

# INDAGINE CONOSCITIVA SULLE ABITUDINI DI VITA DEGLI ASSISTITI E SULL'ATTIVITA' DI PROMOZIONE DEGLI STILI DI VITA DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI NELL'ASL DI BRESCIA 2006-2010

(a cura di: Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Prevenzione Medico, Servizio Educazione alla Salute)

## 1. INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità le patologie non trasmissibili sono responsabili dell'86% dei decessi in Europa, con tendenza costante all'aumento anche dei relativi costi diretti e indiretti, che consumano in media il 77% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione europea [1]. Esistono prove scientifiche convincenti che stili di vita non salutari (alimentazione non corretta, fumo, abuso di alcol, insufficiente attività fisica) costituiscano fattori di rischio causali per numerose patologie croniche e spieghino quasi il 50% delle malattie negli uomini e quasi il 25% nelle donne, nei paesi europei più sviluppati [2].

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani sono quindi gli strumenti più validi e importanti per affrontare malattie croniche come cardiopatie, ictus, diabete, cancro e malattie respiratorie e si configurano come punti focali dell'azione del Servizio Sanitario Nazionale. Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 pone al primo posto la necessità di "organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione" e ribadisce, inoltre, che la prevenzione dei rischi per la salute si realizzi anche attraverso la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del sistema sanitario. Più precisamente, sottolinea la necessità di rendere stabile una periodica sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali.

A livello nazionale stanno maturando varie esperienze che vanno in questa direzione, tra cui lo studio **PASSI** [3], il programma ministeriale "**Guadagnare salute**" e l'istituzione di una piattaforma nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo, che ribadiscono la priorità di puntare su stili di vita sani.

Se è vero che per poter realizzare un'opera di prevenzione efficace sugli stili di vita c'è bisogno di un'azione integrata di tutta la società civile (industria alimentare, scuola, pianificazione urbana, politiche fiscali, ecc), è altresì vero che gli operatori sanitari sono chiamati a giocare un ruolo da protagonisti nella promozione di stili di vita sani, in quanto ciò rappresenta uno dei compiti principali della sanità pubblica ed è fondamentale che tutti abbiano accesso ai servizi sanitari e alle diverse opportunità di prevenzione delle malattie e promozione della salute. Non bisogna trascurare il ruolo di autorevoli testimoni e mediatori che gli operatori sanitari possono giocare.

Nella sua accezione classica, la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica. Un sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione dovrebbe:

- essere rappresentativo della popolazione
- fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica
- consentire di monitorare e valutare i programmi di salute intrapresi e metterne a punto efficaci azioni correttive
- essere ben accettato dagli assistiti
- non essere troppo costoso (buon rapporto costo beneficio)

L'ASL di Brescia, da tempo impegnata nel controllo delle Patologie Croniche, ha negli ultimi anni dato, con diversi programmi e progetti, maggior impulso alla promozione di stili di vita salutari. In

particolare si è cercato di sensibilizzare e formare gli operatori sanitari ad integrare nella loro pratica quotidiana la promozione/prescrizione di stili di vita sani.

Essendo fondamentale valutare l'impatto di tali progetti, è sorta di conseguenza la necessità di allestire una metodologia che permettesse in modo semplice e con bassi costi di rilevare e monitorare sia l'impatto sulle abitudini di vita degli assistiti, sia l'attività di promozione di stili di vita sani svolta dagli operatori sanitari.

È così stata concepita la metodologia della presente indagine che, sfruttando il momento della visita medica per il conferimento e il rinnovo della patente di guida, ha permesso di raccogliere informazioni valide e rappresentative durante un'attività già in corso, senza eccessivo impegno di tempo extra da parte del personale sanitario (trattasi di questionari autocompilati) e con un'alta accettazione da parte degli assistiti. Nell'ultimo anno si è ampliata la rilevazione anche agli ambulatori di vaccinazione pediatrica e agli ambulatori medici per il rinnovo del porto d'armi.

I dati che qui vengono presentati sono stati raccolti in tre tornate: nel 2006, 2008 e nel 2010.

### **OBIETTIVI SPECIFICI DELL'INDAGINE**

L'obiettivo primario dell'indagine è quello di:

- monitorare, nell'ambito dell'ASL di Brescia, la prevalenza di alcuni stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica), identificando eventuali gruppi di soggetti a rischio;
- analizzare la percezione degli assistiti riguardo alle azioni di promozione della salute attuate dai MMG e da altri operatori sanitari. L'informazione raccolta dal "punto di vista degli assistiti" è particolarmente interessante perché va a valutare più direttamente il reale impatto che l'azione di promozione ed educazione sanitaria ha sui beneficiari;
- Valutare eventuali cambiamenti dei suddetti stili di vita dal 2006 al 2010.

## **2. METODI**

### **Disegno dell'indagine:**

Si tratta di un'inchiesta tramite questionario anonimo auto-somministrato su un campione della popolazione adulta replicata in diverse fasi temporali:

*1° Fase:* ottobre - dicembre 2006

*2° Fase:* dicembre 2007 - marzo 2008

*3° Fase:* giugno - settembre 2010

Il questionario è stato somministrato a tutti coloro che effettuavano la visita per il conseguimento o il rinnovo della patente di guida presso gli ambulatori distrettuali dell'ASL di Brescia; nella terza fase dell'indagine, per garantire una maggior rappresentatività, il questionario è stato proposto anche:

- agli utenti di alcune autoscuole private iscritte all'ABA (Associazione Bresciana Autoscuole);
- ai genitori che accompagnavano i bambini agli ambulatori per vaccinazione pediatrica;
- agli utenti degli ambulatori medici per il rinnovo del porto d'armi.

Questa metodologia di campionamento, pur non garantendo la selezione di un campione perfettamente casuale, pesca sostanzialmente dalla popolazione adulta sana e sembra offrire la possibilità di un ampio indice di risposta.

Durante le visite, il questionario veniva consegnato da un assistente sanitario o un infermiere agli utenti dell'ambulatorio, fornendo spiegazioni circa le finalità dello studio e invitandola ad autocompletarlo e a deporlo in apposito box.

### Questionario:

Il questionario si compone di varie sezioni, per la raccolta di:

- Informazioni generali sull'intervistato/a: anno di nascita, sesso, residenza, titolo di studio, peso, altezza;
- Informazioni riguardo all'abitudine al fumo dell'intervistato ed atteggiamento del MMG;
- Informazioni riguardanti le abitudini alimentari dell'intervistato ed atteggiamento del MMG;
- Informazioni riguardanti l'attività fisica svolta dall'intervistato ed atteggiamento del MMG.

### Differenze del questionario nelle tre fasi dell'indagine:

L'indagine del Progetto Cuore è stata effettuata per la prima volta nel 2006, una seconda volta nel 2008 e per la terza volta nel 2010; la ripetizione dell'indagine a distanza di tempo permette di valutare eventuali cambiamenti degli stili di vita degli assistiti con una modalità di monitoraggio sostenibile e riproducibile anche in futuro. Da una fase dell'indagine alla successiva il questionario ha subito alcune modifiche che possono essere così schematizzate:

- tra la prima e la seconda fase dell'indagine non sono state apportate modifiche, ad eccezione dell'aggiunta, nella sezione "*Informazioni generali*" di una casella da barrare in caso di gravidanza in corso.
- il questionario del 2010 è stato invece modificato in modo più sostanziale: sono rimaste invariate la parte relativa alle "*Informazioni generali*" e quella relativa al fumo di sigaretta, mentre sono state riviste ed ampliate le aree relative all'alimentazione e all'attività fisica.

La domanda riguardante il consumo di verdura nelle prime fasi dell'indagine era così formulata:

#### 11) Quanta verdura mangia? (una porzione equivale ad un pugno chiuso o ad un piatto piccolo)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tutti i giorni più di una porzione      | <input type="checkbox"/> Una porzione 2-3 volte a settimana |
| <input type="checkbox"/> Tutti i giorni una porzione o poco meno | <input type="checkbox"/> Raramente o mai                    |

Nel 2010 è stata sostituita da una domanda più dettagliata, nella quale, in caso di risposta "**Consumo verdura tutti i giorni**" si chiedeva di specificare il numero di porzioni:

#### 11a) Quanta verdura mangia? (una porzione equivale ad un pugno chiuso o ad un piatto piccolo)

- Tutti i giorni; indicare il numero di porzioni giornaliere \_\_\_\_\_
- Una porzione 2-3 volte a settimana
- Raramente o mai

Sempre nel 2010 è stato introdotto un quesito analogo relativo al consumo di frutta (non indagato precedentemente).

Per quanto riguarda l'attività fisica, il cambiamento dagli anni 2006/2008 risulta ancora più evidente.

Nelle prime due indagini la domanda sull'attività fisica era posta nel seguente modo:

#### 15) Pratica sport o attività fisica (come fare passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta o altro) **regolarmente** (almeno 30 minuti continuativi al giorno per 3-4 giorni alla settimana) ?

- Non pratica né uno sport né un'attività fisica regolare
- Pratico sport e/o attività fisica in modo occasionale
- Non pratico uno sport ma svolgo un'attività fisica regolarmente
- Pratico uno o più sport regolarmente

Nell'indagine del 2010 la domanda è stata ampliata chiedendo di precisare il tipo di attività fisica svolta e il tempo dedicato ad ogni tipologia:

**15a) In media alla settimana quanto tempo dedica ad attività fisica LEGGERA**

(camminare, giardinaggio, golf, bicicletta lentamente, caccia , pesca, bocce)

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**15b) In media alla settimana quanto tempo dedica ad attività fisica**

**MODERATA** (camminare velocemente, jogging, ginnastica, bicicletta 16km/h, sport non agonistico)

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**15c) In media alla settimana quanto tempo dedica ad attività fisica INTENSA**

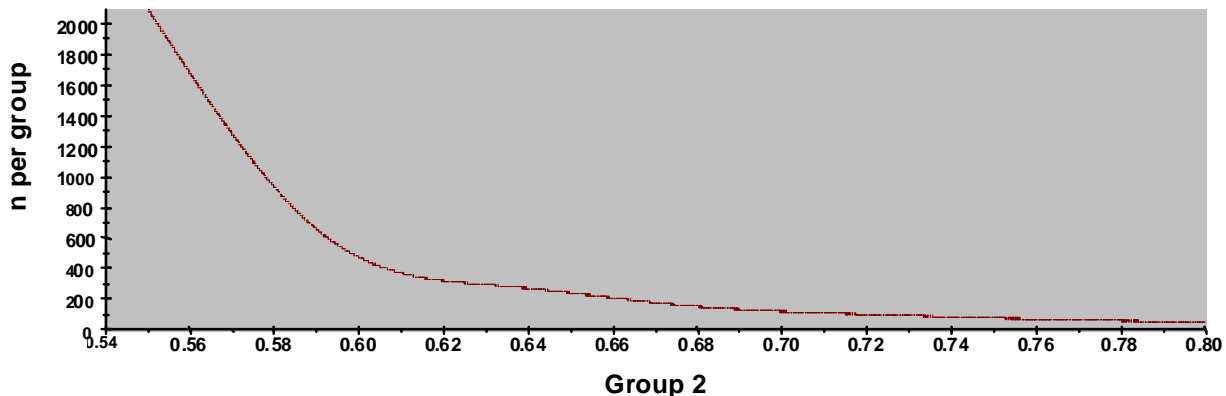
(attività che causa evidente sudorazione, sport agonistici)

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**Dimensione del campione**

Per poter evidenziare una differenza statisticamente significativa del 5% tra le proporzioni di due gruppi con una potenza del 90% e un valore  $\alpha=0,05$ , partendo da una percentuale del 50% (proporzione stimata dei MMG che danno informazioni riguardo al fumo) servono 2000 soggetti (si veda figura 1 per dettagli).

**Figura 1:** Correlazione tra numerosità campionaria [y] e proporzione nel gruppo-2 [x] per ottenere una differenza significativa tra gruppo-1 rispetto al gruppo-2, partendo da una percentuale del gruppo -1 del 50% con potenza 90% e valore  $\alpha= 0.05$



La numerosità minima è quindi di 1000 soggetti per ognuna delle fasi; la numerosità auspicabile di 2000 soggetti.

**Considerazione etiche.** Essendo un questionario autocompilato in forma anonima non si è resa necessaria la raccolta di un consenso informato firmato da parte dei partecipanti né l'approvazione da parte di comitati etici.

**Analisi statistica.** Per studiare l'esistenza di associazioni tra le variabili sesso, età, IMC (Indice di Massa Corporea), livello di studio sono stati impiegati i comuni metodi di analisi statistica univariata e multivariata (usando il software *STATA 9.1, College Station, Texas 77845 USA*). Tutti i test statistici sono stati condotti usando la soglia del 5% ( $p=0,05$ ) per rifiutare l'ipotesi nulla con test a due code.

**Presentazione dei dati.**

Vengono presentati i dati delle tre fasi dell'indagine in modo cumulativo ed evidenziando eventuali differenze riscontrate nelle tre fasi.

### 3. RISULTATI

La Tabella 1 mostra la distribuzione dei questionari in base al distretto di provenienza nelle tre fasi dell'indagine.

Nell'ultima fase (indagine 2010) sono stati raccolti 2.058 questionari (1.742 pervenuti dagli ambulatori distrettuali per le certificazioni per il rilascio/rinnovo della patenti d'auto, 192 dalle autoscuole private, 114 dagli ambulatori vaccinali e 9 dagli ambulatori per il rinnovo del porto d'armi). 31 questionari sono stati considerati incompleti in quanto privi dell'indicazione del sesso e/o dell'età e pertanto sono stati esclusi dall'analisi.

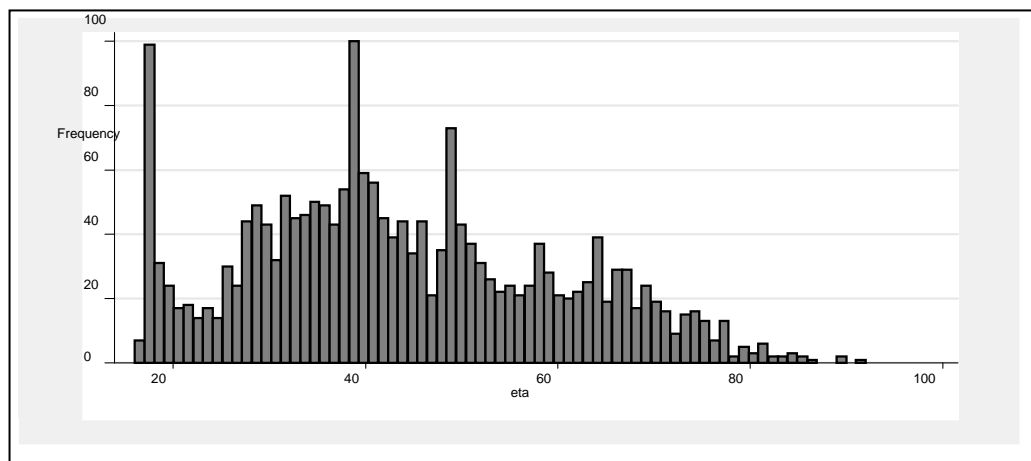
**Tabella 1: Distribuzione del campione per Distretto di provenienza nelle tre fasi dell'indagine**

	1° fase: anno 2006		2° fase: anno 2008		3° fase: anno 2010	
	N°	%	N°	%	N°	%
DISTR. 01 - Brescia	199	11,0 %	131	7,5 %	233	11,5 %
DISTR. 02 - Brescia Ovest	186	10,3 %	170	9,7 %	171	8,4 %
DISTR. 03 - Brescia Est	306	17,0 %	313	17,9 %	226	11,2 %
DISTR. 04 - Valle Trompia	205	11,4 %	163	9,3 %	152	7,5 %
DISTR. 05 - Sebino	120	6,7 %	122	7,0 %	122	6,0 %
DISTR. 06 - Monte Orfano	133	7,4 %	139	8,0 %	72	3,6 %
DISTR. 07 - Oglio Ovest	81	4,5 %	96	5,5 %	146	7,2 %
DISTR. 08 - Bassa Bresciana Occidentale	80	4,4 %	75	4,3 %	37	1,8 %
DISTR. 09 - Bassa Bresciana Centrale	211	11,7 %	251	14,4 %	270	13,3 %
DISTR. 10 - Bassa Bresciana Orientale	37	2,1 %	54	3,1 %	67	3,3 %
DISTR. 11 - Garda	137	7,6 %	136	7,8 %	283	14,0 %
DISTR. 12 - Vallesabbia	106	5,9 %	96	5,5 %	231	11,4 %
<b>TOTALE QUESTIONARI RACCOLTI</b>	<b>1.801</b>		<b>1.746</b>		<b>2.058</b>	
<b>TOTALE QUESTIONARI VALIDI</b>	<b>1.779</b>		<b>1.713</b>		<b>2.027</b>	

Il 55,9% dei soggetti partecipanti all'indagine del 2010 è di sesso femminile; in particolare i questionari raccolti durante le vaccinazioni pediatriche sono stati compilati quasi esclusivamente da donne (110 questionari su 113).

L'età media è di 43,8 anni (DS=15,8; min=16; max=92), con i maschi di circa 5 anni più anziani rispetto alle donne (46,6 vs 41,6; p=0.0001). In ognuna delle tre fasi dell'indagine si nota un picco intorno al 18-19esimo anno d'età e nelle decadi successive, in corrispondenza dei momenti di rinnovo delle patenti d'auto (Figura 2).

**Figura 2: Distribuzione del campione per età (Indagine 2010)**



Considerando solo l'ultima fase dell'indagine si nota una prevalenza maggiore di donne nella fascia d'età 25-39 anni, mentre nelle fasce d'età più avanzate prevalgono i maschi (Tabella 2/a). Una distribuzione simile era stata riscontrata anche nelle indagini precedenti (Tabella 2/b).

**Tabella 2/a: Distribuzione per classi d'età (Indagine 2010)**

Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
<25 anni	12,3% (n=110)	10,3% (n=117)	11,2% (n=227)
25-39 anni	24,4% (n=218)	40,3% (n=457)	33,3% (n=675)
40-59 anni	38,6% (n=345)	35,1% (n=398)	36,7% (n=743)
>=60 anni	24,7% (n=221)	14,2% (n=161)	18,9% (n=382)
<b>Totale</b>	<b>44,1% (n=894)</b>	<b>55,9% (n=1.133)</b>	<b>2.027</b>

**Tabella 2/b: Distribuzione per classi d'età (Indagine complessiva)**

Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
<25 anni	7,5% (n=199)	7,2% (n=207)	7,4% (n=406)
25-39 anni	26,5% (n=703)	38,6% (n=1.107)	32,8% (n=1.810)
40-59 anni	36,2% (n=959)	34,9% (n=998)	35,5% (n=1.957)
>=60 anni	29,8% (n=791)	19,4% (n=555)	24,4% (n=1.346)
<b>Totale</b>	<b>48,1% (n=2.652)</b>	<b>51,9% (n=2.867)</b>	<b>5.519</b>

Rispetto alle indagini del 2006 e del 2008 si è avuto un aumento della percentuale di soggetti di sesso femminile (50,2% nel 2006 e 49,0% nel 2008;  $p < 0,0001$ ) e una riduzione dell'età media (45,8 anni nel 2006 e 49,7 anni nel 2008). Il motivo di queste variazioni è da ricercare nel cambiamento della metodologia di selezione instaurata.

In tutte le tre indagini si nota la maggior anzianità tra i maschi di circa 5 anni.

La distribuzione della popolazione indagata nel 2010 per titolo di studio e classe d'età è riportata nelle tabelle 3/a e 3/b. Si noti:

- una maggior frequenza di soggetti con titolo di studio basso (elementare) tra i soggetti di 60 anni ed oltre;
- una maggior percentuale di laureati tra la classe 25-39 anni;
- una maggior percentuale di soggetti con diploma di media inferiore tra coloro con meno di 25 anni, giustificata dalla presenza di un elevato numero di soggetti che per la giovane età non hanno ancora raggiunto il titolo di studio superiore (106 soggetti con età <19 anni);
- i dati risultavano sostanzialmente simili a quelli degli scorsi anni.

**Tabella 3/a: Distribuzione per titolo di studio (Indagine 2010)**

Titolo di studio	Classe d'età				Totale
	<25	25-39	40-59	>=60	
Elementare	3,1%	1,5%	6,6%	42,7%	<b>11,3% (n=229)</b>
Media inferiore	44,9%	23,7%	36,9%	25,9%	<b>31,3% (n=635)</b>
Scuola professionale	12,3%	14,7%	14,0%	8,6%	<b>13,0% (n=264)</b>
Media Superiore	33,5%	37,6%	31,6%	15,2%	<b>30,7% (n=623)</b>
Laurea	2,2%	20,74%	9,7%	6,0%	<b>11,8% (n=240)</b>
Non risponde	4,0%	1,8%	1,2%	1,6%	<b>1,8% (n=36)</b>
<b>Totale</b>	<b>227</b>	<b>675</b>	<b>743</b>	<b>382</b>	<b>2.027</b>

**Tabella 3/b: Distribuzione per titolo di studio (Indagine complessiva)**

Titolo di studio	Classe d'età				Totale
	<25 anni	25-39 anni	40-59 anni	>=60 anni	
Elementare	3,7%	1,3%	9,7%	47,2%	<b>15,7% (n=864)</b>
Media inferiore	45,8%	25,3%	33,9%	23,6%	<b>29,5% (n=1.626)</b>
Scuola professionale	12,3%	15,7%	14,2%	7,3%	<b>12,9% (n=710)</b>
Media Superiore	33,2%	37,3%	30,8%	14,9%	<b>29,3% (n=1.615)</b>
Laurea	2,0%	18,9%	10,2%	4,7%	<b>11,1% (n=614)</b>
Non risponde	3,0%	1,4%	1,2%	2,1%	<b>1,6% (n=90)</b>
<b>Totale</b>	<b>406</b>	<b>1.810</b>	<b>1.957</b>	<b>1.346</b>	<b>5.519</b>

Si è osservata una correlazione inversa tra titolo di studio e Indice di Massa Corporea (IMC, detto anche BMI, Body Mass Index), calcolato in base a peso ed altezza indicati dai soggetti partecipanti. Dopo aggiustamento per sesso ed età l'IMC dei laureati è risultato essere più basso di 1,5 rispetto a quello dei soggetti con la sola licenza elementare.

In base al valore dell'IMC i soggetti sono stati divisi in quattro categorie:

- soggetti magri                   IMC < 18,5
- soggetti normopeso           IMC 18,5 -24,9
- soggetti sovrappeso           IMC 25,0-29,9
- soggetti obesi                   IMC ≥ 30

Nel campione del 2010 l'IMC medio è 24,2 (ds=4,0), più elevato per il sesso maschile (maschi 25,5; femmine 23,1; p<0,0005) e correlato positivamente con l'età (indice di correlazione 0,31; p<0,0005). Più della metà dei maschi (tabella 4/a) è risultata in sovrappeso (40,8%) o obeso (10,1%); inferiori le percentuali tra le femmine, anche se bisogna tener conto della diversa distribuzione per età e del fatto che si tratta di dati riferiti e non misurati.

I dati sono praticamente sovrapponibili a quanto riscontrato nelle fasi precedenti (differenza di IMC per anno p=0,19).

**Tabella 4/a: Distribuzione in base all'IMC e al SESSO (indagine 2010)**

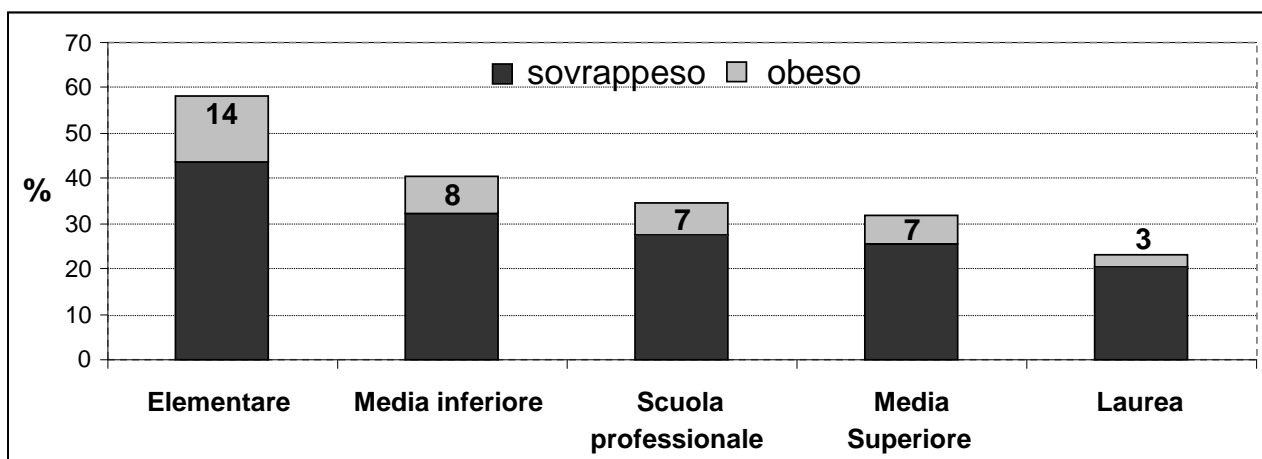
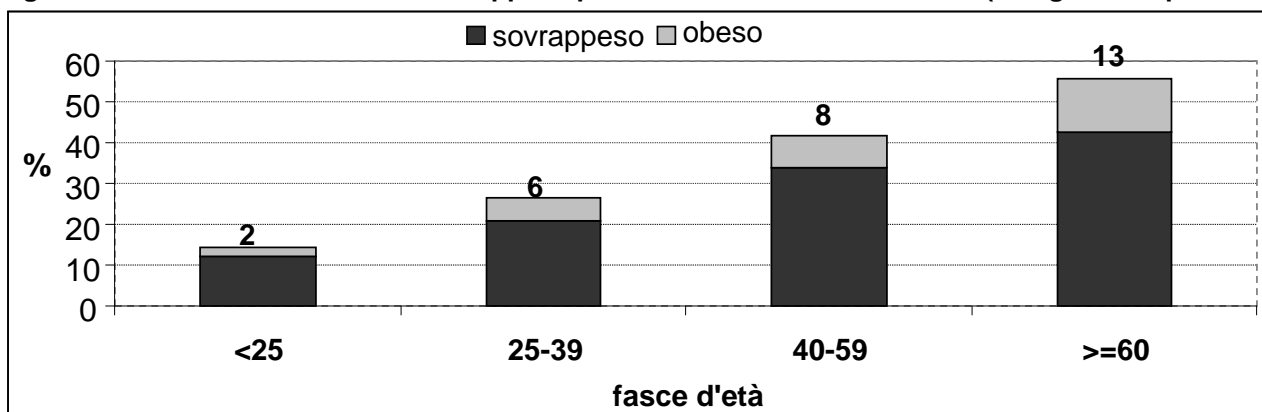
IMC	Maschi	Femmine	Totale
<b>Magro (&lt;18,5)</b>	0,6% (n=5)	6,7% (n=74)	<b>4,0% (n=79)</b>
<b>Normale (18,5-24,9)</b>	48,5% (n=426)	67,7% (n=750)	<b>59,2% (n=1.176)</b>
<b>Sovrappeso (25-29,9)</b>	40,8% (n=358)	18,9% (n=209)	<b>28,6% (n=567)</b>
<b>Obeso (&gt;=30)</b>	10,1% (n=89)	6,7% (n=74)	<b>8,2% (n=163)</b>
<b>Totale</b>	<b>878</b>	<b>1.107</b>	<b>1.985</b>

**Tabella 4/b: Distribuzione in base all'IMC e al SESSO nelle tre fasi dell'indagine**

IMC	1° fase: anno 2006	2° fase: anno 2008	3° fase: anno 2010	Indagine complessiva
<b>Magro (&lt;18,5)</b>	4,2% (n=71)	2,8% (n=47)	4,0% (n=79)	<b>3,7% (n=197)</b>
<b>Normale (18,5-24,9)</b>	57,1% (n=975)	58% (n=977)	59,2% (n=1.176)	<b>58,2% (n=3.128)</b>
<b>Sovrappeso (25-29,9)</b>	30,8% (n=527)	31,5% (n=531)	28,6% (n=567)	<b>30,2% (n=1.625)</b>
<b>Obeso (&gt;=30)</b>	7,9% (n=135)	7,6% (n=128)	8,2% (n=163)	<b>7,9% (n=426)</b>
<b>Totale</b>	<b>1.708</b>	<b>1.683</b>	<b>1.985</b>	<b>5.376</b>

L'IMC risulta fortemente associato, oltre che al sesso maschile, anche all'età e al basso titolo di studio, come le figure sottostanti mostrano chiaramente. L'analisi multivariata conferma tali associazioni.

**Figura 3: Prevalenza di obesità e sovrappeso per fasce d'età e titolo di studio (Indagine complessiva)**



Nel 2010 i soggetti che avevano incontrato il proprio MMG almeno per una visita o un colloquio nel mese precedente erano il 35,1%, una percentuale leggermente inferiore a quella degli anni precedenti; tale differenza si spiega con la diversa tipologia di campionamento che ha portato a selezionare una popolazione più giovane.

**Tabella 5: Distribuzione in base all'ultima visita presso il proprio MMG nelle tre fasi dell'indagine**

Ultimo incontro o visita con proprio MMG	1° fase: anno 2006	2° fase: anno 2008	3° fase: anno 2010	Indagine complessiva
Ultimo mese	42,6% (n=757)	36,1% (n=618)	35,1% (n=712)	<b>37,8% (n=2.087)</b>
2-6 mesi passati	31,9% (n=568)	31,6% (n=541)	33,8% (n=685)	<b>32,5% (n=1.794)</b>
6-12 mesi passati	14,8% (n=264)	15,3% (n=262)	16,4% (n=332)	<b>15,5% (n=858)</b>
1-5 anni passati	6,5% (n=116)	10,7% (n=184)	9,5% (n=193)	<b>8,9% (n=493)</b>
Più di 5 anni fa	2,3% (n=41)	2,7% (n=46)	3,0% (n=61)	<b>2,7% (n=148)</b>
Non risponde	1,9% (n=33)	3,6% (n=62)	2,2% (n=44)	<b>2,5% (n=139)</b>
<b>Totale</b>	<b>1.779</b>	<b>1.713</b>	<b>2.027</b>	<b>5.519</b>



### 3.1 ABITUDINE AL FUMO

La sezione del questionario relativa al fumo non è stata modificata nelle tre fasi dell'indagine; è stato chiesto ai partecipanti di definirsi, in base alla propria abitudine al fumo, **non fumatori**, **ex fumatori** (da più di un anno), **ex fumatori** (da meno di un anno), **fumatori** (almeno una sigaretta al giorno).

Non tutti hanno risposto alla domanda: i soggetti che hanno indicato il proprio comportamento rispetto al fumo nelle 3 indagini sono stati 5.458 (figura 4); i non fumatori, complessivamente, sono 3.509 pari al 63,6% (IC95% 62,3%-64,8%), gli ex fumatori (che hanno smesso di fumare da più di un anno) il 12,8% (IC95% 11,9%-13,7%) e i fumatori il 20,7% (IC95% 19,6%-21,8%).

Le proporzioni nei diversi anni delle indagini sono cambiate marginalmente (Tabella 6) e per lo più solo a causa della diversa struttura d'età e sesso nelle popolazioni selezionate nei tre periodi: correggendo per sesso ed età le differenze tra gli anni scompaiono.

Figura 4: Prevalenza dell'abitudine al fumo

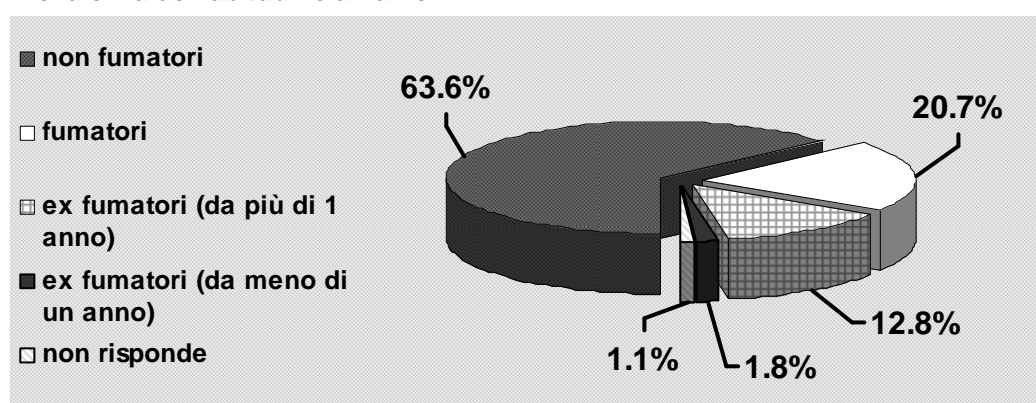


Tabella 6: Distribuzione in base all'abitudine al fumo nelle tre fasi dell'indagine

	1° fase: anno 2006	2° fase: anno 2008	3° fase: anno 2010
<b>NON FUMATORE</b>	63,8%	62,9%	64,0%
<b>EX-fumatore da PIU' di un anno</b>	13,1%	12,8%	12,5%
<b>EX-fumatore da MENO di un anno</b>	0,3%	3,0%	2,0%
<b>FUMATORE</b>	22,5%	18,9%	20,7%
<b>Non risponde</b>	0,2%	2,5%	0,8%

Le maggiori percentuali di fumatori si riscontrano nelle classi d'età più giovani; ciò si spiega in gran parte con l'aumentata proporzione di ex-fumatori (compresi quelli che hanno smesso da meno di un 1 anno) all'aumentare dell'età (tabelle 7/a e 7/b). Si noti come:

- la proporzione complessiva di fumatori ed ex fumatori sia più elevata nei maschi
- la proporzione più elevata di fumatori si trovi nei maschi al di sotto dei 40 anni
- la proporzione di ex-fumatori cresca con l'età nei maschi, ma sia costante nelle femmine

Tabella 7/a: Proporzione e numero di FUMATORI per classe d'età e sesso

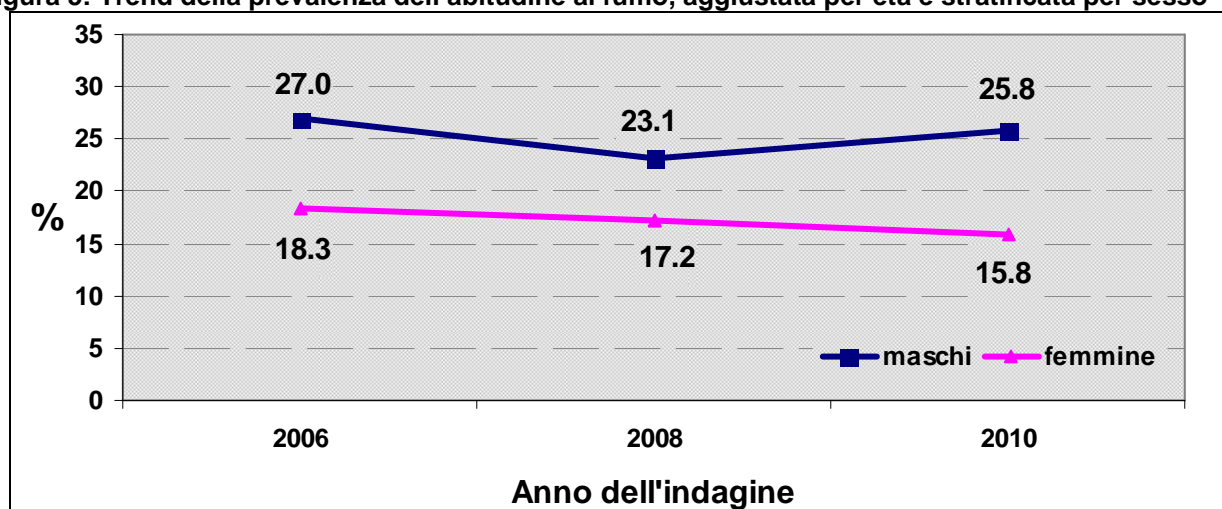
Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
<25 anni	27,0% (n=53)	20,6% (n=42)	<b>23,7% (n=95)</b>
25-39 anni	35,0% (n=245)	19,6% (n=216)	<b>25,6% (n=461)</b>
40-59 anni	24,8% (n=235)	17,6% (n=175)	<b>21,1% (n=410)</b>
>=60anni	14,1% (n=110)	12,5% (n=67)	<b>13,0% (n=177)</b>
Tutte le età	24,5% (n=643)	17,6% (n=500)	<b>20,9 (n=1.143)</b>

**Tabella 7/b: Proporzione e numero di EX-FUMATORI per classe d'età e sesso**

Classi d'età	Maschi	Femmine	Totale
<25 anni	5,1% (n=10)	7,3% (n=15)	6,2% (n=25)
25-39 anni	12,4% (n=87)	13,8% (n=152)	13,3% (n=239)
40-59 anni	19,9% (n=189)	12,4% (n=123)	16,0% (n=312)
>=60 anni	22,9% (n=178)	9,3% (n=50)	17,3% (n=228)
Tutte le età	17,7% (n=464)	12,0% (n=340)	14,7% (n=804)

La figura 5 mostra la proporzione di fumatori nelle tre fasi dell'indagine stratificata per età e sesso: nonostante vi sia una certa fluttuazione le differenze tra gli anni non sono statisticamente significative ( $p=0,5$  per i maschi e  $p=0,15$  per le femmine).

**Figura 5: Trend della prevalenza dell'abitudine al fumo, aggiustata per età e stratificata per sesso**



L'analisi logistica multivariata conferma, quali variabili correlate in maniera statisticamente significativa allo stato di fumatore:

- il sesso maschile (OR=1,69; IC95% 1,50-1,99)
- la giovane età (OR=0,98; IC95% 0,97-0,98 per ogni anno di vita in più)
- il basso titolo di studio (OR=0,94; IC95% 0,89-0,99 per ognuno dei 5 livelli di studio)
- un basso IMC (OR=0,986; IC95% 0,974-0,998 per ognuno dei 4 livelli di IMC).

La correlazione tra fumo e titolo di studio varia in relazione ad età e sesso:

- nei maschi l'associazione col titolo di studio è forte e statisticamente significativa (OR=0,92;  $p=0,04$ );
- nelle femmine non risulta invece un'associazione significativa (OR=0,96;  $p=0,3$ );
- nelle femmine oltre i 60 anni la prevalenza di fumatrici è maggiore in quelle con titolo di studio più elevato (15% tra le donne con laurea) rispetto a quelle con diploma elementare (9%;  $p=0,056$ ).

Anche la correlazione tra fumo e IMC varia in relazione al sesso: mentre nelle femmine l'associazione è forte e statisticamente significativa (OR=0,98  $p=0,006$ ), nei maschi non si nota alcuna associazione (OR=1,0;  $p=0,9$ ).

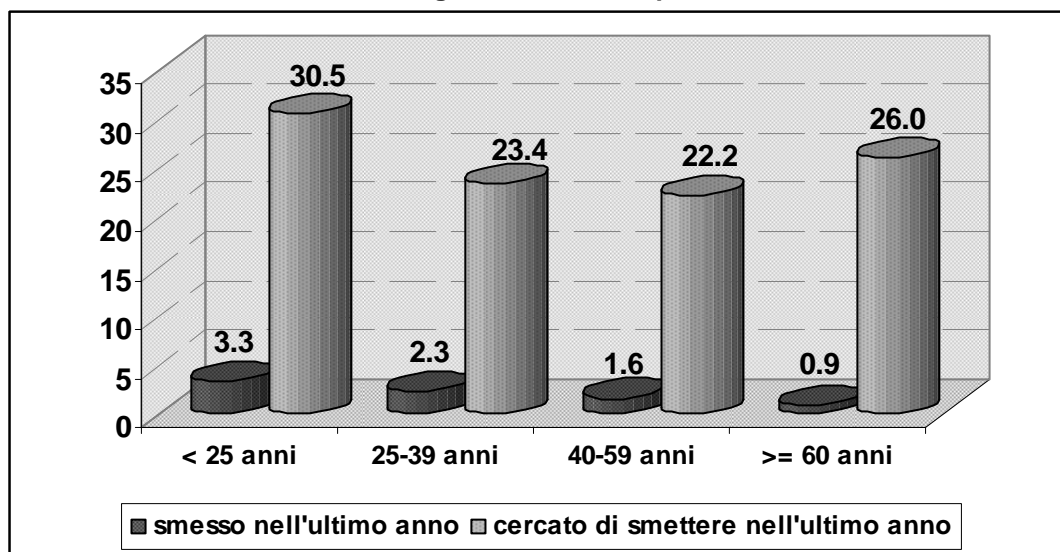
Lo stato di ex-fumatore è correlato in maniera statisticamente significativa al sesso maschile (OR=1,39, IC95% 1,18-1,63), all'età ( $p<0,0001$ ) e ad un IMC più elevato (OR=1,05;  $p<0,0001$ ); non si rileva alcuna differenza tra le diverse indagini.

Considerando l'intero campione (1.143 fumatori) la media di sigarette fumate al giorno è di 11,1, più elevata nei maschi rispetto alle femmine (12,2 vs 9,7) e tendenzialmente maggiore nelle classi d'età più avanzate, con un picco nei maschi tra i 40 e i 59 anni (14,1 sigarette/die) e nelle femmine oltre i 60 anni (11,0 sigarette/die).

Il numero medio di sigarette fumate si riduce progressivamente all'aumentare del titolo di studio: dalle 13,1 dei soggetti con titolo di studio elementare alle 8,5 dei laureati; una differenza che rimane altamente significativa anche dopo aggiustamento per età e sesso.

Il 24% dei fumatori (n=274) ha affermato di aver provato a smettere nel corso degli ultimi 12 mesi, una percentuale che nell'ultima tornata è sensibilmente più elevata (28,2%). È interessante notare (figura 6) che i soggetti sotto i 25 anni sono quelli che hanno smesso di fumare in proporzione maggiore o che maggiormente hanno intrapreso un tentativo di smettere: tale percentuale sembra in netta crescita, dal 20% del 2006 al 36% del 2010 (dati non mostrati graficamente).

**Figura 6: Cessazione abitudine al fumo negli ultimi 12 mesi per classe d'età**



Il 40,2% (n=459) dei fumatori si è dichiarato intenzionato a smettere, il 33,7% (n=385) ha dichiarato di voler smettere in futuro, il 19,1% (n=218) ha dichiarato di non aver intenzione di smettere e il restante 7,1% (n=81) non ha risposto alla domanda (in proporzione superiore nella seconda fase). Anche se non vi è significatività statistica la percentuale di fumatori che si dice intenzionato a smettere appare in leggero ma graduale aumento, dal 37,4% del 2006 al 43% del 2010.

Da notare che coloro che hanno cercato di smettere di fumare nel corso dei precedenti 12 mesi, mantengono la stessa intenzione in proporzione decisamente più elevata (77% intenzionato ora ed un ulteriore 19% intenzionato in futuro) rispetto a chi non ha mai intrapreso tentativi in questo senso.

L'analisi multivariata mostra una correlazione positiva tra l'intenzione di smettere di fumare (ora, non in futuro) e l'età (OR:1,02 per ogni anno d'età p<0,0001), mentre non vi è associazione con sesso, titolo di studio e IMC.

## FUMO E PERSONALE SANITARIO

Il 72,4% dei soggetti ha risposto alla domanda “*Il Suo medico Le ha mai chiesto se è fumatore?*”. Tra i rispondenti ha affermato “**SI**” il 67% (2.677/3.993, IC95% 65,6-68,5%). Non si sono notate differenze significative tra le fasi dell’indagine a parte il maggior numero di non rispondenti nel 2008 e nel 2010 (Tabella 8).

**Tabella 8: Proporzione di risposte affermative e negative alla domanda “*Il Suo medico Le ha mai chiesto se è fumatore?*” nelle tre fasi dell’indagine**

	1°fase: anno 2006	2°fase: anno 2008	3°fase: anno 2010	differenza
<b>SI</b>	68,5%	66,6%	66,0%	p = 0,3
<b>NO</b>	31,5%	33,5%	34,0%	

La percentuale di chi ha risposto positivamente è più elevata tra i fumatori (78,4%) e gli ex-fumatori (74,0%) ed è correlata all’aver avuto di recente un incontro col MMG: dal 72% di chi aveva avuto una visita nell’ultimo mese al 41% di chi non ne aveva avute nei 5 anni precedenti.

Le azioni intraprese dai MMG nei confronti dei propri assistiti, fumatori ed ex-fumatori, possono essere così riassunte:

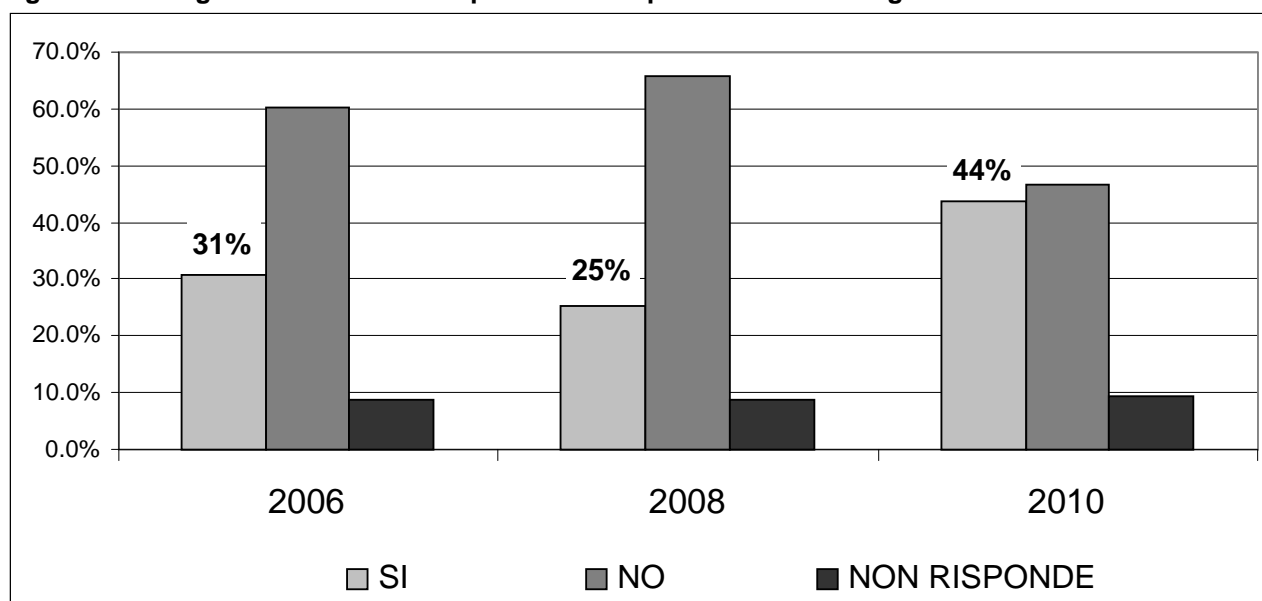
- proporzione costante nel tempo di soggetti che sono stati aiutati attivamente a smettere di fumare e che hanno ricevuto consigli precisi (circa 15%);
- proporzione di soggetti che hanno ricevuto solo consigli generici variabile dal 41 al 47%;
- proporzione di soggetti che non hanno ricevuto consigli variabile dal 27 al 30%;
- maggior percentuale di rispondenti nel 2006 (frutto di una diversa metodologia in cui l’Assistente Sanitario svolgeva un ruolo più attivo)
- non ci sono differenze significative tra le tre fasi dell’indagine (p=0,4).

**Tabella 9: Azioni del MMG riguardo ai consigli su abitudine al fumo nei confronti degli assistiti fumatori ed ex fumatori**

AZIONE	1°fase: anno 2006	2°fase: anno 2008	3°fase: anno 2010	Totale
<b>Attivamente aiutato a smettere</b>	1,6% (n=10)	2,4% (n=14)	1,4% (n=10)	<b>1,7% (n=34)</b>
<b>Incoraggiamento e informazioni precise</b>	13,0% (n=83)	12,7% (n=75)	13,2% (n=94)	<b>12,9% (n=252)</b>
<b>Consigli generici</b>	47,7% (n=305)	41,0% (n=243)	41,6% (n=297)	<b>43,4% (n=845)</b>
<b>Mai nessun consiglio</b>	27,3% (n=175)	27,2% (n=161)	30,1% (n=215)	<b>28,3% (n=551)</b>
<b>Non risposto</b>	10,5% (n=67)	16,9% (n=100)	13,7% (n=98)	<b>13,6% (n=265)</b>
<b>Totale</b>	<b>640</b>	<b>593</b>	<b>714</b>	<b>1.947</b>

Nel 2010 il 44% dei soggetti fumatori ha dichiarato di aver ricevuto informazioni e/o consigli da altri operatori sanitari; negli anni precedenti la proporzione era inferiore (p<0,0001, Figura 7). Analizzando i dati delle tre fasi nel complesso la percentuale è del 34,1%.

**Figura 7: Consigli dati ai fumatori da parte di altri operatori sanitari negli anni**



Tra gli operatori sanitari che più spesso hanno dato consigli sulla cessazione del fumo i più menzionati sono i medici ospedalieri (16%) e il medico del lavoro (8,9%), in proporzione maggiore nell'ultima fase dell'indagine.

**Tabella 10: Operatori sanitari che hanno dato consigli sulla cessazione del fumo nelle tre fasi dell'indagine**

OPERATORI	1° fase: anno 2006 (n=401)	2° fase: anno 2008 (n=323)	3° fase: anno 2010 (n=419)	p
Farmacista	6,2% (n=25)	4,6% (n=15)	5,2% (n=22)	0,6
Infermiere	2,2% (n=9)	2,2% (n=7)	3,6% (n=15)	0,4
Medico ospedaliero	7,2% (n=29)	7,7% (n=25)	16% (n=67)	<0,0001
Assistente Sanitario	4,2% (n=17)	3,1% (n=10)	4,5% (n=19)	0,6
Ostetrica	1,7% (n=7)	1,2% (n=4)	4,5% (n=19)	0,008
Medico del lavoro	6,7% (n=27)	3,4% (n=11)	8,9% (n=37)	0,012
Medico sportivo	3,0% (n=12)	1,9% (n=6)	4,8% (n=20)	0,081
Altri operatori	0,7% (n=12)	0,8% (n=13)	1,2% (n=25)	0,14
<b>Totale operatori</b>	<b>34,4% (n=138)</b>	<b>28,2% (n=91)</b>	<b>53,5% (n=224)</b>	<b>&lt;0,0001</b>

Complessivamente l'80% dei fumatori intervistati ha ricevuto consigli sulla cessazione del tabagismo dal MMG e/o da altro operatore sanitario.

## 3.2. ALIMENTAZIONE

Come già spiegato nella metodologia, il questionario del 2010 è stato modificato ed ampliato rispetto a quello utilizzato nelle precedenti fasi: in particolare è stata introdotta una domanda sul consumo di frutta ed è stata ampliata la domanda sul consumo di verdura.

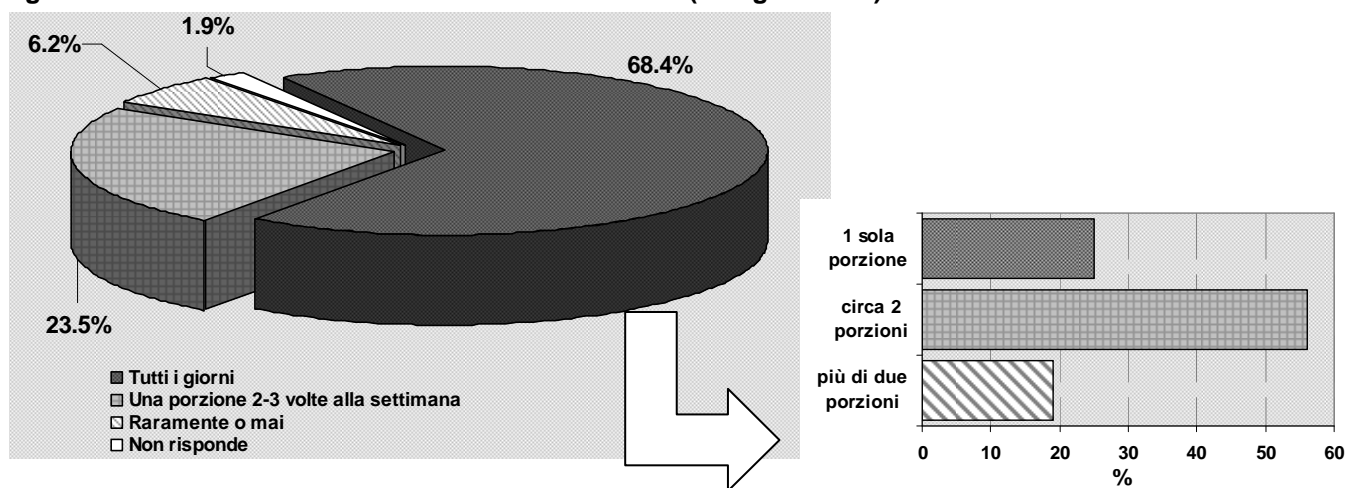
Il nuovo questionario risulta così più dettagliato permettendo comunque un parziale confronto con le precedenti indagini.

### Consumo di verdura

Il 68,4% (n=1.387) dei soggetti partecipanti all'indagine del 2010 (Figura 8) ha dichiarato di assumere tutti i giorni almeno una porzione di verdura, il 23,5% (n=476) ne consuma una porzione 2-3 volte a settimana e il 6,2% (n=25) consuma verdura raramente o mai; l'1,9% (n=39) non ha risposto alla domanda. Le proporzioni sono molto simili a quelle delle precedenti indagini.

Tra chi assume verdura tutti i giorni il 25% ne assume una sola porzione, il 56% circa 2 porzioni e il restante 19% più di 2 porzioni.

Figura 8: Distribuzione in base al consumo di verdura (Indagine 2010)



Le tabelle 11 e 12 mostrano il consumo di verdura nelle varie classi d'età e nei due sessi: il consumo è inferiore nelle classi d'età più giovani e nei maschi.

In particolare la proporzione di maschi di 25 anni o meno che non consumano mai verdura o solo raramente è del 25%, rispetto al 10% delle femmine (dato non mostrato in tabella).

Tabella 11: Consumo di verdura per classe d'età (Indagine 2010)

Consumo di verdura	Classi d'età			
	<25 anni (n=227)	25-39 anni (n=675)	40-59 anni (n=743)	>=60 anni (n=382)
<b>Non risponde</b>	0,4% (n=1)	0,4% (n=3)	2,6% (n=19)	4,2% (n=16)
<b>Raramente o mai</b>	17,7% (n=40)	7,3% (n=49)	3,9% (n=29)	1,8% (n=7)
<b>Una porzione 2 o 3 volte alla settimana</b>	33% (n=75)	28% (n=189)	20,6% (n=153)	15,4% (n=59)
<b>Tutti i giorni almeno una porzione</b>	48,9% (n=111)	64,3% (n=434)	72,9% (n=542)	78,5% (n=300)
<b>Consumo medio giornaliero</b> (tra coloro che consumano almeno una porzione al giorno)	<b>1,9 porzioni</b>	<b>1,9 porzioni</b>	<b>2,0 porzioni</b>	<b>2,0 porzioni</b>

**Tabella 12: Consumo di verdura per sesso (Indagine 2010)**

Consumo di verdura	Maschi (n=894)	Femmine (n=1.133)
Non risponde	2,7% (n=24)	1,3% (n=15)
Raramente o mai	7,8% (n=70)	4,8% (n=55)
Una porzione 2 o 3 volte alla settimana	26,8% (n=240)	20,8% (n=236)
Tutti i giorni almeno una porzione	62,6% (n=560)	73,0% (n=827)
<b>Consumo medio giornaliero</b> (tra coloro che consumano almeno una porzione al giorno)	<b>1,8 porzioni</b>	<b>2,1 porzioni</b>

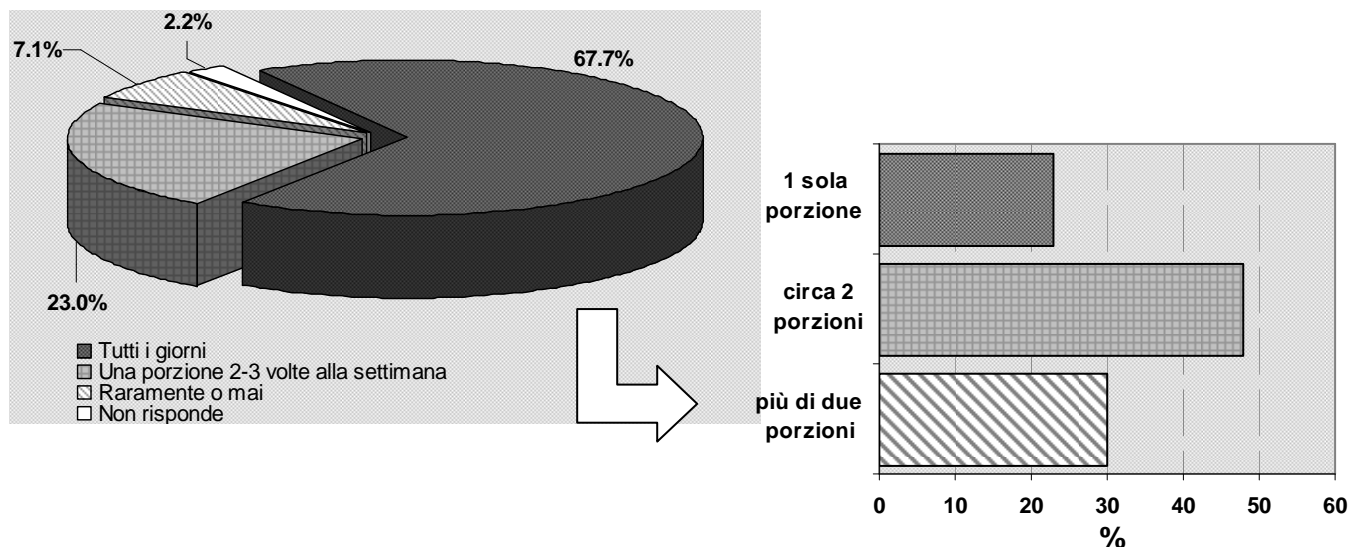
L'analisi tramite regressione multipla mostra una correlazione statisticamente significativa tra il numero di porzioni di verdura consumate settimanalmente e il sesso femminile (2,8 porzioni in più alla settimana;  $p < 0,0005$ ), l'età (0,08 porzioni in più per anno d'età,  $p < 0,0005$ ), il titolo di studio (0,7 porzioni per livello di studio;  $p < 0,0005$ ) e l'attività fisica più intensa (1,2 porzioni per livello di attività come descritto in seguito;  $p < 0,0005$ ). Non si rilevava alcuna associazione con lo stato di fumatore e con l'IMC.

### Consumo di frutta

Il consumo di frutta è stato indagato solo nel 2010 (figura 9); il 67,7% (n=1.372) degli intervistati ha dichiarato di assumerne tutti i giorni, il 23,0% (n=467) una porzione 2-3 volte a settimana e il 7,1% (n=144) raramente o mai; il 2,2% (n=44) non ha risposto alla domanda.

Tra chi assume frutta tutti i giorni il 23% ne assume una sola porzione, il 48% circa 2 porzioni e il restante 30% più di 2 porzioni.

**Figura 9: Prevalenza abitudine consumo di frutta (Indagine 2010)**



Le tabelle 13 e 14 mostrano, anche per la frutta, un minor consumo da parte delle classi d'età più giovani e dei maschi.

L'analisi tramite regressione multipla mostra una correlazione statisticamente significativa tra porzioni di frutta consumate settimanalmente e sesso femminile (2,5 porzioni in più alla settimana;  $p < 0,0005$ ), età (0,09 porzioni in più per anno d'età,  $p < 0,0005$ ), titolo di studio (0,5 porzioni per livello di studio;  $p < 0,0005$ ) e attività fisica più intensa (1,2 porzioni per livello di attività come descritto in seguito;  $p < 0,0005$ ). Non si rilevava alcuna associazione con lo stato di fumatore e l'IMC.

**Tabella 13: Consumo di frutta per classe d'età (Indagine 2010)**

Consumo di frutta	Classi d'età			
	<25 anni (n=227)	25-39 anni (n=675)	40-59 anni (n=743)	>=60 anni (n=382)
<b>Non risponde</b>	1,8% (n=4)	0,7% (n=5)	2,8% (n=21)	3,7% (n=14)
<b>Raramente o mai</b>	15% (n=34)	8,3% (n=56)	6,2% (n=46)	2,1% (n=8)
<b>Una porzione 2 o 3 volte alla settimana</b>	28,2% (n=64)	28% (n=189)	21,9% (n=163)	13,3% (n=51)
<b>Tutti i giorni almeno una porzione</b>	55,1% (n=125)	63% (n=425)	69% (n=513)	80,9% (n=309)
<b>Consumo medio giornaliero</b> (tra coloro che consumano almeno una porzione al giorno)	<b>2,0 porzioni</b>	<b>2,1 porzioni</b>	<b>2,2 porzioni</b>	<b>2,3 porzioni</b>

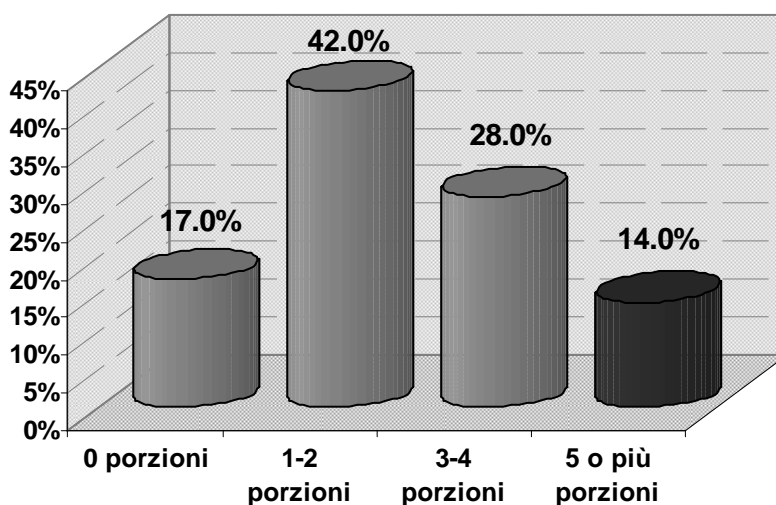
**Tabella 14: Consumo di frutta per sesso (Indagine 2010)**

Consumo di frutta	Maschi (n=894)	Femmine (n=1.133)
<b>Non risponde</b>	2,7% (n=24)	1,8% (n=20)
<b>Raramente o mai</b>	7,4% (n=66)	6,9% (n=78)
<b>Una porzione 2 o 3 volte alla settimana</b>	27,3% (n=244)	19,7% (n=223)
<b>Tutti i giorni almeno una porzione</b>	62,6% (n=560)	71,7% (n=812)
<b>Consumo medio giornaliero</b> (tra coloro che consumano almeno una porzione al giorno)	<b>2,1 porzioni</b>	<b>2,2 porzioni</b>

Come atteso si è riscontrata una forte correlazione tra consumo di frutta e verdura (indice di correlazione=0,59;  $p < 0,0005$ )

L'OMS consiglia un consumo minimo giornaliero di 400 grammi al giorno di frutta e verdura, corrispondente a circa 5 porzioni complessive: circa il 14% del campione partecipante all'indagine del 2010 segue correttamente tale pratica (Figura 10).

**Figura 10: Consumo quotidiano di porzioni di frutta e verdura (Indagine 2010)**





## ALIMENTAZIONE E PERSONALE SANITARIO

Come mostrato in figura 11 il 17,5% (IC 95% 16,4-18,6) degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto consigli precisi dal proprio MMG riguardo le abitudini alimentari da seguire, il 30,6% di aver ricevuto consigli generici e il 51,9% (1.658, IC95% 50,5-53,3%) di non aver mai ricevuto consigli riguardanti l'alimentazione da parte del proprio MMG. Le proporzioni sono simili nelle tre fasi dell'indagine ( $p=0,4$ ; Tabella 15).

Figura 11: Consigli forniti dal MMG riguardo il consumo di verdura

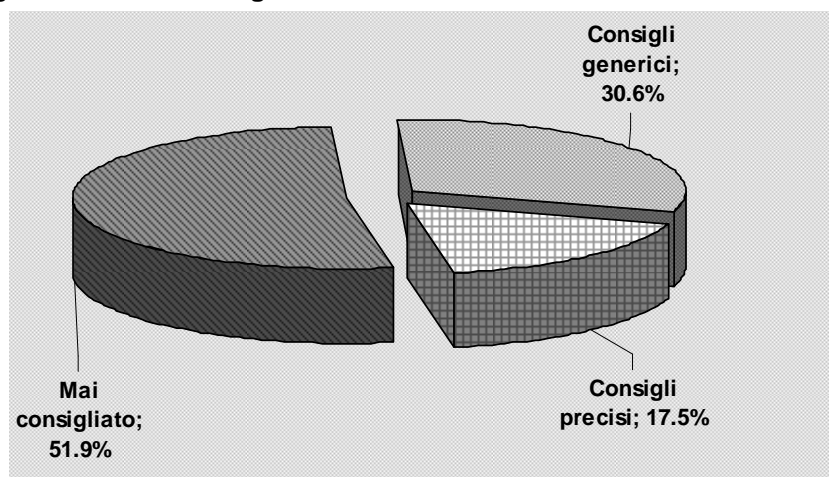


Tabella 15: Azioni del MMG riguardo ai consigli su consumo di verdura e frutta nei confronti degli assistiti

AZIONE del MMG	1° indagine (Anno 2006)	2° indagine (Anno 2008)	3° indagine (Anno 2010)	Totale
Nessun consiglio	50,2% (n=844)	51,9 (n=814)	53,4% (n=1.024)	<b>51,9% (n=2.682)</b>
Consigli generici	31,6% (n=532)	30,9% (n=484)	29,5% (n=565)	<b>30,6% (n=1.581)</b>
Consigli precisi	18,2% (n=306)	17,2% (n=270)	17,1% (n=329)	<b>17,5% (n=905)</b>
<b>Totale</b>	<b>1.682</b>	<b>1.568</b>	<b>1.918</b>	<b>5.168</b>

Come si può notare dalla sottostante tabella 16 i consigli alimentari da parte del MMG sono stati dati maggiormente ai pazienti con IMC più elevato: il 33,3% dei soggetti obesi ha ricevuto consigli precisi a riguardo. Il trend era simile in tutte e 3 le indagini.

Tabella 16: Consigli alimentari forniti dal MMG in relazione all'IMC dell'assistito

AZIONE del MMG	Magro (<18.5)	Normopeso (18.5-24.9)	Soprappeso (25-29.9)	Obeso (>=30)	Totale
Nessun consiglio	61,6%	56,7%	46,6%	31,5%	<b>51,9%</b>
Consigli generici	29,5%	29,7%	31,4%	35,1%	<b>30,6%</b>
Consigli precisi	8,9%	13,6%	22,0%	33,3%	<b>17,4%</b>
<b>Totale</b>	<b>190</b>	<b>2.968</b>	<b>1.505</b>	<b>387</b>	<b>5.050</b>

Assegnando un valore progressivo in base al tipo di consiglio alimentare fornito dal MMG:

0 = nessun consiglio;

1 = consigli generici;

2 = consigli precisi

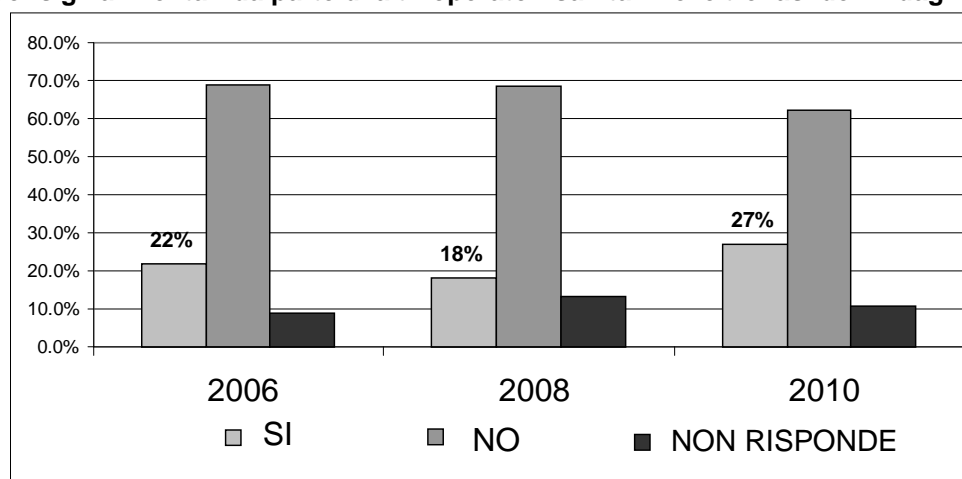
è stato possibile effettuare un'analisi tramite regressione multipla che ha dimostrato l'esistenza di una correlazione statisticamente significativa tra i consigli alimentari del MMG e l'età e l'IMC dell'assistito ( $p < 0,0005$  per entrambi), il titolo di studio dell'assistito ( $p = 0,05$ ) e il fatto che il paziente si sia recato recentemente dal MMG per una visita o un colloquio ( $p < 0,0005$ ).

Non vi sono differenze tra le 3 fasi dello studio ( $p = 0,7$ ).

Il 22,5% ( $n = 1.211$ ) dell'intero campione ha dichiarato di aver ricevuto consigli alimentari da operatori sanitari diversi dal proprio MMG. Confrontando le tre fasi si nota, nel 2010, una percentuale significativamente più alta rispetto agli anni precedenti (27%;  $p < 0,0001$ ; figura 12).

Anche in questo caso è evidente la tendenza, da parte dei vari operatori sanitari, a consigliare soprattutto i soggetti con IMC più elevato (dal 17% dei soggetti magri fino al 36% dei soggetti obesi).

**Figura 12: Consigli alimentari da parte di altri operatori sanitari nelle tre fasi dell'indagine**



Gli operatori sanitari (tabella 17) che più spesso sono stati menzionati per aver dato consigli alimentari sono i medici ospedalieri (8,3%) e i medici dello sport (3,4%), in aumento nel 2010.

**Tabella 17: Percentuale di soggetti che hanno ricevuto consigli alimentari da parte degli operatori sanitari nelle tre fasi dell'indagine**

Operatori	1° fase: anno 2006 (n = 1.779)	2° fase: anno 2008 (n=1.713)	3° fase: anno 2010 (n=2.027)	p
Farmacista	2,9% (n=51)	3,3% (n=57)	4,5% (n=91)	<b>0,021</b>
Infermiere	1,1% (n=19)	0,7% (n=12)	1,3% (n=27)	<b>0,168</b>
Medico ospedaliero	6,3% (n=113)	3,2% (n=55)	8,3% (n=168)	<b>0,000</b>
Assistente Sanitario	2,0% (n=36)	1,5% (n=25)	2,1% (n=42)	<b>0,323</b>
Ostetrica	2,5% (n=44)	1,2% (n=20)	2,8% (n=56)	<b>0,002</b>
Medico del lavoro	1,9% (n=33)	1,8% (n=30)	2,5% (n=51)	<b>0,196</b>
Medico sportivo	1,8% (n=32)	1,7% (n=29)	3,4% (n=70)	<b>0,000</b>
Altri operatori	4,0% (n=71)	3,8% (n=66)	4,6% (n=93)	<b>0,482</b>
<b>Totale operatori</b>	<b>22,4% (399)</b>	<b>17,2% (294)</b>	<b>29,5% (598)</b>	

Complessivamente il 59% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto dal MMG e/o da altro operatore sanitario consigli sull'alimentazione.

### 3.3. ATTIVITÀ FISICA

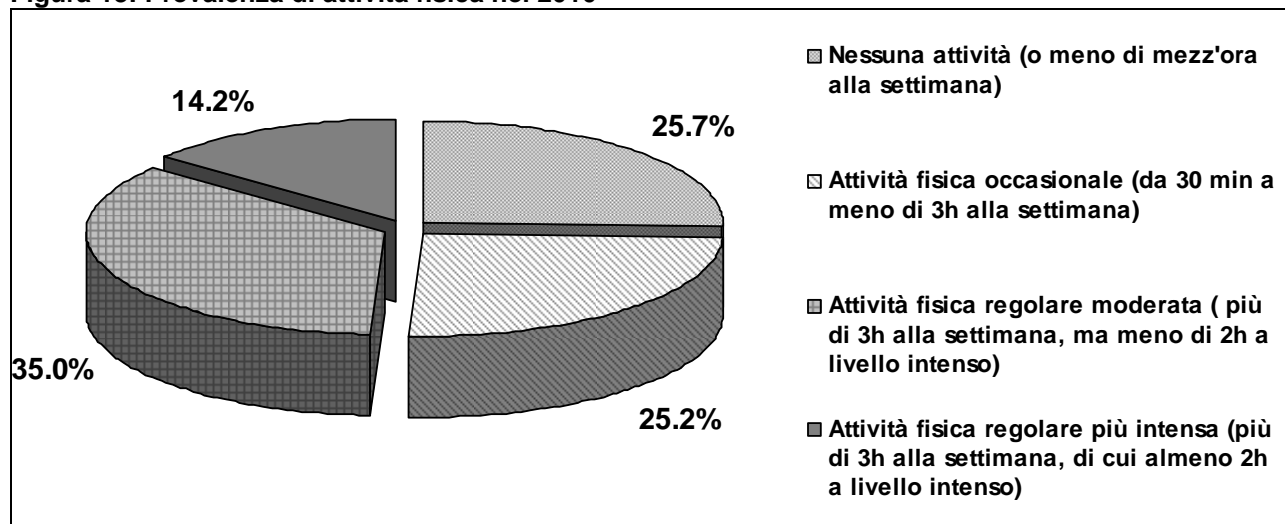
Come indicato nei “Metodi” la sezione del questionario riguardante la pratica dell’attività fisica e sportiva ha subito importanti modifiche; nella prima versione del questionario l’attività fisica veniva divisa in “Regolare” od “Occasionale”, mentre nelle versione utilizzata nel 2010 è stata suddivisa in attività fisica “Leggera”, “Moderata” e “Intensa”. Nonostante queste differenze è comunque possibile un confronto parziale tra le tre fasi dell’indagine.

In entrambe le versioni del questionario è stato chiesto agli intervistati di definire l’intensità fisica richiesta per lo svolgimento della propria attività lavorativa. Il 32,5% del campione del 2010 (n=1.622) ha dichiarato di compiere un’attività lavorativa di tipo sedentario, che non comporta alcuna attività fisica, il 49,3% (n=2.461) svolge un’attività che comporta un’attività fisica leggera, mentre il 18,3% (n=912) svolge un’attività lavorativa pesante: le percentuali sono simili nelle tre fasi dell’indagine. Attraverso una regressione multivariata è stato possibile osservare che il sesso maschile, le classi d’età centrali (dai 25 ai 59 anni) ed un titolo di studio più basso risultano correlati ad un’attività lavorativa più pesante.

Per quanto riguarda il tempo dedicato all’attività fisica e sportiva, escludendo quindi l’attività lavorativa, i partecipanti all’ultima fase dell’indagine (anno 2010) sono così suddivisi:

- 25,7% (IC95% 23,8-27,6%): nessuna attività fisica (o comunque meno di mezz’ora alla settimana);
- 25,2%: attività fisica occasionale (da 30 minuti a 3 ore alla settimana);
- 35,0%: attività fisica regolare moderata (più di 3 ore alla settimana, ma meno di due ore a livello intenso);
- 14,2%: attività fisica intensa regolare (più di 3 ore alla settimana, di cui almeno 2 a livello intenso)

Figura 13: Prevalenza di attività fisica nel 2010



Nella tabella 18 sono indicate le ore medie settimanali dedicate all’attività fisica per tipologia di intensità, nei tre gruppi sopra considerati (escludendo chi non svolge alcuna attività fisica); per ogni gruppo è indicato anche un “Valore Unificato”, calcolato assegnando valore unitario all’attività fisica leggera e aggiungendo una frazione di aumento del 50% per l’attività moderata e del 100% per l’attività intensa.

La tabella si riferisce alla sola indagine del 2010, perché nella prima versione del questionario, utilizzata nel 2006 e nel 2008, non veniva richiesto di quantificare il tempo dedicato all’attività fisica/sportiva, ma solo di autodefinirla come *regolare* o *occasionale*.

**Tabella 18: Intensità dell'attività fisica svolta in relazione alle ore di attività (Indagine 2010)**

	Ore medie di attività fisica settimanali			
	Leggera	Moderata	Intensa	Valore Unificato
<b>Attività fisica occasionale</b>	1h 15'	0h 15'	0h 02'	1h 41'
<b>Attività fisica regolare moderata</b>	4h 15'	2h 10'	0h 06'	7h 42'
<b>Attività fisica regolare più intensa</b>	3h 40'	2h 47'	4h 58'	17h 46'

I maschi (tabella 19) sono meno sedentari delle femmine (21% vs 29%) e praticano più attività sportiva (23,7% vs 6,6%); considerando le singole categorie la media del tempo dedicato all'attività fisica è sempre più elevata per i maschi.

**Tabella 19: Attività fisica praticata nei due sessi, espressa come Valore Unificato (Indagine 2010)**

Tipo di attività fisica praticata	Maschi		Femmine		p
	%	T medio	%	T medio	
<b>Nessuna attività</b>	21,5%	0h 2'	29,0%	0h 0'	<b>&lt;0.0001</b>
<b>Attività fisica occasionale</b>	19,8%	1h 48'	29,4%	1h 37'	<b>0,6</b>
<b>Attività fisica regolare moderata</b>	35,0%	8h 39'	35%	6h 58'	<b>&lt;0.0001</b>
<b>Attività fisica regolare più intensa</b>	23,7%	18h 44'	6,6%	14h 59'	<b>0,194</b>
<b>TOTALE</b>	<b>894</b>	<b>7h 50'</b>	<b>1.133</b>	<b>3h 55'</b>	<b>&lt;0.0001</b>

I soggetti più giovani (tabella 20) sono i meno sedentari (16,7% vs 32,7%) e praticano più attività sportiva (27,3% vs 8,9%) rispetto alle altre fasce d'età; è comunque rilevante il fatto che il 36,6% dei soggetti di 60 anni od oltre hanno dichiarato di praticare attività fisica regolarmente e mediamente per un tempo più lungo rispetto ai più giovani (8h 55' vs 7h 30'). Tra la popolazione ultrasessantenne la quota di chi pratica attività fisica intensa è la più bassa, e la proporzione di chi svolge regolarmente attività fisica moderata non è inferiore rispetto alle fasce d'età inferiori.

**Tabella 20: Attività fisica ricreativa praticata nella varie FASCE D'ETA' (Indagine 2010)**

Tipo di attività fisica praticata	<25 anni (n=182)	25-39 anni (n=1.204)	40-59 anni (n=1.193)	>=60 anni (n=913)
<b>Nessuna attività</b>	16,7% (38)	26,5% (179)	24% (178)	32,7% (125)
<b>Attività fisica occasionale</b>	17,6% (40)	26,8% (181)	27,7% (206)	21,7% (83)
<b>Attività fisica regolare moderata</b>	38,3% (87)	31,8% (215)	36,1% (268)	36,6% (140)
<b>Attività fisica regolare più intensa</b>	27,3% (62)	14,8% (100)	12,2% (91)	8,9% (34)
<b>Media tempo dedicato all'attività fisica (espressa come Valore Unificato)</b>	<b>8h 21'</b>	<b>5h 10'</b>	<b>5h 19'</b>	<b>5h 30'</b>

All'aumentare del titolo di studio diminuisce la proporzione di soggetti sedentari (tabella 21).

**Tabella 21: Attività fisica ricreativa praticata a seconda del TITOLO DI STUDIO**

Tipo di attività fisica praticata	Elementare (n=728)	Media inf. (n=1.549)	Profession. (n=693)	Media sup. (n=1.591)	Laurea (n=604)
<b>Nessuna attività</b>	45,5%	32%	27,4%	25,6%	20,2%
<b>Attività fisica occasionale</b>	22,1%	27,6%	28,7%	29,3%	27,8%
<b>Attività fisica regolare moderata</b>	24,0%	26,3%	28,7%	27,1%	33,8%
<b>Attività fisica regolare più intensa</b>	8,8%	14,2%	15,1%	17,9%	18,2%
<b>Media tempo dedicato all'attività fisica</b> (espressa come Valore Unificato)	<b>4h 18'</b>	<b>5h 41'</b>	<b>5h 55'</b>	<b>5h 49'</b>	<b>6h 18'</b>

La tabella 22 mostra la proporzione dei soggetti in base alla frequenza di attività fisica, suddivisi in categorie a seconda dell'IMC, come precedentemente indicato.

Il 43,5% dei soggetti obesi non svolge attività fisica regolare.

I soggetti normopeso sono i meno sedentari praticando un'attività fisica regolare nel 28,8% dei casi o uno o più sport nel 17,4% dei casi.

I soggetti magri sono quelli che dedicano in media meno tempo all'attività fisica rispetto a tutti gli altri.

**Tabella 22: Attività fisica ricreativa praticata a seconda dell'IMC**

Tipo di attività fisica praticata	Magro (n=191)	Normopeso (n=3.011)	Soprappeso (n=1.526)	Obeso (n=395)
<b>Nessuna attività</b>	30,9% (59)	26,8% (807)	31,6% (483)	43,5% (172)
<b>Attività fisica occasionale</b>	25,6% (49)	27,1% (815)	29,4% (448)	24% (95)
<b>Attività fisica regolare moderata</b>	27,7% (53)	28,8% (866)	25,9% (396)	24,8% (98)
<b>Attività fisica regolare più intensa</b>	15,7% (30)	17,4% (523)	13% (199)	7,6% (30)
<b>Media settimanale tempo dedicato all'attività fisica</b> (espressa come Valore Unificato)	<b>3h 20'</b>	<b>6h 4'</b>	<b>5h 26'</b>	<b>4h 34'</b>

Si è assegnato un punteggio progressivo alle quattro possibili risposte alla domanda relativa allo svolgimento di attività fisica:

**0 = "Nessuna attività"**

**1 = "Attività fisica occasionale"**

**2 = "Attività fisica regolare moderata"**

**3 = "Attività fisica regolare intensa"**

Dall'analisi tramite regressione multivariata è emerso che la pratica intensa dell'attività fisica è statisticamente e positivamente correlata con:

- l'età più giovane ( $p < 0,0005$ )
- il sesso maschile ( $p < 0,0005$ )
- un alto titolo di studio ( $p < 0,0005$ )
- un IMC normale ( $p < 0,0005$ )
- lo stato di non fumatore ( $p = 0,013$ )
- un consumo più abbondante di frutta e verdura ( $p < 0,0005$ )

Utilizzando come variabile indipendente le ore di attività settimanali (Valore Unificato) le associazioni vengono sostanzialmente confermate.

## ATTIVITÀ FISICA E CONSIGLI RICEVUTI DAL PERSONALE SANITARIO

La distribuzione del campione dell'indagine del 2010 in base al tipo di informazioni ricevute dal MMG in merito all'attività fisica da svolgere è rappresentata nella figura 14. Il 54,1% del campione non ha mai ricevuto consigli dal proprio medico per quanto riguarda l'attività fisica da svolgere, il 34,8% ha ricevuto solo consigli generici, l'11,1% (n=554; IC95% 10,2-11,0%) ha ricevuto informazioni precise. Non si notano differenze tra le tre diverse indagini (p=0,6; tabella 23).

Figura 14: Consigli forniti dal MMG riguardo l'attività fisica

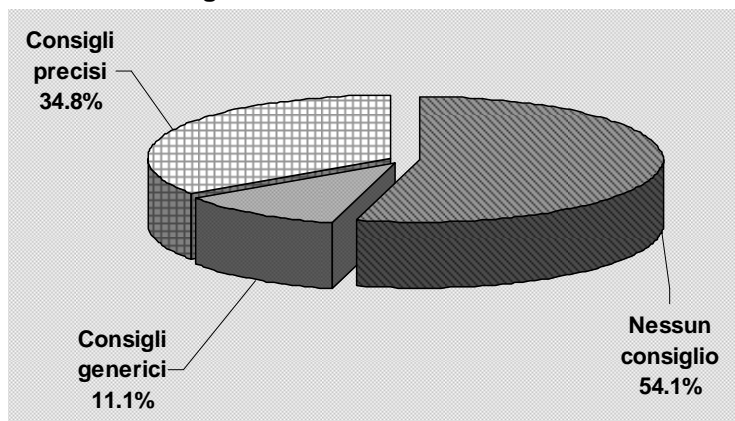


Tabella 23: Azioni del MMG nel confronto degli assistiti riguardo la pratica di attività fisica

AZIONE del MMG	1° fase: anno 2006	2° fase: anno 2008	3° fase: anno 2010	Totale
Mai consigliato	53,2%	54,3%	54,9%	<b>54,1% (2.712)</b>
Consigli generici	34,8%	35,1%	34,6%	<b>34,8% (1.743)</b>
Consigli precisi	12%	10,6%	10,6%	<b>11,1% (554)</b>
<b>Totale</b>	<b>1.636</b>	<b>1.507</b>	<b>1.866</b>	<b>5.009</b>

Si nota una maggior tendenza, da parte dei MMG, a consigliare gli assistiti con IMC più elevato (tabella 24).

Tabella 24: Consigli ricevuti sull'attività fisica dal MMG a seconda dell'IMC dell'intervistato

AZIONE del MMG	Magro (<18,5)	Normopeso (18,5-24,9)	Soppeso (25-29,9)	Obeso (≥30)
Mai consigliato	62,9%	59,1%	47,8%	35,6%
Consigli generici	30,6%	32,3%	38,6%	42,0%
Consigli precisi	6,4%	8,6%	13,6%	22,3%
<b>Totale</b>	<b>186</b>	<b>2.892</b>	<b>1.441</b>	<b>376</b>

Si è assegnato un punteggio progressivo al consiglio del MMG:

**0 = "Non mi ha mai chiesto nulla riguardo la mia attività fisica"**

**1 = "Mi ha dato solo consigli generici"**

**2 = "Mi ha consigliato in modo preciso l'attività fisica che dovrei adottare"**

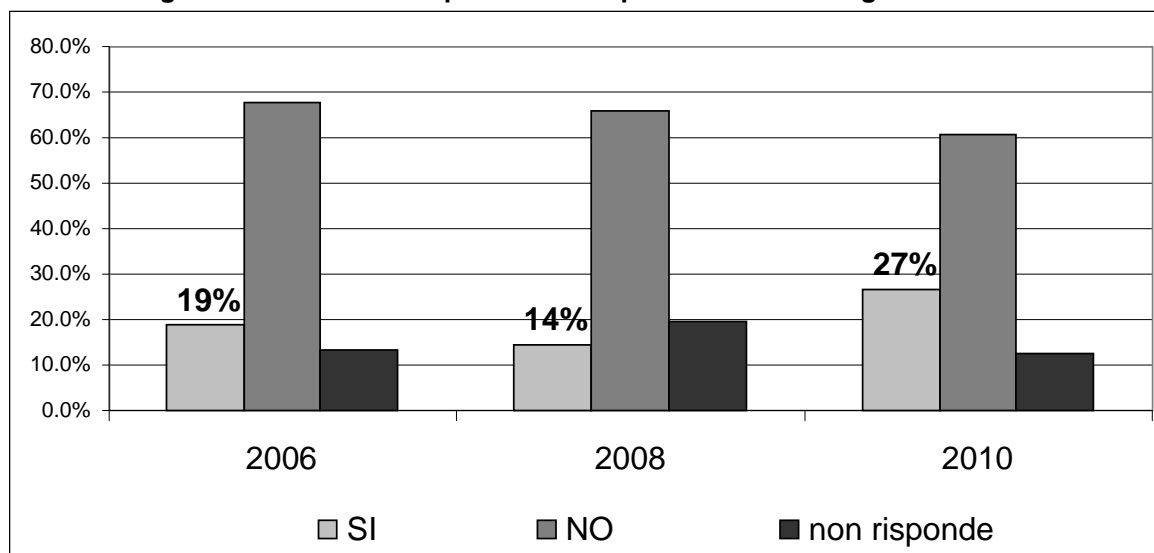
L'analisi tramite regressione multipla mostra una correlazione positiva tra il consiglio del MMG riguardo l'attività fisica, l'età e l'IMC dell'assistito (p<0,0005 per entrambi) e una correlazione inversa con il titolo di studio (p<0,0005) e con l'aver avuto recentemente un incontro con il MMG

( $p < 0,0005$ ). Non si notano differenze tra i sessi e nelle tre diverse fasi dell'indagine ( $p = 0,8$ ) riguardo i consigli del MMG sull'attività fisica.

La figura 15 mostra una percentuale di soggetti che dichiarano di aver ricevuto informazioni o consigli da parte di operatori sanitari diversi dal proprio MMG, maggiore nell'ultima fase dell'indagine rispetto agli anni precedenti.

Anche in questo caso i consigli sono stati dati maggiormente ai soggetti con IMC più elevato (dal 17% dei soggetti magri fino al 32% dei soggetti obesi,  $p < 0,0005$ ).

**Figura 15: Consigli su attività fisica da parte di altri operatori sanitari negli anni**



La proporzione di soggetti che hanno ricevuto consigli è maggiore nel 2010 (tabella 25) per tutti i tipi di operatori sanitari. Le professionalità che più spesso sono state menzionate sono i medici ospedalieri (7,1%), il medico sportivo (2,7%), il medico del lavoro (2,3%).

**Tabella 25: Percentuale di soggetti che hanno ricevuto consigli alimentari da parte degli operatori sanitari nelle tre fasi dell'indagine**

Operatori	1° fase: anno 2006 (n=1.779)	2° fase: anno 2008 (n=1.713)	3° fase: anno 2010 (n=2.027)	p
Farmacista	2% (35)	2,1% (36)	2,5% (51)	<b>0,483</b>
Infermiere	0,7% (13)	0,6% (11)	1,1% (23)	<b>0,210</b>
Medico ospedaliero	7,2% (128)	5,2% (89)	8,7% (177)	<b>&lt;0,0001</b>
Assistente Sanitario	1,5% (27)	2% (34)	2,3% (47)	<b>0,204</b>
Ostetrica	0,8% (15)	0,6% (10)	2,4% (48)	<b>&lt;0,0001</b>
Medico del lavoro	2,2% (39)	1,7% (29)	3% (61)	<b>0,026</b>
Medico sportivo	1,7% (30)	1,7% (29)	4,4% (90)	<b>&lt;0,0001</b>
Altri operatori	2,7% (48)	2,7% (46)	4,2% (85)	<b>0.010</b>
<b>Totale operatori</b>	<b>19,3% (344)</b>	<b>16,6% (284)</b>	<b>28,7% (582)</b>	

Complessivamente il 55% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto consigli sull'attività fisica, dal proprio MMG e/o da altro operatore sanitario.

### 3.4 RELAZIONE TRA I VARI CONSIGLI

In ognuna delle tre fasi dell'indagine emerge un'associazione statisticamente significativa tra l'aver ricevuto consigli su ciascuno degli stili di vita trattati (tenendo anche conto di variabili quali l'età, sesso, IMC e titolo di studio e tempo in cui si è effettuata l'ultima visita): in altre parole è probabile che chi ha ricevuto consigli su una singola tematica di salute abbia ricevuto consigli anche sugli altri stili di vita. Ciò può dipendere da:

- fattori legati al paziente:
  - i pazienti a maggior rischio (fumatori, obesi, ecc.) ricevono più consigli sulle varie tematiche;
  - alcuni pazienti interagiscono maggiormente con il MMG e ricevono più consigli su tutti gli stili di vita
- fattori legati al MMG: i MMG più sensibili forniscono consigli su tutti gli stili di vita
- una combinazione di questi due fattori

Per i consigli forniti da altri operatori sanitari si nota una simile associazione.

## 4. DISCUSSIONE

### 4.1 PREVALENZA STILI DI VITA NELLA POPOLAZIONE BRESCIANA

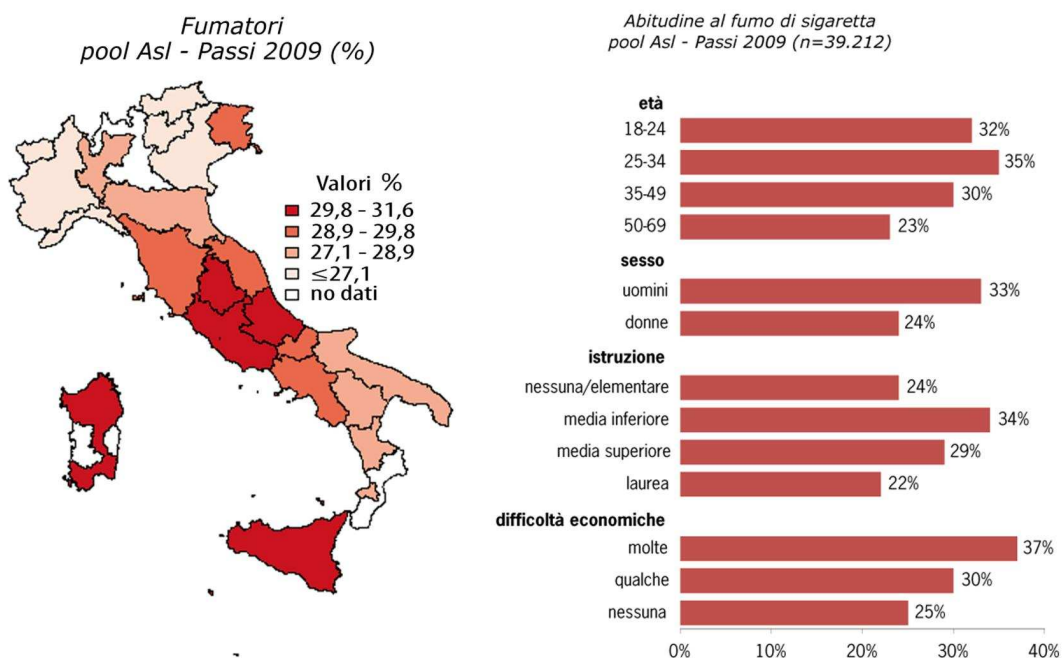
#### Fumo

La prevalenza di fumatori nella popolazione bresciana è del 20,7% (maschi 24,5%, femmine 17,6%), in linea con quanto riscontrato dall'indagine Doxa-ISS del 2008 [4] che indica una prevalenza di fumatori nel Nord Italia del 19,2% (maschi 22,6%, femmine 15,9%); secondo quest'ultima indagine la proporzione di fumatori nel Nord Italia è inferiore rispetto al resto del Paese. A Brescia, come nelle indagini nazionali, le percentuali più alte di fumatori si osservano tra i maschi e nelle classi di età giovane ed adulta.

La proporzione di ex-fumatori risulta inferiore rispetto ai dati nazionali: 14,6% rispetto al 18,4% nazionale.

A scopo di confronto si riportano nella figura 16 i risultati dello studio Passi del 2009 [5].

**Figura 16: Abitudine al fumo di sigaretta, studio PASSI 2009**





Nei maschi l'abitudine al fumo è correlata in senso inverso con il titolo di studio, mentre nelle femmine di età avanzata (oltre i 60 anni) l'associazione con il titolo di studio è positiva (le donne laureate fumano di più).

Le donne abbandonano il fumo di sigaretta in percentuali più basse rispetto ai maschi, che tendono a smettere di fumare maggiormente qualora abbiano un IMC alto.

Il numero medio di sigarette fumate (11,1 sigarette/die) risulta inferiore rispetto alla media nazionale (14,4 sigarette/die), ma in linea con i dati del Nord Italia (Doxa-ISS, 2008).

Il 2% dei soggetti dell'indagine del 2010 ha dichiarato di aver smesso di fumare nel corso dell'anno precedente, mentre il 28,2% ha dichiarato di aver fatto un tentativo di smettere (dati in linea con i dati nazionali Istat: 29,8%).

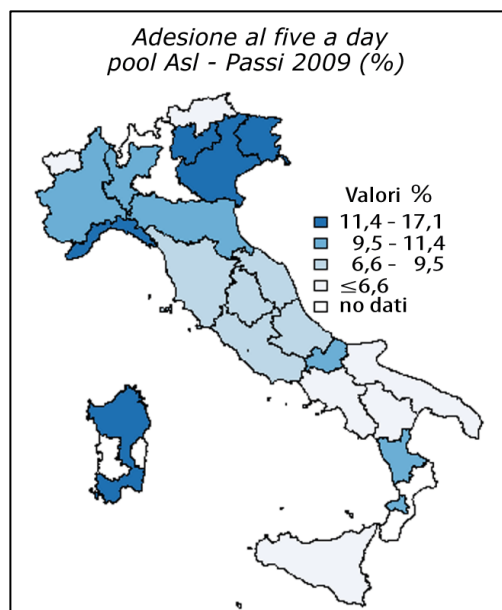
La percentuale di fumatori che si dice intenzionato a smettere di fumare appare in leggero ma graduale aumento, dal 37,4% del 2006 al 43% del 2010.

E' interessante notare che tra i giovani bresciani si registrano percentuali più elevate di tentativi di cessazione dell'abitudine al fumo (anche con esito positivo) rispetto al resto della nazione.

### Alimentazione

Il confronto con le indagini nazionali mostra, nel territorio dell'ASL di Brescia, una maggior tendenza al consumo di frutta e di verdura. In particolare il 68% dei partecipanti all'indagine del 2010 ha dichiarato di consumare giornalmente almeno una porzione di verdura, una percentuale molto più elevata rispetto a quella dell'indagine ISTAT del 2008 (51%) [6]; va comunque fatto notare che la variabilità regionale dei dati Istat è molto elevata, con una media, nel Nord est, del 59%. La proporzione di coloro che consumano frutta tutti i giorni (67%) è invece in linea con i dati nazionali ISTAT. E' importante osservare che la proporzione di coloro che consumano almeno 5 dosi al giorno di frutta e verdura nell'ASL di Brescia è del 14%, più elevata rispetto alla media nazionale (9%), ma in linea con quanto riscontrato nel Nord Italia, come mostrato nella figura a lato [8].

Si ricorda che nel triennio 2007-09, a livello nazionale, si è notato un calo del consumo delle 5 porzioni al giorno: nel 2007 era del 10,3%, nel 2008 del 9,7% e nel 2009 del 9,1%.



Anche a Brescia, come nel resto del Paese, lo stile alimentare femminile si caratterizza maggiormente, rispetto a quello maschile, per una dieta basata sul consumo giornaliero di frutta e verdura (consumano almeno una porzione/die il 73% delle donne verso il 63% degli uomini, in media con più porzioni).

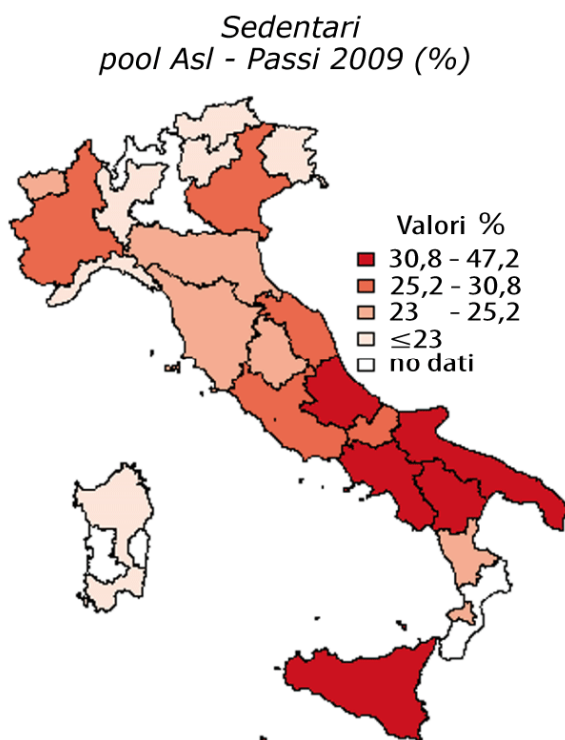
Preoccupante notare che ben 1/4 dei giovani consuma verdure raramente o mai e 1/5 non consuma frutta. Oltre ad età e sesso maschile anche il basso titolo di studio e la sedentarietà sono associati ad un minor consumo di verdura e frutta.

### Attività fisica

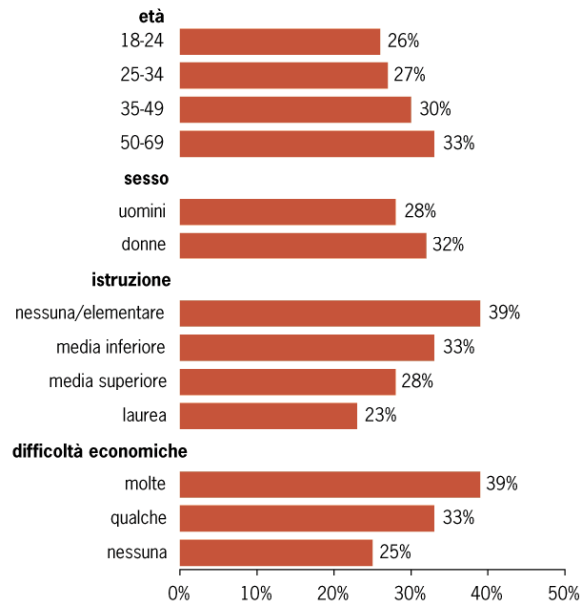
Nel 2010 la prevalenza a Brescia di persone sedentarie è del 26%, leggermente inferiore alla stima Istat per la Lombardia (30%). I fattori associati alla sedentarietà sono il sesso femminile, il basso livello d'istruzione, l'IMC più elevato e lo stato di fumatore. I dati dell'ASL di Brescia sono in linea con quanto rilevato dallo studio Passi per il 2009 [7], come evidenziato dalla figura seguente.

Secondo i dati del Passi la prevalenza di soggetti sedentari è in significativo aumento negli ultimi anni:

- nel 2007 era del 27,5% (IC 95% 26,7-28,3%)
- nel 2008 era del 29,5% (IC 95% 29,0-30,1%)
- nel 2009 era del 30,8% (IC 95% 30,2-31,5%).



*Sedentari*  
*pool Asl - Passi 2009 (n=38.806)*  
*Totale: 30,2% (IC 95%: 32,4%-33,6%)*



### **Sovrappeso ed obesità**

Rispetto a quanto riportato dall'indagine Istat [6], Brescia presenta, rispetto alla media della Lombardia, più soggetti normopeso (58% vs 53%) e meno soggetti in sovrappeso (30% vs 33%) e obesi (8% vs 10%). La discrepanza potrebbe in parte dipendere dalla nota tendenza ad indicare un peso inferiore ed un'altezza superiore rispetto al vero nei dati riferiti.

Come per i dati nazionali, anche a Brescia si riscontra una maggior proporzione di soggetti obesi o in sovrappeso nel sesso maschile, nell'età più avanzata e nei soggetti con basso titolo di studio.

### **Interazione tra stili di vita**

Bisogna tener presente il fatto che spesso i fattori protettivi e di rischio si associano: un'alimentazione con più verdure è maggiormente frequente in chi pratica più sport e nei non fumatori, mentre al contrario i fumatori tendono ad essere più sedentari.

## 4.2 PROMOZIONE STILI DI VITA SANI DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI

### FUMO

Il 67% degli intervistati (escludendo un 27% che non ha risposto alla domanda) ha dichiarato di aver ricevuto domande dal proprio MMG in relazione all'eventuale abitudine al fumo, una percentuale più alta rispetto a quanto rilevato nello studio *PASSI* (41%): la percentuale è risultata più elevata tra i fumatori (78%) e gli ex-fumatori (74%) e in coloro che avevano incontrato recentemente il proprio MMG.

Circa il 14% di fumatori ed ex-fumatori ha dichiarato di aver ricevuto incoraggiamento e informazioni precise riguardo la cessazione dell'abitudine al fumo.

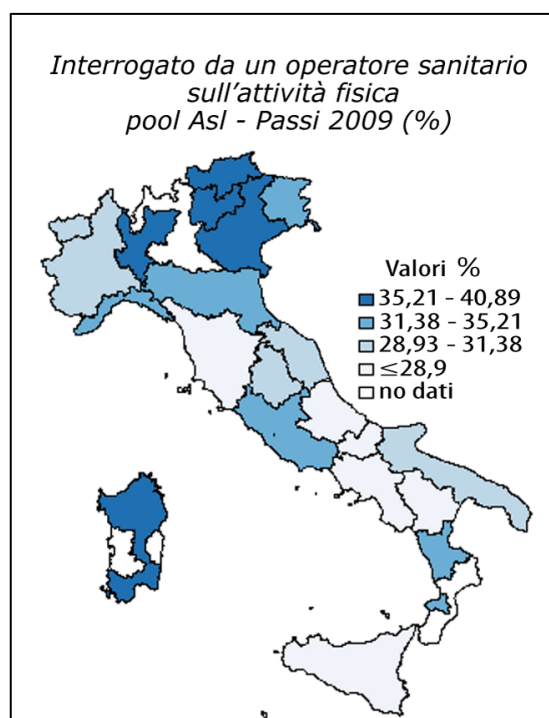
Considerando i consigli dati anche da altri operatori l'80% dei fumatori ha ricevuto da qualche operatore sanitario consigli sulla cessazione, una percentuale notevolmente più elevata del 60% riscontrato a livello nazionale dallo studio *Passi* [5].

### ALIMENTAZIONE E ATTIVITA' FISICA

Poco più della metà degli intervistati ha dichiarato di non aver mai ricevuto consigli su alimentazione e attività fisica da parte del proprio MMG, mentre il 17% ha dichiarato di aver ricevuto dei consigli precisi riguardo l'alimentazione e l'11% riguardo l'attività fisica.

Le percentuali di intervento del MMG riguardo al fumo, all'alimentazione e all'attività fisica sono rimaste costanti dal 2006 al 2010.

Considerando i consigli dati anche da altri operatori, il 59% ha ricevuto consigli sulla corretta alimentazione e il 55% sull'attività fisica. Per quanto riguarda l'attività fisica la percentuale risulta molto più elevata rispetto a i dati dello studio *Passi*, anche riferito alle regione del Nord Italia (vedi figura a fianco).



### MMG

Il MMG si conferma, a livello di popolazione, l'operatore sanitario che più di ogni altro fornisce consigli ed attua un'azione di educazione sanitaria personalizzata verso i propri assistiti, per quanto riguarda fumo, alimentazione e attività fisica. I consigli vengono forniti con maggior frequenza ai soggetti a rischio (alto BMI, fumatori) e a coloro che frequentano maggiormente il MMG: chi riceve consigli in genere li riceve, giustamente, su più argomenti.

La frequentazione recente del MMG è associata per tutte le tematiche ad una maggior ricezione di messaggi sugli stili di vita.

Non si sono notati cambiamenti significativi nel periodo 2006-2010.

### Altri operatori

Nel 2010 vi è stato un netto aumento della percentuale di fumatori che riferisce di aver ricevuto consigli da parte di operatori sanitari diversi dal MMG (dal 25-30% del 2006 e 2008 al 44% del 2010). Similmente sono aumentati in modo significativo i consigli sull'alimentazione (da circa il 20% al 27%) e sull'attività fisica (dal 14% del 2008 al 27% del 2010).

Ciò è dovuto in particolare ad una maggior attività di promozione per tutte le tematiche da parte di medici ospedalieri, medici del lavoro, medici sportivi ed in taluni casi da ostetriche e farmacisti.

### 4.3 ASPETTI METODOLOGICI

Si ricorda che nel 2010 è stata utilizzata una nuova metodologia e che non sono possibili confronti diretti con le precedenti indagini per quanto riguarda attività fisica e consumo di verdura (nuova metodologia) e il consumo di frutta (non presente in precedenza).

L'indagine presenta alcuni limiti (soprattutto nelle prime due fasi) legati alla scelta del campione. La selezione non è stata fatta tramite campionamento casuale sull'intera popolazione, ma solo su quella fascia che si reca agli ambulatori per le visite mediche per il rinnovo/rilascio della patente:

1. In Italia i titolari di patenti attivi sono più di 34 milioni. In termini di popolazione di 18 anni ed oltre, possiede la patente di guida circa il 50% delle donne e l'80% degli uomini: esiste quindi un'ampia fascia di popolazione che non viene rappresentata;
2. La visita di rinnovo per la patente di guida deve essere effettuata ogni 10 anni per chi ha un'età minore a 50 anni, successivamente il rinnovo della patente avviene a scadenza quinquennale e, per gli ultra settantenni triennale: ciò comporta una sovra-rappresentazione della popolazione più anziana.
3. Limiti legati ad un cambiamento della popolazione selezionata nelle diverse fasi: la maggior possibilità di effettuare visite per il rinnovo della patente in strutture private ad orari serali potrebbe portare una maggior fetta della popolazione lavorativa ad utilizzare tale servizio e quindi si creerebbe un'auto-selezione di chi utilizza gli ambulatori ASL (pensionati, persone con lavori ad orari flessibili) che ne inficerebbe la rappresentabilità.

Nell'indagine del 2010, per garantire una maggior rappresentatività alla popolazione giovane sono state coinvolte anche alcune autoscuole private dell'Associazione Bresciana Autoscuole (ABA) e, per avere una maggior rappresentatività femminile, sono stati coinvolti i genitori (110 donne sul totale di 113) che accompagnano i bambini agli ambulatori per le vaccinazioni pediatriche.

Al di là di questi limiti, il merito maggiore dell'indagine è la possibilità di raccogliere dati precisi e dettagliati su alcuni stili di vita particolarmente significativi nel contesto locale e sull'attività di promozione della salute da parte dei MMG e degli altri operatori sanitari dell'ASL. Il tutto è avvenuto con un metodo flessibile e poco oneroso, considerando che all'interno dello studio *PASSI* si riteneva "costo contenuto" i 12.000€ stimati per un campione di 200 persone intervistate per singola ASL [9,10].

## 5. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

- Le abitudini della popolazione per quanto riguarda fumo, attività fisica e alimentazione, sono sostanzialmente in linea con i dati per il Nord Italia rilevati da ISTAT e studio Passi;
- Per quanto riguarda il fumo si notano nel 2010 a Brescia maggiori tentativi di cessazione, e maggior desiderio di smettere rispetto agli anni precedenti, in linea con la maggior consapevolezza dei danni del fumo riscontrata a livello nazionale;
- Per quanto riguarda l'azione di promozione degli stili di vita da parte degli operatori sanitari, i dati sono in genere migliori rispetto ai dati nazionali;
- Il MMG svolge un ruolo di promozione soprattutto verso i soggetti maggiormente a rischio e coloro che vede con maggior frequenza;
- Dal 2006 al 2010 non si è notata alcuna differenza nella promozione degli stili di vita da parte dei MMG, mentre si è rilevata nel 2010 un significativo aumento della promozione da parte di "altri" operatori della salute;
- Si evidenzia come, sia per i MMG, sia per altri operatori sanitari, siano notevoli le possibilità di miglioramento soprattutto verso gli assistiti non a rischio;
- Lo studio si è dimostrato un valido strumento di rilevazione che risponde alle esigenze di un sistema di sorveglianza: Tempestività, Rappresentatività, Flessibilità, Accettabilità ed Economicità. In futuro è essenziale far sì che venga replicato con le medesime modalità onde poter eliminare bias di selezione o di ricordo;
- Le nuove modalità di rilevazione del consumo di frutta e verdura e di attività fisica sono sicuramente più precise e permetteranno di valutare eventuali cambiamenti nei prossimi anni

**Si ringraziano gli operatori sanitari dei Distretti Sanitari per l'attiva partecipazione all'indagine.**

## 6. REFERENZE

1. *Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92 4 1563001*
2. *WHO. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. Ginevra OMS*
3. *PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (accessibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>, ultimo accesso: 04/11/2010)*
4. *Il fumo in Italia (DOXA 2008). OSSFAD – Istituto Superiore di Sanità. [http://www.legatumori.it/images/uploads/doxa-il\\_fumo\\_al\\_volante.pdf](http://www.legatumori.it/images/uploads/doxa-il_fumo_al_volante.pdf)*
5. *Rapporto nazionale Passi 2009: abitudine al fumo (accessibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/Fumo09.asp>, ultimo accesso: 04/11/2010)*
6. *ISTAT La vita quotidiana nel 2008 Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2008. n°7 2009*
7. *Rapporto nazionale Passi 2009: attività fisica (accessibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/AttivitaFisica09.asp>, ultimo accesso: 04/11/2010)*
8. *Rapporto nazionale Passi 2009: situazione nutrizionale (accessibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/SituazioneNutrizionale09.asp>, ultimo accesso in data 22/10/10)*
9. *Lo studio Passi: rilevazione e analisi dei carichi di lavoro e dei costi dello studio nell'azienda ULSS 22 di Bussolengo (VR) (Ben - Notiziario ISS - vol. 19, n. 9 - settembre 2006)*
10. *Il "salto" del Passi da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione (Ben - Notiziario ISS - vol. 19, n. 9 - settembre 2006)*