

Capitolo 5

STILI DI VITA

ATTIVITA' FISICA, DIETA, FUMO E ALCOL

A cura di Petra Bechtold, Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo

ATTIVITA' FISICA E DIETA

Nel quinquennio 2013-2018 la prevalenza di sovrappeso e obesi è rimasta simile, così come i sedentari, mentre il consumo di frutta e verdura è leggermente diminuito.

FUMO E ALCOL

Sono leggermente diminuiti i fumatori, mentre è aumentato il consumo di alcool a maggior rischio, soprattutto nei giovani.

DISEGUAGLIANZE

La prevalenza di questi fattori di rischio è, ad eccezione del consumo di alcool a maggior rischio, più alta nelle persone più svantaggiate e le diseguaglianze vanno aumentando.

CONSIGLI DAGLI OPERATORI SANITARI

Solo un fumatore su due ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un operatore sanitario e uno su tre dei sedentari di fare attività fisica.



STILI DI VITA

ATTIVITÀ FISICA, DIETA, FUMO E ALCOL

51

L'IMPATTO

DEI FATTORI DI RISCHIO
COMPORAMENTALI

61

PRP

2015-2018

61

PREVALENZA

DEI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO
COMPORAMENTALI

62

SEDENTARIETA'

E ATTIVITÀ FISICA

62 NEI BAMBINI E RAGAZZI

63 NEGLI ADULTI

65 NEGLI ANZIANI

66 I CONSIGLI DA PARTE DEGLI
OPERATORI SANITARI

67

STATO

NUTRIZIONALE

67 NEI BAMBINI E RAGAZZI

67 NEGLI ADULTI E ANZIANI

70 I CONSIGLI DA PARTE DEGLI
OPERATORI SANITARI

70

IL CONSUMO DI

FRUTTA E VERDURA

72

ABITUDINE AL

FUMO DI SIGARETTA

74 I CONSIGLI DA PARTE DEGLI
OPERATORI SANITARI

75 ESPOSIZIONE AL FUMO
PASSIVO

76

CONSUMO DI ALCOL

5.1 L'impatto dei fattori di rischio comportamentali

I fattori di rischio comportamentali determinano a livello mondiale il maggior carico di malattia, ad esempio in Italia sono responsabili del 57% del carico di malattie e disabilità, misurato mediante il *Disability adjusted life years* (DALYs) (66% nell'Unione Europea). Primi fra tutti il **tabagismo** (12%), i rischi connessi alla **dieta** (9%), l'**ipertensione** (9%), gli elevati livelli di **glicemia** (10%) e l'eccesso ponderale (8%); questo impatto varia per genere e per età (Figura 5.2) (GBD, 2017).

Le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito e le malattie respiratorie croniche, sono associati a un gruppo di fattori di rischio modificabili: l'uso di tabacco e alcol, scorretta alimentazione, inattività fisica, ipertensione e obesità. I fattori di rischio modificabili (fumo, abuso di alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà) contribuiscono all'insorgenza delle patologie sia direttamente sia attraverso fattori di rischio intermedi quali sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia (Figura 5.2).

Le malattie croniche sono legate anche a determinanti socio-economici, culturali, politici e ambientali spesso definiti come "cause delle cause" quali la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà e le disuguaglianze che richiedono la messa in campo di strategie globali (Figura 5.1).

È stato stimato che almeno l'**80% di tutte le malattie cardiache, ictus e diabete** e il **40% dei tumori potrebbero essere prevenute** affrontando questi principali fattori di rischio (WHO Europe, 2016)

Per affrontare il crescente peso delle malattie non trasmissibili, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha identificato un pacchetto di 16 azioni "best buys", interventi di provata efficacia ed economicamente vantaggiose. L'implementazione, tra il 2018 e 2025, di tali azioni eviterebbero 9,6 milioni di morti premature su scala globale. **Le stime per Italia indicano che 46.200 decessi possono essere evitati entro il 2025 implementando tutti i "best buys"** (WHO, 2017).

Figura 5.1 Cause delle malattie croniche

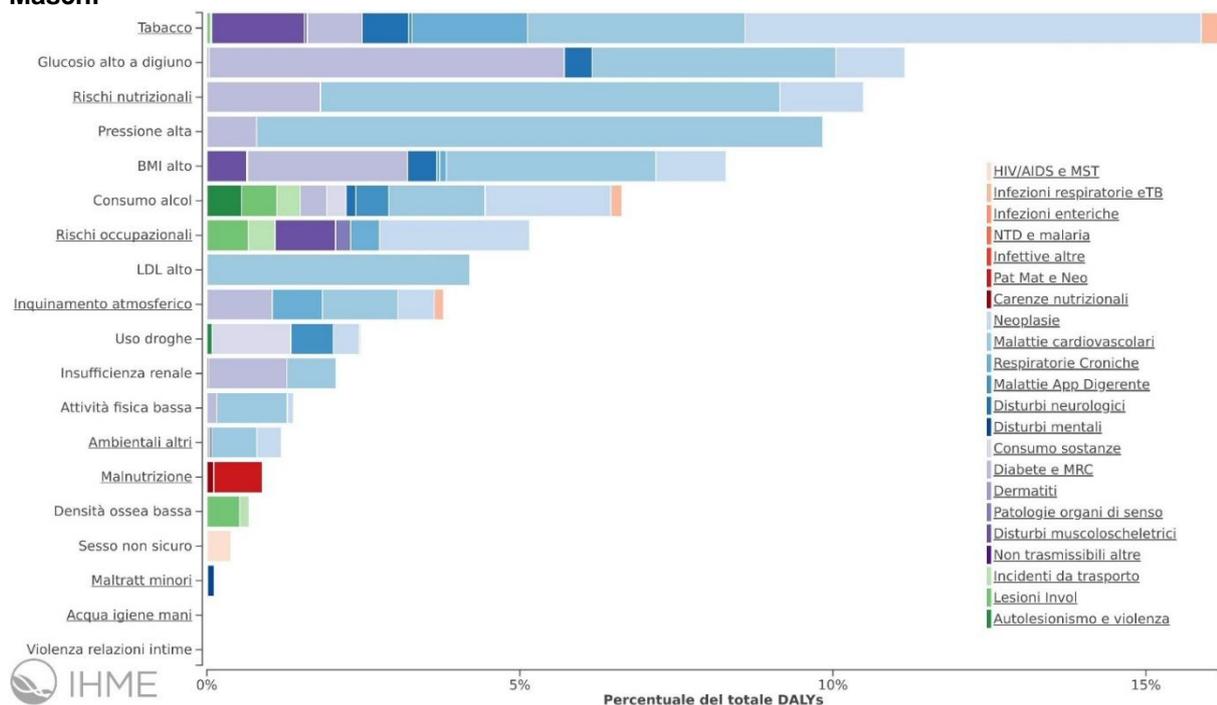


Fonte: Rielaborazione da WHO (2005)

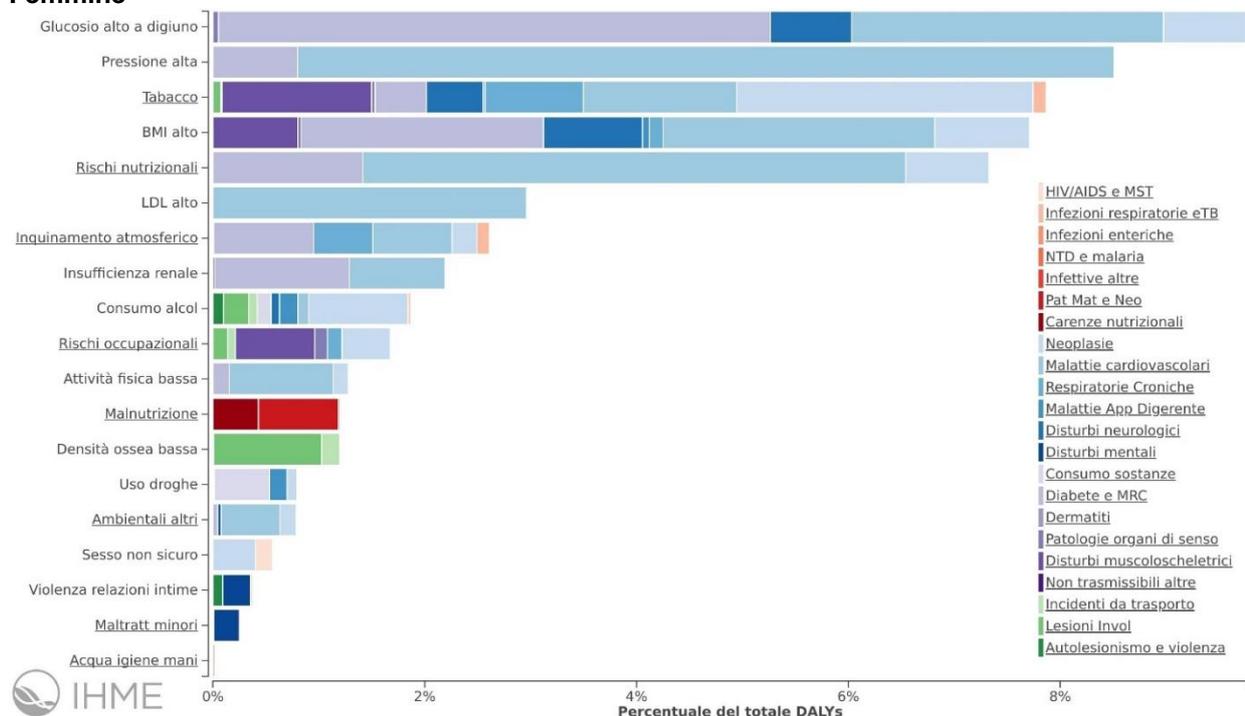
STILI DI VITA

Figura 5.2 Impatto dei principali fattori di rischio su tutte le malattie, espresso in percentuale di DALYs, Italia 2017

Maschi



Femmine



Fonte: IHME, GBD 2017 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>)

5.2 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP), affronta sistematicamente i determinanti di salute. Le attività più rilevanti sono:

Setting 1: Ambiente di lavoro

1.2 Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Setting 2: Comunità - Programmi di popolazione

2.8 Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali

2.15 Interventi per promuovere il consumo di alimenti salutari

Setting 3 - Comunità - Programmi età-specifici

3.1. Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie

3.9 Alimentazione anziano

Setting 4: Comunità - Programmi per condizione

4.1 Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità

Setting 5: Scuola

5.4 Scuole Libere dal Fumo

5.3 La prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali

La centralità degli stili di vita nel determinare lo stato di salute è una delle importanti acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute di cui devono tenere conto la ricerca socio-sanitaria, le azioni politiche e i programmi di educazione. Per questo motivo il Sistema Sanitario Nazionale supporta i programmi di sorveglianza al fine di monitorare gli stili di vita della popolazione per poter pianificare azioni e piani di *advocacy* tra i diversi attori coinvolti e valutarne l'efficacia.



A livello regionale e nazionale, **si osserva come un'ampia parte di popolazione presenti fattori di rischio modificabili.**

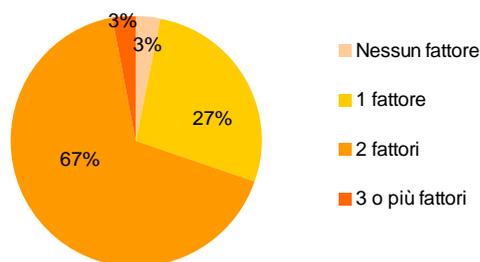
Tabella 5.1 Prevalenza dei principali fattori di rischio modificabili per classi d'età. Italia ed Emilia-Romagna 2014-17 (18-70 anni), 2016-2017 (>=70 anni)

FATTORI MODIFICABILI	Emilia-Romagna					Italia				
	CLASSI D'ETÀ					CLASSI D'ETÀ				
	18-34	35-49	50-69	70-79 e oltre*	80 e oltre*	18-34	35-49	50-69	70-79 e oltre*	80 e oltre*
Fumo										
Prevalenza	33,2%	28,8%	23,9%	9,9%	4,2%	30,0%	27,5%	21,9%	9,0%	3,3%
Alcol										
Prevalenza	39,0%	20,2%	15,3%	25,3%	17,4%	28,6%	14,2%	11,4%	25,3%	17,4%
Sedentarietà										
Prevalenza	9,4%	14,4%	20,6%			24,0%	25,1%	33,6%		
Basso consumo di frutta/verdura										
Prevalenza	91,6%	91,3%	87,3%	86,6%	91,2%	93,0%	90,8%	87,3%	88,3%	92,3%
Sovrappeso										
Prevalenza	19,6%	29,8%	38,0%	45,3%	39,6%	20,0%	31,4%	40,0%	44,7%	39,1%
Obesità										
Prevalenza	5,6%	10,4%	17,0%	15,8%	13,0%	5,0%	10,0%	15,4%	14,8%	11,2%

Fonte: PASSI, PASSI d'Argento

Nota: i valori relativi alle classi d'età ultrasettantenni raccolti attraverso l'indagine PASSI d'Argento non sono confrontabili a causa della differente definizione di sedentarietà utilizzata.

Figura 5.3 Compresenza dei fattori di rischio in Emilia-Romagna 2014-2017



La compresenza dei fattori di rischio ha una prevalenza del 70% (67% con 2 fattori di rischio e 3% con 3 o più fattori).

Circa un quarto (27%) della popolazione 18-69enni presenta un solo fattore di rischio.

Fonte: PASSI

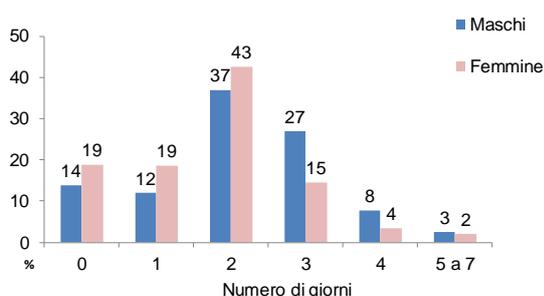
5.4 Sedentarietà e attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. I primi effetti positivi per la salute si osservano già a partire da poche ore settimanali e crescono con l'aumento dell'attività fisica praticata. La pratica di una regolare attività fisica è importante in ogni fase della vita. In Italia, il 2,8% dei decessi e l'1,3% dei DALYS è attribuibile alla sedentarietà (GBD, 2017).

5.4.1 Sedentarietà e attività fisica nei bambini e ragazzi

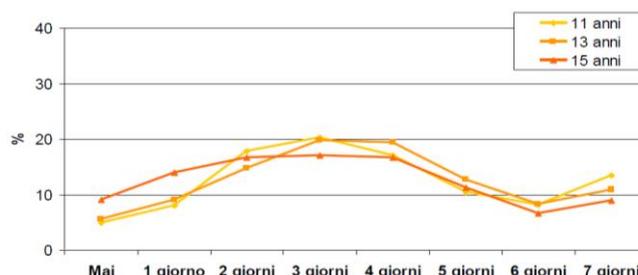
- ➡ In Emilia-Romagna, **circa 4 bambini su 10 (39%) di 8-9 anni fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana**, il 17% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni. **I maschi fanno attività sportiva strutturata per più giorni delle femmine**
- ➡ Per quanto riguarda i giochi di movimento, in Emilia-Romagna, **circa 1 bambino su 5 (20%) fa almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana**, il 7% neanche un giorno e (solo) il 34% da 5 a 7 giorni. **I maschi fanno giochi di movimento per più giorni delle femmine.**
- ➡ **Solo il 10% dei ragazzi di 11-15 anni pratica l'attività fisica raccomandata dalle linee guida internazionali** (almeno 60 minuti ogni giorno), in linea col dato nazionale (11%); circa il 50% dei ragazzi si limita a un'ora di attività fisica moderata o intensa per 2-4 giorni alla settimana, con differenze significative tra ragazzi e ragazze, a sfavore delle ultime.

Figura 5.4 Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%) 8-9 anni, Emilia-Romagna 2016



Fonte: Okkio alla salute

Figura 5.5 Frequenza dell'attività fisica settimanale (almeno 60 minuti al giorno) 11-15 anni, Emilia-Romagna 2014

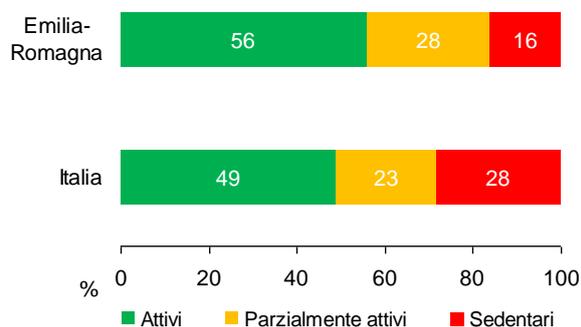


Fonte: HBSC

5.4.2 Sedentarietà e attività fisica negli adulti 18-69enni

➡ In Emilia-Romagna **meno di un quinto delle persone di 18-69 anni conduce uno stile di vita sedentario**, pari a una stima di circa 470 mila persone in Regione. La quota di sedentari è significativamente inferiore rispetto a quello nazionale (28%). Per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie nelle AUSL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative (range: 12% Cesena - 18% Parma). A livello nazionale è presente un marcato gradiente territoriale Nord-Sud (range: 7% P.A. Bolzano - 62% Basilicata).

Figura 5.6 Livello di attività fisica (%) nei 18-69enni, Italia ed Emilia-Romagna 2014-2017



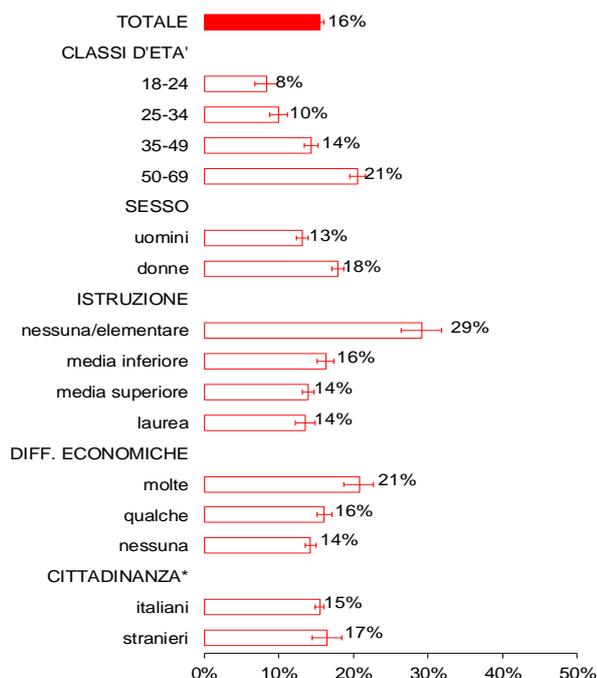
Fonte: PASSI

Figura 5.7 Prevalenza dei sedentari (%). Italia, 2014-2017



Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Figura 5.8 Sedentarietà per caratteristiche socio-demografiche (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

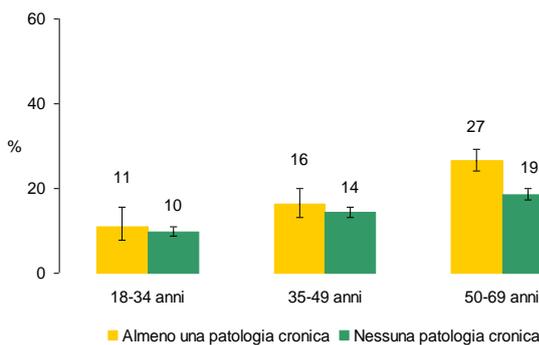
La sedentarietà cresce con l'età ed è più diffusa nelle donne e nelle persone svantaggiate sotto il profilo socio-economico (20% nelle persone che dichiarano di avere difficoltà economiche rispetto al 14% in quelle che dichiarano di non averne).

Anche a livello nazionale, le prevalenze della sedentarietà presentano un marcato gradiente socio-economico.

STILI DI VITA

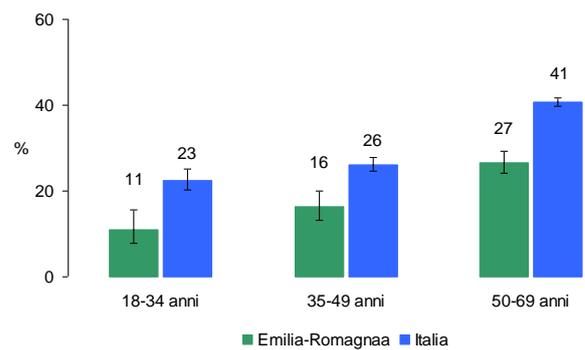
➡ L'attività fisica risulta essere anche un fattore protettivo importante anche in presenza di patologie croniche già diagnosticate. La prevalenza di sedentari con patologia cronica è più alta rispetto a chi non ha alcuna patologia in ogni classe d'età; il dato risulta minore rispetto a quello nazionale in ogni classi d'età.

Figura 5.9 Sedentarietà nelle persone con patologia cronica (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

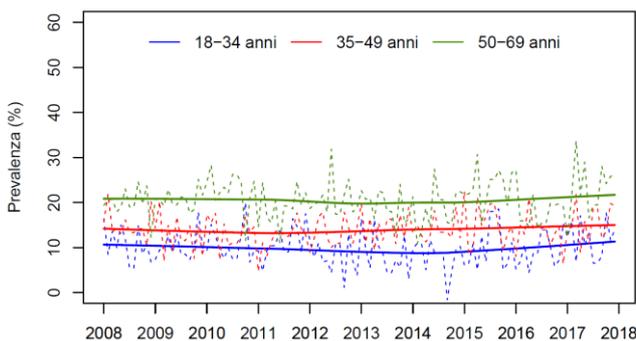
Figura 5.10 Sedentarietà nelle persone con patologia cronica (%), ITALIA ed Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

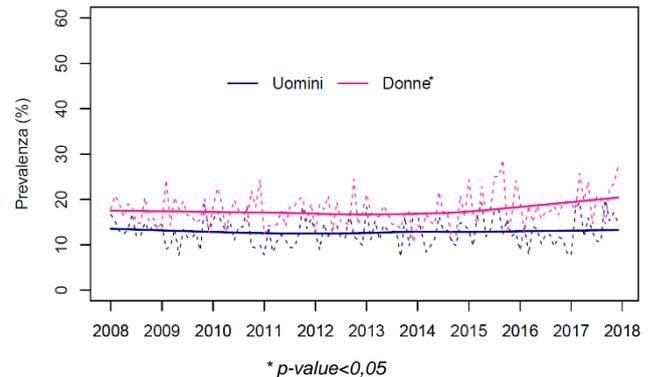
➡ Nel periodo 2008-2017, in Emilia-Romagna la distribuzione della sedentarietà presenta un andamento piuttosto stabile. Si evidenzia un **trend in aumento del numero di sedentari nelle donne**, significativo sul piano statistico.

Figura 5.11 Sedentari per classi di età (%), Emilia-Romagna 2008-2017



Fonte: PASSI

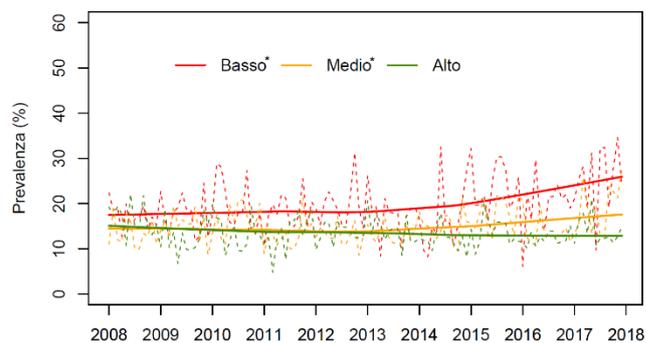
Figura 5.12 Sedentari per genere (%), Emilia-Romagna 2008-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.13 Sedentari per livello socio-economico (%), Emilia-Romagna 2008-2017

Nel periodo 2008-2017, la percentuale di sedentari presenta un aumento statisticamente significativo per livello socio-economico basso e medio, mentre per il livello socio-economico alto l'andamento è pressoché costante.



* p-value < 0,05

Fonte: PASSI

5.4.3 Sedentarietà e attività fisica negli anziani (≥ 65 anni)

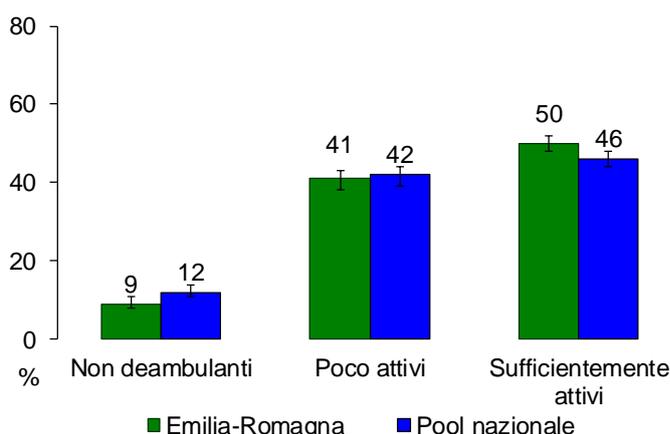
La regolare attività fisica nelle persone anziane (ultra 64enni), oltre a ridurre il rischio di malattie croniche, contribuisce a prevenire il declino funzionale, le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico e aiutando a restare il più a lungo possibile indipendenti.

Nelle persone anziane l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia secondo le condizioni generali di salute e l'età.

Per indagare l'attività fisica PASSI d'Argento adotta il PASE (Physical Activity Scale for the Elderly), uno strumento validato a livello internazionale che rileva il livello di attività fisica della popolazione ultra 64enne attraverso una serie di domande riferite a una settimana di vita normale.

In assenza di uno standard universalmente accettato per valutare l'attività fisica con il punteggio PASE, è stato utilizzato l'indicatore del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18 per definire la popolazione degli attivi, ovvero il 40° percentile; questa soglia è tuttavia più bassa rispetto alla raccomandazione dell'OMS.

Figura 5.14 Livelli di attività fisica nella popolazione con 65 anni e più (%), Italia ed Emilia-Romagna 2016-2017



Fonte: PASSI d'Argento

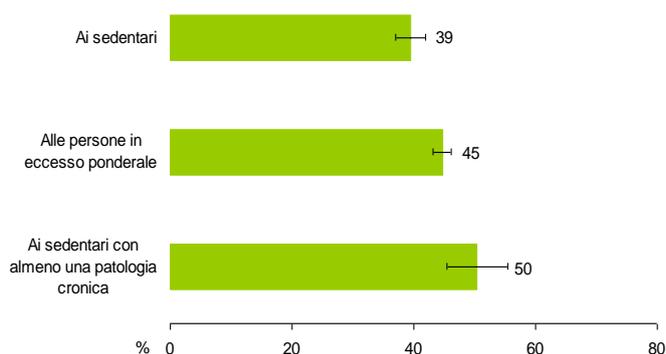
In Emilia-Romagna il **9% delle persone ultra 64enni non è in grado di deambulare**, il **41% risulta essere fisicamente poco attivo** e il **50% è sufficientemente attivo** secondo l'indicatore di monitoraggio del PNP 2014-2018 (40° percentile).

Il dato regionale è inferiore a quello nazionale (12%) per la prevalenza di anziani non deambulanti e superiore rispetto al valore nazionale delle persone ultra 64enni sufficientemente attive (46%).

5.4.4 I consigli da parte degli operatori sanitari sull'attività fisica

⇒ Il 35% delle persone, che hanno avuto un contatto con il medico o operatore sanitario, ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (30% a livello nazionale). Le percentuali salgono in presenza di fattori di rischio come la sedentarietà, l'eccesso ponderale e la presenza di patologia cronica.

Figura 5.15 Consiglio di fare attività fisica negli ultimi 12 mesi (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.16 Persone che hanno riferito il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, Italia 2014-2017



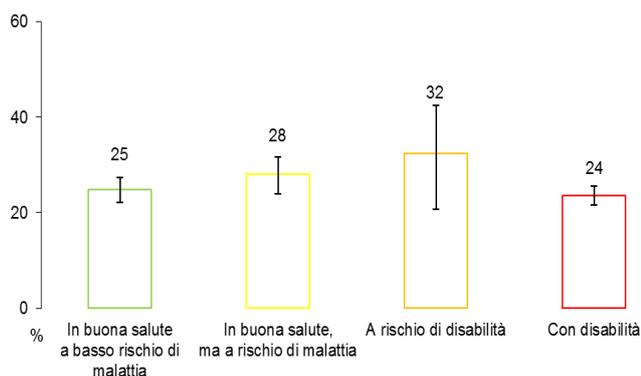
Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Gli operatori sanitari mostrano un interesse insufficiente rispetto alla pratica dell'attività fisica da parte dei loro assistiti ultra 64enni, analogamente a quanto avviene per la popolazione adulta.

A una persona su quattro con 65 anni e oltre (26%) è stato, infatti, consigliato nell'ultimo anno, da parte di un medico, di fare attività fisica.

Il consiglio è stato dato in modo particolare alle persone ultra 64enni in buona salute ma a più alto rischio di malattia e a quelle a rischio di disabilità.

Figura 5.17 Consiglio sanitario di praticare attività fisica (%), Emilia-Romagna 2017-2018



Fonte: PASSI d'Argento

5.5 Stato nutrizionale

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

L'eccesso ponderale è uno dei principali fattori di rischio correlati alle patologie croniche non trasmissibili; nel 2017, l'10% della mortalità ed il 8% dei DALYs è attribuibile al sovrappeso o all'obesità (GBD 2017).

Tra i paesi Ocse, l'Italia registra un basso tasso di obesità degli adulti (10% della popolazione adulta). Preoccupante risulta invece la situazione degli adolescenti. Le stime indicano un elevato tasso di obesità (16%) insieme ad un basso tasso di attività fisica (8%). Quest'ultimo colloca l'Italia, tra i paesi Ocse, al penultimo posto (Osce, 2017).

5.5.1 Stato nutrizionale nei bambini e ragazzi

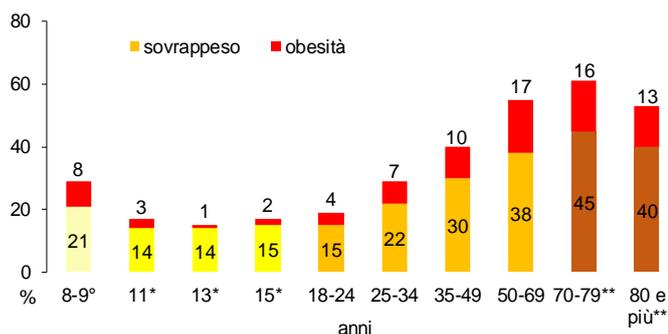
➔ In Emilia-Romagna **risulta in eccesso ponderale il 29% dei bambini di 8-9 anni**; a livello nazionale è presente un marcato gradiente territoriale Nord-Sud. La prevalenza di eccesso ponderale diminuisce nell'adolescenza: 17% negli 11enni, 15% nei 13enni e 17% nei 15enni.

Figura 5.18 Bambini di 8-9 anni in eccesso ponderale, Italia 2016



Fonte: Okkio alla salute
www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/

Figura 5.19 Prevalenze di persone in eccesso ponderale per classi d'età (%), Emilia-Romagna, OKkio 2016, HBSC 2014, PASSI 2014-17, PASSI d'Argento 2017-18



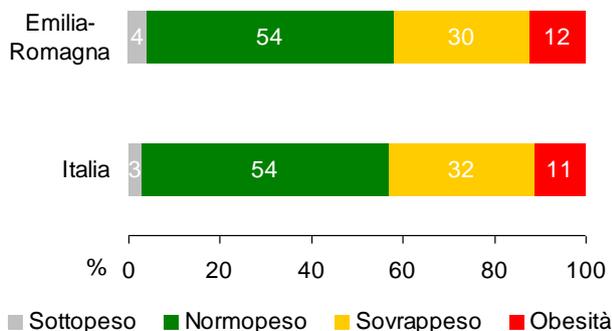
Fonti: ° OKkio
 * HBSC
 PASSI
 ** PASSI d'Argento

5.5.2 Stato nutrizionale negli adulti e negli anziani

In Emilia-Romagna **il 42% delle persone 18-69enni presenta un eccesso ponderale**, pari a una stima di circa 1 milione e 252 mila persone in Regione (902 mila in sovrappeso e 350 mila obese); il dato è in linea con quello nazionale (42%).

Tra le persone anziane oltre la metà soffre di eccesso ponderale (60% nella fascia 65-74 anni e 57% in quella 75 e oltre).

Figura 5.20 Stato nutrizionale (%) degli adulti (18-69anni), Italia ed Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.21 Prevalenza di persone in eccesso ponderale, Italia 2014-2017

La distribuzione delle persone in eccesso ponderale non mostra differenze significative tra le AUSL regionali (range: 47% Ferrara - 39% Rimini).

A livello nazionale si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud (range: 34% P.A. Liguria – 51% Campania).

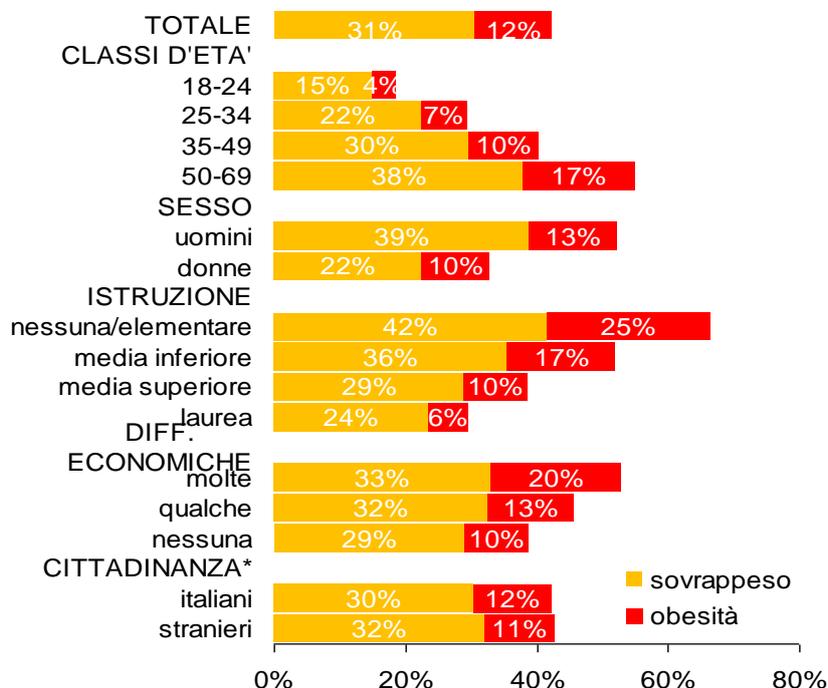


● peggiore del valore nazionale
● simile al valore nazionale
● migliore del valore nazionale

Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

L'eccesso ponderale aumenta con l'età e colpisce maggiormente le persone svantaggiate sotto il profilo socio-economico: dal 34% nel livello alto sale al 56% in quello basso, andamento confermato anche dai dati nazionali. L'analisi statistica multivariata, che corregge l'effetto di genere ed età, conferma l'associazione dell'eccesso ponderale con le classi d'età più avanzate, il genere maschile, il basso livello d'istruzione, la presenza di molte difficoltà economiche e la cittadinanza straniera.

Figura 5.22 Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche (%), Emilia-Romagna 2014-2017

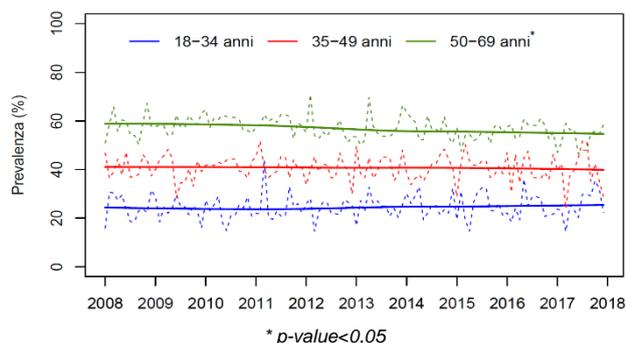


Fonte: PASSI



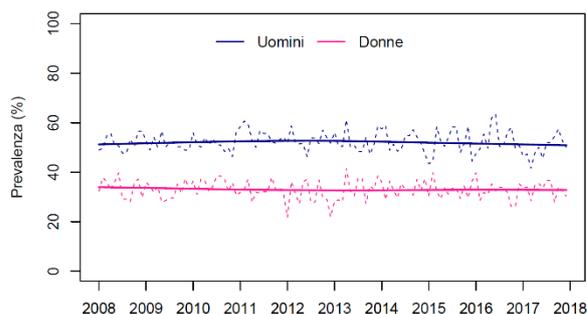
Nel periodo 2008-2017, in Emilia-Romagna, la distribuzione dell'eccesso ponderale presenta un andamento piuttosto stabile. Vi è una lieve riduzione dell'eccesso ponderale nelle persone 50-69enni statisticamente significativo e non emergono differenze significative per il genere, deve essere però ricordato che diversi studi di validazione indicano che i dati riferiti portano ad una sottostima dell'eccesso ponderale nelle donne.

Figura 5.23 Persone in eccesso ponderale per classi di età (%), Emilia-Romagna 2008-2017



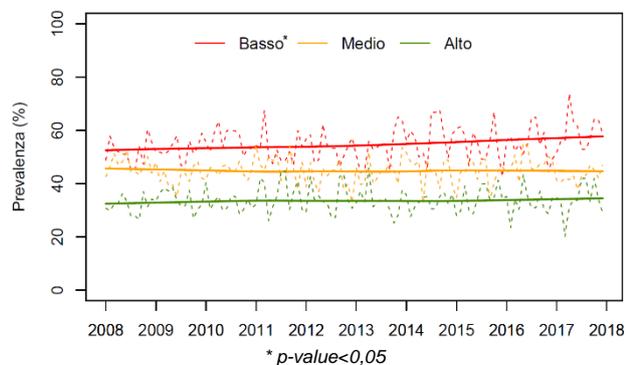
Fonte: PASSI

Figura 5.24 Persone in eccesso ponderale per genere (%), Emilia-Romagna 2008-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.25 Persone in eccesso ponderale per livello socio-economico (%), Emilia-Romagna 2008-2017



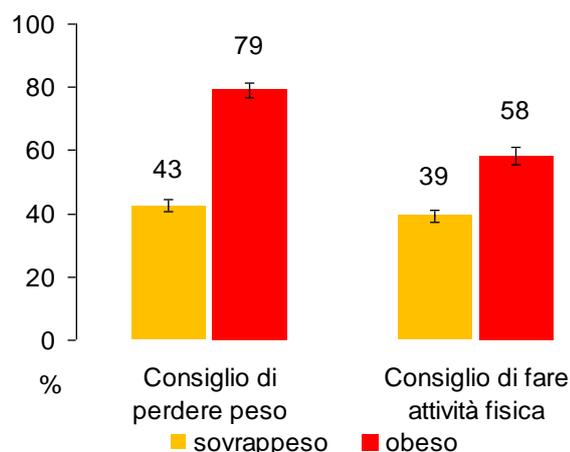
Fonte: PASSI

La percentuale di persone in eccesso ponderale per livello socio-economico appare stabile nel periodo 2008-2017 per i livelli medio e alto, appare in aumento per il livello socio-economico basso che risulta significativo anche dal punto di vista statistico.

5.5.3 I consigli da parte degli operatori sanitari

➔ In Regione oltre la metà delle persone in eccesso ponderale (53%) riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario e il 45% quello di praticare attività fisica. **L'attenzione degli operatori sanitari è prevalentemente rivolta alle persone obese**, mentre minore è la percentuale dei pazienti in sovrappeso che ricevono consigli sugli stili di vita.

Figura 5.26 Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica da parte di un operatore sanitario (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.27 Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta da parte di un operatore sanitario (%), Italia 2014-2017



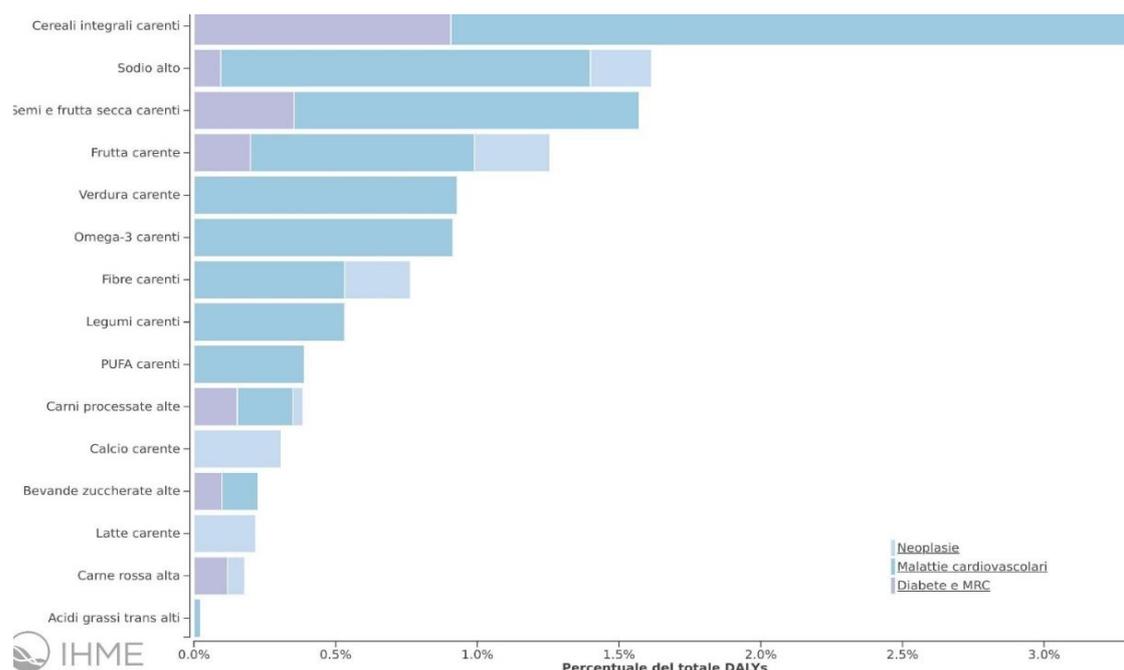
Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

5.6 Il consumo di frutta e verdura

L'alimentazione scorretta risulta tra i principali determinanti di malattia che incidono in modo importante sugli anni di vita persi per malattia o disabilità. In Italia, nel 2017 il 16% dei decessi e il 9% dei DALY sono attribuibili al fattore dieta (GBD, 2017).

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di DALY legate all'alimentazione. Tra i fattori con maggiore impatto risultano una dieta povera di cereali integrali, semi e noci e il consumo elevato di sale, seguono lo scarso consumo di frutta e verdura (Figura 5.28).

Figura 5.28 Impatto dei fattori di rischio alimentari sulla salute, espresso in percentuale di DALY, Italia 2017



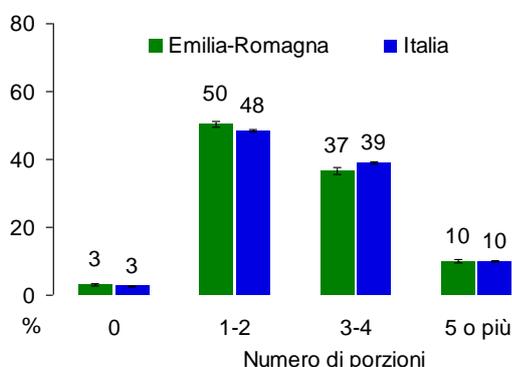
Fonte: IHME, GBD 2017 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>)

Non ci sono molte informazioni sui comportamenti alimentari sia a livello regionale sia nazionale, tuttavia un buon proxy è costituito dal consumo di frutta e verdura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda una quantità minima di 400 grammi di frutta e verdura da consumare al giorno, pari a circa 5 porzioni ("five a day"). In Emilia-Romagna, una persona su due consuma 1-2 porzioni di frutta e verdura, il 37% consuma 3-4 porzioni, mentre solo il 10% consuma le quantità minime consigliate.



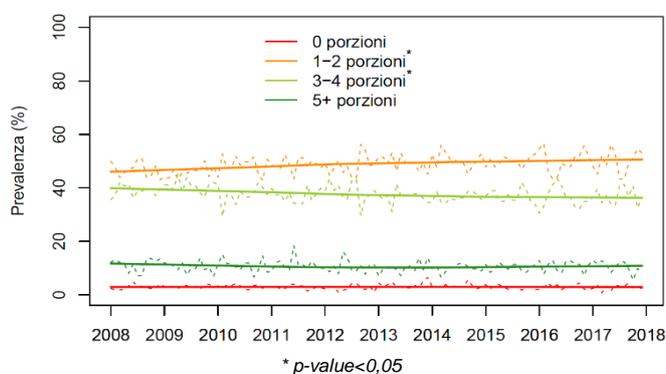
Nel periodo 2008-2017, in Emilia-Romagna, la distribuzione del consumo di frutta e verdura si mostra stabile ad eccezione delle 1-2 porzioni che presentano un andamento in crescita e le 3-4 porzioni subiscono una riduzione, andamenti statisticamente significativi. La riduzione delle 3-4 porzioni e l'aumento delle 1-2 porzioni è un fenomeno che si osserva in tutta Italia, di più nelle regioni del nord e in regione Emilia-Romagna è particolarmente accentuato; si osserva nelle persone a tutti i livelli socioeconomici, di più in quello di livello basso.

Figura 5.29 Porzioni di frutta e verdura consumate in media al giorno (%), Italia ed Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.30 Porzioni di frutta e verdura consumate in media al giorno (8%), Emilia-Romagna 2008-2017

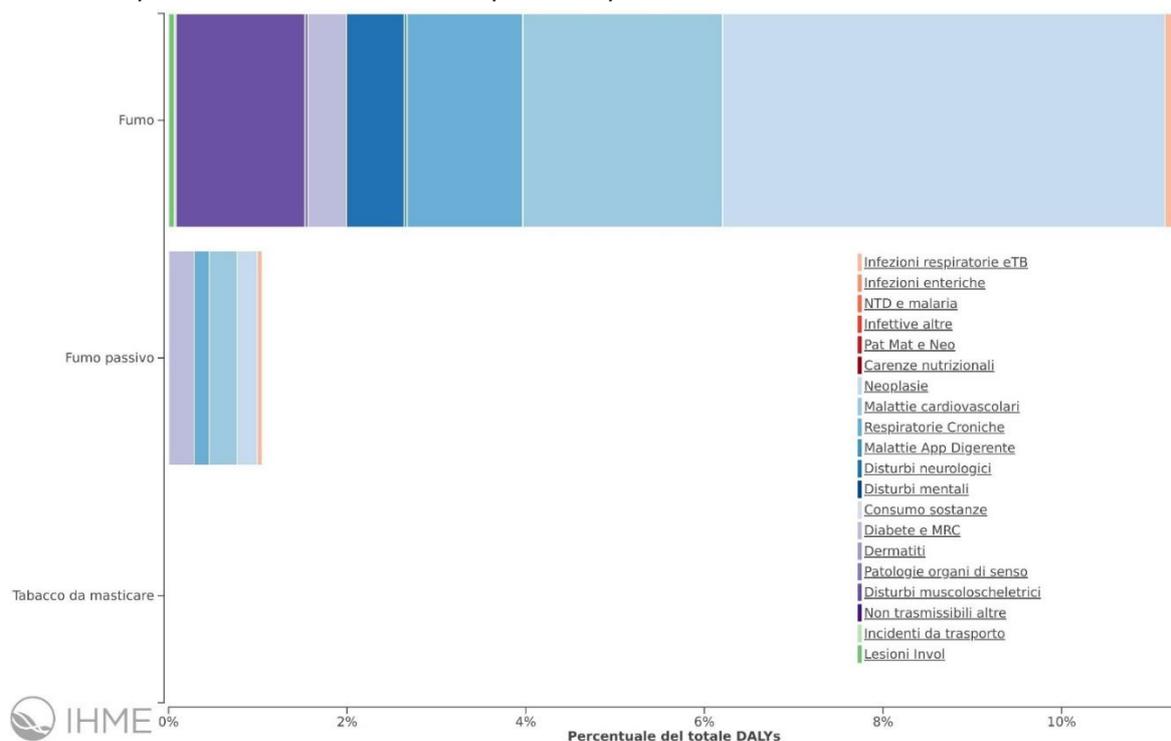


Fonte: PASSI

5.7 Abitudine al fumo di sigaretta

Il fumo di tabacco rappresenta il primo fattore di rischio evitabile di morte prematura a livello mondiale ed è responsabile per oltre 6 milioni di decessi, che sono essenzialmente le malattie croniche non trasmissibili. In Italia quasi 85.000 decessi (14% del totale) sono fumo-correlate, con oltre 1,3 milioni di anni di vita potenziale persi. Complessivamente il fumo risulta al primo posto dei DALYs persi (11%), invece al fumo passivo sono attribuiti l'1% (GBD, 2017).

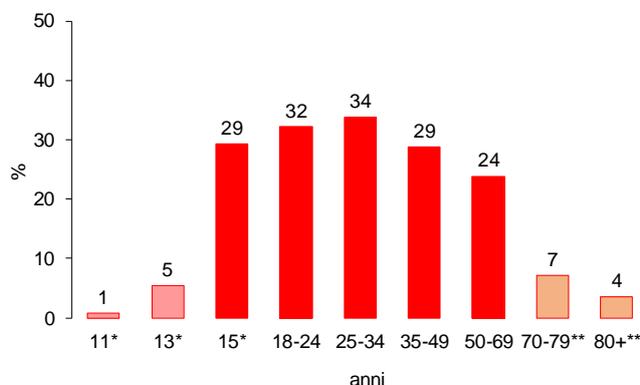
Figura 5.31 Impatto del fumo sulla salute, espresso in percentuale DALY, Italia 2017



Fonte: IHME, GBD 2017 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>)

Tra i paesi OCSE, Italia ha la più alta percentuale di fumatori adolescenti, pari a 21%, ben superiore alla media OCSE di 12% (Ocse, 2017). Infatti, i dati delle sorveglianze indicano che l'abitudine al fumo inizia precocemente.

Figura 5.32 Fumatori per età (%), Emilia-Romagna, HBSC 2014, PASSI 2014-17, PASSI d'Argento (2016-17)



Fuma sigarette l'1% degli 11enni, il 5% dei 13enni e il 29% dei 15enni.

La percentuale di fumatori sale al 32% nei 18-24enni e al 34% nei 25-34enni, per poi diminuire nelle classi d'età successive.

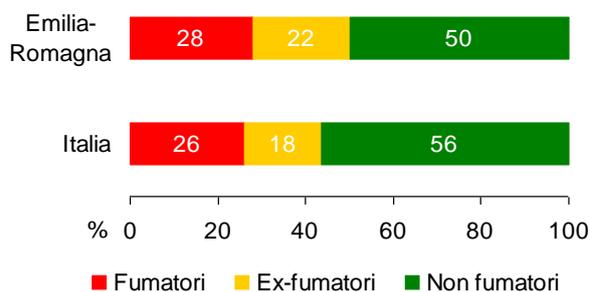
Fonte: *HBSC, PASSI, **PASSI d'Argento

In Emilia-Romagna il **28%** delle persone 18-69enni è fumatrice, pari a una stima di circa 826 mila persone in Regione; il dato è in linea con quello nazionale (26%).

Il **21%** è classificabile come forte fumatore (20 sigarette o più al giorno, pari a una stima di circa 173 mila persone).

Il **6%** dei fumatori fa uso anche di sigaretta elettronica. Solo lo 0,5% delle persone intervistate utilizza la sigaretta elettronica in maniera esclusiva. Il 12% dei fumatori fuma sempre o quasi sempre sigarette "rollate" (cioè fatte a mano).

Figura 5.33 Tipologia di fumatore (%) 18-69 anni. Italia ed Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.34 Prevalenza di fumatori (%), Italia 2014-2017

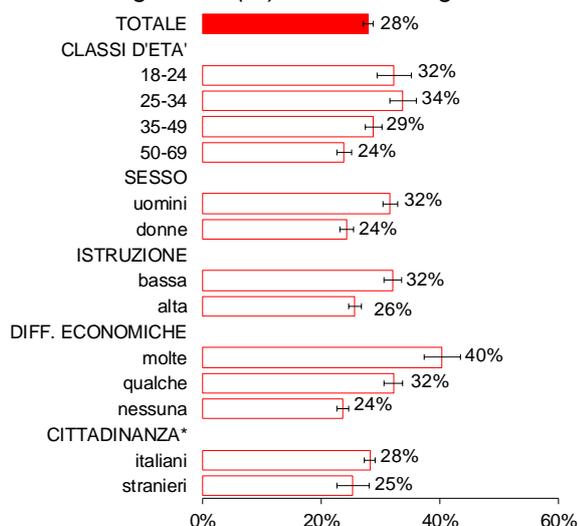


Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Sono presenti differenze non significative dal punto di vista statistico tra le AUSL regionali (range: 31% Bologna - 25% Ferrara).

Tra le Regioni emergono differenze significative (range: 21% Basilicata - 30% Umbria).

Figura 5.35 Prevalenza di fumatori 18-69 anni per caratteristiche socio-demografiche (%) Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

In Emilia-Romagna, come pure a livello nazionale, **l'abitudine al fumo di sigaretta è più diffusa nei giovani, negli uomini, nelle persone con titolo di studio basso**, in quelle con **difficoltà economiche** e nelle persone con **cittadinanza italiana**.

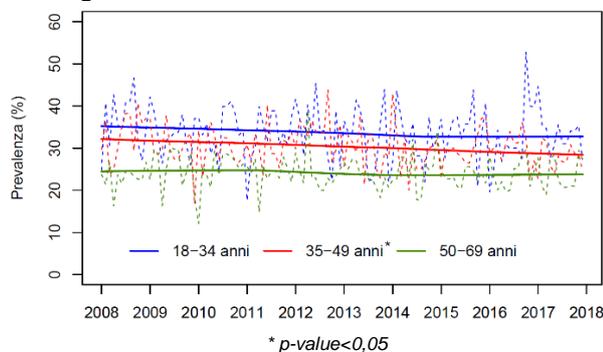
Il modello statistico multivariato conferma tutte le associazioni sopra riportate.

La distribuzione dei fumatori mostra inoltre un evidente gradiente per livello socio-economico in cui una maggior prevalenza di fumatori è associata a un **livello socio-economico basso** (38% contro il 23% livello alto).



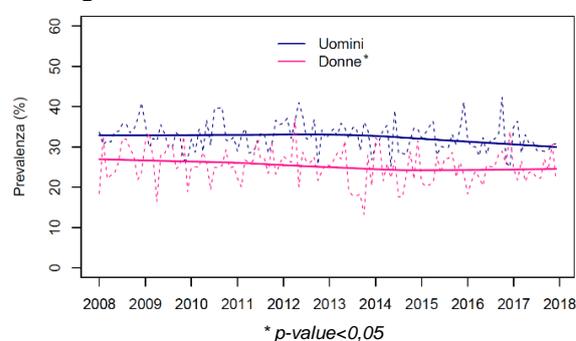
Nel periodo 2008-2017 in Emilia-Romagna, la percentuale di fumatori mostra una riduzione significativa sul piano statistico per le persone 35-49enni e per le donne.

Figura 5.36 Fumatori per classi di età (%), Emilia-Romagna 2008-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.37 Fumatori per genere (%), Emilia-Romagna 2008-2017

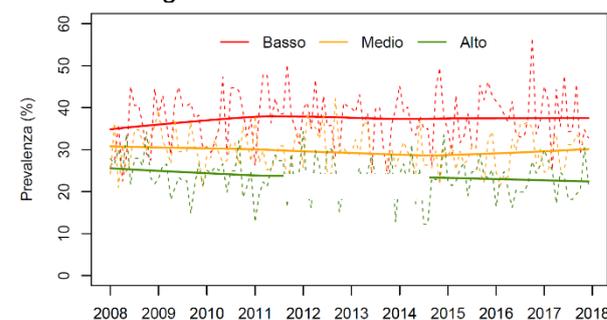


Fonte: PASSI

Nel periodo 2008-2017, la percentuale di fumatori per livello socio-economico mostra una lieve diminuzione, tra le persone con un livello socio-economico alto e medio, mostra inoltre un lieve aumento tra le persone con un livello socio-economico basso.

Questi trend non risultano essere però significativi sul piano statistico.

Figura 5.38 Fumatori per livello socio-economico (%), Emilia-Romagna 2008-2017



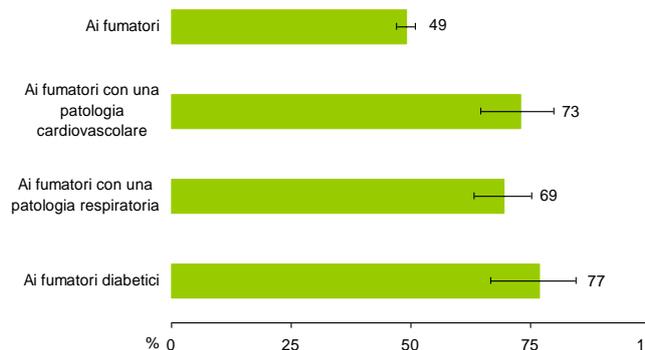
Fonte: PASSI

5.7.1 I consigli da parte degli operatori sanitari



Il 49% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, in particolare la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto il consiglio aumenta con l'età in entrambi i generi. Tra le persone con patologie croniche, il 68% dichiara di avere ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

Figura 5.39 Consiglio di smettere di fumare (%), Emilia- Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.40 Fumatori che hanno riferito il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, Italia 2014-2017



Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

5.7.2 Esposizione al fumo passivo

... in ambiente domestico

In Emilia-Romagna il 81% dichiara che non si fuma in alcun ambiente della propria abitazione, in linea con il dato nazionale (82%). La quota sale al 91% in presenza di bambini (dato nazionale 88%).

... nei locali pubblici

La maggior parte delle persone ritiene che il divieto di fumo nei luoghi pubblici sia sempre (77%) o quasi sempre (16%) rispettato (93%, valore lievemente superiore al dato nazionale - 91%); emerge un evidente gradiente territoriale.

... nei luoghi di lavoro

La maggior parte dei lavoratori ritiene che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro sia sempre (82%) o quasi sempre (11%) rispettato (93%, uguale al dato nazionale); emerge un evidente gradiente territoriale.

Figura 5.41 Persone che dichiarano che non si fuma in casa propria (%)



Figura 5.42 Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (%)



Figura 5.43 Rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro (%)



Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

5.8 Consumo di alcol

Il consumo di alcol sta assumendo un'importanza sempre maggiore in quanto i trend del consumo sono in aumento, soprattutto tra i giovani. Il consumo di alcol è associato a diverse malattie non trasmissibili (cirrosi epatica, tumori, malattie cardiovascolari, malattie neuropsichiatriche). Inoltre, risulta un'importante causa di traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, violenza), e l'esposizione durante la gravidanza invece aumenta il rischio di difetti alla nascita. Il danno causato dall'alcol si estende alle famiglie e alla società con forti ripercussioni sul piano sanitario, sociale ed economico (WHO, 2018b).

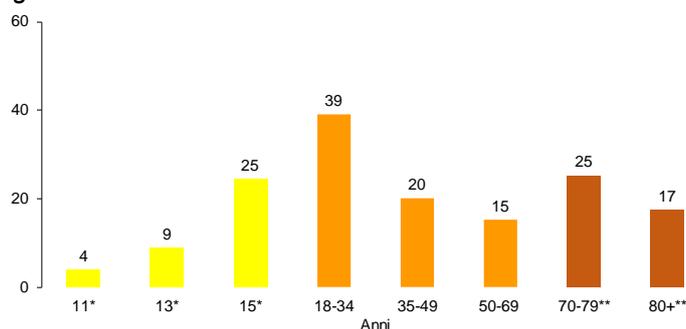
Nel 2017 si stima che il 4,3% di tutti i decessi in Italia sono attribuibile al consumo di alcol con delle differenze significative tra i generi (M=7,4%, F=1,2%), mentre il 4,1% (M=6,6%, F=1,5%) dei DALYs è alcol-correlabile (GBD, 2017).

Il consumo di alcol inizia già da molto giovani con prevalenze che indicano un rapporto alterato con l'alcol, infatti hanno un consumo frequente (ogni giorno o ogni settimana o ogni mese) circa l'8% degli 11enni, il 18% dei 13enni e il 46% dei 15enni.

Tra i 15enni il 4% ha dichiarato di assumere alcolici quotidianamente.

Già a 11 anni il 4% dichiara di essersi ubriacato almeno una volta, percentuali che salgono a 8% nei 13enni e a 34% nei 15enni.

Figura 5.44 Consumo di alcol a maggior rischio (%) per classe di età Emilia-Romagna, HBSC 2014, PASSI 2014-2017, PASSI d'Argento 2016-2017



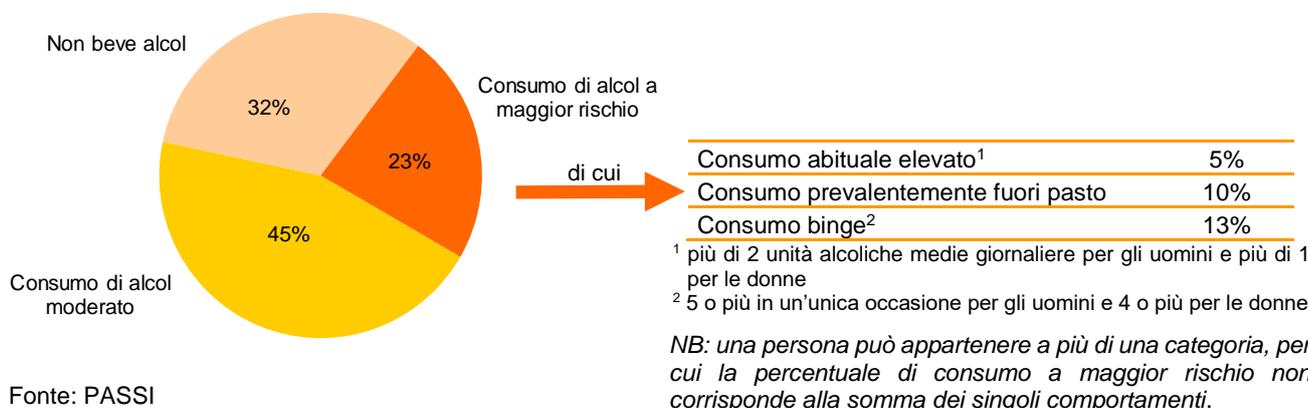
Fonte: *HBSC , PASSI, **PASSI d'Argento

NB: Ci sono definizioni differenti di consumo a rischio nelle varie sorveglianze in relazione all'effetto dell'alcol sull'organismo nelle diverse età



In Emilia-Romagna **nella fascia 18-69 anni**, la maggior parte delle persone consuma alcol (68%); **il 23% presenta un consumo di alcol a rischio**, data la presenza di almeno una modalità a rischio (quantità elevata, *binge* o fuori pasto); **il dato è maggiore della media nazionale (55%)**. Questa prevalenza corrisponde in Regione a circa 676 mila persone. Il consumo di alcol a rischio prosegue anche nella popolazione anziana (28% nei 65-74enni e 20% negli ultra 75enni).

Figura 5.45 Tipologia di consumo di alcol (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Figura 5.46 Consumo di alcol a maggior rischio (%), Italia 2014-2017

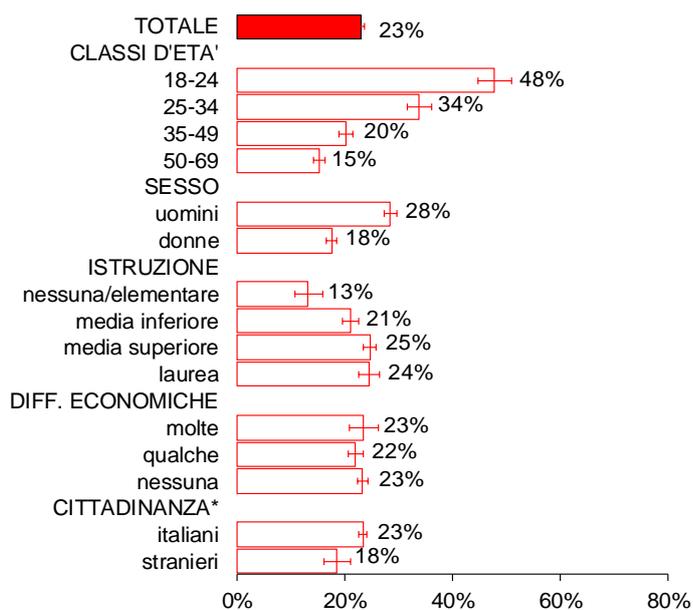


Il consumo di alcol a rischio mostra differenze significative tra le AUSL regionali (range: 25% Rimini - 18% Ferrara).

Inoltre presente un **mercato gradiente territoriale, con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali** (range: 40% Provincia Autonoma Bolzano – 10% Puglia)

Fonte: PASSI <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Figura 5.47 Consumo di alcol a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche (%), Emilia-Romagna 2014-2017



Fonte: PASSI

Il consumo di alcol a **maggior rischio** è più diffuso **tra gli uomini**, nella **classe di età più giovane** (52% nei ragazzi di 18-24 anni e 43% nelle ragazze della stessa età) e, diversamente dagli altri fattori di rischio considerati, nelle persone con un **livello d'istruzione medio-alto**.

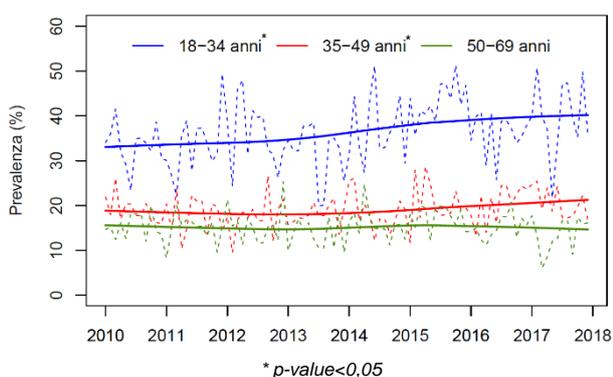
Il modello statistico multivariato, condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, mostra un'associazione positiva per la classe d'età 18-24 anni, il genere maschile, l'istruzione medio-alta, le molte difficoltà economiche e la cittadinanza italiana.

Inoltre, la distribuzione del consumo di alcol a maggior rischio mostra un evidente gradiente per livello socio-economico: la maggior prevalenza è associata a un **livello socio-economico alto** (23% contro il 18% livello basso).



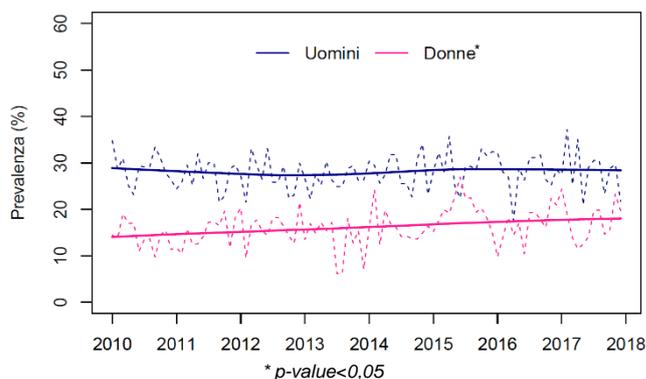
Nel periodo 2010-2017 in Emilia-Romagna, **il consumo di alcol a maggior rischio appare in lieve aumento**. Questo andamento risulta essere statisticamente significativo tra i più giovani, i 35-49enni e le donne.

Figura 5.48 Consumo di alcol a maggior rischio per classi di età (%), Emilia-Romagna 2010-2017



Fonte: PASSI

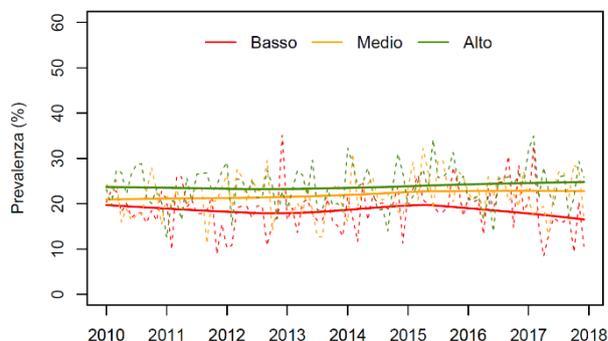
Figura 5.49 Consumo di alcol a maggior rischio per genere (%), Emilia-Romagna 2010-2017



Fonte: PASSI

L'andamento per livello socio-economico è pressoché stabile nel periodo 2010-2017.

Figura 5.50 Consumo di alcol a maggior rischio per livello socio-economico (%), Emilia-Romagna 2010-2017



Fonte: PASSI

Le sorveglianze, Passi in particolare, indicano che i fattori comportamentali mantengono alte prevalenze anche in presenza di patologie croniche (si veda Capitolo 9 per dettaglio).

Bibliografia

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO Global report. World Health Organization, 2005. [http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/, ultimo accesso 12/02/2019]

Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). Data Resources. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. [<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, ultimo accesso 12/02/2019]

Global Burden of Disease Study, Global, regional and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392:1923-94.

Organization for Economic Co-operation and Development. Indicatori OCSE- Italia a confronto. OSCE, 2017. [<https://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>, ultimo accesso: 12/02/2019]

WHO Regional Committee for Europe. Action plan for the prevention and control of non communicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization, 2017. [<http://www.who.int/iris/handle/10665/259232>, ultimo accesso 12/02/2019]

World Health Organization. Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles. World Health Organization, 2018. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>, ultimo accesso: 12/02/2019]

World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018b. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Sitografia

La sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

La sorveglianza PASSI d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

OKkio alla salute. www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/>