



Dipartimento di Prevenzione
UOC: ISP- “Ambiente e Salute” - UOS: “Epidemiologia”

GLI STILI DI VITA DEI RESIDENTI DELL'EX AERCA

I dati della Sorveglianza *PASSI*, 2008-2016



a cura di:

UOC: ISP - Ambiente e Salute, Epidemiologia ASUR Marche, Area Vasta 2 Ancona

Cristina Mancini, Annalisa Cardone, Antonella Guidi, Marco Morbidoni.

Gruppo di Lavoro "Sorveglianza PASSI" dell'Area Vasta 2, nel periodo 2008-2016:

ex ZT ASUR	referenti	Intervistatori e collaboratori
4- Senigallia	Rosanna Rossini	Antonella Agoccioni, Milena Cavallotti Daniela Francoletti, Mirella Marcellini
5- Jesi	Francesca Pasqualini	Elisabetta Branchesi, Andrea Filonzi, Sabina Paci, Amelia Priori
6- Fabriano	Daniela Cimini	Giorgia Capezzone, Catia Mezzanotte, Sestilia Sparvoli, Emanuela Tartarelli, Roberta Patrignani, Lucia Lesti, Francesca Petruio, Virgilio Bernardi, Marta Grifi, Maurizio Rosi
7- Ancona	Marco Morbidoni	Elisa Ambrogiani, Eufemia Ciarallo Antonella Guidi, Giada Gori, Sarah Vallorani

Edizione: Giugno 2018

Un ringraziamento particolare per la collaborazione va a tutti i cittadini intervistati nell'ambito del sistema di sorveglianza *PASSI*

Osservatorio Epidemiologico
ASUR Marche - Area Vasta 2
via C Colombo 106, 60125 Ancona
tel. 071-8705901 - 5683
email epidemiologia.an@sanita.marche.it

INDICE

CAPITOLO	pag
1. ACRONIMI	4
2. INTRODUZIONE	5
3. OBIETTIVO DEL LAVORO	5
4. DEFINIZIONE DELL'AREA ex AERCA	6
5. MATERIALE E METODI	9
6. RISULTATI	13
• Caratteristiche socio-demografiche del campione	13
PASSI	
• Abitudine al fumo	15
• Consumo di alcol	19
• Attività fisica	23
• Alimentazione: eccesso ponderale	26
• Alimentazione: consumo di frutta e verdura	30
7. DISCUSSIONE	33
8. CONCLUSIONI	35
9. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	37
10. ALLEGATI	39
A. Prevalenza degli stili di vita a rischio, per Comune, Area ex AERCA e regione Marche (Tabelle 1-6).	40
B. Proporzioni del numero di interviste <i>PASSI</i> e del numero medio dei residenti 18-69enni, per Comune. Periodo 2008-2016 (Figura 1).	47
C. Distribuzione per età e sesso del campione di intervistati e dei residenti, per l'Area ex AERCA e per Comune (Figure 1-5).	48

1.ACRONIMI

AERCA	Area ad Elevato Rischio di Crisi Ambientale
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ARS	Agenzia Regionale Sanitaria
ARPA	Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale
ASUR	Azienda Sanitaria Unica Regionale
AV	Area Vasta
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DGR	Delibera di Giunta Regionale
GTN	Gruppo Tecnico Nazionale
IC	Intervallo di Confidenza
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MMG	Medici di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
<i>PASSI</i>	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
P.F.	Posizione di Funzione
SIN	Sito di Interesse Nazionale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
UOE	Unità Operativa Epidemiologia dell'Area Vasta 2
vs	versus
ZT	Zona Territoriale

2.INTRODUZIONE

La Regione Marche, con la Delibera Amministrativa del Consiglio Regionale n. 305/2000, ha definito i territori di Ancona, Falconara Marittima e bassa valle dell'Esino, nel loro complesso, come Area ad Elevato Rischio di Crisi Ambientale (AERCA). All'interno di questo territorio è ricompreso il Sito Inquinato di Interesse Nazionale di "Falconara Marittima", istituito con la Legge 179 del 31/07/2002, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 189 del 13 Agosto 2002.

La Regione Marche, con DGR 679/2004 integrata dalla DGR 977/2006, approva lo svolgimento di un'indagine epidemiologica di tipo analitico volta ad indagare, con accuratezza, lo stato di salute della popolazione del comune di Falconara Marittima, e dei territori comunali limitrofi alla Raffineria API, ed a misurare eventuali associazioni causali fra le fonti di esposizione e la comparsa di eventi sanitari.

La Regione, sempre con le medesime Delibere sopra-citate, individua l'Agenda Regionale per la Protezione Ambientale delle Marche, quale soggetto operativo di attuazione del protocollo dello studio e l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano, quale referente per la consulenza scientifica. Lo studio analitico si conclude nel 2009 evidenziando, per il periodo oggetto di indagine, un aumento statisticamente significativo del rischio di mortalità per tumori dell'apparato emolinfopoietico in un sottogruppo di popolazione.

A seguito degli esiti di quest'indagine analitica è stato consentito all'ARPAM Marche, con DGR 506/2009, di completare il lavoro attraverso lo svolgimento di un ulteriore studio aggiuntivo con l'intento sia di ampliare il numero dei partecipanti, sia di valutare il rischio di decesso per tumore del sistema emolinfopoietico in funzione della distanza della residenza dalla Raffineria API.

Nel 2011, su richiesta della Giunta Regionale, è stata prodotta una nota di epidemiologia descrittiva a cura di ARS e ARPAM Marche, inerente lo stato di salute dei residenti nell'area AERCA, al fine di fornire un aggiornamento dei dati disponibili di mortalità e dei ricoveri ospedalieri.

Con l'avvio dei percorsi attuativi delle attività di sorveglianza sanitaria in capo all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (DGR 447/2014) e in considerazione della necessità di adeguare il patrimonio informativo di carattere epidemiologico, unitamente alle richieste provenienti dalle amministrazioni locali e dalle associazioni di cittadini, nel corso dell'anno 2014 è emersa la necessità che, per i territori di Ancona, Falconara e Bassa Valle dell'Esino, venisse attivato un sistema di sorveglianza specifico su ambiente e salute in grado di dare continuità alle attività di monitoraggio ed analisi precedentemente svolte, sviluppare la consapevolezza dei decisori sui rischi connessi a programmi, progetti e piani di gestione, nonché dare una risposta alle preoccupazioni delle comunità locali.

La Regione Marche allora, con la DGR 340/2017, formalizza il "Piano di sorveglianza epidemiologica e sanitaria nei comuni di Agugliano, Ancona, Camerata Picena, Chiaravalle, Falconara Marittima, Jesi, Montemarciano, Monte San Vito e Monsano"; il monitoraggio ha come obiettivo quello di produrre, attraverso l'integrazione di dati demografici, ambientali e sanitari, un sistema coordinato e dinamico di controllo di eventuali eventi avversi sulla salute, legati all'interazione tra la popolazione e l'ambiente in cui essa vive. La Delibera di Giunta 340/2017 attribuisce all'ARS compiti di coordinamento delle attività inerenti la sorveglianza, mentre attribuisce all'ARPAM ed all'ASUR Marche Area Vasta 2 quelli di collaborazione tecnico-operativa.

3.OBIETTIVO DEL LAVORO

Secondo la definizione del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta (Stati Uniti) del 1988, un sistema di sorveglianza è "un sistema di raccolta sistematica, di analisi e interpretazione dei dati relativi alla salute, essenziali alla pianificazione, implementazione e valutazione della pratica di salute pubblica, strettamente integrato con la tempestiva diffusione di questi dati agli individui o alle istituzioni competenti".

Ha quindi come scopo sostanziale la raccolta, analisi e diffusione di dati. Il concetto di sorveglianza come monitoraggio di malattia o fattori di rischio sulla popolazione, è differente dalla singola osservazione di individui potenzialmente esposti ad un agente infettivo o tossico. La sorveglianza

sanitaria, infatti, è condotta per rilevare sintomi precoci e istituire prontamente delle misure di controllo.

In sintesi quindi gli obiettivi di una sorveglianza di salute pubblica sono:

- identificare o confermare l'esistenza di un problema di salute pubblica;
- definire gli aspetti del problema (sanitari, sociali);
- identificare e definire la popolazione su cui intervenire e fare attività di prevenzione;
- valutare l'efficacia dei programmi d'intervento e prevenzione

Una sorveglianza di salute pubblica si basa su flussi di dati routinari (diversi da quelli ottenibili dalle indagini ad hoc) che permettano dei confronti spaziali e temporali.

L'AV2 dell'ASUR, con il presente lavoro, concorre al monitoraggio dello stato di salute delle popolazioni residenti nei comuni dell'Area ex AERCA attraverso la sorveglianza della diffusione dei fattori di rischio comportamentali tra i residenti di questi territori.

Perché questa scelta?

Il timore di un potenziale maggior pericolo di sviluppo di malattie croniche non trasmissibili (soprattutto oncologiche, cardiocircolatorie e respiratorie), nella popolazione che risiede in Aree a rischio ambientale, pericolo riconducibile a criticità ambientali note, è una questione che preoccupa molto le persone che vivono in questi luoghi (ed il piano di sorveglianza epidemiologica e sanitaria è infatti espressione della particolare attenzione degli Amministratori a tali problematiche). E' noto però che le MCNT hanno un'origine multifattoriale: pertanto, nell'ottica di un monitoraggio dello stato di salute della popolazione, è opportuno considerare in **maniera complessiva** tutti i fattori di rischio che incidono sugli esiti di salute rilevati in una comunità, anziché restringere l'attenzione ad uno solo dei possibili determinanti (l'ambiente). Questo approccio a 360 gradi consente di migliorare la consapevolezza della popolazione e delle istituzioni su tutti i principali rischi per la salute e di individuare ed implementare misure globali di promozione della stessa.

Quindi gli obiettivi di questo lavoro sono:

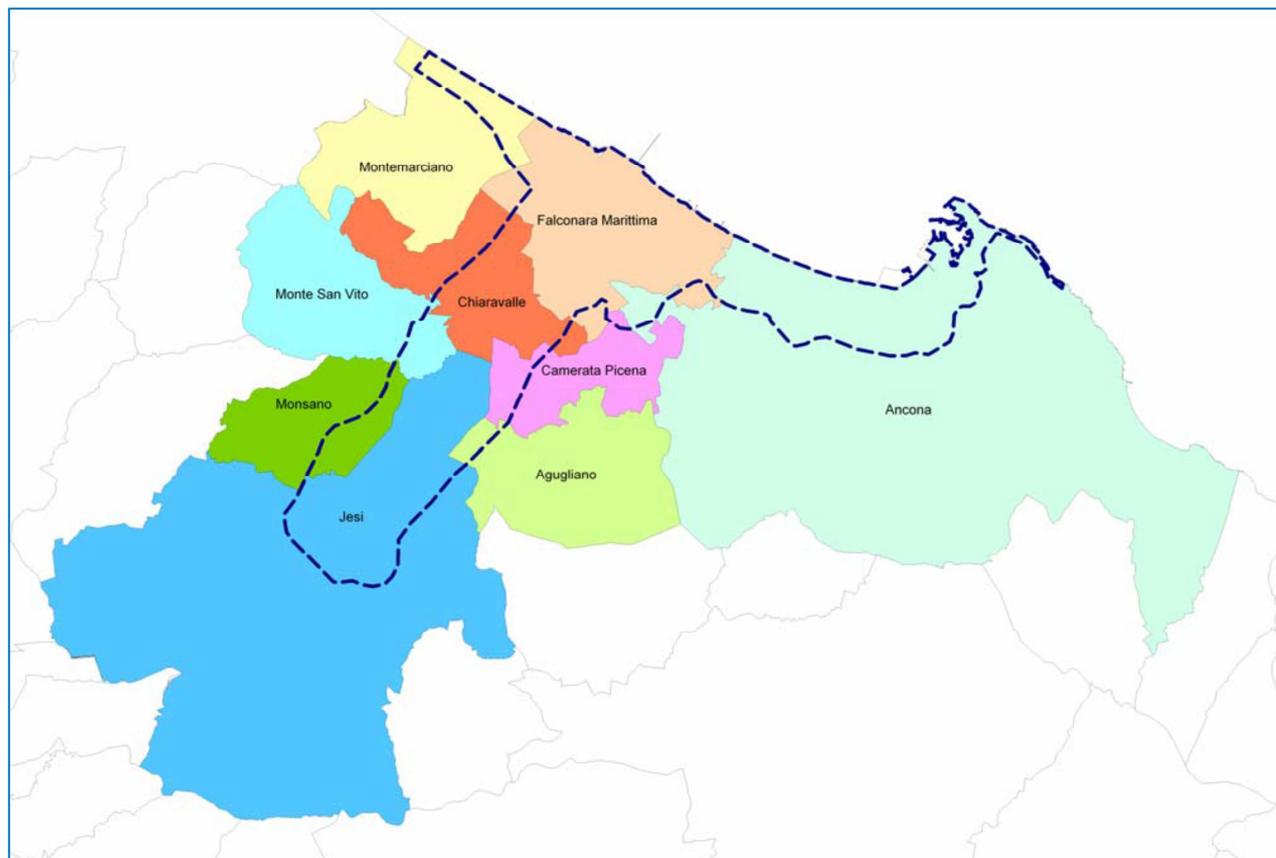
- 1) stimare la prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali (abitudine al fumo, sedentarietà, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura, bere alcol in eccesso) nell'Area ex AERCA nel suo complesso e nei singoli nove Comuni che vi ricadono;
- 2) confrontare le prevalenze ottenute con quelle della popolazione residente nella Regione Marche.

4.DEFINIZIONE DELL'AREA ex AERCA

Il territorio dell'Area exAERCA (di cui alla Delibera Amministrativa del Consiglio Regionale n. 305/2000) è costituito da una fascia litoranea che si estende da Marina di Montemarciano ad Ancona (circa 30 km) e, perpendicolarmente a questa, dalla bassa valle del Fiume Esino. In totale sono circa 85 Km², la cui morfologia è prevalentemente pianeggiante o lievemente ondulata. Su questo territorio insistono i comuni di Ancona, Falconara Marittima, Montemarciano, Chiaravalle, Camerata Picena, Agugliano, Jesi, Monte San Vito e Monsano.

Al 1 gennaio 2017 vi risiedono 209.727 abitanti (fig. 1).

Fig. 1 Comuni appartenenti all'Area ad Elevato Rischio di Crisi Ambientale



Fonte: deliberazione n. 172/2005 (n.223): "Deliberazione del Consiglio regionale: "Approvazione del Piano di risanamento dell'Area di Ancona, Falconara, e bassa valle dell'Esino dichiarata ad elevato rischio di crisi ambientale, con Deliberazione del Consiglio regionale 1° marzo 2000, n. 305".

La denominazione attribuita all'Area nel suo complesso derivava dall'individuazione all'interno dei territori dei comuni citati, di "criticità ambientali" di diversa natura. Sono presenti infatti fragilità nella morfologia del territorio connesse a:

- fenomeni di instabilità diffusa dei versanti su gran parte della zona collinare esposta verso il mare (ad es. la zona della grande frana di Ancona);
- una forte densità abitativa su tutta la linea litoranea che collega Ancona a Falconara Marittima e Montemarignano;
- la presenza di aree soggette a esondazioni ed inondazioni a carico di fenomeni legati allo stato dei corsi d'acqua, ossia del Fiume Esino e dei suoi affluenti.

Accanto a tali problematiche insistono tutta una serie di fattori correlati alla presenza di:

a) insediamenti produttivi e commerciali che concorrono, in modo diretto o indiretto, ad accrescere le criticità ambientali sull'area stessa; fra tali insediamenti ne emergono alcuni che meritano un'attenzione particolare in virtù della funzione svolta, come:

- la struttura Portuale di Ancona (uno dei punti principali di origine/destinazione merci tra le regioni italiane e l'estero);
- la Raffineria "API" di Falconara;
- la "GOLDEN GAS" di Jesi e la "SOL" Spa del porto di Ancona (operante nella produzione e commercializzazione dei gas tecnici, industriali, puri e speciali e medicinali). Queste due attività, come la raffineria API, rientrano nella definizione di "industrie a rischio di incidente

rilevante”, secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo n.105 del 26 giugno 2015 (che sostituisce i D.Lvi n. 334 del 17 agosto 1999 e n. 238 del 21 settembre 2005)¹;

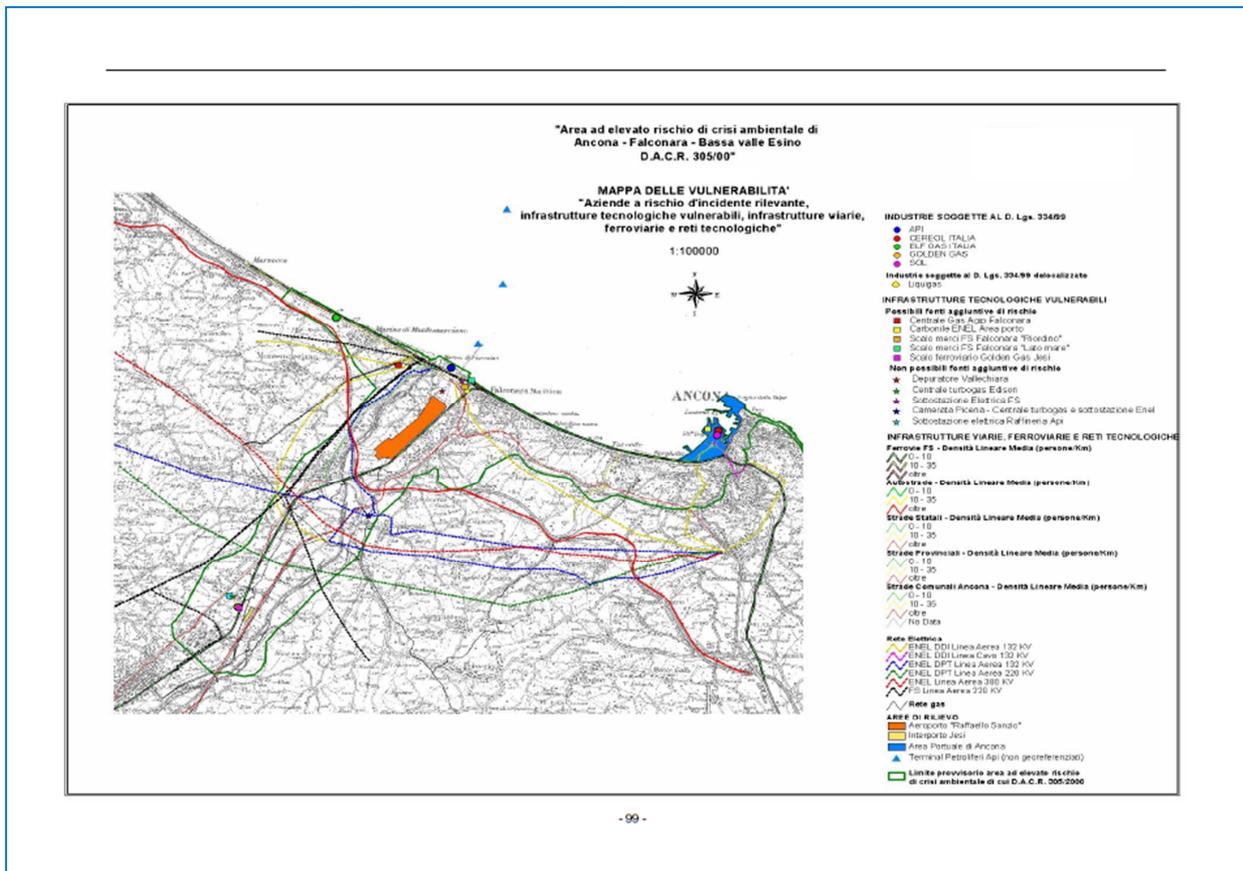
b) numerose infrastrutture tecnologiche e di servizio ad elevata vulnerabilità, compresi tre siti di produzione energetica che nel tempo hanno subito importanti modifiche o dismissioni, come di seguito descritto:

- la Centrale Turbogas del Consorzio Jesi Energia (1000 GWh di energia elettrica prodotta annualmente, il 15% del consumo regionale del 2001), sita presso lo stabilimento SADAM; essa nel 2013 è stata posta in stato di conservazione con Decreto del Dirigente della Posizione di Funzione Valutazioni ed Autorizzazioni Ambientali (n. 35/VAA del 06/05/2013);
- la Centrale Turbogas IGCC (IntegratedGasificationCombinedCycle) dell' API Energia S.p.A. (1500 GWh di energia elettrica annua, circa il 22% del consumo regionale del 2001) che è stata sottoposta a modifiche e sostituzioni per ottemperare alle direttive ambientali e alle politiche energetiche (nel 2014 infatti il ciclo combinato passa all'alimentazione a metano);
- la Centrale di Camerata Picena, che nel 2013 la società ENEL decide di cessarne l'esercizio, attraverso un piano di dismissione approvato dagli Enti.

Nell'Area inoltre insistono tutta un'altra serie di problematiche correlate alla presenza di importanti vie di trasporto stradale, ferroviario, aereo (l'autostrada A14; le statali SS16 ed SS76; la ferrovia Bologna-Pescara e quella Ancona-Roma; l'interporto di Jesi lungo la valle dell'Esino; l'aeroporto civile di Ancona-Falconara), che rendono ancora più difficoltoso il contenimento delle criticità ambientali esercitate su questo territorio (fig. 2).

Lo scenario delle pressioni ambientali, cambiato, come già detto in precedenza anche per la cessazione di alcune attività, si è modificato notevolmente nel corso degli anni. In figura 2 si riporta la mappa delle “vulnerabilità”, presenti nell'Area, a far data nell'anno 2000.

Fig. 2 Area AERCA: mappa delle “vulnerabilità”.



Fonte: D.A.C.R. 305/00

¹<http://www.minambiente.it/pagina/inventario-nazionale-degli-stabilimenti-rischio-di-incidente-rilevante-0>

Infine nell'Area exAERCA ricade, come già detto, il Sito Inquinato di Interesse Nazionale di Falconara Marittima, A tal proposito, la definizione di SIN indicata dal D.Lgs. 152/2006 è già di per sé esplicativa delle potenziali problematiche ad esso riconducibili che possono gravare sul territorio: *“I siti di interesse nazionale, ai fini della bonifica, sono individuabili in relazione alle caratteristiche del sito, alle quantità e pericolosità degli inquinanti presenti, al rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini di rischio sanitario ed ecologico, nonché di pregiudizio per i beni culturali ed ambientali”*.

Esistono delle evidenze di letteratura scientifica che le “criticità ambientali”, come quelle sopra descritte, possano produrre effetti avversi sulla salute tra i residenti di quel territorio. Per questa ragione è sorta l'esigenza di avviare un sistema di sorveglianza epidemiologica delle popolazioni residenti nell'Area, con particolare attenzione ai rischi legati alle “pressioni ambientali”.

5. MATERIALI E METODI

Fonte dei dati

Le informazioni sulla diffusione dei principali fattori di rischio comportamentali sono stati tratti dal Sistema nazionale *PASSI* (acronimo di Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), attivo dal 2007. Questa sorveglianza di sanità pubblica raccoglie in continuo, dati sulla frequenza, tra la popolazione adulta di 18-69 anni, di fattori di rischio comportamentali connessi con l'insorgenza delle MCNT. La Sorveglianza fornisce informazioni anche sul grado di conoscenza ed adesione, da parte della popolazione, ai programmi di intervento che il Paese sta portando avanti per prevenire gli scorretti stili di vita.

I temi indagati sono: il fumo; l'inattività fisica; l'eccesso ponderale; il consumo di alcol; la dieta povera di frutta e verdura; il controllo del rischio cardiovascolare; l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali e per quelli in ambienti di vita e di lavoro; la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico; infine si esplorano anche alcuni aspetti socio-economici influenzanti lo stato di salute.

La raccolta dati avviene attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato, tramite intervista telefonica, svolta da personale addestrato. I criteri di idoneità all'intervista sono: l'età 18-69, la residenza, la capacità di comprendere e rispondere alle domande in italiano, il non essere in un istituto residenziale (ospedale, casa di cura, caserme militari, prigione), oltre che ovviamente la disponibilità di un recapito telefonico.

PASSI è coordinato a livello nazionale da un gruppo tecnico (GTN) collocato presso il *Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute* dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)- Roma. In ciascuna Regione ci sono poi le figure del referente e dal coordinatore regionale della Sorveglianza che sovrintendono alla rete di coordinatori ed intervistatori locali presenti all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle Asl.

Nella Regione Marche il Sistema è da considerarsi a regime in tutte le aree territoriali da oramai un decennio; in ogni Area Vasta ASUR viene effettuato mensilmente un numero di interviste, concordato con il GTN.

Il data-base regionale *PASSI*, relativamente al periodo 2008-2016, contiene complessivamente 9.951 interviste, di cui 3.236 sono quelle effettuate ai residenti dell'Area Vasta 2 e 1.056 sono quelle svolte ai residenti dell'Area ex AERCA.

Tipologia di campionamento

L'unità di raccolta dati in *PASSI* è l'Azienda sanitaria locale. Il campionamento è di tipo casuale semplice, stratificato per sesso ed età (3 fasce: 18–34 anni; 35–49 anni; 50–69 anni), proporzionalmente alla dimensione del rispettivo strato nella popolazione generale.

I titolari delle interviste vengono estratti tra le persone residenti nell'unità di raccolta dati e registrate nell'anagrafe sanitaria informatizzata degli assistiti.

Oltre alla lista dei titolari è predisposta una lista dei sostituti, anch'essa stratificata per sesso ed età, di numerosità almeno doppia rispetto alla prima, per consentire:

- il rimpiazzo delle persone, presenti nella lista anagrafica, ma non aventi i requisiti di inclusione richiesti dalla Sorveglianza (es. senza recapito telefonico);

- le sostituzioni dovute a non reperimento o rifiuto dell'intervistato.

Per la numerosità campionaria sono stati usati i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali col fine di ottenere una stima con un buon grado di approssimazione (intervallo di confidenza al 95%).

La pesatura delle interviste

Essendo il campione effettuato a livello aziendale, ai fini di un confronto tra i dati di ciascuna Asl e quelli complessivi della Regione di appartenenza, è necessaria una pesatura dei dati per migliorare l'affidabilità delle stime, in particolare per le variabili con forte eterogeneità interaziendale.

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito. In considerazione del fatto che *PASSI* utilizza un campionamento stratificato proporzionale, i pesi sono strato-dipendenti, quindi calcolati uno per ogni singolo strato, perciò ogni Asl avrà sei valori di peso. Ad ogni intervista è associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Per l'analisi la variabile "Peso" è data dall'inverso della frazione campionaria, cioè dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente:

$$i \text{ Peso}_k = \frac{\text{pop strato}_k \text{ ASL}_i}{\text{numero int strato}_k \text{ ASL}_i}$$

N. di interviste e rappresentatività a livello regionale

Le Marche, dal 2008 e fino a tutto l'anno 2015 hanno scelto di effettuare un numero minimo di interviste tale da avere una rappresentatività statisticamente significativa per Area Vasta (275 per anno, per AV). Le Aree Vaste n.4 e n.5 sono state considerate come un'unica Area Vasta, in ragione della più ridotta numerosità della popolazione residente, rispetto alle altre AV.

A partire dal 2016, per motivi di sostenibilità della Sorveglianza, si è optato per un campione statisticamente significativo a livello regionale: pertanto, ad oggi, ogni Area Vasta contribuisce con un numero minimo di interviste al campione regionale e questo numero dipende dal peso della popolazione, in fascia di età target, della singola Area Vasta rispetto alla popolazione regionale totale sempre in fascia d'età target.

Criteri di analisi delle interviste dell'Area exAERCA e di ciascuno dei 9 Comuni dell'Area

Come sopra-esplicitato la Sorveglianza *PASSI* è stata disegnata per avere informazioni valide a livello di Area Vasta e di Regione, e non per Comune. Per poter utilizzare comunque "ex post" i dati *PASSI*, per singolo Comune e per l'Area exAERCA nel suo complesso, si è proceduto come segue:

a) per le elaborazioni dei dati comunali sono stati seguiti gli stessi criteri metodologici, individuati dal GTN, per l'analisi delle informazioni *PASSI* dei Comuni appartenenti alla rete italiana "Città Sane"² e, una volta chiari i livelli di analisi, b) sono stati ri-calcolati i pesi delle interviste, specifici per Comune.

a) Metodologia "Città Sane"

In base al numero di interviste *PASSI*, fatte ai residenti tra 18-69 anni dei Comuni che aderiscono alla rete "Città Sane", questi stessi Comuni sono stati divisi in tre gruppi e, in base al gruppo, sono stati stabiliti dei differenti livelli di analisi, come di seguito riportato:

- Livello di analisi 0: "comuni Città Sane" con un numero di interviste considerato insufficiente per produrre analisi (numero interviste < 100);

² La Rete Italiana "Città Sane" è una associazione che promuove il ruolo e l'impegno dei Comuni italiani nelle politiche di promozione della salute a livello locale, parte del network internazionale delle Healthycities, sostenuto dall'OMS. Queste città si sforzano di migliorare l'ambiente urbano e la qualità della vita dei cittadini, individuando e condividendo le buone pratiche di pianificazione urbana, ambiente pulito, vita attiva e invecchiamento in salute.

Tra il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di Sorveglianza *PASSI* e questa Rete, è stato fatto un primo passo di collaborazione rendendo disponibile ai Sindaci di 73 "Città Sane" Italiane, i dati *PASSI* sui comportamenti a rischio nella loro città, per gli anni 2010-2016 cumulati. Le informazioni si riferiscono alla prevalenza dei 4 maggiori fattori di rischio in Italia: fumo, obesità, inattività fisica e "consumo problematico" di alcol. Il livello di dettaglio è stato condizionato dalla numerosità del campione di intervistati per singolo Comune, ma per la maggior parte dei Comuni è stato possibile giungere al dettaglio per genere, età e condizioni socio- economiche.

- Livello di analisi 1: “comuni Città Sane” con un numero di interviste che va da 100 a 249, per i quali sono state calcolate solo le prevalenze degli indicatori considerati nel campione totale di intervistati, con relativi intervalli di confidenza al 95%;
- Livello di analisi 2: “comuni Città Sane” con un numero di interviste che va da 250 a 999, per i quali sono state calcolate le prevalenze degli indicatori considerati nel campione totale di intervistati, ma anche stratificato per genere e classe d’età, con relativi intervalli di confidenza al 95%;
- Livello di analisi 3: “comuni Città Sane” con 1.000 o più interviste, per i quali sono state calcolate le prevalenze degli indicatori considerati nel campione totale di intervistati, ma anche stratificato per genere, classe d’età, livello di istruzione e difficoltà economiche percepite, con relativi intervalli di confidenza al 95%.

Nel data-base PASSI regionale le 1.056 interviste complessive, fatte ai residenti nei 9 Comuni dell’Area exAERCA di età tra 18-69 anni, raccolte nel periodo 2008-2016, si distinguono come segue: 446 interviste dei residenti del Comune di Ancona; 26 dei residenti del Comune di Agugliano; 13 di quelli di Camerata Picena; 96 di quelli di Chiaravalle; 133 di quelli di Falconara Marittima; 236 di quelli di Jesi; 53 di quelli di Montemarciano; 28 di quelli di Monte S. Vito ed infine 24 interviste dei residenti del comune di Monsano.

Pertanto, considerata la metodologia “Città Sane” per le elaborazioni dei dati di ogni singolo Comune, si è proceduto a seguire i livelli di analisi evidenziati in tabella 1.

Tab. 1 Livello di Analisi, per Comune e Area exAERCA, secondo la metodologia “Città Sane”.

Codice Istat	Comune	Num. interviste 2008-2016	Livello analisi - "Città Sane"
42002	Ancona	447	2
42001	Agugliano	26	0
42007	Camerata Picena	13	0
42014	Chiaravalle	96	<i>al limite del livello 1</i>
42018	Falconara Marittima	133	1
42021	Jesi	236	1
42027	Montemarciano	53	0
42030	Monte San Vito	28	0
42025	Monsano	24	0
Tot Area exAERCA		1.056	3

Fonte: criteri metodologici: “Città Sane” – Istituto Superiore di Sanità, anno 2017

In sintesi: è stato possibile elaborare le informazioni sugli stili di vita, con dettaglio comunale, solo per i comuni di: Ancona (con livello di analisi 2), Chiaravalle (con livello di analisi 1, anche se al limite), Falconara Marittima e Jesi (con livello di analisi 1), oltre che per l’Area exAERCA suo complesso (con livello di analisi 3). Invece i comuni di Agugliano, Camerata Picena, Montemarciano, Monte San Vito, e Monsano hanno contribuito, con le interviste svolte ai loro residenti, ai risultati riguardanti l’Area exAERCA nel suo complesso.

b) Pesatura delle interviste

Per migliorare l’affidabilità delle stime per l’Area nel suo complesso e per singolo Comune sono stati ri-calcolati i pesi Comune-specifici. In particolare per ciascuno dei 9 Comuni dell’Area:

- è stata calcolata la media della popolazione residente, dal 2008 al 2016, in ognuno dei 6 seguenti strati: uomini nelle 3 fasce d’età: 18–34 anni; 35–49 anni; 50–69 anni e donne nelle medesime fasce d’età;
- tale media è stata divisa per la numerosità delle interviste, fatte ai residenti, di quello strato, per gli stessi anni.

Quindi con questa procedura si sono ottenuti, per ciascun singolo Comune, 6 nuovi pesi strato-dipendenti. Infine ad ogni singola intervista è stato ri-attribuito il nuovo peso corrispondente allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Ulteriori Criteri

Prima di procedere con le analisi è stato verificato inoltre che:

- per il periodo 2008-2016, la proporzione di interviste totali di ognuno dei 9 Comuni sul totale delle interviste dell'intera Area exAERCA fosse congruente con la corrispettiva proporzione di popolazione residente³, in fascia d'età target, di ciascun Comune, sul totale della popolazione residente³(sempre in fascia d'età target) nell'intera Area exAERCA (Allegato 10 B);
- per singolo Comune e per l'intera Area che la proporzione delle interviste, disaggregate per fasce d'età e genere (6 strati) fosse congruente con la proporzione della popolazione residente in fascia d'età target, disaggregata per i medesimi 6 strati (Allegato 10 C).

Misure

La diffusione dei fattori di rischio comportamentali tra la popolazione di 18-69 anni, residente nei Comuni dell'Area e nell'exAERCA nel suo complesso, è stata espressa in termini di *prevalenza* riferita al periodo 2008-2016. Le prevalenze comunali e dell'Area exAERCA sono state confrontate con quelle della popolazione residente nella regione Marche, nella stessa fascia d'età, nel periodo 2008-2016, scelta come popolazione di riferimento.

Accanto alla prevalenza del fattore di rischio comportamentale viene riportato anche il suo *intervallo di confidenza al 95%*.

L'*intervallo di confidenza* di una misura epidemiologica (tasso, percentuale, etc..) è un intervallo di valori entro cui è contenuta, con una probabilità determinata, il valore reale e/o vero di quella misura, riferita alla popolazione in studio. Il livello di confidenza esprime il grado di certezza del risultato. E' il ricercatore che decide quale livello di fiducia/certezza vuole riporre nei risultati delle analisi epidemiologiche. Porre il livello di confidenza al 95% (piuttosto che al 90%) significa che col 95% di probabilità (o con il 90% di probabilità) il valore reale e/o vero della misura epidemiologica, riferita alla popolazione in studio, è ricompresa in un range di valori che va dal limite inferiore al limite superiore dell'intervallo.

Generalmente negli studi epidemiologici descrittivi relativi ai fattori di rischio comportamentali l'IC è espresso al 95%.

L'intervallo di confidenza in questo lavoro è anche utilizzato per capire se ci siano differenze "statisticamente significative" tra le prevalenze dei fattori di rischio comportamentali registrati tra i residenti dell'Area exAERCA (e/o nei singoli Comuni) e quelle evidenziate tra i residenti della regione Marche.

In particolare:

- se l'IC della prevalenza del fattore di rischio comportamentale del campione di intervistati dell'Area exAERCA (o del Comune) si sovrappone a quello del campione di intervistati della regione Marche: → non è improbabile che le popolazioni da cui sono estratti i campioni abbiano la stessa prevalenza → dunque, in termini di probabilità, la frequenza di diffusione di quel comportamento a rischio non è diversa tra i residenti in exAERCA (o nel Comune) rispetto ai residenti nelle Marche;
- se l'IC della prevalenza del fattore di rischio comportamentale del campione di intervistati dell'Area exAERCA (o del Comune) non si sovrappone a quello del campione di intervistati della regione Marche: → è improbabile che le popolazioni da cui sono estratti i campioni abbiano la stessa prevalenza → dunque, in termini di probabilità, la frequenza di quel comportamento a rischio è diversa tra i residenti in exAERCA (o nel Comune) rispetto ai residenti nelle Marche.

Definizione delle variabili relative ai fattori di rischio comportamentali

Le definizioni normalmente utilizzate nella Sorveglianza PASSI sono esplicitate all'interno di ciascun paragrafo del capitolo "Risultati", di seguito ci si limita a fornire la definizione di "difficoltà economiche" e di "livello d'istruzione".

³ Popolazione residente = media della popolazione tra 18-69 anni residente in ciascuno dei 9 comuni dell'Area e nell'Area nel suo complesso nel periodo 2008-2016

Difficoltà economiche:

in *PASSI* l'informazione sulle difficoltà economiche (che come le altre informazioni raccolte vengono riportate direttamente dall'intervistato e che quindi si riferiscono a una percezione soggettiva), è rilevata tramite la domanda "Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?", avente come possibili risposte: molto facilmente, abbastanza facilmente, con qualche difficoltà, con molte difficoltà. Vengono, dunque, considerate persone "con difficoltà economiche" quelle che hanno dichiarato qualche o molte difficoltà ad arrivare a fine mese; le persone "senza difficoltà" sono quelle che hanno riferito di arrivare a fine mese molto facilmente o abbastanza facilmente.

Livello d'istruzione:

nella Sorveglianza quest'informazione è rilevata tramite il quesito: "Quale è il suo titolo di studio?" che prevede le seguenti possibili risposte: nessun titolo; licenza elementare, licenza di scuola media; diploma o qualifica di scuola media superiore; laurea/diploma universitario o titolo superiore. Viene dunque definito "livello d'istruzione basso": il possesso del titolo di studio al massimo di licenza di scuola media; mentre il "livello d'istruzione alto" corrisponde al conseguimento del diploma di scuola media superiore o più.

6.RISULTATI

• CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE *PASSI*

I "determinanti socio-demografici" che caratterizzano ciascuna persona, quali l'età il genere, il livello d'istruzione, la cittadinanza, lo stato economico, la condizione e la posizione professionale (etc...) giocano un ruolo importante nella decisione di ciascun individuo di operare scelte di vita salutari.

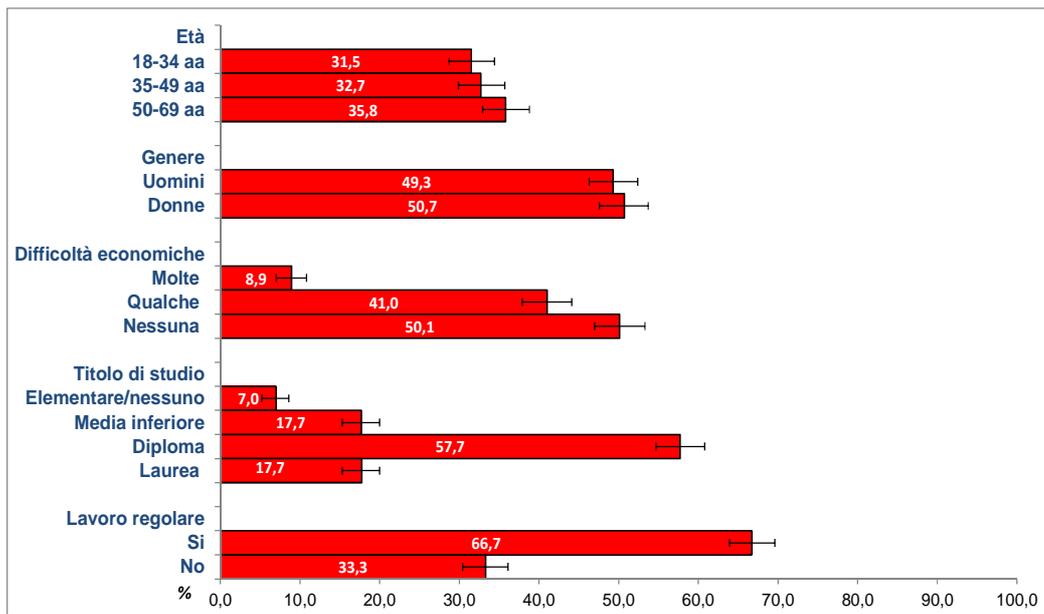
Passi "raccolge" una grande varietà di informazioni socio-demografiche che sono molto utili anche per rilevare la presenza di disuguaglianze di salute nei diversi "strati" di una popolazione. Questa sorveglianza quindi è anche uno strumento che contribuisce all'emersione, all'analisi e alla ricerca di soluzioni per i sempre più preoccupanti fenomeni di povertà e vulnerabilità sociale presenti nei nostri territori.

La popolazione residente nei 9 Comuni dell'Area exAERCA di età tra i 18 e i 69 anni, oggetto dello studio, è costituita da circa 140.320 individui (valore medio del periodo 2008-2016). Il campione di intervistati residenti nell'Area exAERCA (in totale 1.056 individui), è rappresentato per il 49% da uomini e per il 51% da donne; l'età media per i primi è di 43 anni per le seconde di 44 anni. Il 75% degli intervistati ha un livello d'istruzione alto. Nella fascia d'età 18-65 anni, il 67% ha un lavoro regolare. La metà degli intervistati (50%) ha riferito difficoltà economiche (Fig3).

La popolazione residente nelle Marche, di età tra i 18 e i 69 anni, è costituita da circa 1.034.332 individui (valore medio del periodo 2008-2016).

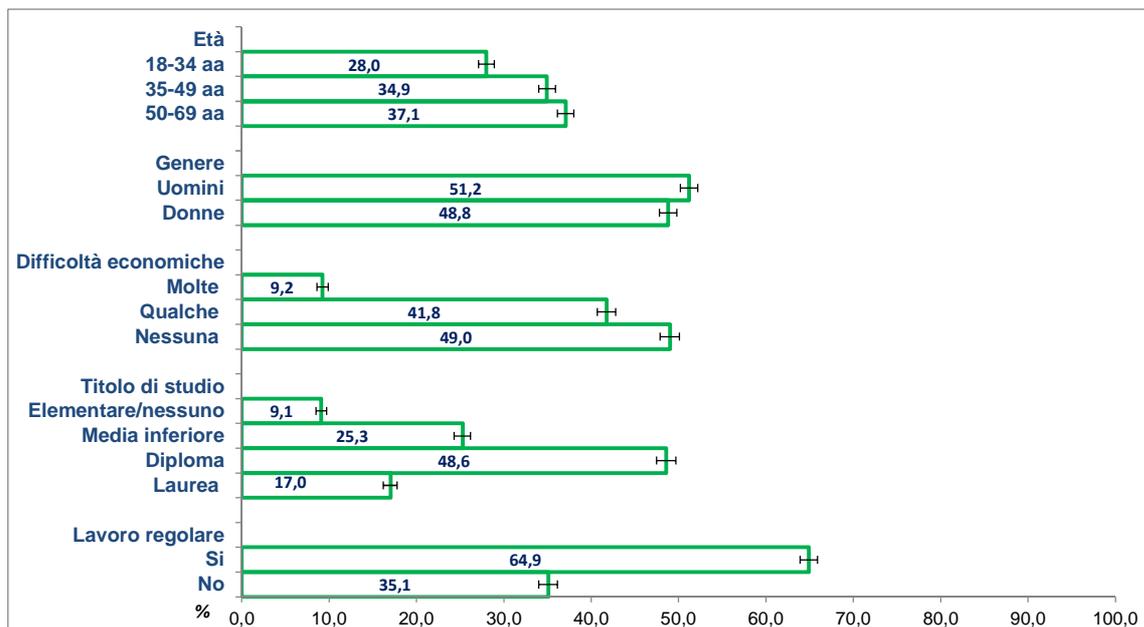
Il campione di intervistati residenti nel territorio regionale (in totale 9.951 persone), è rappresentato per il 51% da uomini e per il 49% da donne; l'età media per i primi è di 44 anni per le seconde di 45 anni. Il 66% degli individui ha un livello d'istruzione alto. Nella fascia d'età 18-65 anni, il 65% ha un lavoro regolare. Un po' più della metà degli intervistati (51%) ha riferito difficoltà economiche (Fig4).

Fig. 3 Caratteristiche socio-demografiche del campione di intervistati, fra i 18-69 anni, residenti nell'Area exAERCA. Dati PASSI/ 2008-2016.



Fonte: db Passi, AV2, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Fig. 4 Caratteristiche socio-demografiche del campione di intervistati, fra i 18-69 anni, residenti nelle Marche. Dati PASSI/ 2008-2016



Fonte: db Passi, Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Sintesi/Riflessioni

- Tra gli intervistati residenti nell'Area exAERCA, vi è una lieve prevalenza del sesso femminile, il contrario avviene per la regione Marche.
- La proporzione di soggetti tra i 18-34 anni dell'Area, aderenti alla sorveglianza PASSI, è più elevata di quella regionale (31,5% rispetto 28%).

- Una maggior prevalenza di intervistati donne (ancorché lieve) come anche una maggior prevalenza di intervistati “giovani” potrebbe “influire” sulla lettura dei risultati riguardanti l’adozione di stili di vita a rischio.
- Nell’Area exAERCA gli adulti tra 18-69 anni mostrano un livello d’istruzione complessivamente più elevato rispetto al dato regionale; infatti sono il 75% degli intervistati, residenti nell’Area a dichiarare di possedere un titolo di studio uguale o maggiore del diploma di scuola media superiore, rispetto al 66% della regione Marche. Non ci sono invece grandi differenze relativamente alla dichiarazione di avere una qualche difficoltà economica.
- Tra i residenti dell’Area exAERCA, di età tra 18-65 anni, il 67% svolge un lavoro regolare (ossia un’attività retribuita svolta in modo continuativo a tempo pieno o part-time), rispetto al 65% della regione Marche.

• ABITUDINE AL FUMO

L’impatto del consumo di tabacco sulla salute della popolazione può essere illustrato dai dati dell’Institute of HealthMetrics and Evaluation, in base ai quali in Italia il numero di decessi attribuibili a questo scorretto stile di vita, nel 2015, ammontava a quasi 96 mila morti. Di questi decessi: circa 49mila erano provocati da malattie neoplastiche, 23mila da malattie cardiovascolari, 21mila da malattie respiratorie; gli altri invece erano attribuiti a specifiche malattie come il diabete. In letteratura è riportato anche che il fumo ha effetti negativi sul sistema riproduttivo sia dell’uomo che della donna, riducendo la fertilità; ha effetti nocivi in gravidanza in quanto: può causare aborto spontaneo; è una delle principali cause di basso peso alla nascita (<2.500 grammi) e di nascita pretermine (< 37 settimane di età gestazionale).

Il grande carico di sofferenze dovuto a questo scorretto stile di vita grava innanzitutto sui malati, poi sul sistema sanitario, quindi sui contribuenti ed infine sull’economia, perché provoca perdita di produttività.

Il fumo di tabacco infine ha un impatto negativo anche sull’ambiente.

PASSI monitorizza l’abitudine al fumo attraverso i seguenti indicatori specifici (espressi in forma di prevalenza):

Fumatore: chi dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di essere fumatore al momento dell’intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Ex fumatore: chi dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di non essere fumatore al momento dell’intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Non fumatore: chi dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette e di non essere fumatore al momento dell’intervista.

Nel periodo 2008-2016 la maggioranza degli adulti 18-69enni residenti nell’Area exAERCA e nel territorio regionale non fuma (63% e 54% rispettivamente) o ha smesso di fumare (16% e 21%); tuttavia l’abitudine al fumo è ancora molto diffusa: nell’exAERCA un residente su 5 è fumatore attivo (21%), nelle Marche lo è un po’ più di un residente su 4 (26%).

Gli IC95% della prevalenza del fumo, delle due popolazioni messe a confronto, non si sovrappongono, pertanto è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di residenti che fumano nell’Area exAERCA sia minore della frequenza di fumatori residenti nella regione Marche (Tab.2).

Tab. 2 Prevalenza e IC95% dell’abitudine al fumo nella popolazione adulta ed dell’attenzione degli operatori sanitari verso questo fattore di rischio. Confronto tra campione di intervistati dell’Area exAERCA e della regione Marche. Dati PASSI2008-2016.

Abitudine al fumo	Area exAERCA	Regione Marche
	% (IC95%)	% (IC95%)
Fumatori	21,2 (18,6-23,7)	25,9 (25,0-26,8)
Ex Fumatori	16,0 (13,7-18,4)	20,6 (19,8-21,5)
Non Fumatori	62,8 (59,7-65,8)	53,5 (52,4-54,5)
Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	29,6 (26,6-32,6)	36,0 (34,9-37,1)
Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**	54,7 (46,6-62,8)	51,7 (49,2-54,3)

Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno.

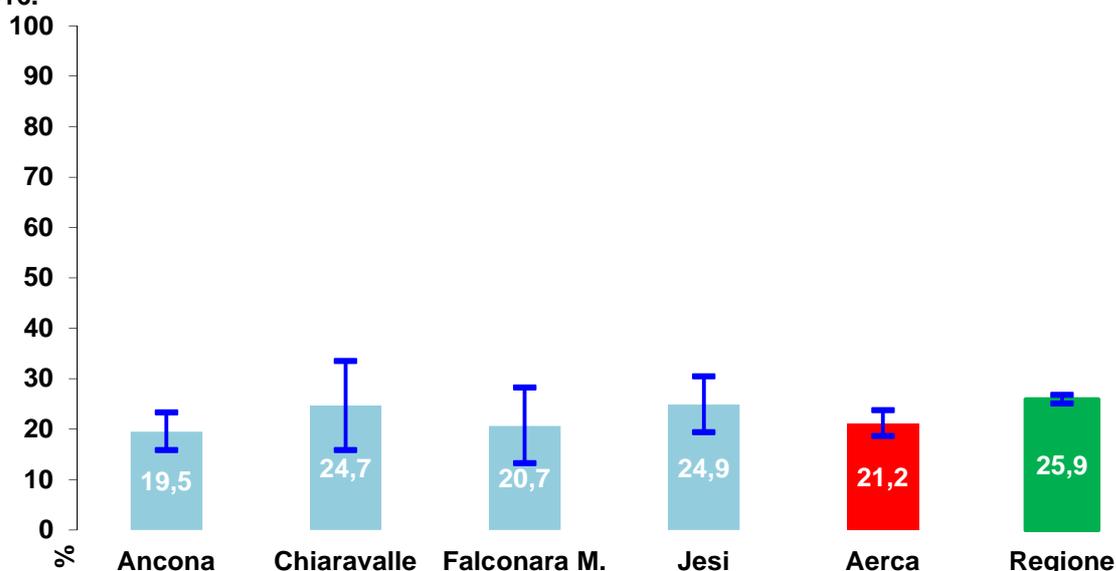
** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico.

L'attenzione degli operatori sanitari verso questo comportamento a rischio non è elevata come ci si aspetterebbe: infatti solo 1 fumatore su 2 (55% per l'AERCA e 52% per le Marche) riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario

Nella figura 5 è evidenziata la frequenza dell'abitudine al fumo nei soggetti adulti tra 18-69 anni residenti nelle città di Ancona, Chiaravalle, Falconara Marittima e Jesi, nel periodo 2008-2016.

Il range di fumatori va dal 19,5% di Ancona al 24,9% di Jesi. Tuttavia vi è una sovrapposizione degli IC95% di queste prevalenze: pertanto sembrerebbe probabile anche da un punto di vista statistico che, la diffusione di questo stile di vita tra i residenti di questi Comuni sia all'incirca simile. Pare invece esserci una significativa minor frequenza di fumatori tra i residenti di Ancona, rispetto ai residenti nelle Marche (non sovrapposizione degli IC95%).

Fig. 5 Frequenza dei fumatori (%). Confronto Comuni, Area ex-AERCA e Regione Marche. Dati PASSI 2008-2016.



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

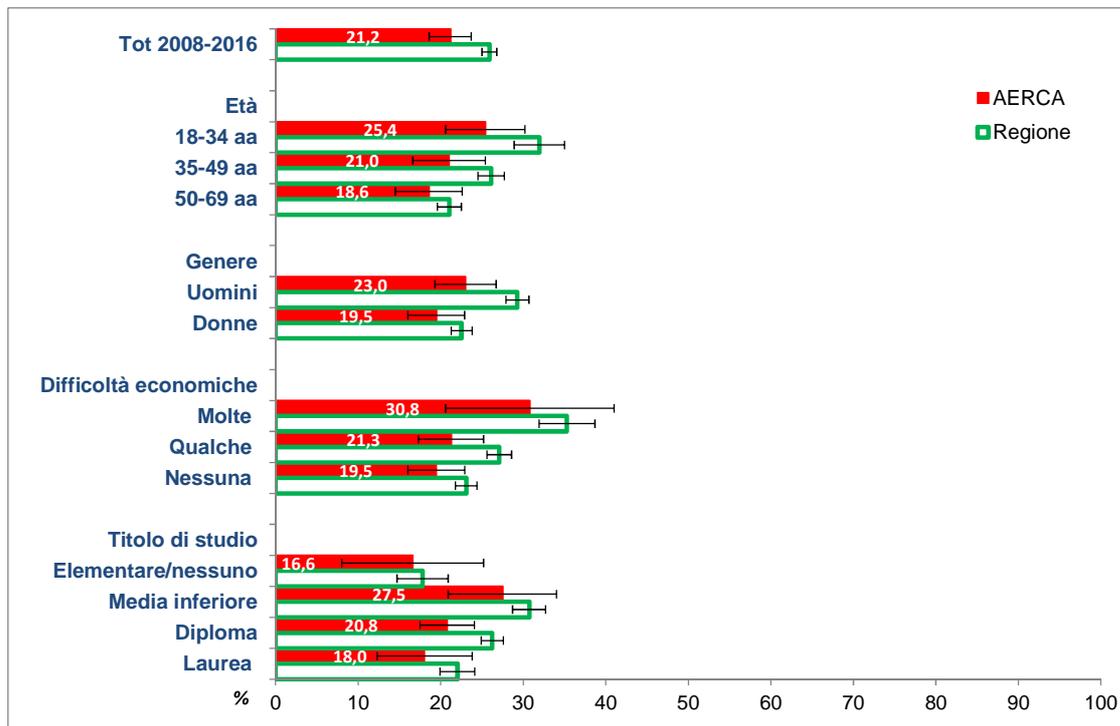
Le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti che fumano sono sovrapponibili sia per l'ex AERCA che per il territorio regionale: l'abitudine al fumo è più diffusa fra i più giovani (18-34enni), mentre si riduce con l'età; è più frequente tra chi si trova in difficoltà economica (in exAERCA i fumatori con

problemi economici sono il 23%, in confronto al 20% di fumatori che dichiarano di non averne; tali percentuali nelle Marche sono rispettivamente del 29% e del 23%). Inoltre l'abitudine al fumo è meno diffusa tra le persone con titolo di studio alto: in exAERCA ne fuma una su 5, in confronto ad una su 4 tra le meno istruite; nelle Marche i medesimi valori sono pari al 25% ed al 27%.

Rispetto al genere si nota come in linea generale gli uomini fumino di più delle donne; in exAERCA però anche tra il sesso maschile la tendenza sembra essere quella di fumare significativamente di meno rispetto ai maschi residenti nel territorio regionale (prevalenza del fumo nel sesso maschile in exAERCA pari al 23,0% con IC95% 19,3-26,7, rispetto al 29,3% con IC95% 27,9-30,7 del campione marchigiano) (Fig 6).

Sia in exAERCA che nelle Marche il consumo medio giornaliero di sigarette è circa pari a 12; un fumatore su 5 ne consuma più di un pacchetto al giorno, egli è definito "forte fumatore".

Fig. 6 Caratteristiche socio-demografiche dei fumatori (%). Confronto Area exAERCA e regione Marche. Dati PASSI 2008-2016.



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Sintesi/Riflessioni

- Tra i residenti nell'Area exAERCA, sembra esserci una minor frequenza nell'abitudine al fumo rispetto ai residenti della regione Marche: infatti la prevalenza di fumatori tra gli intervistati in nell'Area è del 21% rispetto al 26% del campione regionale, senza sovrapposizione degli IC95%.
- Tali percentuali si traducono in una stima di circa 29.700 fumatori tra gli adulti residenti in exAERCA nel periodo 2008-2016 e di circa 267.900 fumatori residenti nelle Marche, nello stesso periodo temporale.
- Gli uomini residenti in exAERCA sembrano fumare di meno di quelli residenti nel territorio regionale: infatti la prevalenza del fumo nel sesso maschile è in exAERCA pari al 23,0% (IC95% 19,3-26,7), rispetto al 29,3% (IC95% 27,9-30,7) del campione marchigiano. Poiché gli IC95% della prevalenza del fumo non si sovrappongono, è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di maschi residenti nell'Area che fumano sia minore di quella dei maschi residenti nella regione Marche.
- Tra le persone economicamente più svantaggiate e tra le meno istruite, la quota di fumatori è più alta.

- *Non vi sono differenze nell'attenzione degli operatori sanitari verso il fumo tra exAERCA e Marche. All'incirca ad un fumatore su due è stato consigliato di smettere.*
- *Dal confronto fra i Comuni dell'Area non sembrano esserci diversità nella frequenza di diffusione di questo fattore di rischio fra la popolazione dei residenti. Sembra invece che i residenti del comune di Ancona fumino significativamente di meno dei residenti nel territorio regionale.*
- *Oltre ai danni per la salute umana provocati dal tabacco (più dettagliatamente esplicitati all'inizio di questo paragrafo), fumare provoca anche effetti negativi sull'ambiente. "I principali danni derivano dal fumo espirato e dallo smaltimento improprio di cenere e mozziconi. "Man mano che la sigaretta brucia, il fumo espirato viene immesso nell'aria e i residui si concentrano nel filtro e nella parte più prossima al filtro che, insieme, costituiscono il mozzicone. Quando fumano all'aperto, i fumatori gettano spesso i mozziconi per terra, ritenendo erroneamente che siano innocui e rapidamente degradabili. Si tratta di due false credenze. Infatti, proprio per la presenza del filtro che trattiene il 40-60% dei gas, vapori e micro-particelle presenti nel fumo, i mozziconi rappresentano un concentrato di sostanze tossiche e dovrebbero essere classificati come rifiuti tossici. Inoltre, contrariamente a quanto si pensa comunemente, il loro tempo di smaltimento nell'ambiente è lungo (1-5 anni). Si stima che in Italia vengano prodotti ogni anno 72 miliardi di mozziconi, in parte abbandonati in strade, spiagge, in mare, senza alcuna precauzione. In questo modo, vengono immesse nell'ambiente più di 300 tonnellate di nicotina, più di 20 tonnellate di gas tossici, 1800 tonnellate di composti organici volatili (benzene, toluene, ecc), oltre 1400 tonnellate di catrame condensato, 1872 Bq di Polonio-210 e 12.240 tonnellate di acetato di cellulosa ... (1)".*
- *Sia a livello europeo con il Codice europeo contro il cancro, che a livello nazionale (ad esempio, il programma Guadagnare Salute (2) ed il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18 (3) sono promosse strategie intersettoriali finalizzate all'implementazione di interventi di prevenzione primaria, con l'obiettivo di contrastare la diffusione del tabagismo, ma anche dell'abuso di alcol, della sedentarietà e di una scorretta alimentazione.*
- *A proposito del fumo di tabacco esistono infatti diverse misure, previste dalla Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco, sottoscritta anche dall'Italia⁴, che sono efficaci per contenerne il consumo. Oltre ai divieti di fumare nei luoghi pubblici ed ai divieti di vendita ai minori, ed alle campagne informative, la misura ritenuta più efficace e con il rapporto costo/efficacia più favorevole è l'aumento dei prezzi, che rende i prodotti del tabacco meno accessibili, soprattutto ai giovani e ai gruppi più vulnerabili. Secondo l'OMS, una politica, prolungata nel tempo, di aumenti consistenti delle accise sui tabacchi, estesa a tutti i prodotti ed accompagnata dal contrasto al contrabbando, è in grado di ridurre la prevalenza di fumatori e aumentare il gettito fiscale, senza deprimere l'economia.*
- *La prevenzione dell'abitudine al fumo e/o il suo controllo permette quindi di: salvaguardare la salute, diminuire il rischio di sviluppare patologie, proteggere l'ambiente, ridurre le conseguenze economiche negative derivate dall'insorgenza di patologie fumo-correlate.*

⁴Nel Rapporto 2008 dell'Oms sul fumo: viene raccomandato ai Governi di implementare sei misure "chiave" per il controllo del consumo di tabacco. Il pacchetto di sei misure, porta il nome di Mpower, dall'acronimo inglese delle sei strategie di azione: Monitor tobacco use and prevention policies (monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione), Protect people from tobacco smoke (protezione della popolazione dal fumo), Offer help to quit tobacco use (aiuti per smettere di fumare), Warn about the dangers of tobacco (avvertenze sui pericoli del tabacco), Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco), Raise taxes on tobacco (aumento delle tasse sul tabacco).

- **CONSUMO DI ALCOL**

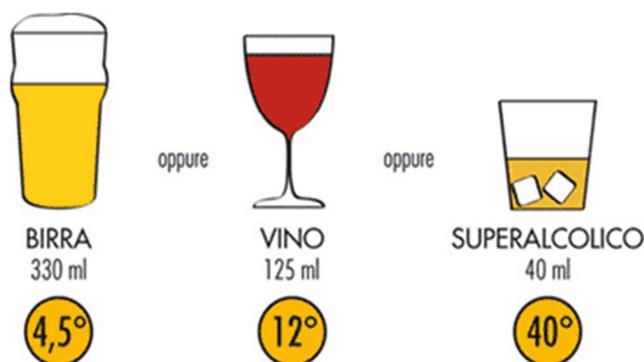
Il consumo di alcol è associato a numerose malattie croniche (cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile) e può creare dipendenza. Provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società (4).

Nel 2014 oltre 34 milioni di italiani di 11 anni e più hanno consumato almeno una bevanda alcolica con una prevalenza significativamente maggiore tra gli uomini (76,6%) rispetto alle donne (50,4%); circa 5.800.000 persone (pari al 10,6% di coloro che hanno un'età uguale o maggiore di 11 anni) hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto in questo consumo, erano il 16,1% nel 2007 (5).

Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol; questo fattore di rischio risulta essere la prima causa di decesso tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali. Rilevante è anche la quota (circa 41 mila) di violazioni del codice della strada per guida in stato d'ebbrezza, contestate dalle forze dell'ordine che vede in primo piano il coinvolgimento di giovani sotto i 24 anni e gli ultra65enni.

L'esposizione all'alcol è causa di circa 41 mila accessi nei Pronto soccorso, con diagnosi principale di abuso di alcol episodico, e di 57 mila ricoveri ospedalieri, il 42% dei quali ha come diagnosi principale una condizione alcol-correlata.

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



PASSI monitora inoltre i diversi aspetti del “consumo a maggior rischio” mediante i seguenti indicatori specifici (espressi in forma di prevalenza):

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

Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione;

Consumo fuori pasto: esclusivamente o prevalentemente.

Consumo a maggior rischio: deriva dall'insieme delle definizioni sopra riportate. Pertanto per “consumo a maggior rischio” s'intende: consumo fuori pasto e/o consumo binge e/o consumo abituale elevato. Questa definizione è stata introdotta nella sorveglianza Passi dall'anno 2010.

Nel periodo 2008-2016, più della metà degli intervistati di 18-69 anni, residenti nell'Area exAERCA (58%), dichiara di consumare bevande alcoliche. Circa 6 persone su 100 (il 17%) ne fanno un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione.

Nelle Marche il 63% degli intervistati consuma alcol, il 19,5% si dichiara consumatore a "maggior rischio" (Tab. 3).

Tab. 3 Prevalenza e IC95% dell'abitudine al consumo di alcol nella popolazione adulta ed dell'attenzione degli operatori sanitari verso questo fattore di rischio. Confronto tra campione di intervistati dell'Area exAERCA e della regione Marche. Dati PASSI 2008-2016.

Consumo di alcol	Area exAERCA	Regione Marche
	% (IC95%)	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	57,9 (54,8-60,9)	63,0 (62,0-64,0)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	5,3 (4,1-6,5)	7,5 (7,0-8,1)
Consumo abituale elevato	4,0 (2,8-5,3)	4,0 (3,5-4,5)
Consumo binge	11,5 (8,6-14,3)	9,6 (8,8-10,5)
Consumo a maggior rischio ¹ (periodo 2010-2016)	17,3 (14,4-20,3)	19,5 (18,5-20,5)

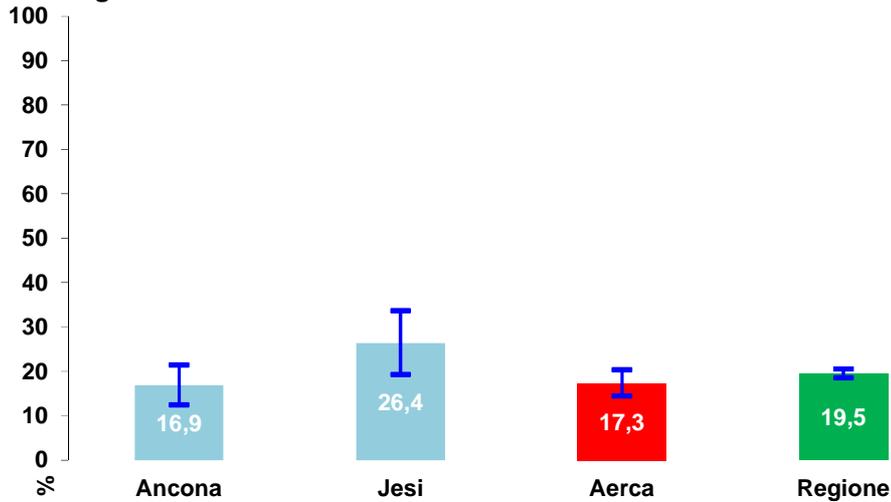
Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

¹Consumo a maggior rischio"= consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

Nella figura 7 è evidenziata la frequenza dei "consumatori di alcol a maggior rischio" per il periodo 2010-2016 solo tra i residenti nelle città di Ancona e Jesi. Il dato dei comuni di Chiaravalle e Falconara Marittima non è riportato in quanto la definizione di "consumatore di alcol a maggior rischio", così come è stato detto all'inizio del paragrafo, è dell'anno 2010. Di conseguenza la somma del numero di interviste svolte dal 2010 al 2016 ai residenti di Chiaravalle e di Falconara, è risultata non sufficiente per l'elaborazione di questa informazione.

Le prevalenze dei consumatori di alcol a maggior rischio nei comuni di Ancona e Jesi nel periodo 2010-2016 non sembrano essere differenti da quelle che si riscontrano nell'Area exAERCA e nelle Marche. Vi è infatti una sovrapposizione degli IC95%: pertanto sembrerebbe probabile, anche da un punto di vista statistico, che non vi siano differenze nella frequenza di diffusione di questo scorretto stile di vita tra i residenti dei due Comuni e tra questi e l'Area exAERCA ed il territorio regionale.

Fig. 7 Frequenza dei consumatori a maggior rischio (%) nei comuni di Ancona e Jesi. Confronto con la Area exAERCA e la regione Marche. Dati PASSI 2010-2016.



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

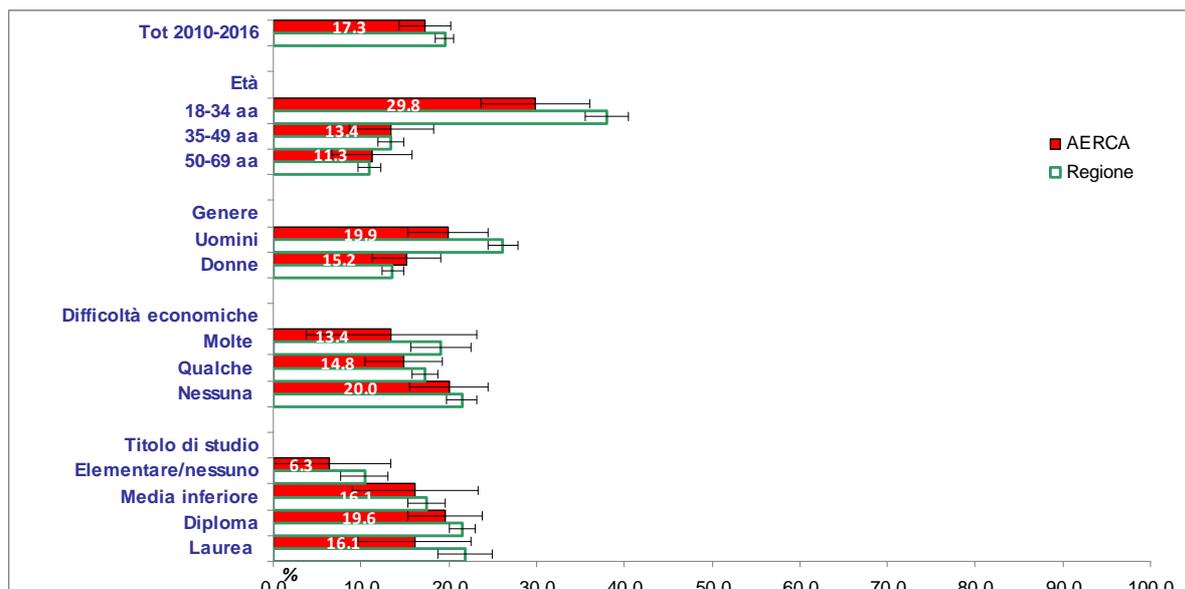
Le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti che fanno un uso eccessivo di alcol sono sovrapponibili sia per l'ex AERCA che per la regione Marche.

Nell'Area, nel periodo 2010-2016, i "consumatori a maggior rischio" si trovano più frequentemente tra:

- i 18-34enni dove la quota raggiunge il 30%, rispetto all'11,3% dei più anziani (i 50-69enni);
- gli uomini (20% rispetto al 15% delle donne);
- le persone che non dichiarano difficoltà economiche (20% rispetto al 15% di chi dichiara di averne molte);
- i soggetti con un alto titolo di studio (in possesso del diploma di scuola media superiore o della laurea -19%- rispetto a coloro che hanno al massimo un diploma di scuola media inferiore - 13%).

Anche a livello regionale il "consumo a maggior rischio" è più frequente tra i giovani adulti (18-34enni), il sesso maschile e le persone socialmente più avvantaggiate: senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione(Fig. 8).

Fig. 8 Caratteristiche socio-demografiche dei "consumatori a maggior rischio" di alcol(%). Confronto Area exAERCA e regione Marche. Dati PASSI 2010-2016.



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Sintesi/Riflessioni

- Nel periodo 2008-2016 il 58% dei residenti nell'Area exAERCA consuma alcol rispetto al 63% dei residenti nel territorio regionale. Poiché gli IC95% di queste prevalenze non si sovrappongono, è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di residenti nell'Area, che beve alcol, sia minore di quella dei residenti nella regione Marche.
- Nel periodo 2010-2016 tra i residenti nell'Area, la frequenza di consumo di alcol "a maggior rischio" non mostra differenze rispetto a quella dei residenti nelle Marche. Si stima che nell'exAERCA vi siano oltre 24.200 soggetti con bere problematico tra la popolazione adulta di 18-69 anni, mentre nel territorio regionale ve ne siano circa 202 mila.
- In entrambe le popolazioni si riscontrano modalità eccessive di assunzione di alcol più frequentemente tra i giovani, le persone socialmente più avvantaggiate, senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione.
- Attualmente nel contesto della nostra società sono presenti fattori che favoriscono il consumo rischioso di alcol come: l'ampia disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche, la "normalizzazione sociale" di attività che legano all'alcol eventi culturali, sportivi o musicali e che propongono un modello di "bere felice".
- Dall'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto Superiore di Sanità possono essere tratte importanti informazioni sul consumo in Italia come ad esempio: il fatto che "ogni generazione ha la sua bevanda di riferimento: per un anziano essa è prevalentemente il vino (causa di consumo a rischio per oltre il 50% degli ultra 65enni di sesso maschile); per un giovane sono invece i cocktail, breezer e birre consumati in maniera cumulativa durante le happy hour e negli open bar. Queste informazioni sono fondamentali all'atto della comunicazione dei rischi per la salute alcol-correlati (5)".
- In una prospettiva di salute pubblica non esistono soglie, livelli raccomandabili o "sicuri" di consumo di bevande alcoliche poiché non è possibile, sulla base delle attuali conoscenze, identificare quantità di consumo non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini. Ciò è quanto ribadito in tutte le strategie comunitarie e i piani d'azione dell'OMS. Le variabili da tenere in considerazione per una corretta valutazione dei rischi per la salute, legati al consumo di alcol, sono molteplici: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci etc... Va inoltre precisato che non esiste una bevanda alcolica - vino, birra o superalcolico, breezer, cocktail o amaro che sia - meno rischiosa: è la quantità di alcol nel sangue che nuoce.
- La diversità dei problemi alcol-correlati e delle misure necessarie per ridurne il danno rendono necessario mettere in atto "azioni intersettoriali" che vadano oltre il settore sanitario.
- "Gli interventi incisivi sono da attivarsi relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolte a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di marketing con istituzione di modalità di prelievo fiscale, analogamente a quanto avviene per le sigarette, attraverso tasse di scopo (6)".
- Gli interventi preventivi dovrebbero mirare a "svalorizzare" una cultura del bere supportata dal mercato e ispirata a pseudo-valori che rispondono a bisogni veri o presunti di generazioni che "usano" l'alcol più che "berlo" secondo i modelli attuali di socializzazione. Di conseguenza il modello della moderazione e del consumo ai pasti, risulta ora un'eccezione più che una regola come accadeva sino a venti anni fa in quanto, non viene più trasmesso (6).
- Gli interventi preventivi inoltre dovrebbero includere azioni rivolte ai minori, svolte nelle scuole. Questa tipologia di interventi dovrebbe estrinsecarsi come ore di attività didattica dedicate all'educazione alla salute. Ore in cui si dovrebbero incrementare le conoscenze e la consapevolezza, ore di empowerment che dovrebbe essere anche di educazione al rispetto del proprio corpo ma anche di quello dell'altro (6).
- La finalità condivisa da tutte le strategie e i Piani di azione, in cui l'Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale, è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutarissimi i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate e consapevoli capaci di guidare verso corretti stili e modelli del bere (6).

• ATTIVITA' FISICA

Per attività fisica si intende qualunque movimento che comporta dispendio di energia, come le attività che fanno parte della vita quotidiana: giocare, camminare, fare i lavori domestici, ballare, fare le scale, portare a spasso il cane, etc...

Ci sono evidenze scientifiche di molteplici vantaggi derivanti dallo svolgimento regolare di uno stile di vita attivo quali: la riduzione della mortalità per tutte le cause e di quella correlata a patologie cardiovascolari sia nella popolazione generale, sia in persone con fattori di rischio coronarici e nei cardiopatici. Essere attivi (a un livello pari o superiore al minimo raccomandato di 150 minuti di camminata veloce alla settimana) è pure risultato associato ad un guadagno globale come aspettativa di vita di 3,4-4,5 anni. L'esercizio fisico costante ha inoltre un effetto protettivo diretto sullo sviluppo delle lesioni aterosclerotiche e un effetto indiretto favorevole su altri fattori di rischio cardiovascolare (profilo lipidico, sensibilità all'insulina, massa grassa e pressione arteriosa). I vantaggi legati all'attività fisica si traducono anche in benefici psicologici e nelle relazioni sociali, come l'incremento dell'autostima e della qualità della vita e una migliore immagine di sé, specie nel sesso femminile.

Pure gli svantaggi per la salute derivati dal condurre uno stile di vita sedentario sono stati provati da studi scientifici prodotti nel corso degli anni. Ad esempio l'inattività fisica rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo del diabete mellito di tipo 2, una condizione che preoccupa sia per la costante crescita, sia per la tendenza all'anticipo sempre più marcato dell'età di insorgenza. Inoltre è stata dimostrata una relazione diretta tra livelli di attività fisica e predisposizione a sovrappeso e obesità: la combinazione poi di un Indice di Massa Corporea ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) con la sedentarietà ($\leq 3,5$ ore di attività fisica alla settimana) è responsabile del 59% delle morti premature cardiovascolari.

Alcune stime (7) indicano che in Italia la sedentarietà è causa di:

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

La Sorveglianza *PASSI* monitora inoltre i diversi aspetti dello svolgimento di una vita attiva mediante i seguenti indicatori specifici (espressi in forma di prevalenza):

Persona attiva: soggetto che riferisce di svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico oppure di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, 30 minuti di attività moderata, per almeno 5 giorni alla settimana, o più di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali (criteri presenti nelle Linee Guida dell'OMS).

Persona sedentaria: soggetto che riferisce di svolgere un lavoro che non richiede uno sforzo fisico pesante e di non aver fatto attività fisica, intensa o moderata, nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Persona parzialmente attiva: persona che riferisce di non svolgere un lavoro pesante dal punto di vista fisico e di aver fatto, nei 30 giorni precedenti l'intervista, qualche attività fisica, ma in misura minore di quanto previsto dalle linee guida.

Nel periodo 2008-2016, tra gli intervistati di 18-69 anni, residenti nell'exAERCA 1 su 4 si dichiara attivo (25%); sono di più a livello regionale (30%). Gli IC95% di queste prevalenze non si sovrappongono, pertanto è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza dei "fisicamente attivi" residenti nell'Area sia minore di quella dei residenti nella regione Marche.

La quota di "parzialmente attivi" è la più alta, sia nell'ex AERCA (49%) che nel territorio regionale (44%). Gli adulti sedentari sono un po' più di 1 su 4 sia nell'Area che nelle Marche: 27% e 26% rispettivamente. Non sembrano però esserci delle differenze statisticamente significative tra exAERCA e territorio regionale nella frequenza delle condizioni di "parzialmente attivi" e sedentari (Tab. 4).

Tab. 4 Prevalenza e IC95% dell'attività fisica nella popolazione adulta ed dell'attenzione degli operatori sanitari verso questo fattore di rischio. Confronto tra campione di intervistati dell'Area AERCA e della regione Marche. Dati PASSI/2008-2016.

Attività fisica	Area exAERCA	Regione Marche
	% (IC95%)	% (IC95%)
Attivi	24,7 (21,9-27,4)	30,1 (29,1-31,1)
Parzialmente attivi	48,7 (45,6-51,9)	44,3 (43,2-45,4)
Sedentari	26,6 (23,8-29,4)	25,6 (24,7-26,6)
Chiesto, da un operatore sanitario, se svolge attività fisica*	29,8 (26,1-33,5)	30,2 (28,6-31,5)
Consigliato da un operatore sanitario, di fare attività fisica**	36,8 (33,3-40,4)	39,6 (38,3-40,9)

Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

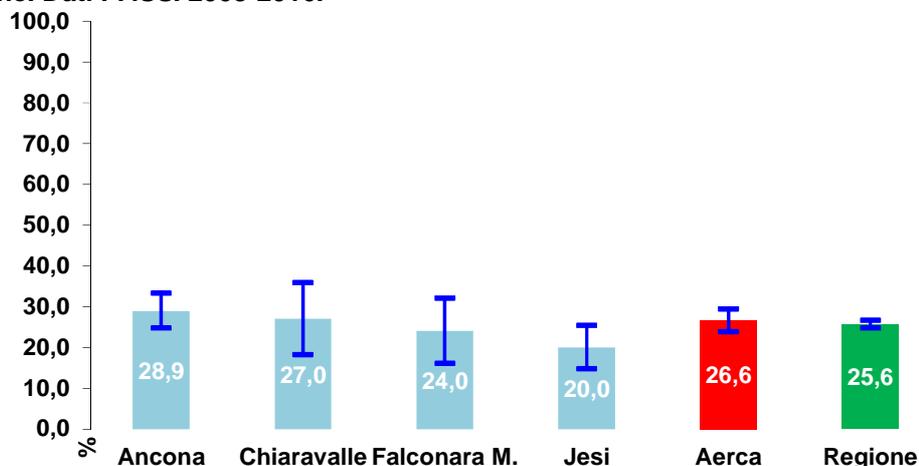
* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se svolgono regolarmente l'attività fisica, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno.

** Frequenza di persone a cui è stato suggerito di svolgere attività fisica, - escluso chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi.

L'attenzione degli operatori sanitari su questo stile di vita è bassa: a meno di un soggetto su 3 sia in exAERCA che nelle Marche è stato chiesto se conduce una vita "fisicamente attiva" e solo al 37% degli adulti residenti nell'Area ed al 40% di quelli residenti nelle Marche è stato suggerito di svolgerla (Tab. 4). L'interesse è basso anche nei confronti delle persone in eccesso di peso: infatti in exAERCA tra i soggetti in sovrappeso od obesi più della metà (59%) non ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica per perdere peso, sono il 52% a livello regionale.

Nella figura9 è evidenziata, per comune, la frequenza della sedentarietà tra i 18-69enni, nel periodo 2008-2016: il range va dal 20% di Jesi al 29% di Ancona. Tuttavia vi è una sovrapposizione degli IC95% delle prevalenze, pertanto sembrerebbe probabile, anche da un punto di vista statistico, che la diffusione di questo fattore di rischio tra i residenti dei Comuni, e tra questi e l'Area e le Marche, sia all'incirca simile.

Fig. 9 Frequenza delle persone sedentarie di età 18-69 anni (%). Confronto Comuni, Area exAERCA e Regione Marche. Dati PASSI/2008-2016.



Fonte: dbPassi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

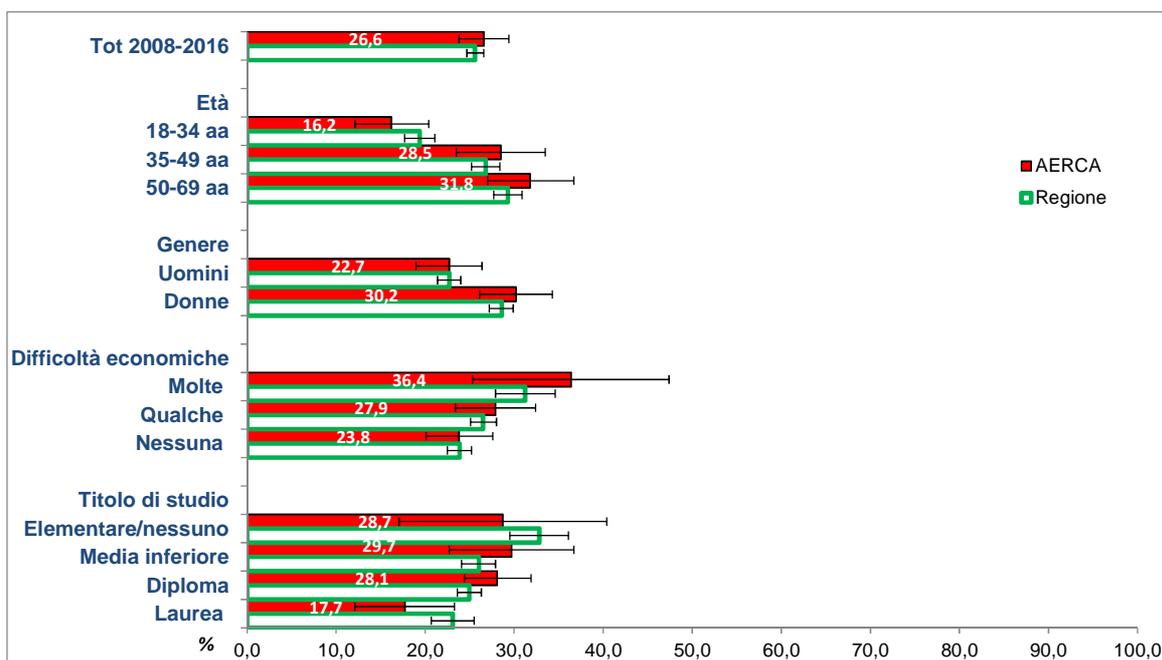
Le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti sedentari sono sovrapponibili sia per l'ex AERCA che per le Marche.

La sedentarietà è una condizione che aumenta con l'avanzare dell'età: in exAERCA è il 16% fra i 18-34enni e raggiunge il doppio (32%) fra i 50-69enni; nel territorio regionale è il 19% tra i più giovani e sale al 29% tra i più anziani. Confrontando le prevalenze della sedentarietà ed i relativi IC95%, per fasce d'età, è confermata, anche dal punto di vista statistico, l'informazione che i più giovani fanno più attività fisica rispetto ai più anziani.

Le donne sono più sedentarie degli uomini (30% rispetto al 23% del sesso maschile nell'Area; 29% rispetto al 23% degli uomini nelle Marche).

Più frequentemente coloro che sono fisicamente meno attivi appartengono ad uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione (Fig. 10).

Fig. 10 Caratteristiche delle persone sedentarie di età 18-69 anni (%). Confronto Area exAERCA e regione Marche. Dati PASSI 2008-2016.



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Sintesi/Riflessioni

- Nel periodo 2008-2016 il 25% dei residenti nell'Area sono fisicamente attivi rispetto al 30% dei residenti nel territorio regionale. Poiché gli IC95% di queste prevalenze non si sovrappongono, è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di residenti nell'exAERCA, che svolgono adeguati livelli di attività fisica, così come stabilito dalle linee guida dell'OMS, sia minore di quella registrata tra i residenti nelle Marche.
- Nello stesso periodo invece le prevalenze di soggetti sedentari nelle due popolazioni (quella dei residenti nell'Area e quella dei residenti nel territorio regionale) non sembrano essere diverse. Si stima allora che in exAERCA vi siano oltre 37.000 sedentari tra la popolazione adulta di 18-69 anni, mentre nelle Marche ve ne siano circa 265 mila.
- Anche nell'Area, così come accade nel territorio regionale e nel resto del Paese, la sedentarietà è più diffusa tra i 50-69enni; le donne; le persone socialmente meno avvantaggiate per livello d'istruzione e difficoltà economiche.
- Non vi sono differenze tra ex-AERCA e Marche nell'attenzione degli operatori sanitari verso il corretto svolgimento dell'attività fisica: in generale essa è ancora bassa.
- Tra i Comuni dell'Area non sembrano esserci diversità nella frequenza di questo fattore di rischio tra la popolazione dei residenti.

- *“Nella popolazione adulta, come in tutte le fasce di età, praticare attività fisica dipende da molteplici fattori individuali e collettivi. Tra i primi rientrano il grado di motivazione, la consapevolezza dei benefici, la disposizione psicologica più o meno favorevole alla pratica, la convinzione di non avere tempo libero da dedicare all’esercizio (idea spesso più percepita che reale). Tra i più forti condizionamenti sociali, vi è lo stile di vita sedentario, risultato del mutare delle modalità lavorative di larghi strati della popolazione come anche delle caratteristiche dell’ambiente urbano. Altri fattori sociali significativi sono il grado di educazione e il reddito. Una difficile situazione socio-economica si traduce generalmente in uno svantaggio riconducibile alla minore disponibilità di tempo libero, al minor accesso alle strutture dedicate e alle poche opportunità di attività fisica, alla percezione dello sport come un lusso e non come una necessità. Alcune categorie come le donne, i disabili, le famiglie con gravi difficoltà socio-economiche, i migranti e le minoranze etniche sono particolarmente a rischio di non raggiungere adeguati livelli di attività fisica e meritano quindi una maggiore attenzione in termini di intervento di promozione dell’attività fisica e, più generalmente, di uno stile di vita salutare(8)”.*
- *Nell’ottica promossa dal programma nazionale “Guadagnare Salute”(2), gli interventi di promozione dell’attività fisica vanno impostati attraverso un percorso intersettoriale, partecipato attivamente dai singoli individui, dalla comunità e dalle Istituzioni.*
- *Il sistema sanitario può svolgere un ruolo di promozione e coordinamento tra Enti, a diversi livelli di governance, per migliorare l’adesione della popolazione ad uno stile di vita attivo; per esempio fornendo informazioni su interventi di provata efficacia, facilitando lo scambio di conoscenze ed esperienze, promuovendo l’attività fisica in ambito sanitario ed extra-sanitario. In questi ultimi anni hanno preso sempre più campo iniziative, organizzate dal settore sanitario e rivolte alla comunità relative all’implementazione di “gruppi di cammino”; mentre attività relative alla promozione della mobilità a piedi nei percorsi casa-scuola (es il “pedibus”), sono state organizzate a livello comunale, su input del settore sanitario.*
- *Interventi di promozione dell’attività fisica riguardano la possibilità di favorire l’esercizio nell’ambiente urbano e domestico, al lavoro e nel tempo libero, per gli adulti, per i bambini e i giovani e per gli anziani, per le persone disabili e per le persone con disturbi e disagi mentali. Un ruolo di primo piano nel raggiungimento di questo traguardo lo potrebbero avere i professionisti della salute che operano nell’ambito delle cure primarie; essi dovrebbero fornire indicazioni sull’esercizio fisico e sostenere o facilitare le persone con interventi di counselling per identificazione di soluzioni adeguate alla persona e per rafforzare la motivazione che può favorire la modifica di alcuni comportamenti sedentari consolidati.*
- *I decisori politici, a qualsiasi livello, possono svolgere la loro parte nella promozione dell’attività fisica operando scelte che favoriscano nelle città il miglioramento della viabilità a favore del trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta). Un esempio di tali scelte è la realizzazione di parchi/aree verdi o la riqualificazione di quelli già esistenti; la costruzione di piste ciclabili e/o di impianti sportivi e ricreativi etc.. Ciò innescherebbe anche un circolo virtuoso che diminuirebbe inquinamento ed incidenti.*

• ALIMENTAZIONE: ECCESSO PONDERALE (SOVRAPPESO E OBESITA’)

L’OMS stima che circa 3,4 milioni di adulti muoiano all’anno per cause correlate all’eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Inoltre si calcola che il 44% dei casi di diabete, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di cancro sono attribuibili all’eccesso ponderale (9).

Per quanto riguarda i tumori il World Cancer Research Fund International documenta la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene (10).

L’OCSE ha valutato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore. Ogni 15 kg di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30% (11).

L'Institute of HealthMetrics and Evaluation ha evidenziato che in Italia l'eccesso ponderale nel 2016 è il quarto fattore di rischio più importante tra quelli che sono associati al maggior numero di decessi e disabilità (12).

Una condizione particolarmente grave è l'insorgenza dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti: i dati dell'indagine Okkio alla Salute (2016), realizzata nelle scuole primarie delle Marche, mostra una percentuale di sovrappeso e obesità rispettivamente del 21,5% e del 10,4% (13). I soggetti esposti fin da piccoli ad un eccesso ponderale possono andare incontro a difficoltà respiratorie, problemi articolari, ridotta mobilità, ma anche a disturbi dell'apparato digerente ed a quelli di carattere psicologico. Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto: viene aumentata quindi la probabilità di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e metabolica (diabete di tipo 2 o ipercolesterolemia).

La causa fondamentale dell'obesità e del sovrappeso è uno squilibrio energetico tra le calorie introdotte e le calorie consumate. Sono i mutamenti socio-economici e culturali, verificatisi in questi ultimi anni, che hanno provocato tale squilibrio. Infatti se l'eccesso ponderale riconosce certamente cause genetiche ed individuali, dal punto di vista della sanità pubblica i fattori di gran lunga più importanti, alla base dell'aumento della prevalenza del problema sono le reazioni normali delle persone agli stimoli derivanti all'ambiente "obesogenico" nel quale si trovano a vivere". Tale ambiente si caratterizza per la fornitura progressivamente crescente di alimenti gustosi, ipercalorici e a basso costo; per la presenza di sistemi di distribuzione commerciale efficienti che rendono questi alimenti più accessibili e per i metodi di marketing convincenti e sempre più pervasivi (14). Inoltre a queste cause se ne devono aggiungere altre quali: l'aumento dell'inattività fisica dovuto alla natura sempre più sedentaria di molte forme di lavoro; il cambiamento delle modalità di trasporto e l'aumento dell'urbanizzazione

Nella Sorveglianza *PASS* il metodo usato per misurare l'eccesso ponderale si fonda sul calcolo dell'**Indice di massa corporea (IMC)**, definito dal peso in chilogrammi diviso l'altezza (in metri) elevata al quadrato. Sebbene, come nel caso di altre misure biologiche continue a cui è associata una probabilità di malattia, non esista un vero e proprio limite al di sotto del quale il rischio di malattia può dirsi assente, il valore soglia dell'Indice di Massa Corporea che definisce l'obesità, è stato posto a 30 (Kg/m²). Questo valore è stato individuato attraverso gli studi di morbilità effettuati su larga scala. Analogamente sono stati individuati i valori soglia per il sovrappeso, per il sottopeso e di conseguenza per il normopeso. Pertanto le persone vengono classificate in 4 categorie: - sottopeso (IMC <18,5); - normopeso (IMC 18,5-24,9); - sovrappeso (IMC 25,0-29,9); - obeso (IMC ≥ 30).

In *PASS* per il calcolo dell'IMC si utilizzano i dati di peso e altezza "autoriferiti", che hanno il vantaggio della semplicità, economicità e rapidità della rilevazione. Tuttavia essi mostrano dei limiti riconducibili al fatto che quando queste informazioni sono confrontate con altezza e peso "misurati", si osserva una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità (nella maggior parte degli studi questa sottostima è risultata maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni). Pertanto il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno causata da un possibile bias di desiderabilità sociale.

Nel periodo 2008-2016, tra gli intervistati di 18-69 anni, residenti nell'Area 4 su 10 si dichiarano in eccesso ponderale (43%); sono un po' di meno a livello regionale (42%). Gli IC95% di queste prevalenze si sovrappongono, pertanto è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di adulti "in eccesso ponderale" residenti in exAERCA non sia diversa da quella dei residenti nella regione Marche.

La quota di "obesi" è dell'8% nell'Area e del 9% nel territorio regionale. Invece gli adulti in sovrappeso sono un po' più di 1 su 3 (35%) in exAERCA e circa 1 su 3 (33%) nelle Marche. Non sembrano però esserci delle differenze statisticamente significative tra le due popolazioni nella frequenza delle condizioni di obesità e sovrappeso.

L'attenzione degli operatori sanitari al problema è bassa: la metà degli intervistati in eccesso ponderale residenti nel territorio regionale (51%) riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il

consiglio di perdere peso; sono ancora meno nell'Area (46%)(Tab. 5). L'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno a quelle in sovrappeso. Il ricevere suggerimenti da parte di operatori sanitari è invece molto importante. PASSI infatti evidenzia che in exAERCA la quota di adulti che dichiara di seguire una dieta a seguito del consiglio medico è circa quattro volte maggiore di quella che la segue in assenza del consiglio (38% rispetto al 9%); tali valori sono pari al 37% ed al 12% nella regione Marche.

Tab. 5 Prevalenza e IC95% dello stato nutrizionale, per tipologia, nella popolazione adulta ed dell'attenzione degli operatori sanitari verso questo fattore di rischio. Confronto tra exAERCA e regione Marche. Dati PASSI/2008-2016.

Stato nutrizionale	Area exAERCA	Regione Marche
	% (IC95%)	% (IC95%)
Sovrappeso	35,4 (32,5-38,3)	32,7 (31,7-33,8)
Obeso	7,8 (6,1-9,5)	9,0 (8,4-9,6)
Eccesso ponderale*	43,2 (40,3-46,2)	41,7 (40,7-42,7)
Consigliato da un operatore sanitario, di perdere peso**	46,4 (41,5-51,3)	50,6 (48,8-52,4)

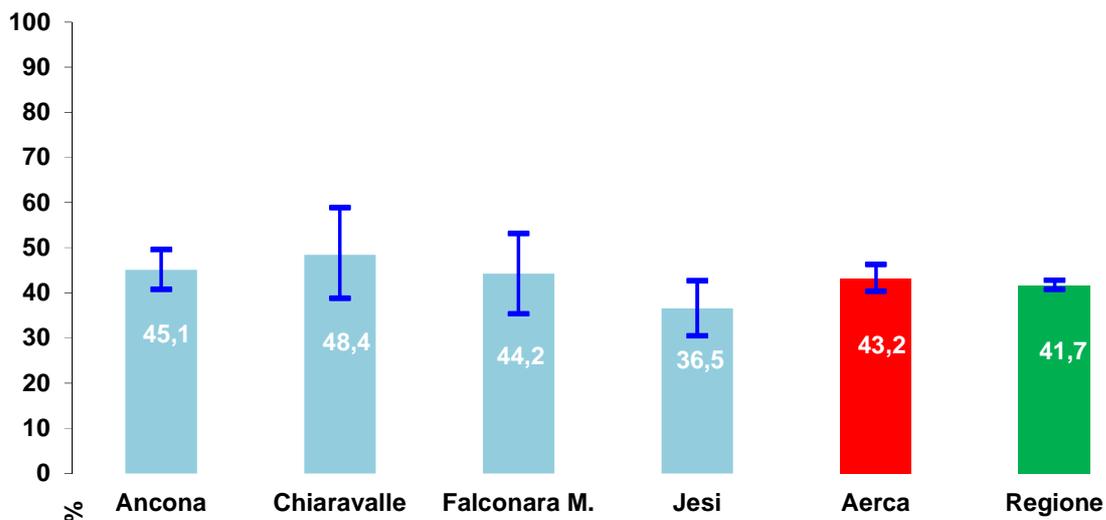
Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

* Eccesso ponderale = condizione di obesità o di sovrappeso.

** Frequenza di persone in sovrappeso o obese che sono state consigliate dal medico di perdere o mantenere peso; solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno

La figura 11 mostra, per il periodo 2008-2016, la frequenza per Comune dell'eccesso ponderale tra i 18-69enni residenti: il range va dal 37% di Jesi al 48% di Chiaravalle. Tuttavia vi è una sovrapposizione degli IC95% delle prevalenze: pertanto sembrerebbe probabile, anche da un punto di vista statistico, che la diffusione di questo fattore di rischio tra i residenti dei Comuni e, tra questi e l'Area exAERCA e le Marchesie all'incirca simile.

Fig. 11 Frequenza delle persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale (%). Confronto Comuni, Area ex AERCA e regione Marche. Dati PASSI/2008-2016.



Fonte: dbPASSI, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

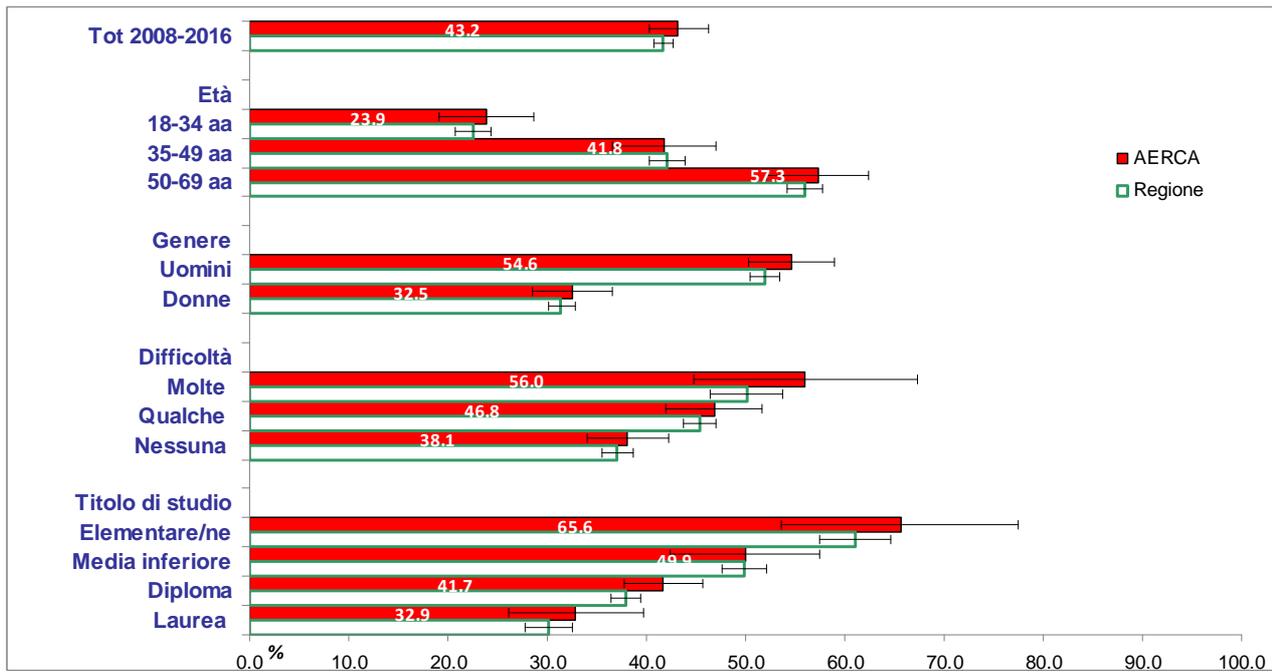
Le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti in eccesso ponderale sono sovrapponibili sia per l'ex AERCA che per la regione Marche.

Tale condizione aumenta con l'avanzare dell'età e questa tendenza è confermata, anche dal punto di vista di significatività statistica sia nell'Area che nel territorio regionale.

Tra le donne l'eccesso ponderale sembra essere meno frequente che tra gli uomini (33% rispetto al 55% del sesso maschile nell'exAERCA; 31% rispetto al 52% degli uomini nelle Marche).

Più frequentemente coloro che sono in sovrappeso od obesi appartengono ad uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione (Fig. 12).

Fig. 12 Caratteristiche delle persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale (%). Confronto Area exAERCA e regione Marche. Dati PASS/2008-2016.



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Sintesi/Riflessioni

- Nel periodo 2008-2016 il 43% dei residenti nell'exAERCA sono in eccesso ponderale rispetto al 42% dei residenti nel territorio regionale. Poiché gli IC95% di queste prevalenze si sovrappongono, è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di residenti nell'Area, in sovrappeso od obesi sia all'incirca uguale a quella dei residenti nelle Marche.
- Tali prevalenze portano alle seguenti stime: nell'Area dovrebbero risiedere più di 60 mila soggetti in eccesso ponderale, tra la popolazione adulta di 18-69 anni, mentre nel territorio regionale ce ne dovrebbero essere oltre 430 mila.
- Anche nell'Area, così come accade nelle Marche e nel resto del Paese, la condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra i 50-69enni; gli uomini e le persone socialmente meno avvantaggiate per livello d'istruzione e difficoltà economiche.
- Non vi sono differenze tra exAERCA e regione Marche nell'attenzione degli operatori sanitari verso il sovrappeso/obesità: in generale essa è ancora bassa.
- Tra i Comuni dell'Area non sembrano esserci diversità nella frequenza di questo fattore di rischio tra la popolazione degli adulti residenti.
- Per contrastare il fenomeno dell'eccesso ponderale risultano fondamentali una serie di azioni quali:
 - il suo monitoraggio nel tempo;
 - la conduzione di interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali;

- *la messa in atto di interventi specifici di contrasto alle strategie di marketing aziendali che sono una parte importante dei determinanti sociali della salute. A questo proposito risultano efficaci e costo-efficaci interventi come l'introduzione di tasse su cibi e bevande insalubri; le etichette a semaforo da applicare sulle confezioni dei prodotti alimentari; la riduzione della pubblicità di cibi e bevande spazzatura rivolta ai bambini; programmi scolastici finalizzati alla riduzione del consumo di bevande zuccherate; il bando di distributori automatici di cibi e bevande spazzatura dai luoghi pubblici.*

- **ALIMENTAZIONE: CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA**

L'OMS stima che a livello globale circa 16 milioni di anni di vita aggiustati per disabilità (DALYS)⁵ e 1,7 milioni di morti sono attribuibili allo scarso consumo di frutta e verdura. Inoltre si stima che il 14% dei decessi per cancro al tratto gastro-intestinale, circa l'11% dei morti per malattie ischemiche del cuore e il 9% dei morti per ictus sono da attribuire allo scarso consumo di frutta e verdura (15).

Secondo l'Institute of Health Metrics and Evaluation (12), in Italia nel 2016 i fattori di rischio relativi ad una scorretta alimentazione occupano il terzo posto tra tutti quelli associati al maggior numero di decessi e disabilità.

Le Linee Guida italiane per una sana alimentazione (16) sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante contributo di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà.

Infine è provato che "un'alimentazione mediterranea, ricca in frutta, verdura, pasta, riso e legumi e povera di alimenti di origine animale non è solo sana e gustosa, ma è anche rispettosa dell'ambiente. Infatti la produzione di un kg di carne bovina comporta l'emissione in atmosfera di oltre 31.000 grammi di CO₂ equivalenti e il consumo di circa 15.500 litri di acqua, contro i circa 700 grammi equivalenti e circa un centinaio di litri di acqua necessari per la produzione di un kg di ortaggi (17)".

Nella Sorveglianza *PASSI* il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato attraverso il calcolo dell'indicatore "*five a day*". Infatti la soglia di 400 grammi di frutta e verdura al giorno (escluse le patate e altri tuberi amidacei), corrispondente a circa cinque porzioni (*five-a-day*), è la quantità minima consigliata dall'OMS per essere efficace nella prevenzione delle malattie croniche. Una porzione di frutta e verdura corrisponde quindi a circa 80 grammi, la quantità che sta in una mano oppure in mezzo piatto nel caso di verdure cotte.

Nel periodo 2008-2016, tra gli intervistati di 18-69 anni, residenti nell'Area exAERCA 1 su 2 (50%) dichiara di consumare quotidianamente almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura; sono il 55% a livello regionale. Gli IC95% di queste prevalenze di poco non si sovrappongono, pertanto è probabile, anche da un punto di vista statistico, che la frequenza di adulti che consumano 3 o più porzioni quotidiane di frutta e verdura tra gli adulti residenti nell'Area sia leggermente inferiore a quella degli adulti residenti nella regione Marche.

La quota invece di soggetti tra 18-69 anni che aderiscono "*al five a day*" è molto inferiore e corrisponde al 9% nell'Area ed all'11% nel territorio regionale. Non sembrano però esserci delle differenze statisticamente significative tra le due popolazioni nella frequenza di consumo delle 5 porzioni giornaliere consigliate dall'OMS (gli intervalli di confidenza di queste prevalenze infatti si sovrappongono) (Tab. 6).

⁵Il DALY è un indicatore complesso che combina gli anni di vita persi per morti premature con gli anni di vita vissuti con disabilità

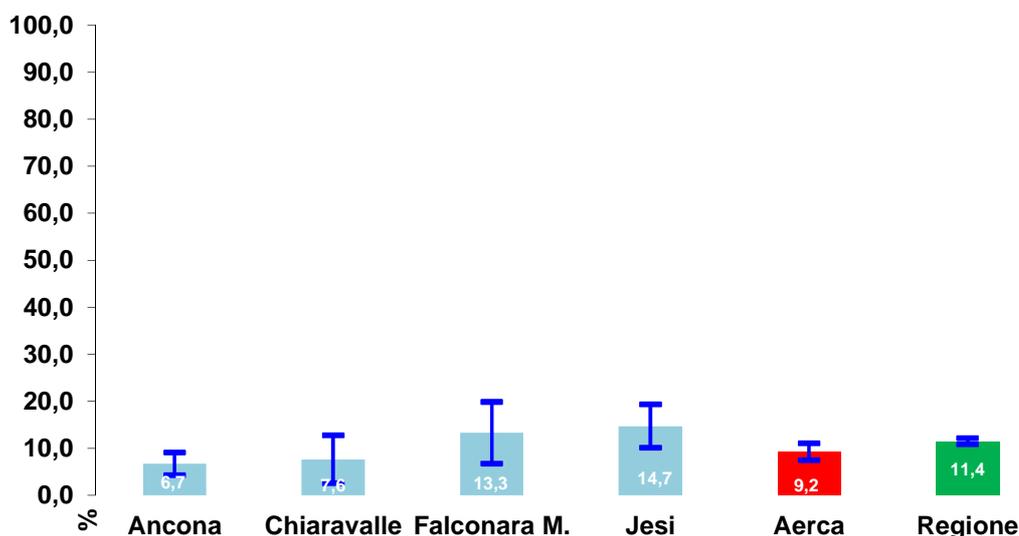
Tab. 6 Prevalenza e IC95% del consumo di frutta e verdura nella popolazione adulta. Confronto tra campione di intervistati dell'Area exAERCA e della regione Marche. Dati PASSI 2008-2016

Consumo di frutta e verdura	Area exAERCA	Regione Marche
	% (IC95%)	% (IC95%)
Almeno 3 porzioni al giorno	50,3 (47,3-53,3)	54,6 (53,5-55,7)
5 o più porzioni al giorno (five a day)	9,2 (7,4-11,0)	11,4 (10,8-12,1)

Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Nella figura 13 è evidenziata, per il periodo 2008-2016, la frequenza per Comune di adesione al “five a day” tra i 18-69enni: il range va dal 7% circa di Ancona al 15% circa di Jesi. Tuttavia vi è una sovrapposizione degli IC95% delle prevalenze: pertanto sembrerebbe probabile, anche da un punto di vista statistico, che la diffusione di questa abitudine alimentare tra gli adulti, residenti dei comuni e, tra questi e l'Area exAERCA e le Marchesie all'incirca simile.

Fig. 13 Frequenza delle persone di età 18-69 anni che aderiscono al five a day (%). Confronto Comuni, Area exAERCA e regione Marche. Dati PASSI 2008-2016

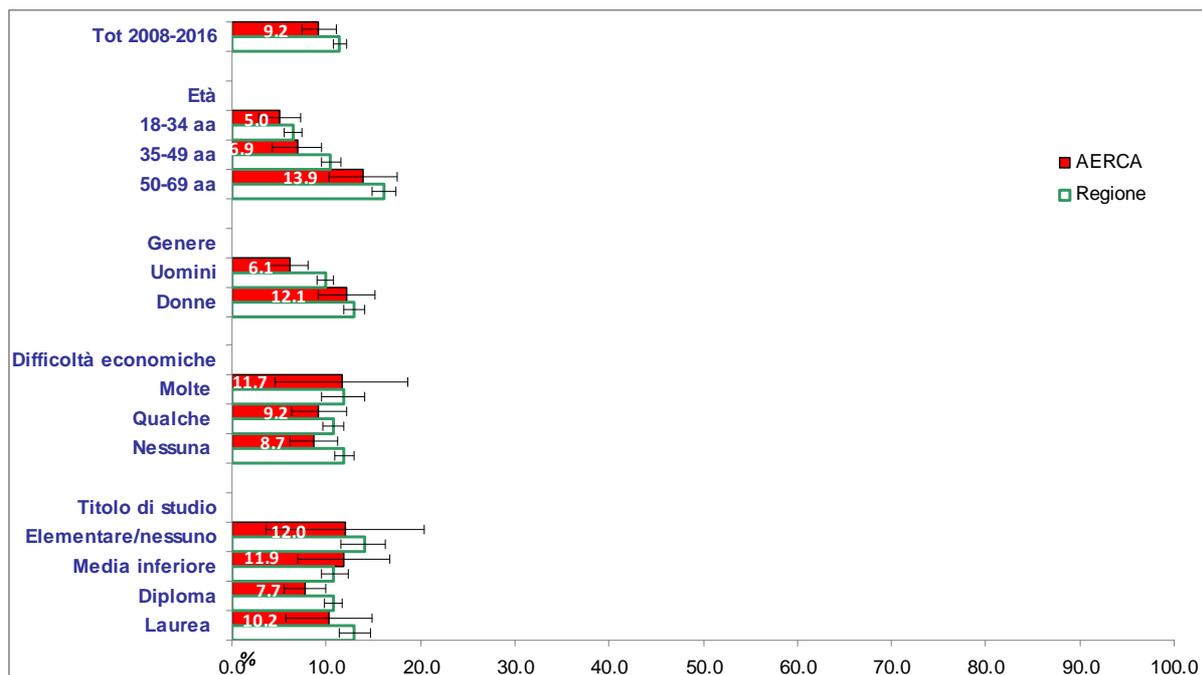


Fonte: db PASSI, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Le caratteristiche socio-demografiche del consumo giornaliero di frutta e verdura sono sovrapponibili sia per l'ex AERCA che per il territorio regionale.

L'adesione al “five a day” aumenta con l'età in exAERCA e nelle Marche; è dal punto di vista statistico significativamente più elevata tra le donne rispetto agli uomini (12% nel sesso femminile vs 6% in quello maschile nell'Area; 13% nelle donne rispetto al 10% degli uomini nella regione Marche) (Fig. 14).

Fig. 14 Caratteristiche socio-demografiche delle persone di età 18-69 anni che aderiscono al “five a day” (%). Confronto Area exAERCA e regione Marche. Dati PASSI/2008-2016



Fonte: db Passi, Regione Marche, anni 2008-2016. Elab: UOE, AV2

Sintesi/Riflessioni

- Nel periodo 2008-2016 il 50% dei residenti nell'Area consumano 3 o più porzioni giornaliere di frutta e verdura, rispetto al 55% dei residenti nelle Marche. Poiché gli IC95% di queste prevalenze non si sovrappongono (anche se per poco), è probabile, da un punto di vista statistico, che la frequenza di consumo giornaliero di frutta e verdura sia un po' più bassa tra gli adulti residenti nell'exAERCA, rispetto a quella degli adulti residenti nel territorio regionale.
- Non ci sono invece differenze tra le due popolazioni nella frequenza di adesione al “five a day”, essa è estremamente bassa in entrambe le popolazioni. Tali percentuali permettono una stima di circa 13 mila soggetti che consumano quotidianamente 5 porzioni di frutta e/o verdura per l'exAERCA, mentre per le Marche le stime sarebbero di circa 118 mila persone.
- Anche nell'Area, così come accade nel territorio regionale e nel resto del Paese, l'adesione al “five a day” è più diffusa tra le donne ed i 50-69enni.
- Tra i Comuni dell'exAERCA non sembrano esserci diversità nella frequenza di questa abitudine alimentare tra la popolazione dei residenti.
- Tra gli Interventi per incrementare il consumo di frutta e verdura i CDC raccomandano strategie mirate ad incrementare l'accessibilità a frutta e verdura. Alcuni esempi sono gli incentivi per la coltivazione di prodotti salutari sia a livello agricolo, sia a livello comunitario (dove si raccomanda la creazione di orti di quartiere); la promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali, nelle scuole e in occasioni di riunioni, incontri, seminari e convegni. Anche le iniziative volte all'introduzione di una giornata vegetariana nella ristorazione collettiva, avviate in numerose città in tutto il mondo, sono finalizzate a rendere più facile la scelta di una dieta più ricca di alimenti vegetali. Altri interventi risultati efficaci nell'incrementare il consumo di frutta e verdura della popolazione sono quelli relative alla modifica dell'architettura delle scelte all'interno di mense (disposizione del banco di frutta e verdura) e supermercati (design dei carrelli della spesa).

7.DISCUSSIONE

1) *Il consumo di alcol, tabacco, attività fisica e alimentazione sono, tra gli stili di vita, i “big four”, da tenere sotto controllo per prevenire l’insorgenza delle MCNT.*

Le cause dell’insorgenza delle MCNT sono oramai ben conosciute. Esse sono dovute sia a **fattori di rischio non modificabili**, come globalizzazione, urbanizzazione e invecchiamento della popolazione, che interagiscono con i determinanti ambientali, socio-culturali ed economici di salute, sia a **fattori di rischio modificabili** tra cui i principali sono:

- il consumo di tabacco;
- il consumo di alcol;
- la mancanza di attività fisica;
- la dieta scorretta e ipercalorica.

Un recente lavoro (18) ha stimato nel 2012 per l’Italia nel suo complesso e per tutte le Regioni italiane il carico di morti per tumore attribuibili ai Fattori di Rischio (FR) comportamentali precedentemente citati e, quindi, quanti decessi potrebbero essere evitati attraverso la riduzione dell’esposizione ai suddetti FR. Per l’Italia è stato calcolato che circa il 46% delle morti per tutti i tumori (più di 80.000 decessi nel 2012) è riconducibile a FR potenzialmente modificabili; questa percentuale negli uomini sale al 54,6% (circa 54.220 decessi) e nelle donne scende al 33,9% (circa 26.200 decessi). I corrispettivi dati riportati per le Marche sono i seguenti: circa il 43% delle morti per tutti i tumori (più di 2.000 decessi nel 2012) viene collegato agli scorretti stili di vita; questa percentuale negli uomini sarebbe pari al 51% (circa 1.380 decessi) e nelle donne scenderebbe al 32,7% (circa 690 decessi).

Nel sesso maschile il fumo rappresenta il fattore di rischio a cui è attribuita la più alta quota di morti associate ai FR, invece nel sesso femminile sono l’eccesso ponderale e l’inattività fisica. Ciò soprattutto in relazione al peso che quest’ultimi hanno nell’eziologia del carcinoma mammario in post-menopausa, prima causa di morte per tumore nelle donne.

Da queste informazioni si comprende come sia importante conoscere, e caratterizzare dal punto di vista socio-demografico, la frequenza della diffusione nella popolazione degli scorretti stili di vita, al fine di mettere in atto interventi efficaci di prevenzione (genere-specifici; età-specifici etc..) con l’obiettivo di evitare, quanto più possibile, il numero di morti attribuibili ai fattori di rischio modificabili.

Nella Area ex AERCA, nel periodo 2008-2016:

- la prevalenza del fumo tra gli adulti residenti, è significativamente inferiore al dato marchigiano (21%,vs 26%), ma comunque sempre 1 persona su 5 fuma. Tali percentuali si traducono in circa 29.700 soggetti fumatori in exAERCA e in circa 267.900 nelle Marche;
- i soggetti con bere problematico sono oltre 24.200 (il 17% degli intervistati); nelle Marche sono circa 202 mila (il 19,5% degli intervistati);
- gli adulti completamente sedentari sono circa 37 mila (il 27% degli intervistati), in linea con quanto si riscontra nelle Marche (26% degli intervistati pari a circa 265 mila soggetti); però le persone che svolgono livelli di attività fisica, rispondenti ai criteri OMS di uno stile di vita attivo, sono di meno rispetto ai residenti nel territorio regionale (25% i fisicamente attivi in Area exAERCA rispetto al 30% delle Marche);
- gli obesi e/o le persone in sovrappeso sono poco più di 40 ogni 100 residenti ugualmente a quanto osservato nel territorio regionale. Ciò significa che si hanno all’incirca più di 60 mila soggetti in eccesso ponderale in exAERCA e oltre 430 mila nelle Marche;
- i consumatori quotidiani di 5 porzioni di frutta e verdura, così come raccomandato dalle linee guida, sono pochissimi sia nell’Area che nel territorio regionale: circa 1 su 10. Però nell’exAERCA si registra anche una minor abitudine a consumare giornalmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura: questa pratica è appannaggio del 50% dei residenti, rispetto al 55% dei marchigiani.

2) Il Medico di Medicina Generale e l'attenzione verso gli stili di vita degli assistiti

Considerato l'impatto degli scorretti stili di vita sulla salute delle persone, ci si aspetterebbe un grande interesse e un'attenzione particolare degli operatori sanitari rispetto ai fattori di rischio comportamentali dei propri assistiti. Invece tra i residenti nell'Area exAERCA:

- a meno di un terzo (30%) di chi è stato dal medico nell'ultimo anno è stato chiesto se fumasse e solo alla metà (55%) dei fumatori è stato consigliato di smettere;
- è molto bassa anche la percentuale di assistiti a cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol (7%), a sottolineare le difficoltà degli operatori sanitari di inquadrare correttamente questo comportamento come un problema di salute;
- infine solo a meno di 1 residente su tre si chiede se pratici uno stile di vita attivo; ciò indica che la sensibilità degli operatori sanitari verso lo svolgimento di livelli adeguati di attività fisica non è ancora sufficientemente sviluppata: la loro attenzione è rivolta soprattutto alle persone portatrici di qualche patologia o a rischio di svilupparne e non tanto alla popolazione generale.

Nell'Area exAERCA la registrazione di una bassa attenzione della Medicina Generale verso i corretti stili di vita, non è diversa da quanto sta accadendo nel resto della Regione ed in Italia. Ciò può avere diverse motivazioni tra cui la mancanza di tempo, l'eccessivo carico di lavoro, l'assenza di incentivi, una maggior attitudine alle attività di cura rispetto a quelle di prevenzione, la percezione della scarsa efficacia del proprio intervento in questo ambito etc... Eppure anche la sorveglianza *PASS* dimostra che quando i consigli sull'adesione ad uno stile di vita sano provengono da un operatore sanitario, questi sono maggiormente ascoltati e messi in pratica da parte degli assistiti. Tuttavia è sulla tipologia e sulla modalità di dare i consigli che bisogna riflettere. Infatti le azioni efficaci che motivano le persone, sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive di mantenimento devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione: le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment); a questo proposito delle metanalisi di letteratura indicano che l'approccio al cambiamento degli stili di vita deve essere svolto attraverso interventi motivazionali brevi e/o intensivi (19). Pertanto un "criterio vincente" sarebbe l'adozione nell'ambito ambulatoriale delle tecniche di "counselling motivazionale" per incoraggiare e sostenere i pazienti a compiere scelte decisive per la propria salute. Nell'ottica della prevenzione primaria sarebbe quindi importante formare gli operatori sanitari all'utilizzo di queste metodiche con l'obiettivo di migliorare la loro capacità di comunicare in modo efficace con i pazienti e di stimolare e motivare cambiamenti di stili di vita.

3) La salute è "disuguale"⁶: le disuguaglianze socio-economiche giocano un ruolo importante anche sull'adesione ai corretti stili di vita

In letteratura è oramai da tempo noto come le persone socialmente più disagiate, con una scolarità più bassa ed un minore controllo sulla propria esistenza, sono quelle che si ammalano di più. Ciò in quanto le condizioni di povertà e lo svantaggio sociale sono associati a una maggiore frequenza di fattori di rischio individuali, a stili di vita non salutari e ad ambienti di vita più degradati.

Alla Sorveglianza *PASSI* è riconosciuto il merito di saper "leggere" le disuguaglianze socio-economiche nell'adesione ai corretti stili di vita da parte della popolazione e questa capacità è risultata anche nel presente lavoro. Infatti i dati hanno evidenziato che nell'Area exAERCA tra coloro che sono in possesso di un basso livello d'istruzione o dichiarano di avere difficoltà economiche, vi è una più alta prevalenza dell'abitudine al fumo, della sedentarietà e dell'eccesso ponderale, rispetto a chi invece possiede un titolo di studio alto o non ha problemi economici. In particolare l'obesità è una condizione che presenta un riscontro due volte più elevato tra i meno istruiti e i più economicamente in difficoltà, con probabilità statistica significativa (Tab. A.2, Allegato 10).

⁶Sir Michael Marmot: "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto" (Il Pensiero Scientifico Editore, 2016)

“Nel richiamare l’attenzione verso i determinanti socio-culturali di salute, un illustre epidemiologo inglese Sir Michael Marmot spiega come tutti sono chiamati a contribuire per ridurre le disuguaglianze di salute. Da coloro che governano gli stati, agli amministratori delle città, agli insegnanti (etc...), ciascuno può giocare un ruolo attivo nel promuovere la salute all’interno dell’ambiente lavorativo, nei gruppi professionali, nelle comunità. Istruzione, cultura, lavoro, ambiente, socialità, sono tutte condizioni che permettono di fare scelte in libertà, dando a ciascuno il diritto del controllo sulla propria vita (20)”.

4) L’utilizzo “ex post” della Sorveglianza PASSI per avere informazioni sulla diffusione dei fattori di rischio comportamentali, per Comune o aggregati di Comuni quale è l’Area ex AERCA: i limiti nella lettura dei risultati

Per riuscire a raggiungere una numerosità campionaria di interviste, sufficiente per le elaborazioni di livello comunale o di aggregati di comuni (secondo la metodologia di “Città Sane”), si sono dovuti “mettere insieme” più anni disponibili di Sorveglianza *PASSI*: questo ha impedito l’analisi dell’andamento dei fenomeni nel tempo. Un esempio: “*PASSI*” a livello nazionale sta registrando, dal 2008 ad oggi, una diminuzione significativa della percentuale di fumatori in tutto il territorio italiano; questa riduzione interessa in particolar modo le classi sociali più agiate (senza difficoltà economiche) e meno le persone economicamente più svantaggiate. Ebbene, per l’Area exAERCA, tale informazione non può essere verificata.

Nella lettura dei risultati ottenuti per l’Area (e per singolo Comune) le differenze registrate rispetto ai valori della regione Marche, in merito alle prevalenze di alcuni fattori di rischio, potrebbero essere influenzate dal fatto che la struttura per età della popolazione di intervistati dell’exAERCA non è esattamente sovrapponibile a quella dei residenti nella stessa Area (è risultata infatti più giovane); di ciò se ne deve tenere conto anche se si è cercato di “correggere” eventuali distorsioni delle stime, attraverso il ri-calcolo dei pesi delle interviste (Figureda C.1.1 a C.1.3, Allegato 10).

La stessa Sorveglianza *PASSI* ha anch’essa dei limiti intrinseci. Come già detto infatti i dati si basano su informazioni “autoriferite” dai soggetti campionati, intervistati telefonicamente. Tali informazioni quindi sono potenzialmente influenzate da diversi fattori di distorsione che possono alterare la validità e la riproducibilità dei dati stessi. I fattori di distorsione principali sono:

- il bias da ricordo;
- il bias da selezione (che potrebbe provocare una sovrastima dell’adesione ad esempio a causa dei rifiuti e dei non trovati. Infatti la popolazione non intervistata, come indicato in letteratura, potrebbe essere meno attenta alla propria salute e quindi potrebbe essere meno aderente a stili di vita sani);
- il telescoping bias, ossia la tendenza a ravvicinare temporalmente le visite/ gli esami eseguiti;
- l’accettabilità sociale (che potrebbe anch’essa causare una sovrastima di comportamenti virtuosi).

8. CONCLUSIONE

I risultati di questo lavoro mostrano come la Sorveglianza *PASSI*: permette di “leggere”, fino a livello comunale e/o di “aggregati” di Comuni, aspetti di salute altrimenti non disponibili attraverso le fonti tradizionali, riuscendo anche ad identificare specifiche problematiche locali. In sintesi il prodotto delle elaborazioni dati sulla diffusione dei fattori di rischio comportamentali dei residenti nell’exAERCA, per il periodo 2008-2016, evidenzia un quadro sostanzialmente in linea con quello che accade nel resto del territorio regionale. Nello specifico si sottolinea il comportamento più “virtuoso” circa l’abitudine tabagica ed il consumo di alcol rispetto a quanto riscontrato nelle Marche (minor prevalenza di fumatori e di bevitori, in confronto con il dato regionale), mentre una qualche piccola “criticità” viene evidenziata per l’abitudine a svolgere attività fisica secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e per il consumo quotidiano di frutta e verdura.

Questa tipologia di informazioni, che la Sanità Pubblica riesce ad offrire alle Comunità locali ed ai loro decisori (in primis i Sindaci), sono di grande utilità per l'implementazione di progetti ed azioni di promozione di stili di vita salutari, a partire appunto da esigenze locali e/o da priorità individuate. Infatti l'approccio alla tutela della salute di una comunità, da parte dell'Amministrazione comunale, deve essere a 360°: il ricondurre l'interpretazione di eccessi di mortalità e/o di incidenza di patologie croniche non trasmissibili, eventualmente rilevati nel territorio, esclusivamente alle condizioni ambientali oltre che difficile è comunque riduttivo in quanto è ormai provato che anche altri fattori di rischio quali le abitudini alimentari, lo stile di vita, le predisposizioni individuali e le esposizioni occupazionali concorrono alla loro insorgenza.

In questo senso potrebbe essere comunque utile approfondire le conoscenze riguardo le azioni e gli interventi di maggior efficacia per la prevenzione e la promozione della salute ed, eventualmente, ulteriormente implementarli sul territorio.

Riguardo al fumo ad esempio, può essere proposta l'organizzazione di campagne informative a scuola e tra la cittadinanza sugli effetti del tabagismo, incentivando la partecipazione ai corsi per smettere di fumare ("Smoke Free").

Per quanto concerne l'alcol e il suo abuso può essere vantaggioso proporre interventi preventivi mirati a "valorizzare" una cultura del non-bere. Inoltre risulta efficace incentivare il modello della moderazione e del consumo di alcol ai pasti, oltreché proporre azioni rivolte ai minori, svolte nelle scuole (previa formazione degli insegnanti) con ore di attività didattica dedicate all'educazione alla salute, incrementando conoscenze e consapevolezza sul problema, ed ore di empowerment, come educazione al rispetto del proprio corpo.

Per l'attività fisica, invece, gioverebbe promuoverla anche in ambito lavorativo (progetto 'WorkplaceHealthPromoting'), come anche implementare i "Gruppi di cammino" (o iniziative come NordicWalking, 1 km in salute, Muovi Comune, ecc.) e promuovere la mobilità a piedi nei percorsi casa-scuola (es. il "Pedibus").

Importante è anche fornire, da parte di operatori delle cure primarie (MMG e PLS), consigli/suggerimenti sullo svolgimento di adeguati livelli di esercizio fisico e sostenere o facilitare le persone con interventi di counselling per identificazione di soluzioni adeguate all'individuo e per rafforzare la motivazione.

Da parte dei decisori ed amministratori locali, possono essere promosse scelte di programmazione e progettazione del territorio (urbanistiche ed edilizie) che favoriscano nelle città il miglioramento della viabilità a favore del trasporto attivo (andare a piedi o in bicicletta), realizzare parchi/aree verdi o riqualificare quelli già esistenti e costruire piste ciclabili e/o impianti sportivi e ricreativi

Dal punto di vista alimentare/nutrizionale è comunque utile proporre, anche a scopo preventivo, programmi scolastici finalizzati alla riduzione del consumo di bevande zuccherate e mettere al bando i distributori automatici di cibi e bevande spazzatura dai luoghi pubblici (in primis le scuole).

Un maggior stimolo all'aumento del consumo di frutta e verdura trova invece efficace ausilio nella incentivazione alla coltivazione di prodotti salutari (anche con la creazione di orti di quartiere in aree non inquinate), nella promozione di piatti a base vegetale nelle mense/bar aziendali e nelle scuole. Può risultare efficace anche l'introduzione di una "giornata vegetariana" nella ristorazione collettiva.

9. BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- 1) EPICENTRO. “Fatti sui principali danni del fumo di tabacco sull’ambiente”.La Sorveglianza Passi. Abitudine al fumo. Impatto sulla salute. http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/pdf/SCHEDE_fumo_ambiente.pdf. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 2) Programma nazionale: “Guadagnare Salute: una nuova cultura della prevenzione”. <http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/programma/>. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 3) Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1908. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 4) Jürgen Rehm, Colin Mathers, Svetlana Popov et al. Alcohol and Global Health 1: “Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders”. Lancet 2009; 373: 2223–33 [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(09\)60746-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(09)60746-7.pdf). Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 5) Osservatorio Nazionale Alcol: Sistema di Monitoraggio Alcol correlato. Istituto Superiore di Sanità. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/SismaMonitoraggio.asp>. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 6) Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin et al:” Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell’Osservatorio Nazionale Alcol sull’impatto del consumo di alcol ai fini dell’implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018. Istituto superiore di Sanità. SSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online) Rapporti ISTISAN 18/2. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2018/Rapporto%20ISTISAN%20monitoraggio%20alcol%20correlato%20in%20Italia%202018.pdf> Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 7) I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska et al: “Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy”. The Lancet, Volume 380, Issue 9838, Pages 219 - 229, 21 July 2012.
- 8) EPICENTRO. Attività Fisica. Valentina Minardi, Benedetta Contoli, Maria Masocco: “Attività fisica e salute: adulti”. 24 maggio 2018. http://www.epicentro.iss.it/problemi/attivita_fisica/AdultiPassi2018.asp. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 9) OMS: Obesity and overweight”. 16 febbraio 2018 <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 10) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (Wcrf/Aicr). Food, Nutrition, and Physical Activity and the Prevention of Cancer: A global Perspective. Washington DC. 2007. <http://discovery.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf> Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 11) Oecd, Obesity and the Economics of Prevention. <http://www.oecd.org/health/health-systems/46004918.pdf>. Ultimo accesso 19 giugno 2018.

- 12) Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. Italy <http://www.healthdata.org/italy>. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 13) EPICENTRO. OKKIO alla salute. Indagine 2016. Dati regionali. Regione Marche. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2016/ReportRegionale2016Marche.pdf> . Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 14) Boyd A Swinburn et al., “The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments”, The Lancet, Vol 378, Augus 27, 2011.
- 15) Organizzazione Mondiale della Sanità. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Promoting fruit and vegetable consumption around the world. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/> . Ultimo accesso 20 giugno 2018.
- 16) Ministero delle Politiche Agricole e Forestali; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione: “Linee Guida per una sana alimentazione italiana. revisione 2003” http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_652_allegato.pdf. Ultimo accesso 19 giugno 2018.
- 17) EPICENTRO. *PASSI*. Consumo di frutta e verdura. Impatto sulla salute. 9 ottobre 2014. <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta.asp?tab-container-1=tab6> . Ultimo accesso 20 giugno 2018.
- 18) Francesca Battisti, Tommaso Grassi, Elisabetta Chellini et al: “Stima dei decessi per tumori attribuibili a stili di vita in Italia nel 2012”. Bollettino Epidemiologico Nazionale, aprile 2016 <http://www.epicentro.iss.it/ben/2016/aprile/2.asp> . Ultimo accesso 20 giugno 2018.
- 19) Antonella Barale, S.S. Epidemiologia – ASL di Vercelli: “Prove di efficacia degli interventi di promozione dei corretti stili di vita”. Alba 16 aprile 2016. <https://www.google.com/search?q=stili+di+vita+e+medici+di+medicina+generale+pie+monte&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab> . Ultimo accesso 20 giugno 2018.
- 20) EPICENTRO. Politiche sanitarie. Simona Giampaoli, Giuseppe Traversa: “La salute disuguale: la lezione di Sir Michael Marmot”. 26 gennaio 2017. http://www.epicentro.iss.it/temi/politiche_sanitarie/MarmotIss2016.asp. Ultimo accesso 20 giugno 2018.

10. ALLEGATI

A) Prevalenza degli stili di vita a rischio (tabelle 1-6):

- A.1. la regione Marche;
- A.2 l'Area exAERCA;
- A.3 il comune di Ancona;
- A.4 il comune di Chiaravalle;
- A.5 il comune di Falconara Marittima;
- A.6 il comune di Jesi.

B) Proporzioni del numero di interviste *PASSI* e del numero medio dei residenti dell'Area ex AERCA tra 18-69 anni, per Comune. Periodo 2008-2016.

C) Distribuzione per età e sesso del campione di intervistati e dei residenti per l'Area ex AERCA e per singolo Comune (Figure 1-5):

- C.1 l'Area exAERCA;
- C.2 il comune di Ancona;
- C.3 il comune di Chiaravalle;
- C.4 il comune di Falconara Marittima;
- C.5 il comune di Jesi.

A) Prevalenza degli stili di vita a rischio (tabelle 1-6):

- **A.1. la regione Marche;**
- **A.2 l'Area exAERCA;**
- **A.3 il comune di Ancona;**
- **A.4 il comune di Chiaravalle;**
- **A.5 il comune di Falconara Marittima;**
- **A.6 il comune di Jesi.**

Tabella A.1. Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali, per genere, età, scolarità e difficoltà economiche. Regione Marche. Dati PASSI 2008-2016.

Temi	Regione	Indicatore (n. interviste 9951; periodo 2008-2016)	Totale		Uomini		Donne		18-34 anni		35-49 anni		50-69 anni		Istruzione bassa		Istruzione alta		Difficoltà economiche		Senza difficoltà economiche	
			%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Fumo	Marche	Fumatori	25,9	(25,0-26,8)	29,3	(27,9-30,7)	22,5	(21,3-23,8)	32,0	(28,9-35,0)	26,1	(24,5-27,7)	21,0	(19,6-22,5)	27,3	(25,6-29,0)	25,1	(24,0-26,3)	28,6	(27,2-30,0)	23,1	(21,8-24,4)
	Marche	Ex fumatori	20,6	(19,8-21,5)	24,4	(23,1-25,8)	16,9	(15,7-18,1)	10,1	(8,7-11,5)	20,1	(18,6-21,7)	29,1	(27,5-30,7)	22,9	(21,4-24,4)	19,5	(18,3-20,6)	19,9	(18,7-21,1)	21,4	(20,1-22,8)
	Marche	Non fumatori	53,5	(52,4-54,5)	46,3	(44,7-47,8)	60,6	(59,1-62,1)	57,9	(55,8-60,0)	53,8	(51,9-55,6)	49,8	(48,1-51,6)	49,8	(47,9-51,7)	55,4	(54,1-56,7)	51,5	(50,0-53,1)	55,5	(53,9-57,0)
	Marche	Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	36,0	(34,9-37,1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Marche	Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**	51,7	(49,2-54,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcol	Marche	Consumatori alcol maggior rischio [^]	19,5	(18,5-20,5)	26,2	(24,5-27,9)	13,6	(12,4-14,8)	38,0	(35,6-40,5)	13,4	(11,9-14,9)	10,9	(9,6-12,3)	15,5	(13,8-17,1)	21,6	(20,2-22,9)	17,7	(16,3-19,0)	21,5	(19,8-23,1)
	Marche	Consumo binge ^{^^}	9,6	(8,8-10,5)	14,0	(12,6-15,4)	5,3	(4,4-6,2)	18,9	(16,8-21,0)	6,9	(5,7-8,1)	5,0	(3,8-6,1)	7,5	(6,1-8,9)	10,8	(9,7-11,9)	9,0	(7,9-10,1)	10,4	(9,0-11,7)
Alimentazione	Marche	Eccesso ponderale	41,7	(40,7-42,7)	52,0	(50,5-53,5)	31,4	(30,1-32,8)	22,5	(20,7-24,3)	42,1	(40,3-43,9)	55,9	(54,2-57,7)	52,8	(51,0-54,7)	35,9	(34,6-37,1)	46,2	(44,7-47,7)	37,1	(35,3-38,6)
	Marche	Sovrappeso	32,7	(31,7-33,8)	42,2	(40,6-43,7)	23,4	(22,1-24,7)	19,0	(17,3-20,8)	33,6	(31,8-35,3)	42,4	(40,6-44,2)	39,7	(37,8-41,5)	29,1	(27,9-30,3)	35,0	(33,6-36,5)	30,4	(28,9-31,9)
	Marche	Obeso	9,0	(8,4-9,6)	9,9	(9,0-10,7)	8,1	(7,3-8,9)	3,5	(2,8-4,2)	8,6	(7,5-9,6)	13,5	(12,3-14,7)	13,2	(12,0-14,4)	6,8	(6,1-7,4)	11,2	(10,2-12,1)	6,7	(5,9-7,5)
Fr&Ver	Marche	Consumo 3 o più porzioni frutta e verdura	54,6	(53,5-55,7)	48,0	(46,5-49,6)	61,1	(59,7-62,6)	46,9	(44,8-48,9)	53,5	(51,7-55,3)	61,5	(59,8-63,2)	55,2	(43,0-46,7)	54,3	(53,0-55,6)	53,9	(52,4-55,3)	55,4	(53,9-57,0)
	Marche	Consumo 5+ porzioni frutta e verdura	11,4	(10,8-12,1)	9,9	(9,0-10,8)	13,0	(11,9-14,0)	6,4	(5,5-7,4)	10,5	(9,4-11,6)	16,1	(14,8-17,4)	11,6	(10,4-12,9)	11,3	(10,5-12,2)	11,0	(10,0-11,9)	11,9	(10,9-12,9)
Attività Fisica	Marche	Attivi [§]	30,1	(29,1-31,1)	35,6	(34,1-37,1)	24,6	(23,3-26,0)	34,0	(32,1-36,0)	29,5	(27,9-31,2)	27,6	(26,0-29,2)	32,7	(30,9-34,4)	28,8	(27,5-30,1)	30,4	(29,1-31,8)	29,7	(28,2-31,2)
	Marche	Parzialmente attivi	44,3	(43,2-45,4)	41,7	(40,2-43,3)	46,8	(45,3-48,3)	46,6	(44,5-48,6)	43,6	(41,8-45,5)	43,1	(41,3-44,9)	39,5	(37,6-41,4)	46,8	(45,4-48,1)	42,2	(40,7-43,8)	46,4	(44,9-48,0)
	Marche	Sedentari	25,6	(24,7-26,6)	22,7	(21,4-24,0)	28,6	(27,2-29,9)	19,4	(17,7-21,1)	26,8	(25,2-28,4)	29,3	(27,7-30,9)	27,8	(26,2-29,5)	24,5	(23,3-25,6)	27,4	(26,0-28,7)	23,9	(22,5-25,2)

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno

** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico. QUESTA ANALISI COMPRENDE LE INTERVISTE DAL 2010 IN AVANTI

[^] Consumo a maggior rischio= Consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto. Nuova definizione del 2010

^{^^} Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Nuova definizione del 2010

[§] Attivi= soggetti che solgono lavori pesanti o aderiscono alle Linee Guida

**Tabella A.2. Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali, per genere, età, scolarità e difficoltà economiche.
Area exAERCA. Dati PASSI 2008-2016.**

Temi	Comune	Indicatore (n. interviste 1054; periodo 2008-2016)	Totale		Uomini		Donne		18-34 anni		35-49 anni		50-69 anni		Istruzione bassa		Istruzione alta		Difficoltà economiche		Senza difficoltà economiche	
			%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Fumo	Aerca	Fumatori	21,2	(18,6-23,7)	23,0	(19,3-26,7)	19,5	(16,0-22,9)	25,4	(20,6-30,2)	21,0	(16,6-25,4)	18,6	(14,5-22,6)	24,4	(19,0-29,8)	20,1	(17,2-23,0)	23,0	(19,3-26,7)	19,5	(16,0-22,9)
	Aerca	Ex fumatori	16,0	(13,7-18,4)	18,3	(14,7-21,8)	13,9	(10,8-17,0)	7,0	(4,2-9,9)	15,8	(11,5-20,2)	22,2	(18,0-26,4)	20,2	(14,6-25,7)	14,7	(12,2-17,2)	15,1	(11,7-18,6)	16,8	(13,5-20,1)
	Aerca	Non fumatori	62,8	(59,7-65,8)	58,7	(54,4-63,1)	66,6	(62,4-70,8)	67,6	(62,4-72,7)	63,2	(57,8-68,6)	59,2	(54,2-64,3)	55,4	(49,1-61,8)	65,2	(61,7-68,6)	61,9	(57,5-66,3)	63,7	(59,5-67,9)
	Aerca	Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	29,6	(26,6-32,6)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Aerca	Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**	54,7	(46,6-62,8)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcol	Aerca	Consumatori alcol maggior rischio^	17,3	(14,4-20,3)	19,9	(15,3-24,5)	15,2	(11,3-19,1)	29,8	(23,7-36,0)	13,4	(8,6-18,3)	11,3	(6,7-15,8)	13,1	(7,7-18,6)	18,7	(15,5-22,3)	14,5	(10,5-18,5)	20,0	(15,5-24,4)
	Aerca	Consumo binge ^^	11,5	(8,6-14,3)	14,5	(10,1-18,9)	8,5	(4,9-12,2)	19,1	(13,3-25,0)	8,0	(3,7-12,3)	8,6	(3,9-13,4)	9,5	(4,2-14,9)	12,1	(8,7-15,4)	11,6	(7,3-15,9)	11,4	(7,6-15,2)
Alimentazione	Aerca	Eccesso ponderale	43,2	(40,3-46,2)	54,6	(50,3-58,9)	32,5	(28,5-36,6)	23,9	(19,1-28,6)	41,8	(36,6-47,0)	57,3	(52,1-62,4)	54,3	(47,9-60,8)	39,6	(36,2-43,0)	48,4	(44,0-52,9)	38,1	(34,0-42,3)
	Aerca	Sovrappeso	35,4	(32,5-38,3)	47,5	(43,2-51,9)	24,1	(20,3-27,9)	20,8	(16,3-25,4)	35,3	(30,2-40,3)	45,3	(40,2-50,3)	42,0	(35,5-48,6)	33,3	(30,0-36,6)	38,0	(33,6-42,4)	33,0	(28,9-37,0)
	Aerca	Obeso	7,8	(6,1-9,5)	7,1	(4,8-9,4)	8,5	(5,9-11,0)	3,0	(1,1-4,9)	6,5	(3,8-9,2)	12,1	(8,6-15,5)	12,3	(8,0-16,6)	6,3	(4,5-8,1)	10,4	(7,6-13,2)	5,2	(3,2-7,1)
Fr&Ver	Aerca	Consumo 3 o più porzioni frutta e verdura	50,3	(47,3-53,3)	40,3	(36,0-44,6)	59,7	(55,4-63,9)	39,0	(33,6-44,3)	52,9	(47,6-58,2)	55,6	(50,6-60,6)	53,6	(47,2-60,1)	49,2	(45,7-52,7)	47,8	(43,3-52,2)	52,7	(48,4-57,0)
	Aerca	Consumo 5+ porzioni frutta e verdura	9,2	(7,4-11,0)	6,1	(4,0-8,2)	12,1	(9,2-15,1)	5,0	(2,8-7,3)	6,9	(4,2-9,5)	13,9	(10,3-17,6)	11,9	(7,7-16,2)	8,3	(6,2-10,3)	9,7	(7,0-13,4)	8,7	(6,2-11,2)
Attività Fisica	Aerca	Attivi §	24,7	(21,9-27,4)	27,2	(23,2-31,2)	22,3	(18,6-25,9)	30,8	(25,8-35,9)	23,8	(19,0-28,7)	21,2	(17,0-25,5)	25,4	(19,6-31,2)	24,4	(21,4-27,5)	23,9	(19,9-27,8)	25,5	(21,7-29,3)
	Aerca	Parzialmente attivi	48,7	(45,6-51,9)	50,1	(45,6-54,6)	47,5	(43,1-51,9)	53,0	(47,4-58,5)	47,6	(42,2-53,1)	46,9	(41,7-52,1)	45,2	(38,7-51,7)	49,9	(46,3-53,5)	46,7	(42,2-51,2)	50,7	(46,3-55,1)
	Aerca	Sedentari	26,6	(23,8-29,4)	22,7	(19,0-26,4)	30,2	(26,1-34,3)	16,2	(12,1-20,4)	28,5	(23,5-33,5)	31,8	(27,0-36,7)	29,4	(23,4-35,4)	25,7	(22,5-28,9)	29,4	(25,3-33,6)	23,8	(20,1-27,6)

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno

** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico. QUESTA ANALISI COMPRENDE LE INTERVISTE DAL 2010 IN AVANTI (150 interviste = livello di analisi 1)

^ Consumo a maggior rischio= Consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto. Nuova definizione del 2010

^^ Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Nuova definizione del 2010

§ Attivi= soggetti che svolgono lavori pesanti o aderiscono alle Linee Guida

Tabella A.3. Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali, per genere ed età. Comune di Ancona. Dati PASSI/2008-2016.

Temi	Comune	Indicatore (n. interviste 446; periodo 2008-2016)	Totale		Uomini		Donne		18-34 anni		35-49 anni		50-69 anni	
			%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Fumo	Ancona	Fumatori	19,5	(15,8-23,3)	19,5	(14,4-24,6)	19,6	(14,1-25,0)	21,2	(14,1-28,3)	20,3	(13,8-26,8)	17,7	(11,7-23,7)
	Ancona	Ex fumatori	14,4	(11,1-17,7)	15,9	11-4-20,4	13,0	(8,3-17,8)	6,0	(1,9-10,0)	13,3	(7,8-18,7)	21,1	(14,9-27,4)
	Ancona	Non fumatori	66,1	(61,6-70,5)	64,7	(58,6-70,7)	67,4	(60,9-73,9)	72,8	(65,1-80,5)	66,5	(58,1-74,1)	61,2	(53,6-68,7)
	Ancona	Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	30,8	(26,4-35,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ancona	Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**	<i>*solo 59 record in quanto la definizione parte dal 2010. Pertanto non numerosità non sufficiente per elaborazioni</i>											
Alcol	Ancona	Consumatori alcol maggior rischio^	16,9	(12,4-21,4)	16,1	(9,7-22,5)	17,6	(11,3-23,9)	27,0	(17,8-36,3)	16,4	(8,6-24,1)	7,9	(1,7-14,1)
	Ancona	Consumo binge ^^	11,3	(6,8-15,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alimentazione	Ancona	Eccesso ponderale	45,1	(40,7-49,5)	56,6	(50,5-62,8)	34,0	(27,7-40,3)	23,4	(16,3-30,6)	44,5	(36,9-52,1)	60,3	(52,7-68,0)
	Ancona	Sovrappeso	38,2	(33,9-42,5)	51,6	(45,4-57,7)	25,4	(19,4-31,3)	20,9	(13,9-27,8)	37,2	(30,0-44,4)	50,9	(43,2-58,5)
	Ancona	Obeso	6,9	(4,4-9,4)	5,1	(2,2-7,9)	8,7	(4,6-12,7)	2,5	(-0,3-5,4)	7,4	(3,1-11,6)	9,5	(4,7-14,2)
Fr&Ver	Ancona	Consumo 3 o più porzioni frutta e verdura	46,1	(41,6-50,6)	33,3	(27,3-39,4)	58,4	(51,8-65,1)	33,1	(25,0-41,2)	48,7	(40,9-56,5)	52,8	(45,4-60,2)
	Ancona	Consumo 5+ porzioni frutta e verdura	6,7	(4,2-9,0)	2,9	(0,8-5,1)	10,2	(5,9-14,5)	2,9	(0,1-5,8)	6,4	(2,3-10,4)	9,5	(4,7-14,2)
Attività Fisica	Ancona	Attivi §	23,1	(19,1-27,0)	23,9	(18,3-29,4)	22,3	(16,7-27,9)	27,2	(19,5-34,9)	24,3	(17,4-31,2)	19,2	(13,1-25,3)
	Ancona	Parzialmente attivi	48,0	(43,3-52,7)	51,3	(44,8-57,7)	44,9	(38,0-51,8)	55,3	(46,7-63,9)	48,6	(40,6-56,7)	42,5	(34,6-50,3)
	Ancona	Sedentari	28,9	(24,7-33,2)	24,9	(19,4-30,4)	32,8	(26,4-39,2)	17,5	(10,9-24,0)	27,1	(20,0-34,3)	38,4	(30,7-46,1)

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno

** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico. QUESTA ANALISI COMPRENDE LE INTERVISTE DAL 2010 IN AVANTI (59 interviste = livello di analisi 0)

^ Consumo a maggior rischio= Consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto. Nuova definizione del 2010 (264 interviste = livello di analisi 2, ossia prevalenza e scomposizione per età e sesso)

^^ Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Nuova definizione del 2010 (196 interviste = livello di analisi 1, ossia solo prevalenza)

§ Attivi= soggetti che solgono lavori pesanti o aderiscono alle Linee Guida

Tabella A.4. Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali. Comune di Chiaravalle. Dati PASSI 2008-2016

Temi	Comune	Indicatore (n. interviste 96; periodo 2008-2016)	Totale											
			%	IC95%										
Fumo	Chiaravalle	Fumatori	24,7	(15,8-33,5)										
	Chiaravalle	Ex fumatori	8,4	(2,5-14,2)										
	Chiaravalle	Non fumatori	66,9	(57,2-76,7)										
	Chiaravalle	Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	33,6	(23,7-43,5)										
	Chiaravalle	Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**												
Alcol	Chiaravalle	Consumatori alcol maggior rischio^												
	Chiaravalle	Consumo binge^^												
Alimentazione	Chiaravalle	Eccesso ponderale	48,4	(38,7-58,0)										
	Chiaravalle	Sovrappeso	38,5	(29,0-48,0)										
	Chiaravalle	Obeso	9,8	(3,9-15,8)										
Fr&Ver	Chiaravalle	Consumo 3 o più porzioni frutta e verdura	38,7	(28,4-48,9)										
	Chiaravalle	Consumo 5+ porzioni frutta e verdura	7,6	(2,5-12,7)										
Attività Fisica	Chiaravalle	Attivi §	25,1	(16,0-34,2)										
	Chiaravalle	Parzialmente attivi	47,9	(37,5-58,3)										
	Chiaravalle	Sedentari	27,0	(18,2-35,8)										

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno

** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico. QUESTA ANALISI COMPRENDE LE INTERVISTE DAL 2010 IN AVANTI (18 interviste = livello di analisi 0)

^ Consumo a maggior rischio= Consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto. Nuova definizione del 2010. (51 interviste = livello di analisi 0)

^^ Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Nuova definizione del 2010. (42 interviste = livello di analisi 0)

§ Attivi= soggetti che svolgono lavori pesanti o aderiscono alle Linee Guida

Tabella A.5. Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali. Comune di Falconara Marittima. Dati PASSI2008-2016

Temi	Comune	Indicatore (n. interviste 133; periodo 2008-2016)	Totale																		
			%	IC95%																	
Fumo	Falconara M.	Fumatori	20,7	(13,2-28,2)																	
	Falconara M.	Ex fumatori	14,5	(7,8-21,3)																	
	Falconara M.	Non fumatori	64,8	(56,0-73,5)																	
	Falconara M.	Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	31,1	(22,5-39,7)																	
	Falconara M.	Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**			<i>*solo 19 record in quanto la definizione parte dal 2010. Pertanto numerosità non sufficiente per elaborazioni</i>																
Alcol	Falconara M.	Consumatori alcol maggior rischio^			<i>*solo 75 record in quanto la definizione parte dal 2010. Pertanto numerosità non sufficiente per elaborazioni</i>																
	Falconara M.	Consumo binge^^			<i>*solo 56 record in quanto la definizione parte dal 2010. Pertanto numerosità non sufficiente per elaborazioni</i>																
Alimentazione	Falconara M.	Eccesso ponderale	44,2	(35,3-53,1)																	
	Falconara M.	Sovrappeso	35,0	(26,4-43,7)																	
	Falconara M.	Obeso	9,2	(3,6-14,8)																	
Fr&Ver	Falconara M.	Consumo 3 o più porzioni frutta e verdura	45,7	(36,7-54,8)																	
	Falconara M.	Consumo 5+ porzioni frutta e verdura	13,3	(6,7-19,8)																	
Attività Fisica	Falconara M.	Attivi §	24,1	(16,4-31,7)																	
	Falconara M.	Parzialmente attivi	51,9	(43,1-60,8)																	
	Falconara M.	Sedentari	24,0	(16,0-32,0)																	

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno

** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico. QUESTA ANALISI COMPRENDE LE INTERVISTE DAL 2010 IN AVANTI (record conteggiati = 19. Livello di analisi 0)

^ Consumo a maggior rischio= Consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto. Nuova definizione del 2010 (record conteggiati= 75. Livello di analisi 0)

^^ Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Nuova definizione del 2010. (record conteggiati= 56. Livello di analisi 0)

§ Attivi= soggetti che svolgono lavori pesanti o aderiscono alle Linee Guida

Tabella A.6. Prevalenza dei fattori di rischio comportamentali. Comune di Jesi. Dati PASSI/2008-2016

Temi	Comune	Indicatore (n. interviste 236; periodo 2008-2016)	Totale	
			%	IC95%
Fumo	Jesi	Fumatori	24,9	(19,3-30,4)
	Jesi	Ex fumatori	22,5	(17,1-27,9)
	Jesi	Non fumatori	52,6	(46,2-59,0)
	Jesi	Chiesto, da un operatore sanitario, se fuma*	23,5	(17,8-29,2)
	Jesi	Consigliato, da un operatore sanitario, di smettere**	<i>*solo 31 record in quanto la definizione parte dal 2010. Pertanto numerosità non sufficiente per elaborazioni</i>	
Alcol	Jesi	Consumatori alcol maggior rischio	26,4	(19,2-33,6)
	Jesi	Consumo binge ^{^^}	17,7	(11,0-24,5)
Alimentazione	Jesi	Eccesso ponderale	36,5	(30,4-42,6)
	Jesi	Sovrappeso	28,1	(22,3-33,9)
	Jesi	Obeso	8,4	(4,7-12,0)
F&Ver	Jesi	Consumo 3 o più porzioni frutta e verdura	67,0	(61,1-72,9)
	Jesi	Consumo 5+ porzioni frutta e verdura	14,7	(10,1-19,3)
Attività Fisica	Jesi	Attivi [§]	29,7	(23,7-35,5)
	Jesi	Parzialmente attivi	50,4	(43,9-56,8)
	Jesi	Sedentari	20,0	(14,7-25,3)

* Frequenza delle persone intervistate cui, nell'ultimo anno, è stato chiesto se fuma, fra coloro che sono stati da un medico nell'ultimo anno

** Frequenza dei fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere - escluso chi non è stato dal medico. QUESTA ANALISI COMPRENDE LE INTERVISTE DAL 2010 IN AVANTI (31 interviste = livello di analisi 0)

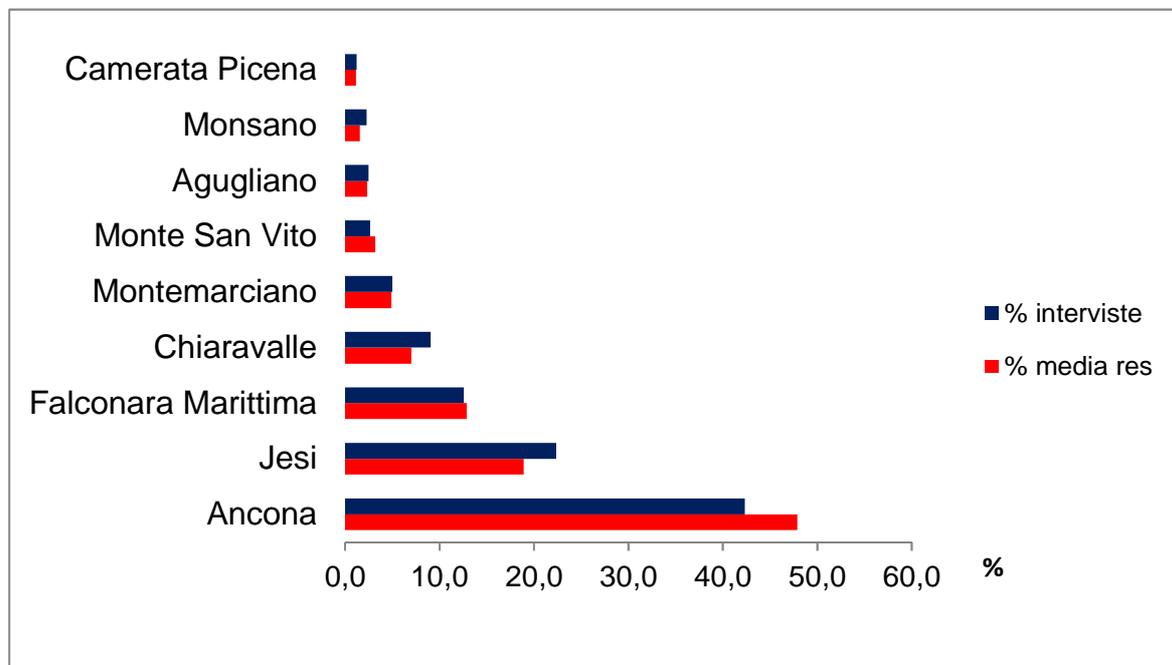
^ Consumo a maggior rischio= Consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto. Nuova definizione del 2010 (record conteggiati= 128. Livello di analisi 1)

^^ Consumo binge: per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione; per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione. Nuova definizione del 2010. (record conteggiati=96. Siamo al limite del livello di analisi 1 pari a 100 interviste, per cui si dà la prevalenza)

§ Attivi= soggetti che svolgono lavori pesanti o aderiscono alle Linee Guida

B) Proporzione del numero di interviste PASSI e del numero medio dei residenti dell'Area ex AERCA tra 18-69 anni, per Comune. Periodo 2008-2016

Fig. B.1. Distribuzione percentuale delle interviste PASSI e dei residenti 18-69enni (media 2008-2016). Comuni dell'Area ex AERCA, anni 2008-2016.



Elab: UOE, AV2. Fonte:

- interviste = db PASSI, regione Marche, anni 2008-2016;
- residenti= www.demo.istat.it

C) Distribuzione per età e sesso del campione di intervistati e dei residenti per l'Area ex AERCA e per singolo Comune (Figure 1-5):

- C.1 l'Area exAERCA;
- C.2 il comune di Ancona;
- C.3 il comune di Chiaravalle;
- C.4 il comune di Falconara Marittima;
- C.5 il comune di Jesi.

Fig. C.1.1 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni).
Area exAERCA, anni 2008-2016

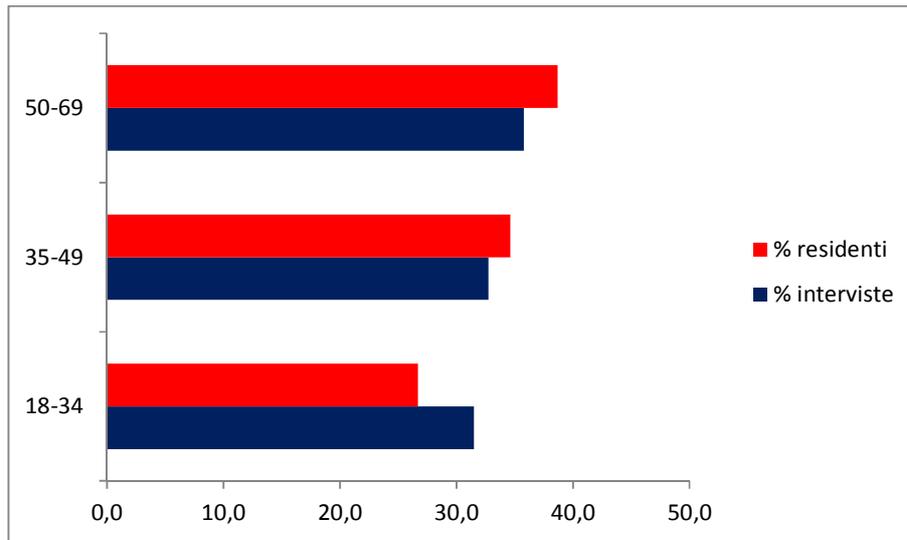


Fig. C.1.2 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni) di **sesso maschile**. Area exAERCA, anni 2008-2016

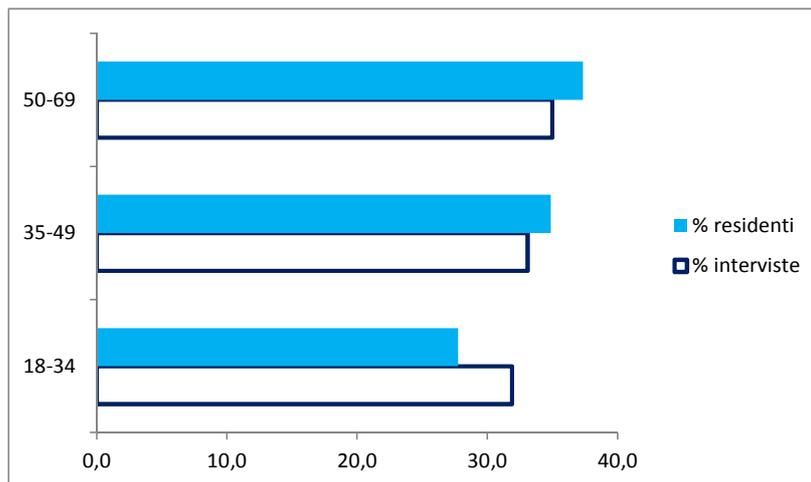


Fig. C.1.3 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni) di **sesso femminile**. Area exAERCA, anni 2008-2016

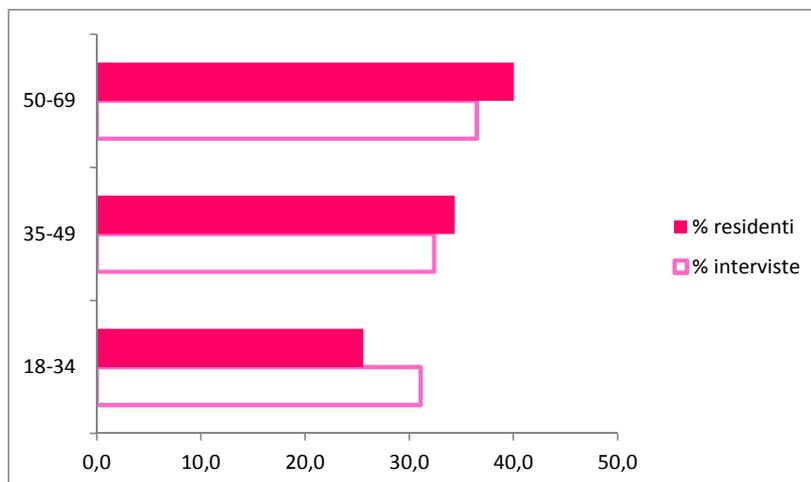


Fig. C.2.1 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni). Comune di Ancona, anni 2008-2016

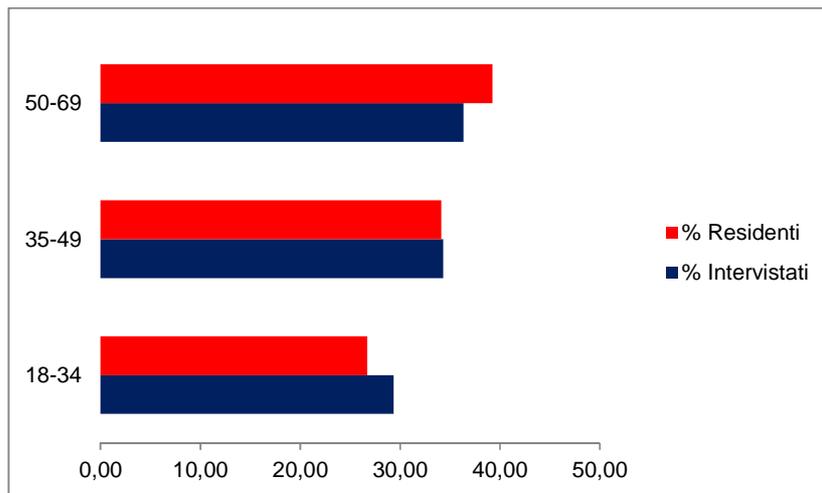


Fig. C.2.2 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni) di sesso maschile. Comune di Ancona, anni 2008-2016

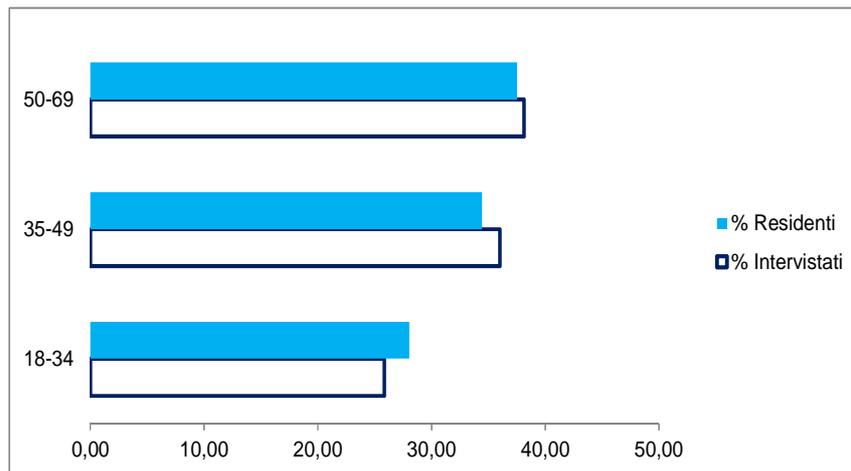
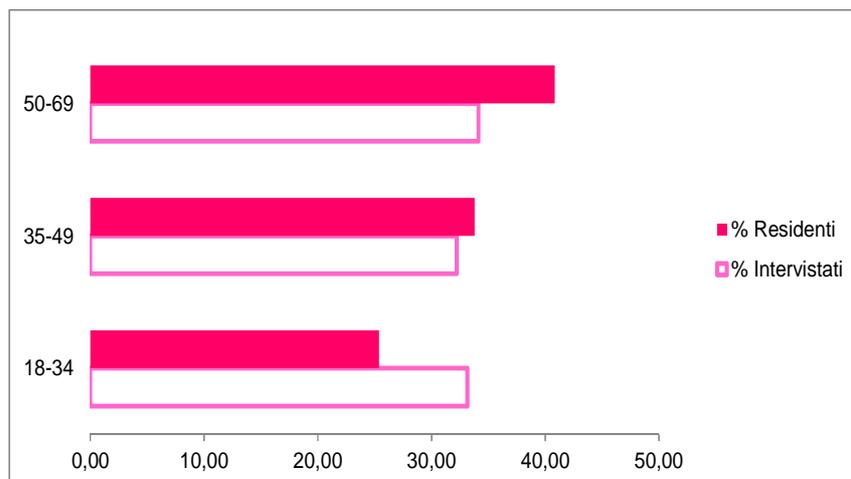
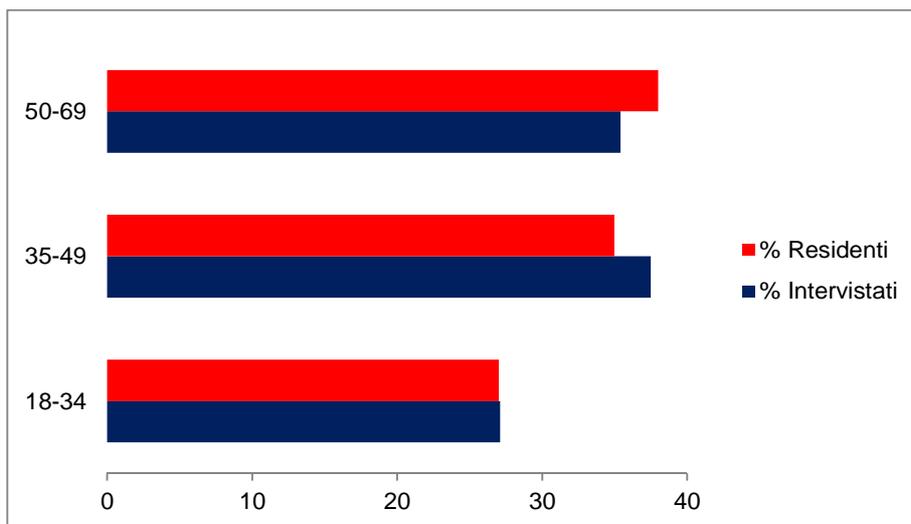


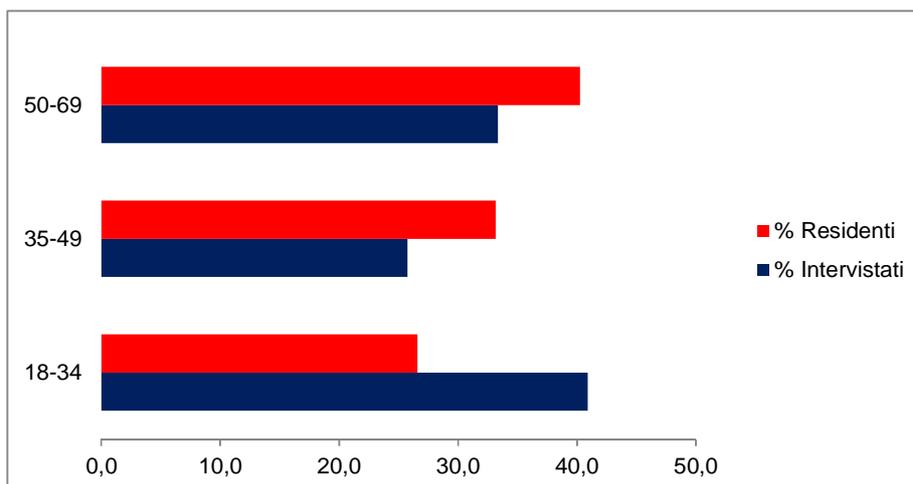
Fig. C.2.3 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni) di sesso femminile. Comune di Ancona, anni 2008-2016



**Fig. C.3 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni).
Comune di Chiaravalle, anni 2008-2016**



**Fig. C.4 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni).
Comune di Falconara Marittima, anni 2008-2016**



**Fig. C.5 Distribuzione per fasce d'età del campione di intervistati e dei residenti (18-69enni).
Comune di Jesi, anni 2008-2016**

