



AZIENDA SANITARIA LOCALE TO1

Via San Secondo, 29 - 10128 Torino Tel. +39 011 566 1 566

Codice Fiscale/Partita Iva 09737640012



Progetto WHP – “Lavoratori Sani in Aziende Sane” Allegato 1

DATI DELLA LETTERATURA RELATIVI AD ALIMENTAZIONE – FUMO – ALCOL – SEDENTARIETÀ

Rapporto “Stato di Salute della popolazione in Piemonte” (dicembre 2005): prevalenza di sovrappeso ed obesità, rispettivamente del 39% e 8% negli uomini e del 23% e 7% nelle donne. Sono dati riferiti al 2004, nettamente più elevati di quelli rilevati nel 1994, pur mantenendosi su valori inferiori rispetto a quelli italiani.

Ultima indagine Multiscopo ISTAT '97 e '98 (riportato da “Salute in Piemonte 2000”): solo il 41% degli uomini ed il 46% delle donne piemontesi dichiara abitudini alimentari corrette, mentre il 40% della popolazione ha almeno un comportamento scorretto ed oltre il 15% ha almeno due comportamenti alimentari scorretti (risposte relative alla frequenza settimanale dichiarata di consumo di salumi, carne bianca e rossa, latticini, pesce, frutta e verdura).

Studio EPIC PIEMONTE: in una coorte di 10.000 soggetti adulti intervistati dal 1993 al 1998, ha evidenziato consumi alimentari più scorretti nei soggetti nati al centro-nord dell'Italia rispetto a quelli nati nel sud dell'Italia.

A livello mondiale, l'OMS stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% della malattia coronarica e quote tra l'8 ed il 42% di certi tipi di cancro sono attribuibili ad un indice di massa corporea superiore a 21.

In EUROPA al sovrappeso vengono attribuiti negli uomini il 9,6% della mortalità ed il 6,9% dei DALY2; nelle donne l'11,5% della mortalità e l'8,1% dei DALY.

(Tra gli indicatori statistico-sanitari maggiormente utilizzati nel Rapporto sulla salute mondiale 2002 OMS il DALY (Disability-Adjusted Life Years) è un indicatore utilizzato per valutare l'impatto dei diversi fattori di rischio in termini di “perdita di anni di vita in buono stato di salute”. Tale indicatore prende in considerazione l'impatto dei vari rischi per la salute sulla mortalità, sulla morbosità e sulla disabilità (1 DALY = “perdita di un anno di vita in buone condizioni di salute”). Fonte: Ufficio II – Direzione generale dei rapporti internazionali e delle politiche comunitarie (Redazione Ministerosalute.it – novembre 2002).)

In particolare, un basso consumo di frutta e verdura è la causa del 19% del tumore gastro-intestinale, del 31% della malattia ischemica e dell'11% dell'infarto. Globalmente il 4,9% delle morti (2,7 milioni) e l'1,8% dei DALY (26,7 milioni) vengono attribuiti ad un basso consumo di frutta e verdura, ed in EUROPA il basso consumo è associato al 7,6% dei decessi ed al 4,3% dei DALY negli uomini, nonché al 7,4% dei decessi ed al 3,4% dei DALY nelle donne.

Fumo

Nell'Unione Europea il fumo provoca circa il 90% dei tumori del polmone, l'80% delle bronco-pneumopatie croniche ostruttive, il 25% delle morti per malattie di cuore e il 15% della mortalità complessiva. Il fumo dei genitori e dei conviventi costituisce la maggiore fonte di esposizione dei bambini a rischi per la salute. Il fumo influenza la fertilità di donne e uomini, ed è inoltre correlato a talune patologie del feto.

La normativa sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro prevede altri divieti di fumo per pericolo d'incendio, rischio di esposizione ad agenti cancerogeni, rischio di esposizione ad agenti biologici, rischio di esposizione ad amianto. Questi divieti sono stati in passato solo parzialmente rispettati, sia per una non corretta percezione del rischio da fumo di tabacco da parte di molti

lavoratori, sia per il limitato interesse di molte aziende ad intervenire su quello che considerano un “rischio elettivo”. Il fumo di tabacco può potenziare l’effetto di esposizioni lavorative, favorendo malattie croniche e neoplasie. La cessazione dell’abitudine al fumo comporta effetti benefici sulla salute ed è vantaggiosa per i lavoratori e per le aziende, negli esposti o ex esposti a cancerogeni professionali, la cessazione del tabagismo è prioritaria, sia in termini di efficacia preventiva che di rapporto costi-benefici.

Alcune malattie professionali concausate e/o aggravate dal tabagismo:

• BPCO • Asma bronchiale • Ipoacusia da rumore • Cancro del polmone • Cancro della vescica • Cancro seni nasali e paranasali.

La diffusione del tabagismo tra il personale medico e paramedico nel nostro Paese è allarmante: l’Italia è infatti tra i tre paesi europei (insieme a Grecia e Spagna) con la più alta incidenza di medici fumatori (circa il 40%)¹. Nell’Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini (*Il fumo nelle strutture sanitarie*” Rosastella Principe- III UO di Pneumologia ASO S.Camillo – Forlanini Roma) , è stato avviato un progetto di prevenzione con un’inchiesta epidemiologica tra gli operatori sanitari che ha posto in evidenza il notevole numero di fumatori tra il personale sanitario, questi si comportano in ospedale da fumatori e non da operatori causando ai pazienti un duplice danno: fisico, a causa dell’esposizione al fumo passivo, ed educativo.

Personale sanitario n° 9843

	n	%
Maschi	3905	39.7
Femmine	5938	60.3
Medico	2169	22.0
Infermiere	5033	51.3
Ausiliario	1081	11.5
Tecnico/amministrativo	1523	15.2
Età media anni	40.2	/

Alcol

Sebbene sia accertato che un consumo moderato di alcol, tra 10 e 30 grammi al giorno, riduca la mortalità per malattie del sistema circolatorio, specialmente la malattia coronarica e gli accidenti cerebrovascolari di origine ischemica, l’OMS stima che l’alcol causi il 3,2% (1,8 milioni) dei decessi nel mondo ed il 4,0% dei DALY. Il consumo eccessivo e inappropriato di alcol è pericoloso non soltanto per il singolo individuo ma anche per chi lo circonda, e circa l’8-9% delle malattie nell’Unione Europea può essere attribuito al consumo di alcol, con frazioni che variano dall’11,7% della Francia al 3,5% della Svezia.

Nella provincia di Genova ¹ *Bollettino Epidemiologico Nazionale - Notiziario ISS – Vol.16 – n° 2 febbraio 2003. Abitudini alcoliche nei futuri operatori sanitari. Canevari, Teglio, D’Alessandro, Badolati*) è stata avviata un’ indagine epidemiologica tesa a raccogliere dati relativi al consumo di alcolici in soggetti destinati alla professione sanitaria, gli obiettivi erano descrivere il pattern e la quantità di consumo assunta, valutare il livello conoscitivo in merito all’alcolismo, la nocività, i mezzi di supporto disponibili e far emergere negli operatori la consapevolezza di essere educatori e quanto il loro comportamento possa influire sul ruolo ricoperto. Il campione è risultato omogeneo per età (25 anni), e in prevalenza femminile (56,7%). Dall’analisi è emerso che 83% del campione assumeva bevande alcoliche, di questi il 54,4% saltuariamente, il 7,2% quotidianamente e il 34,4% soltanto durante il fine settimana. Le dosi abituali ingerite nel 58,4 % ne assumeva meno di 200 ml, il 26,4% tra 200 e 400 ml e il 15,2% più di 400 ml. La maggioranza degli intervistati beve superalcolici (64%): il 2% quotidianamente, il 28% solo nel fine settimana e il 70% occasionalmente. Le quantità assunte erano modeste <= 50 ml nel 55,2% del campione, elevate (>= 200 ml) nell’11,5% e medio alte nel 33,3% (>50<200 ml). Si è rilevata una relazione inversa tra frequenza ed entità di assunzione, i soggetti che superavano i 200 ml al giorno erano per lo più bevitori del fine settimana.

Alla domanda relativa agli ausili farmacologici e psicologici finalizzati alla cessazione dell'abitudine solo il 35% ne conosceva l'esistenza. In riferimento al valore attribuito all'educazione sanitaria, nonché alla percezione di essere educatori alla salute istituzionali, anche se involontari, il 94% ne riconosceva l'importanza e circa la metà era favorevole ad essere coinvolta in interventi. Il risultato dell'indagine per i ricercatori ha evidenziato come i futuri operatori sanitari avessero eccessive abitudini alcoliche aggravate da un livello conoscitivo molto scarso.

<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20e%20lav.1114599043.pdf>

PREVALENZE (%) PER TARGET DI POPOLAZIONE E BEVANDA ALCOLICA CONSUMATA ITALIA, ANNO 2002										
ANNO 2001										
Prevalenza consumatori di bevande alcoliche										
	VINO		BIRRA		APERITIVI ALC.		AMARI		SUPERALCOLICI	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
14-17 adolescenti	22,7	11,9	37,9	22,4	20,3	16,0	10,8	5,6	12,6	7,4
18-24 giovani	48,5	27,7	72,8	41,3	50,5	30,8	43,1	16,0	38,7	20,3
25-44 giovani adulti	72,1	44,1	74,7	44,2	51,7	23,6	53,3	21,5	45,3	16,0
45-64 adulti	82,6	52,7	63,4	32,2	38,9	14,8	46,0	19,0	40,6	12,2
65-74 giovani anziani	81,9	49,7	40,3	14,0	22,2	6,1	31,8	9,3	24,0	5,4
75+ anziani	75,1	42,1	25,3	7,5	10,8	2,6	19,9	5,2	14,0	3,1
Tutte le età	71,6	44,2	62,0	31,7	40,0	16,8	43,2	16,2	37	12,1

IL CONSUMO A RISCHIO

World Health Organization, National Institute of Health - NIH, Società Italiana Alcolologia
ISS, Ministero Salute, Ministero Politiche Agricole - INRAN

Se il numero di unità o bicchieri è zero non si corre alcun rischio

Se il numero di unità o bicchieri è superiore a:
2 - 3 unità o bicchieri al giorno per gli uomini
1 - 2 unità o bicchieri al giorno per le donne
Salute e benessere sono esposti ad un maggior rischio.

La regola dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a tale proposito è:
Alcol? Meno è meglio!

È da considerare a **basso rischio** una quantità di alcol giornaliera da assumersi durante i pasti principali (non fuori pasto) che non deve superare i 20-40 grammi per gli uomini e i 10-20 grammi per le donne.

Queste quantità devono essere ulteriormente ridotte negli anziani e nei giovani. Per quanto riguarda questi ultimi, bisogna ricordare che al di sotto dei 16 anni la legge vieta la somministrazione di bevande alcoliche.

Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40ml) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr.

birra (bicchiere 330 ml) vino (bicchiere 125 ml) aperitivo (bicchiere 30 ml) cocktail alcolico (bicchiere 40 ml)

L'alcol rappresenta un importante fattore di rischio, sia generico che specifico. L'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) afferma che il 10-12% di tutti i lavoratori con età maggiore di 16 anni ha problemi legati all'abuso o alla dipendenza da alcol. Una recente ricerca dell'Associazione Dirigenti Risorse Umane (GIDP-HRD) stima che il 45% dei manager presenta un abuso occasionale o continuativo di alcol. Per quanto riguarda il rischio di incidenti stradali a seguito dell'assunzione di alcolici, questa tipologia di incidente rappresenta più dell'11% dei circa 940.000 infortuni sul lavoro all'anno in Italia. Questi possono essere legati sia al percorso casa lavoro (infortunio "in itinere"), che a spostamenti nell'ambito dell'orario di lavoro.

Sedentarietà

L'OMS stima che l'inattività fisica causi 1,9 milioni di decessi e 19 milioni di DALY nel mondo. Essa causa in particolare il 10-16% dei casi di tumore del seno, del colon-retto e del diabete mellito di tipo II, e circa il 22% della malattia ischemica. In EURO-A, all'inattività fisica si può attribuire negli uomini il 6% dei decessi ed il 3,3% dei DALY, nelle donne il 6,7% dei decessi ed il 3,2% dei DALY. La sedentarietà raddoppia il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo II, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, facendo aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di cancro.

Secondo l'OMS, le patologie legate allo stile di vita sedentario rientrano tra le prime dieci cause di morte e di inabilità nel mondo.

La promozione dell'AF viene condotta da circa 10 anni con iniziative regolari nell'ambito aziendale, soprattutto attraverso una collaborazione costante tra servizio di Medicina dello Sport e servizio di Promozione della Salute. Queste iniziative hanno quasi sempre riguardato la popolazione giovanile (scuole elementari, scuole medie inferiori); con questo progetto si intende estendere un'azione di promozione dell'attività fisica anche nei confronti della popolazione adulta con sviluppi e coinvolgimenti progressivi in vari ambiti.