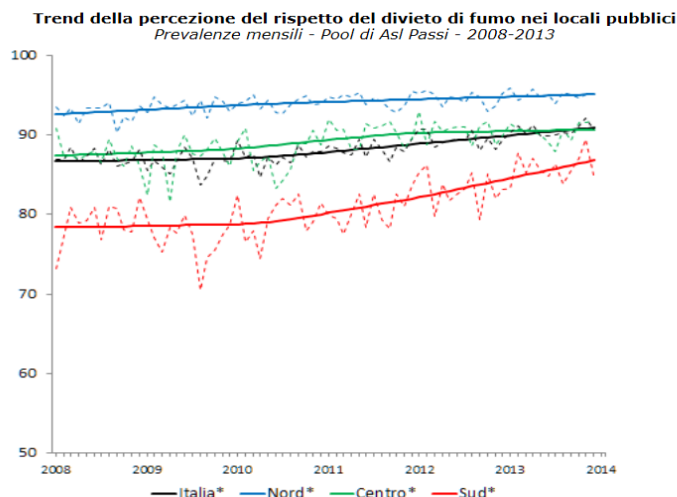
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-2013: 89,0% (88,7-88,1)



Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-13, a livello di pool di Asl omogeneo, il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici è significativamente e costantemente aumentato in tutte le tre macroaree del Paese: la frequenza di coloro che riferisce il pieno rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici è aumentata dall'87% al 91% (ovvero, in termini assoluti, +2,5% nel Nord, +3,2% al Centro e +8,3% nel Sud Italia).

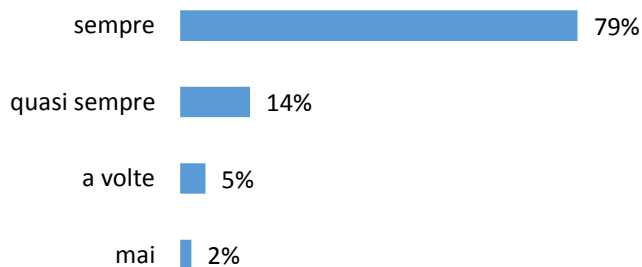


Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2010-13, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (79%) o quasi sempre (14%).
- Il 7% ha dichiara che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è a volte (5%).
- Le percentuali di lavoratori che dichiarano il rispetto di fumo sempre rilevate nell' ASS 1 "Triestina" non differiscono dalla media regionale corrispondente al 93%.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASS1 "Triestina" – Passi 2010-13 (n= 709)*

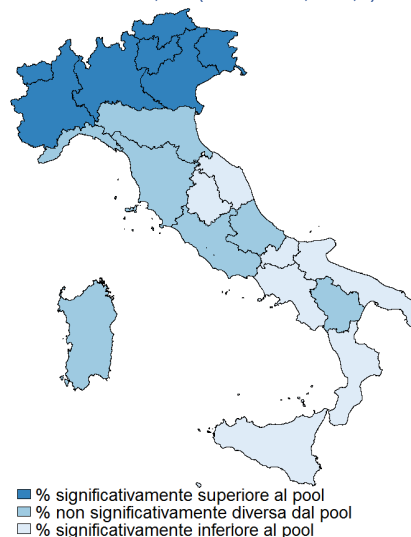


*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora da solo)

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nel 91% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- La frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata nella P.A. Bolzano (97%), in Valle d'Aosta e Veneto (94%) e più bassa in Molise (77%) e Calabria(84%).

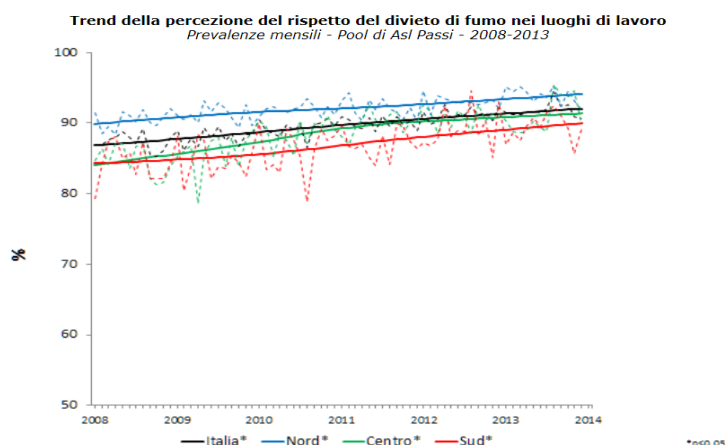
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-2013
Totale: 90,6% (IC95%: 90,3-90,8)



Analisi di trend sul pool di ASL

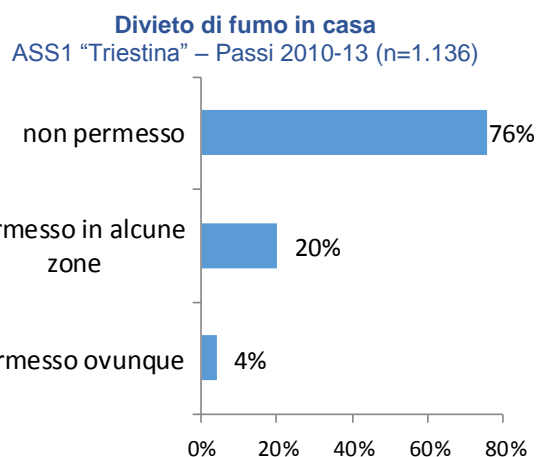
Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-12, a livello di pool di Asl omogeneo, la frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è cresciuta dall'87% al 92% (ovvero, in termini assoluti, +4,2%, al Nord di +7,3% al Centro e +5,7% nel Sud Italia).



L'abitudine al fumo in ambito domestico

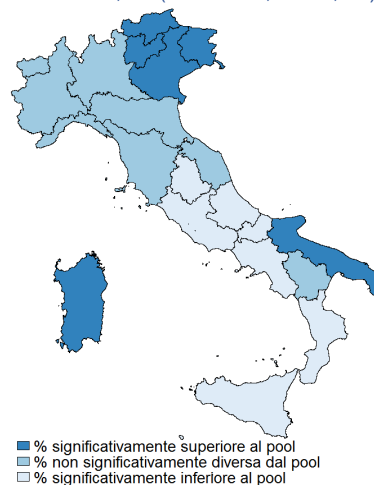
- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASS1 "Triestina", nel periodo 2009-12:
 - il 76% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 20% che si fuma in alcuni luoghi;
 - il 4% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 15 anni, l'86% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.



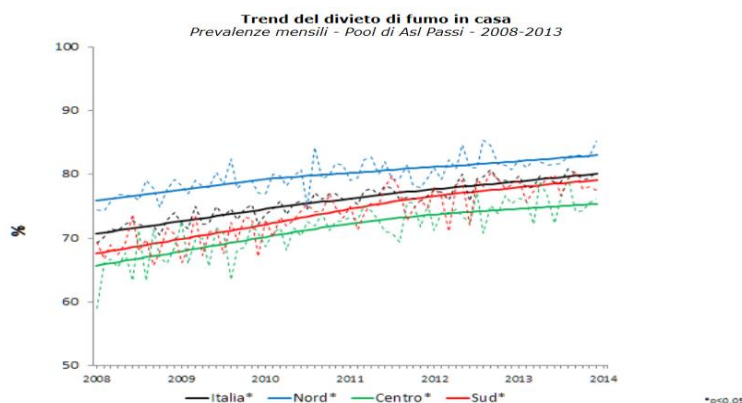
- In regione FVG il valore medio regionale degli intervistati che ha dichiarato che non si fuma in casa risulta superiore a quello rilevato nell'ASS 1 Triestina ed equivale allo 85%. (differenze significative dal punto di vista statistico).
- Nel Pool di ASL PASSI 2010-13, il 78% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (85% in presenza di minori di 15 anni).
- il divieto assoluto di fumare è più frequente nelle Regioni del Nord (Veneto 90%) mentre meno frequente in Umbria (71%) e nelle Regioni con la più alta frequenza di fumatori (Calabria 72% e Lazio e Abruzzo 73%); in questo panorama fanno eccezione Puglia (84%) e Sardegna (83%) con prevalenze di case libere dal fumo significativamente superiori alla media nazionale.

Divieto di fumo in casa
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-2013
Totale=77,6% (IC95%: 77,3%-77,9%)



Analisi di trend sul pool di ASL

Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-12, a livello di pool di Asl omogeneo, la frequenza di chi dichiara la propria abitazione libera dal fumo è aumentata significativamente dal 71% all'80% (ovvero, in termini assoluti, +7,1% al Nord, +10,0% nel Centro e +11,5% nel Sud Italia).



Conclusioni

Nella ASS1 "Triestina", nel periodo 2010-13, si stima che più di una persona su tre sia classificabile come fumatore; tale percentuale risulta superiore alla media nazionale. In particolare, le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-34 anni.

Meno di un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari ancora troppo basso.

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

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

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza.

Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società ⁽¹⁾. 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 stradali⁽²⁾.

Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione, le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol e caratteristiche individuali che determinano una diversa suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili ⁽³⁾ ⁽⁴⁾. Se vengono superati tali limiti, il consumo di alcol è definito a maggior rischio.

Gli indicatori Passi

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

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

- consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni e, per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 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 esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

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?

Nel periodo 2010-13, la percentuale di consumatori di alcol nella ASS1 “Triestina” è risultata pari al 74%, mentre il consumo fuori pasto era circa del 12% e il consumo abituale elevato del 5%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del periodo precedente, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (15%) e del consumo a maggior rischio (27%), relative al periodo 2010-13.

Consumo di alcol PASSI 2010-2013 Confronto ASS1 “Triestina” (n=1.136) –Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	73,8 (71,3-76,3)	55,1 (54,8-55,4)	nd
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	12,3 (10,5-14,2)	7,8 (7,7-8,0)	nd
Consumo abituale elevato ¹	5,2 (3,9-6,5)	4,0 (3,9-4,1)	nd
Consumo binge ²	15,2 (13,2-17,3)	8,7 (8,5-8,9)	15,6 (14,7-16,5)
Consumo a maggior rischio ³	26,7 (24,2-29,2)	17,0 (16,7-17,2)	29,1 (28,0-30,2)

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

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

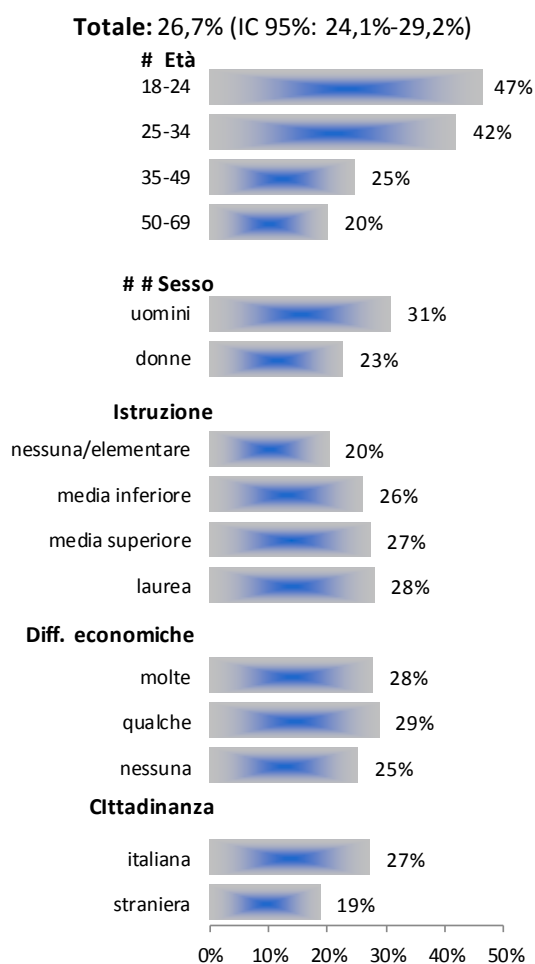
² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

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

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

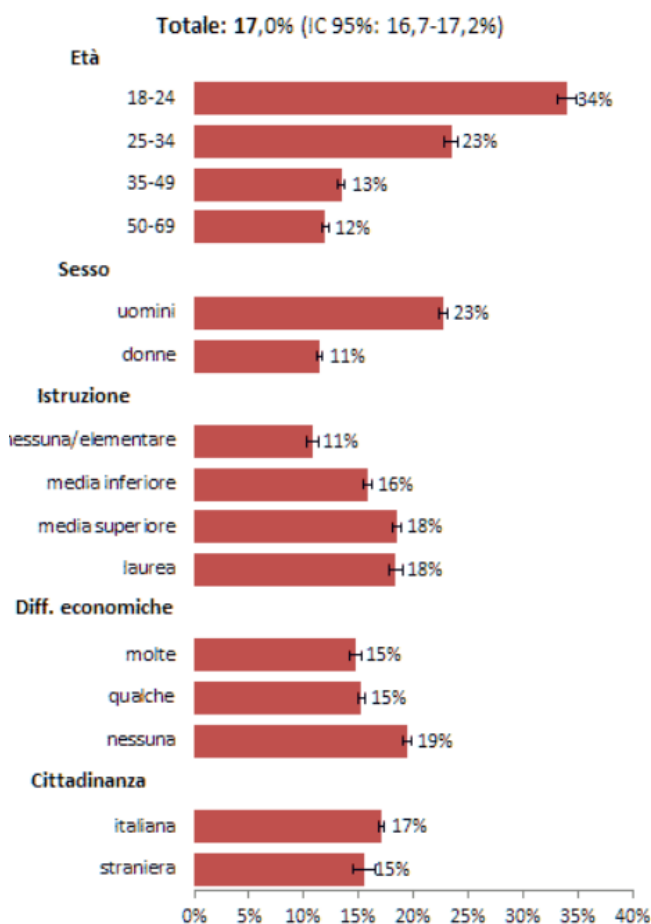
- Nel periodo 2010-13 nell'ASS1 "Triestina", il 27% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato. Nella regione FVG può essere considerato consumatore di alcol a maggior rischio il 29% degli intervistati, ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani, in modo particolare tra i 18-24enni, e nel genere maschile (differenze significative dal punto di vista statistico); le differenze rilevate per livello di istruzione, status economico e cittadinanza non sono significative statisticamente.
- Le differenze rilevate rispetto al Pool nazionale sono significative statisticamente.

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS1 "Triestina" 2010-13 (n=1128)



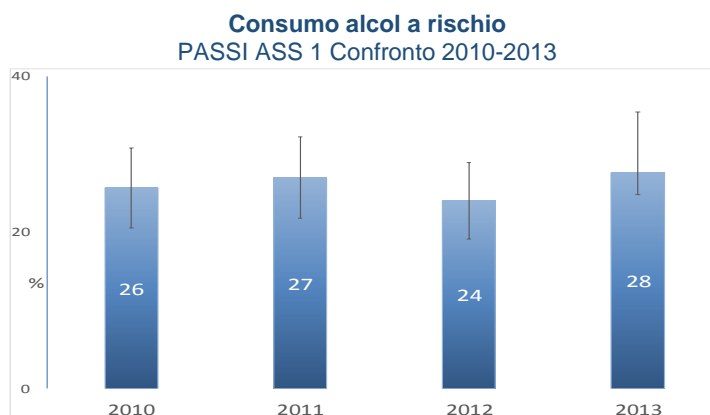
p<0,05; ## p<0,01

Consumo alcolico a maggior rischio
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
PASSI Pool nazionale 2010-2013 (n=148.846)



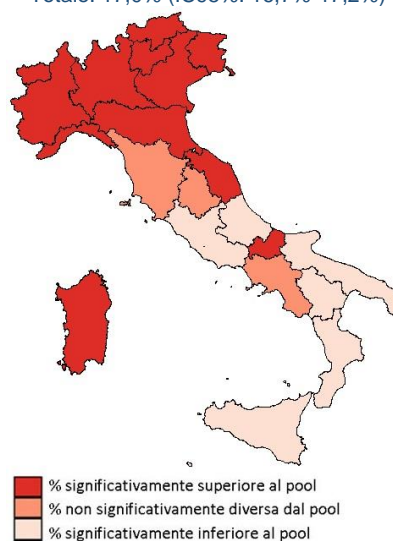
Confronti temporali

Nella ASS 1 “Triestina”, la popolazione adulta che ha un consumo a maggior rischio non ha subito variazioni di rilievo nel periodo 2010-2013, mantenendosi intorno ad un 26%.



- Nel Pool di ASL PASSI, nel periodo 2010-13, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%.
- Nel confronto tra le Regioni si osservano differenze statisticamente significative, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Sicilia al 40% della P.A. di Bolzano.

Consumo a maggior rischio
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-13
Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,2%)



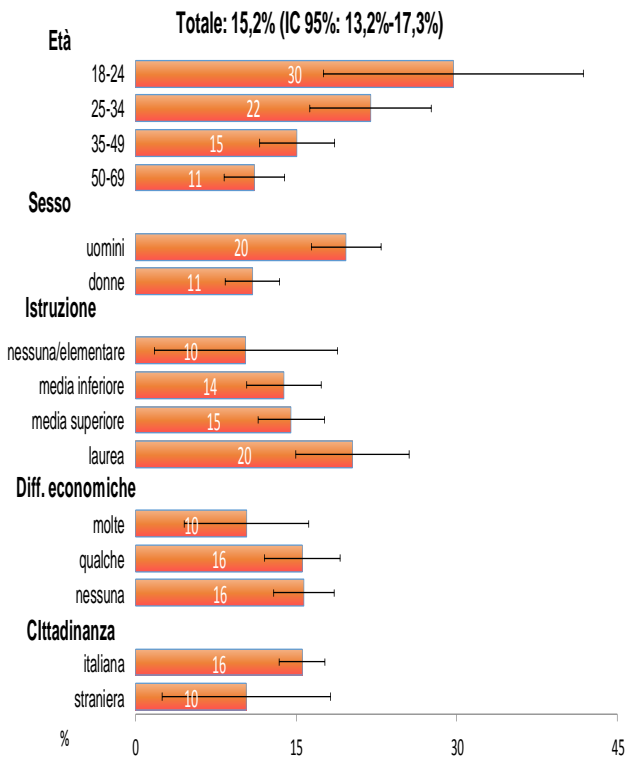
In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2010-13 nell'ASS1 “Triestina”, quasi il 15% degli intervistati è classificabile come consumatore binge. il dato non differisce dalla media regionale, ma risulta quasi doppio di quello del Pool nazionale (le differenze rilevate sono significative statisticamente).
- Il consumo binge è significativamente più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni) e nel genere maschile, mentre le differenze rilevate per grado di istruzione, livello economico e cittadinanza non sono rilevanti dal punto di vista statistico.

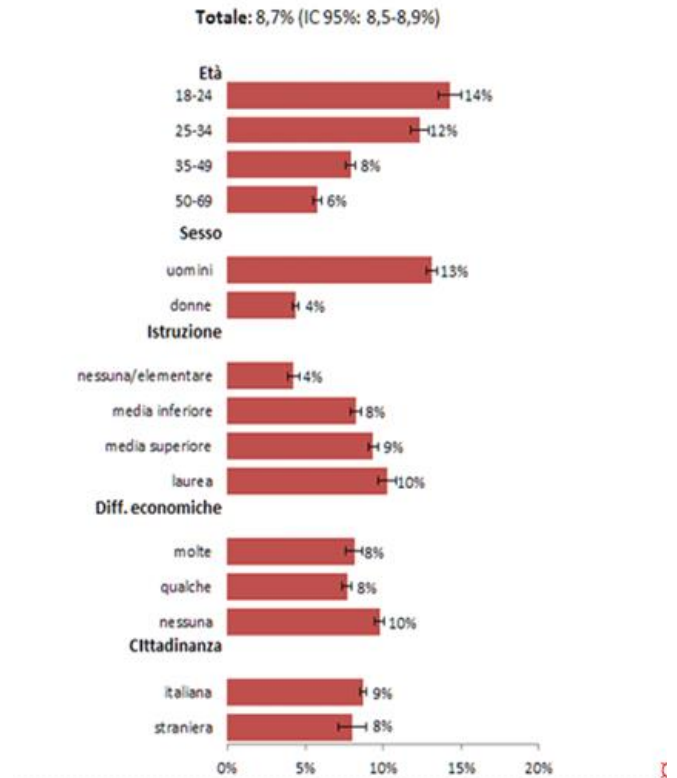
Consumo binge

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
ASS1 "Triestina" 2010-13 (n=1132)



Consumo binge

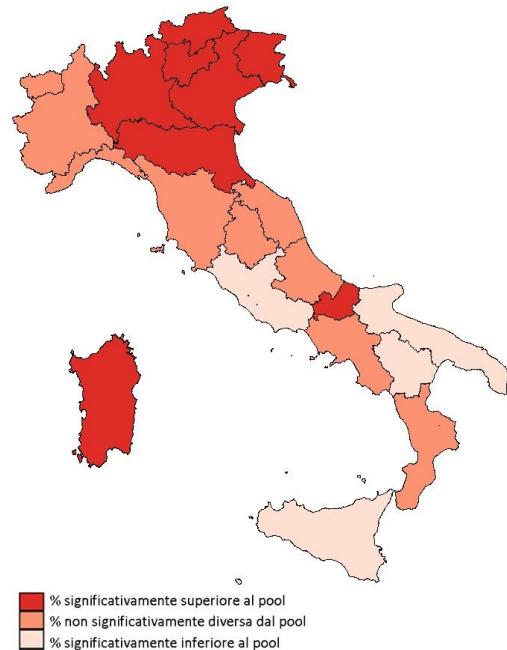
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Pool nazionale PASSI 2010-13 (n=148.523)



- Nel Pool di ASL PASSI nel periodo 2010-13, la percentuale di bevitori binge è risultata del 9% quasi.
- La prevalenza del binge drinking, nel 2010-2013, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord, la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (21%), ma anche in alcune Regioni meridionali, come il Molise (17%); la Sicilia registra quelli più bassi (3%).

Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-13
Totale: 8,7% (IC95%: 8,5%-8,9%)



In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronti temporali

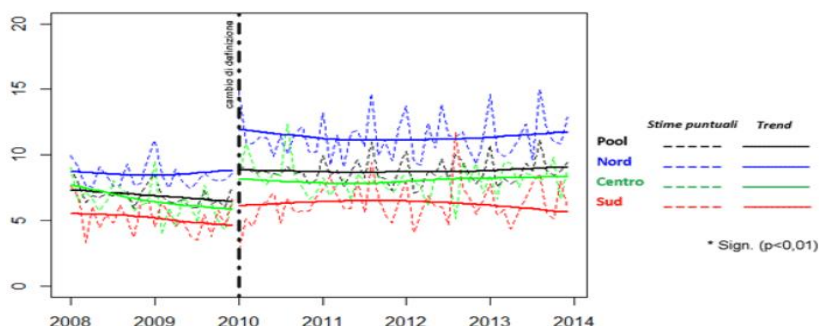
Per quanto riguarda l'evoluzione temporale del binge drinking, nella ASS 1 "Triestina" nel periodo 2010-2013, si rileva un incremento del nella popolazione adulta, anche se, le differenze rilevate non risultano significative da un punto di vista statistico.

Consumo binge
PASSI ASS 1 Confronto 2010-2013



- Nel pool di ASL, nel periodo 2010-2013 (dopo il cambio di definizione dell'indicatore), la situazione appare sostanzialmente stabile.

Trend del consumo di alcol binge
Prevalenza mensile - Pool di Asl - Passi 2008-2013



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

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

Attenzione al consumo alcolico PASSI 2010-13 Confronto ASS1 "Triestina" (n=1.126) – Pool Nazionale – Regione FVG

	ASS 1 % (IC95%)	Pool Nazionale % (IC95%)	FVG % (IC95%)
Domanda del medico operatore sanitario sul consumo ¹ (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	20,8 (18,3-23,3)	14,8 (14,6-15,1)	23,5 (22,4-24,6)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo ¹ (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	2,7 (0,8-4,5)	6,2 (5,8-6,6)	n.d.

nd: non disponibile al momento della stesura del rapporto

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

- Nella ASS1 “Triestina”, nel periodo 2010-13 solo il 21% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Nella Regione FVG (valore medio regionale) nel periodo 2010-2013 tale percentuale è più elevata (23%), ma le differenze rilevate non sono significative dal punto di vista statistico.

- Nel Pool di ASL PASSI, nel periodo 2010-13, questa percentuale è risultata del 15% circa.
- La distribuzione geografica dell’attenzione degli operatori riflette la distribuzione delle prevalenze di consumatori a maggior rischio. La Sardegna registra il valore più alto (25%) e la Basilicata ha la percentuale più bassa (8%).

Consumo di alcol chiesto dal medico
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2010-13
Totale: 14,9% (IC95%: 14,6%-15,1%)

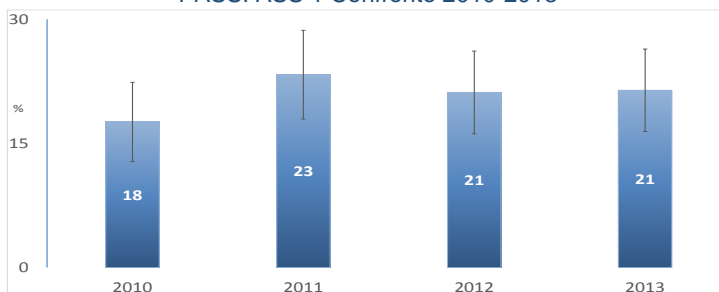


In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Confronti temporali

Nel periodo 2010-2013 è aumentata la percentuale di persone che riferisce che il medico si è informato sul consumo di alcol; le differenze rilevate non risultano significative da un punto di vista statistico.

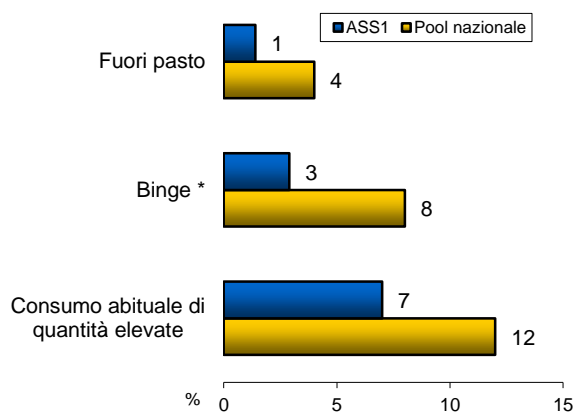
Consumo di alcol chiesto dal medico
PASSI ASS 1 Confronto 2010-2013



- Nella ASS1 “Triestina”, nel periodo 2010-13, fra gli intervistati con consumo a maggior rischio che sono stati dal medico (n=304), solo il 3% riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche
- Tra coloro che bevono alcol fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente), la frequenza del consiglio è pari allo 1%, fra le persone con consumo binge sale al 3% e in quelli con consumo abituale elevato al 7%.
- Le differenze rispetto alla media nazionale (Pool PASSI 2010-13) sono significative dal punto di vista statistico.

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

Percentuali per tipo di consumo – PASSI 2010-2013
Confronto ASS1 “Triestina”- Pool Nazionale



Conclusioni

Nella ASS 1 “Triestina” si stima che circa tre persone su quattro di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e più di una su quattro abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione; sotto ai 25 anni quasi un giovane su due è classificabile come bevitore a rischio.

Non sono state rilevate differenze nella diffusione di questo fattore di rischio comportamentale per grado di istruzione e status economico.

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

Secondo i dati PASSI, solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti (20%); inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo (3%).

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

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata (Lancet, 2009) l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare su prezzo e reperibilità del prodotto. Risultano inoltre efficaci il rinforzo dei controlli della guida sotto l'effetto dell'alcol e gli interventi individuali sui bevitori a rischio. Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere facili le scelte salutari: da questo punto di vista far diventare l'alcol più costoso e meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione degli effetti nocivi dell'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.

Bibliografia

1 *The Lancet Series on Alcohol and Global Health, 2009*

2 *Osservatorio nazionale alcol*

3 *Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione: linee guida per il consumo di alcol*

4 *Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheets. Alcohol Use and Health.*

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria n°1 "Triestina" (complessivamente 152.634 persone al 31/12/2012), Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie; la dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità.

Il campione complessivo dell'Azienda Sanitaria Triestina relativo al 2013 è risultato di 291 individui, mentre quello riferito al periodo 2010-2013 è di 1.136 individui.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Dipartimento di Prevenzione da gennaio a dicembre di ciascun anno di indagine, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 23 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo che utilizzando il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), con crescente utilizzo di quest'ultima modalità di raccolta (dal 20% nel 2008 al 44% nel 2012). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

I risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%) solo per le variabili principali, Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante *regressione logistica*. Con questa analisi sono analizzati i vari fattori di studio "depurandoli" degli effetti delle altre variabili, principalmente l'età e il genere, che possono giocare un ruolo di confondente o di modificatore d'effetto.

Nelle tabelle dell'analisi univariata, i confronti che riportano il simbolo # sono quelli per i quali risultano differenze statisticamente significative per ciascuna categoria della variabile rispetto alla prima modalità citata nelle varie tabelle (es, le donne rispetto agli uomini).

L'intervallo di confidenza regionale, se disponibile, viene preso come riferimento per i confronti.

Etica e privacy

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

Il sistema PASSI è stato inoltre valutato da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Il personale del Dipartimento di Prevenzione che svolge l'intervista ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su PC-

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

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

