
***CONOSCERE GLI STILI DI VITA
PER GUADAGNARE SALUTE***

**Il sistema di sorveglianza PASSI nell'Azienda ULSS 18
Anni 2012-2015**

Dott.ssa Patrizia Casale, Coordinatore Aziendale PASSI
UOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia
Valutativa - Dipartimento di Prevenzione

con il prezioso contributo delle operatrici sanitarie
che hanno effettuato le interviste

- 📧 *Giliola Rando (2012-2015)*
- 📧 *Rina Milan (2013-15)*
- 📧 *Claudia Cavalieri (2012-13)*
- 📧 *Fabrizia Chioldin (2012-13)*
- 📧 *Sebastiana Giliberto (2012-13)*
- 📧 *Mariangela Dafne Vincenti (2014-15)*
- 📧 *Maria Serena Gorbetta (2015)*

*Un ringraziamento particolare a tutte le persone
intervistate per la cortesia e la disponibilità dimostrate,
ai Medici di Famiglia e ai Sindaci dei Comuni
dell'Azienda ULSS 18 Rovigo*

Luglio 2016

Un “sistema” per guadagnare salute

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza italiano sugli stili di vita della popolazione tra i 18 e 69 anni residente nell’ULSS, che fornisce agli operatori della sanità informazioni facilmente analizzabili ed utilizzabili sui comportamenti rischiosi o favorevoli per la salute, per mettere in atto le più efficaci azioni di prevenzione.

PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all’offerta ed all’utilizzo di strumenti di prevenzione (screening, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.

PASSI, ideato dal CCM/Ministero della Salute, è coordinato a livello nazionale dall’Istituto Superiore di Sanità e nella Regione Veneto dalla Direzione Regionale della Prevenzione. In Italia hanno aderito tutte le Regioni/P.A. e tutte le ASL del Veneto.

Nel periodo 2012-2015 la raccolta delle informazioni, realizzata con un questionario telefonico di circa cento domande somministrato da operatori delle ASL opportunamente addestrati, è stata fatta nell’ULSS 18 ad un campione di 1.110 persone, di oltre 22mila in Veneto e di circa 152mila a livello nazionale, persone di tre classi di età, 18-34, 35-49 e 50-69 anni, estratte casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

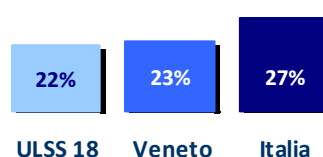
I principali risultati

In genere, non si riscontrano differenze significative tra i risultati relativi all’ULSS 18 e quelli regionali e nazionali.

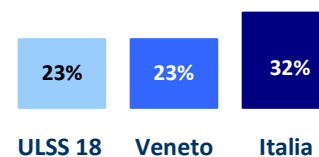
Nell’**ULSS 18** si stima una maggior percentuale di sedentari e di persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi), ma una percentuale più bassa di fumatori e di bevitori “a maggior rischio”.

Gli adulti di 18-69 anni

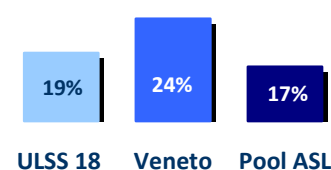
sono fumatori



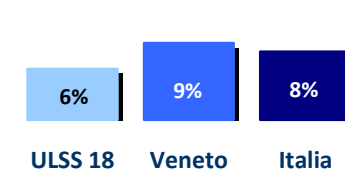
sono sedentari



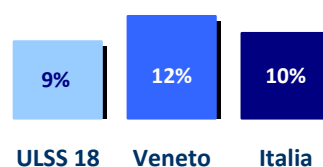
bevono in modo “rischioso” per la salute



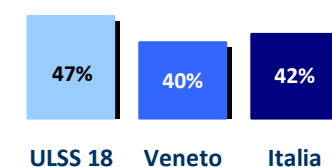
guidano “sotto l’effetto dell’alcol”



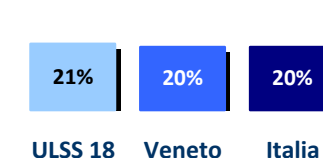
consumano 5 porzioni di frutta e verdura al dì



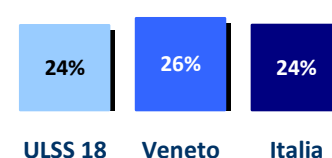
sono in eccesso ponderale



sono ipertesi



hanno il colesterolo alto



Stili di vita e “Guadagnare Salute”

“**Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari**” (DPCM 04/05/2007 Ministero della Salute) è un programma nazionale che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e che prevede un intervento “multicomponenti” con il coinvolgimento di diversi Ministeri, Enti pubblici, Associazioni, ecc... con lo scopo principale di prevenire e controllare le *Malattie Croniche Non Trasmissibili* (MCNT).

In tutto il mondo le malattie croniche causano la parte preponderante di decessi, morti premature e disabilità, colpendo soprattutto i Paesi a basso e medio reddito e, all’interno di ogni Paese, le persone in posizione di disagio sotto il profilo socio-economico.

Più della metà delle MCNT è attribuibile a 4 fattori di rischio comportamentali modificabili:

1. la dieta (tra cui lo scarso consumo di frutta e verdura),
2. l’inattività fisica,
3. il consumo “a maggior rischio” di alcol,
4. il fumo,

ed alle seguenti condizioni (fattori di rischio intermedi) spesso correlate a tali comportamenti:

5. ipertensione,
6. ipercolesterolemia,
7. diabete,
8. obesità.

Oltre a determinare un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere particolarmente invalidanti, generando, come conseguenza, gran parte del carico di lavoro e dei costi dei servizi sanitari e mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano.

Guadagnare Salute si articola, partendo dai 4 fattori di rischio modificabili e principali determinanti delle malattie croniche più frequenti, in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici fondamentali al fine di **stimolare l’adozione di comportamenti alimentari salutari** (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di bevande e alimenti troppo calorici), **promuovere l’attività fisica** e **contrastare l’abuso di alcol ed il tabagismo** al fine di ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio.

I 4 fattori di rischio modificabili

Tra i residenti dell’ULSS 18 di età tra i 18 e i 69 anni:

- quasi 1 persona su 2 è in **eccesso ponderale** e solo 1 su 10 riferisce il **consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura** (five a day), quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione;
 - circa 1 persona su 4 ha uno stile di vita del tutto **sedentario**, mentre 1 su 3 è fisicamente attiva cioè dichiara di praticare attività fisica in linea con quanto raccomandato dalle linee guida;
 - quasi 6 persone su 10 **consumano alcolici** e circa 1 su 10 ne fa **un consumo a “maggior rischio” per la salute** (poco meno di 1 su 2 sono età di età tra i 18 e 24 anni);
 - circa 1 persona su 10 **fuma** (poco meno di 1 su 2 sono nella classe di età 18-34 anni) e 1 su 10 è un ex-fumatore.
-

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura

PASSI misura la condizione nutrizionale mediante l'Indice di Massa Corporea (IMC) calcolato in base ai dati riferiti di peso e altezza (Kg/m^2), che sono generalmente sottostimati producendo una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità che è maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni.

L'IMC è considerato un predittore sufficientemente accurato delle complicanze legate sia al sottopeso che all'eccesso ponderale nella pratica clinica (OMS 1998).

Nell'**ULSS 18**, il 52,7% delle persone intervistate risulta essere sottopeso o normopeso, il 35,5% sovrappeso e l'11,8%, cioè oltre 1 adulto su 10, obeso (ICM \geq 30). Le persone in eccesso ponderale (ICM \geq 25) sono quindi il 47,3% del campione, quasi 5 persone su 10.

Il gradiente geografico mostra quote crescenti di persone in eccesso ponderale dal Nord al Sud Italia, dove in alcune Regioni anche 1 persona su 2 risulta in sovrappeso o obesa.

Nel **Grafico 1** sono descritte le *caratteristiche socio-demografiche* delle persone intervistate suddivise per stato nutrizionale: l'eccesso ponderale è più frequente al crescere dell'età, nel sesso maschile, nelle persone con basso grado di istruzione e nelle persone con riferite molte difficoltà economiche.

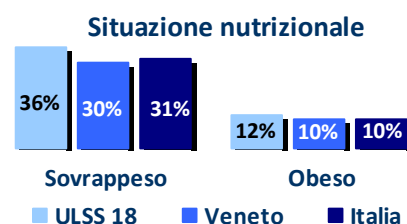
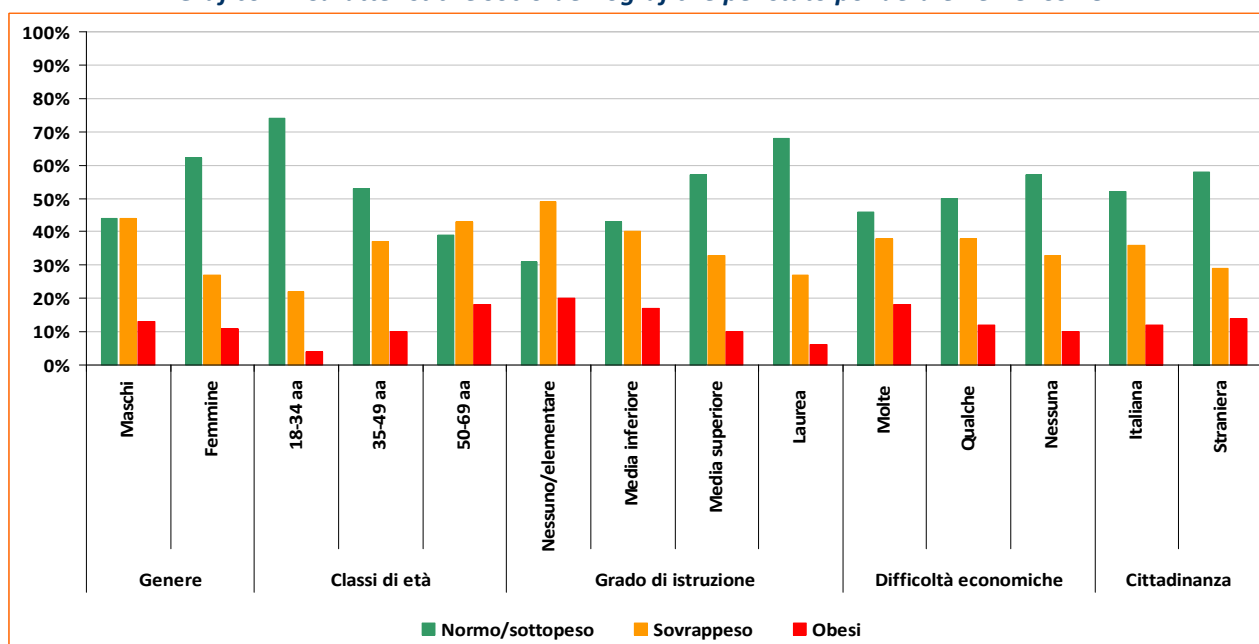


Grafico 1 - Caratteristiche socio-demografiche per stato ponderale nell'ULSS 18



Le persone sovrappeso ed obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: nell'**ULSS 18** solo la metà delle persone in sovrappeso (49,5%) ritiene troppo alto il proprio peso corporeo, così come a livello di **Pool ASL nazionale** (47%). Tra le persone obese residenti nell'**ULSS 18** la consapevolezza è maggiore: però, ancora 1 su 10 (10,6% con il 16,8% di maschi e il 3,3% di femmine) percepisce più o meno giusto il proprio peso corporeo. Le donne (sia in sovrappeso che obese) risultano essere più consapevoli del problema rispetto agli uomini e l'essere consapevoli favorisce l'adesione alla dieta.

L'attenzione degli operatori sanitari al problema risulta essere bassa e in riduzione nel tempo: nell'**ULSS 18** solo poco più della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto il consiglio di seguire una dieta per perdere peso (54,5%), questa attenzione è indirizzata soprattutto alle persone

obese (77,6% vs 46,1% delle persone sovrappeso), con percentuali simili anche in **Veneto** e in **Italia**. In realtà il consiglio dato da un medico di mettersi a dieta è fondamentale perché incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti, la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è maggiore fra le persone che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a coloro che non lo hanno ricevuto (**ULSS 18** 26,3% vs 7,0%, **Pool ASL nazionale** 37% vs 12%). Da segnalare che l'attenzione degli operatori a questo problema è più scarsa proprio dove ce ne sarebbe più bisogno, come nelle Regioni meridionali.

Nel **Pool ASL nazionale** (38%), così come nell'**ULSS 18** (47,6%), meno frequente del consiglio medico di mettersi a dieta, sembra essere il consiglio di praticare attività fisica alle persone in eccesso ponderale.

Nel **Grafico 2** si riportano alcuni stili di vita delle persone in eccesso ponderale e l'attenzione posta dai medici e dagli operatori sanitari al problema nell'**ULSS 18**, mentre nel **Grafico 3** si confrontano le percentuali dei consigli ricevuti dagli intervistati, per stato nutrizionale, nell'**ULSS 18**, in Veneto e nel Pool ASL nazionale.

Grafico 2 - Stili di vita e consigli degli operatori sanitari nell'ULSS 18

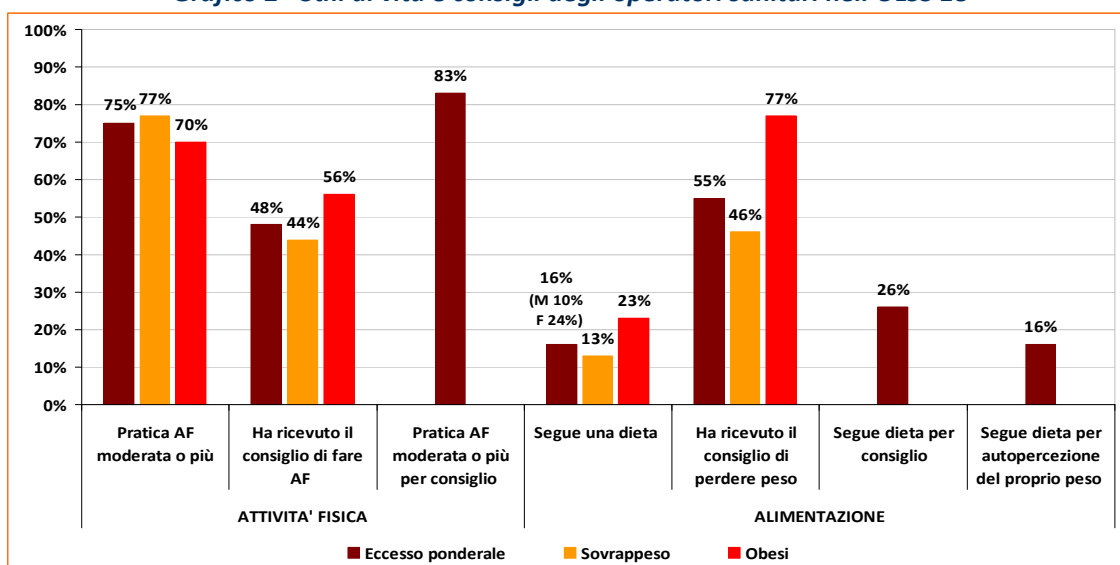
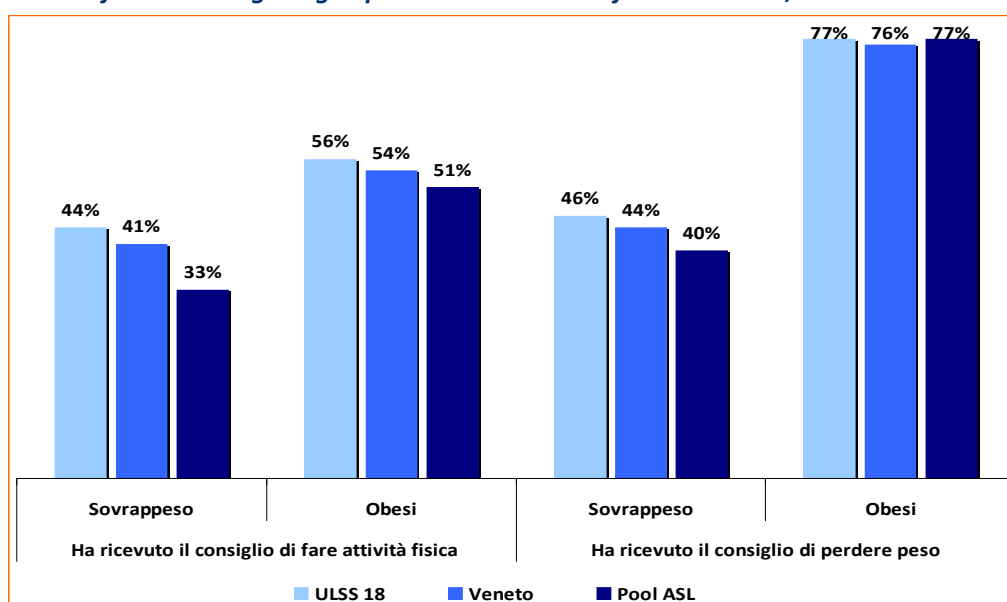


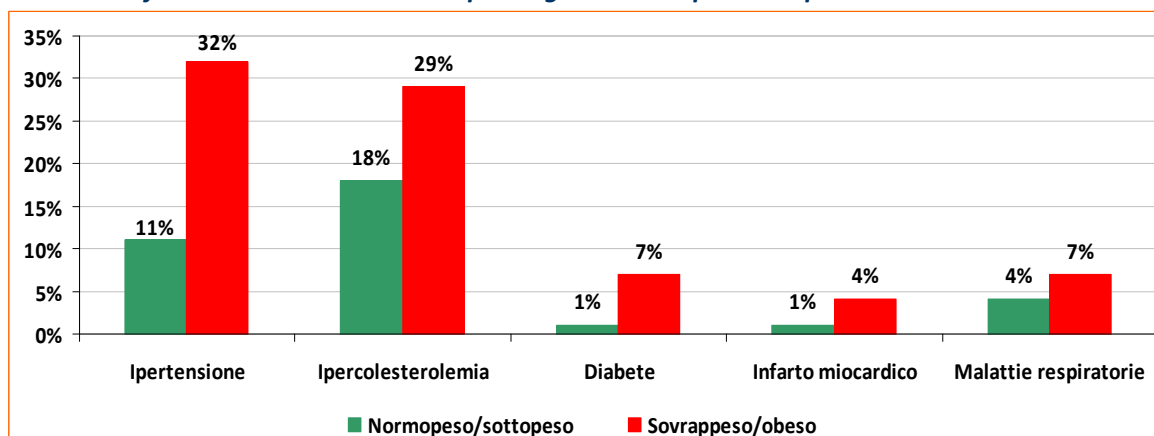
Grafico 3 - Consigli degli operatori sanitari: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Le persone in sovrappeso o obese mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altre dichiarano di soffrire di patologie croniche (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, ...).

Nell'**ULSS 18** la percentuale di persone che soffrono di alcune tra le patologie croniche correlate all'eccesso ponderale è riportata nel successivo **Grafico 4**, che mostra la differenza con le persone che sono invece normopeso e sottopeso.

Grafico 4 - Stato nutrizionale e patologie croniche per stato ponderale nell'ULSS 18



Il consumo di frutta e verdura

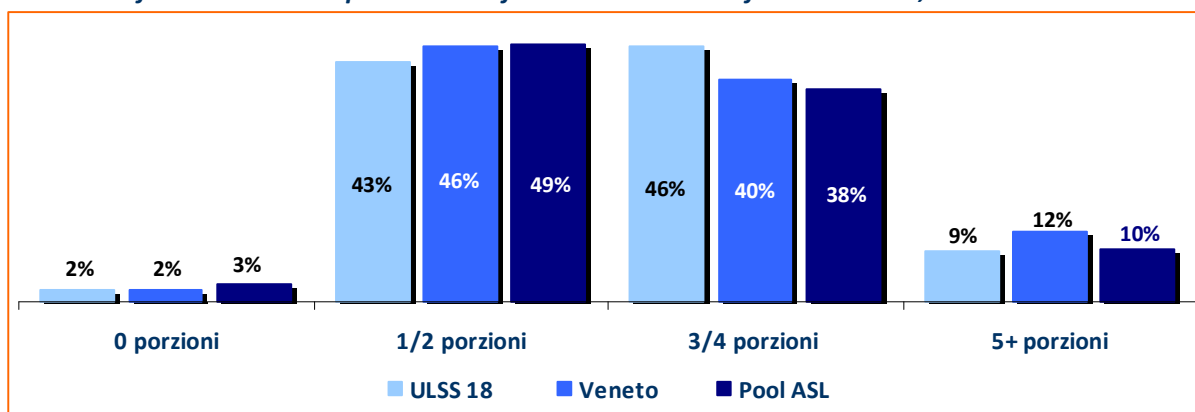
Nell'**ULSS 18**, il 98,1% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 43,0% ne assume 1-2 porzioni, il 45,7% 3-4 porzioni e solo il 9,4%, cioè circa 9 persone su 100, assumono le 5 porzioni raccomandate per una corretta alimentazione (five a day), mentre 2 su 100 non assumono alcuna porzione né di frutta né di verdura. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno cresce con l'avanzare dell'età ed è più diffusa nelle persone sopra ai 50 anni, nelle donne, nelle persone con alto livello di istruzione, nelle persone senza difficoltà economiche, nelle persone di nazionalità italiana e nelle persone sovrappeso.

In **Veneto** le persone che seguono le linee guida raccomandate sono il 12% e nel **Pool ASL nazionale** il 9,5%.

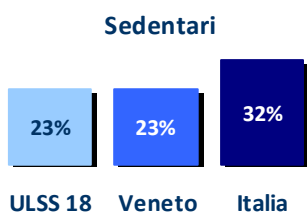
L'adesione al five a day scende significativamente nelle Regioni centrali e meridionali rispetto a quelle del Nord Italia, dove però si osserva una lieve ma significativa riduzione nel tempo.

Nel **Grafico 5** si riportano le porzioni di frutta e verdura consumate quotidianamente dalle persone intervistate nell'ULSS 18, Veneto e Pool di ASL.

Grafico 5 - Consumo quotidiano di frutta e verdura: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Attività fisica



L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e riduce il rischio di una morte prematura prevenendo malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani e alcuni tipi di cancro (colon-retto, seno, endometrio e, probabilmente, anche di polmone e prostata).

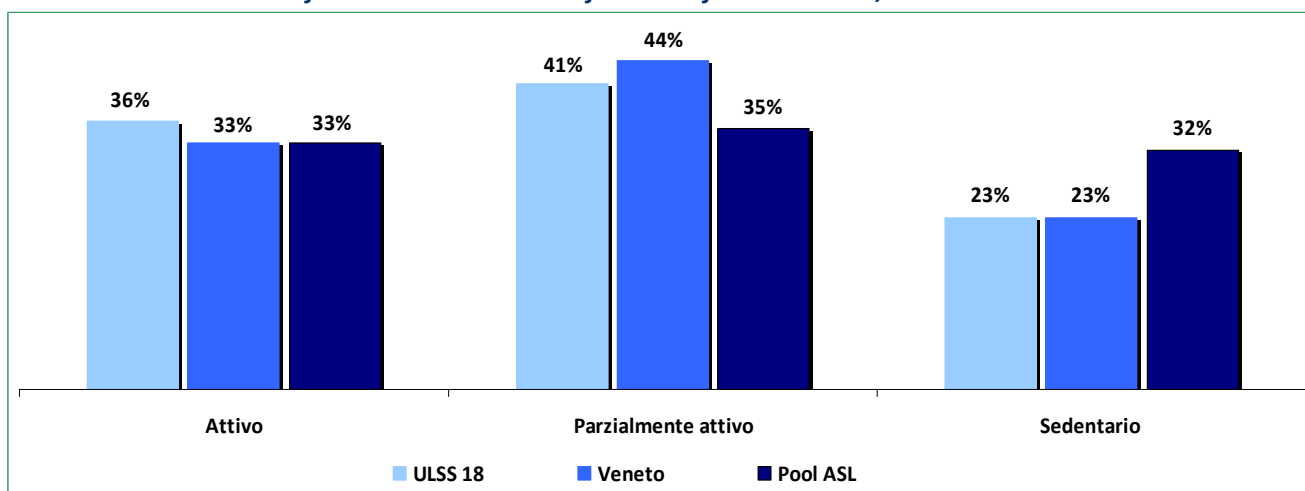
Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano almeno 30 minuti al giorno di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni alla settimana o lo svolgimento di attività lavorativa che richieda un importante sforzo fisico: chi aderisce a queste linee guida viene definito "fisicamente attivo".

Nell'**ULSS 18**, il 36,3% degli intervistati risulta adeguatamente attivo (cioè dichiara di praticare attività fisica secondo le linee guida), il 41,0% parzialmente attivo (non svolge un lavoro pesante ma pratica attività fisica non raggiungendo i livelli raccomandati), infine il 22,7% sono sedentari, non praticando alcuna attività fisica nel tempo libero né svolgendo un lavoro pesante.

Nel **Pool ASL nazionale** gli adulti si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi di fisicamente attivi, parzialmente attivi e sedentari.

Nel **Grafico 1** si riporta il confronto fra l'ULSS 18, il Veneto e Italia in riferimento ai tre livelli di attività fisica dichiarata dagli intervistati.

Grafico 1 - Livelli di attività fisica: confronto ULSS 18, Veneto e Italia

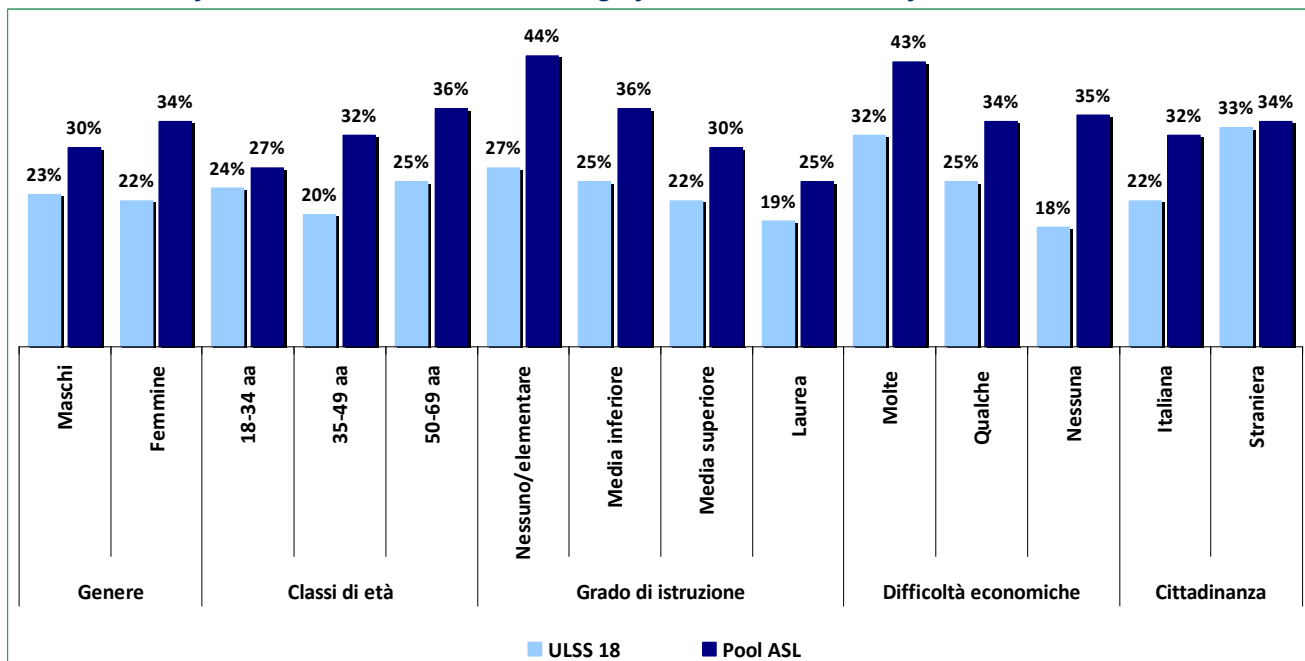


Nel **Grafico 2** sono descritte le *caratteristiche socio-demografiche* delle persone definite *sedentarie* dell'ULSS 18 confrontate con quelle rilevate a livello nazionale.

La sedentarietà a livello di **Pool ASL nazionale** è associata all'avanzare dell'età e al sesso femminile, mentre nell'**ULSS 18** è più frequente nelle classi di età 18-34 e 50-69 anni e nel sesso femminile. Sia a livello nazionale che aziendale è associata ad uno status socio-economico più svantaggiato, sia per basso livello di istruzione che per difficoltà economiche.

La quota di sedentari, ad eccezione del Centro Italia, sembra aumentare dal 2008 al 2015, in tutto il Paese, continuando a dividere nettamente l'Italia in due, con un maggior numero di sedentari fra i residenti nel Sud Italia (eccezion fatta per Molise e Sardegna).

Grafico 2 - Caratteristiche socio-demografiche dei sedentari: confronto ULSS 18 e Italia

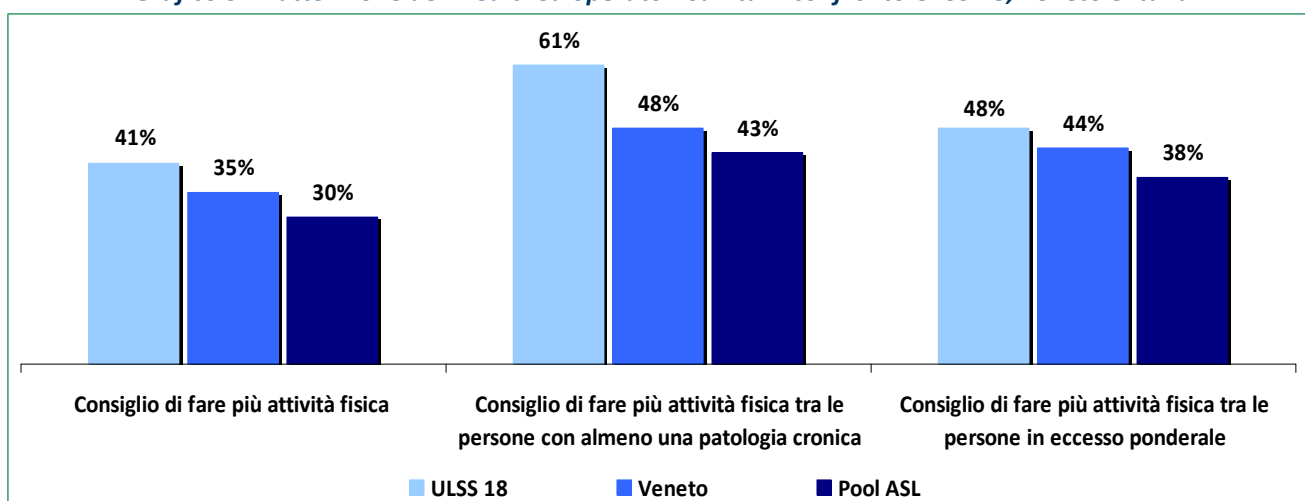


Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: nell'**ULSS 18** 1 adulto su 2 (49,5%) tra i parzialmente attivi e circa 1 su 6 tra i sedentari (15,6%) percepiscono come sufficiente il impegno a praticare attività fisica.

Ancora bassa risulta l'attenzione da parte dei medici ed operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, in particolare a livello nazionale e regionale.

Nell'**ULSS 18** dichiara di aver ricevuto il consiglio di praticare regolarmente attività fisica il 40,8% degli intervistati, con un incremento al 60,6% in caso di persone con almeno una patologia cronica ed un modesto 47,6% in caso di persone in eccesso ponderale, mentre sia in **Veneto** che nel **Pool ASL nazionale** circa un terzo degli intervistati riferisce di aver ricevuto il consiglio, a livello nazionale anche quando fossero in eccesso ponderale o avessero patologie croniche (**Grafico 3**).

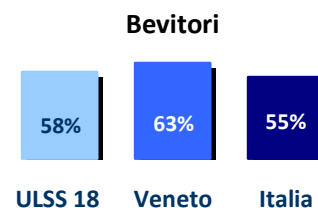
Grafico 3 - L'attenzione dei medici ed operatori sanitari: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute propria e, spesso, anche per quella degli altri, con effetti che, a differenza del fumo, si possono manifestare in seguito ad un singolo episodio di consumo, anche ritenuto moderato. Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcolici ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è uno dei principali determinanti di malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, cirrosi del fegato e diabete malattie neuropsichiatriche ed alterazioni psico-motorie che possono causare traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, suicidi) e può creare dipendenza e problemi di salute materno-infantile.

L'OMS raccomanda l'astensione dalle bevande alcoliche in età inferiore a 18 anni e superiore a 60-65 anni, in gravidanza e allattamento, in caso di guida di veicoli, in situazioni lavorative, in caso di malattie causate o aggravate dall'alcol, di disturbi mentali in corso o pregressi, di uso di farmaci e di sostanze psicoattive, di eccesso ponderale, di familiarità per alcolismo

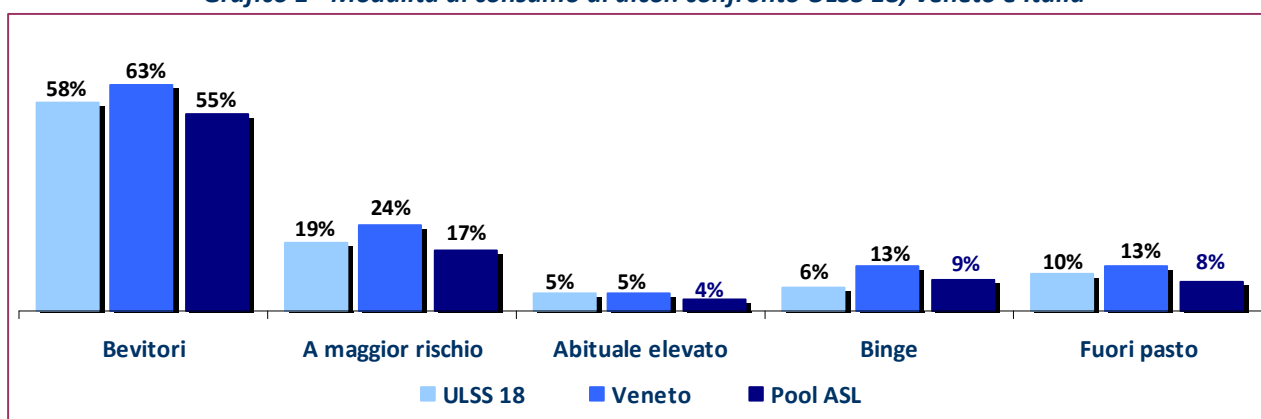
PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA).



Nell'ULSS, 18 il 58,3% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese ("bevitore"), il 18,7% è stato classificato "consumatore a maggior rischio" per la salute, in quanto beve fuori pasto (10,2%) e/o è un bevitore "binge" (6,4%) (5 o più UA per gli uomini e 4 o più per le donne in una sola occasione, almeno 1 volta negli ultimi 30 giorni) e/o ha un "consumo abituale elevato" (4,7%) (più di 2 UA medie giornaliere se uomo e più di 1 se donna, corrispondenti rispettivamente a più di 60 e 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni).

Nel **Grafico 1** vengono riportate le varie modalità di consumo di alcolici confrontando i risultati dell'ULSS 18, del Veneto e del Pool ASL nazionale.

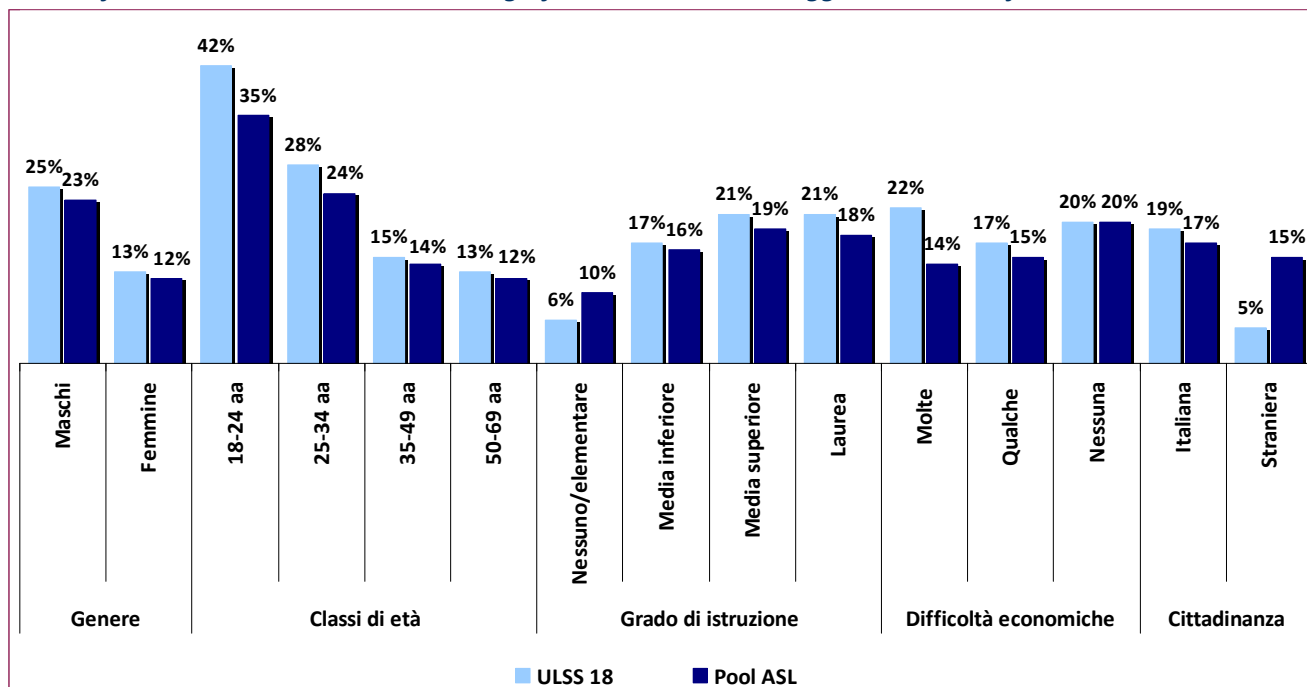
Grafico 1 - Modalità di consumo di alcol: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



In riferimento alle *caratteristiche socio-demografiche* dei bevitori con "consumo a maggior rischio", questa tipologia di consumo nell'ULSS 18 risulta molto più diffusa tra gli uomini, decresce in maniera drastica con l'aumentare dell'età, è più frequente nelle persone con alto livello di istruzione (laurea e media superiore) e nella popolazione di nazionalità italiana, mentre è più uniforme per quanto riguarda

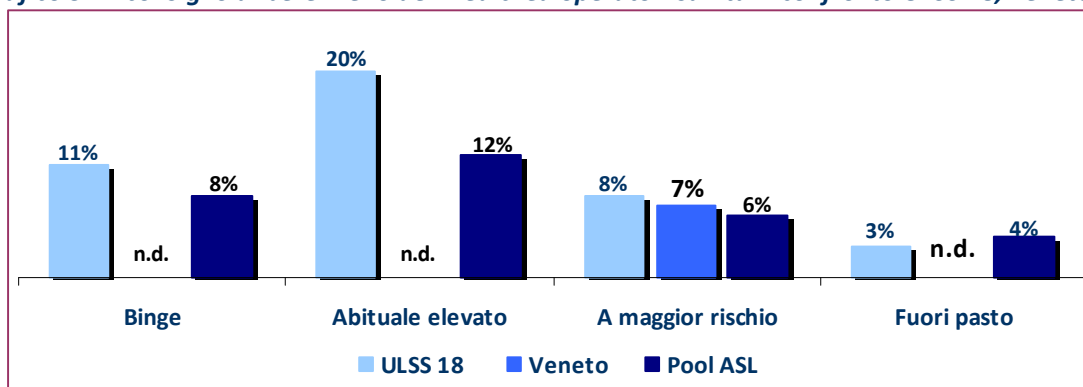
le condizioni economiche, a differenza del **Pool ASL nazionale** dove questa modalità di consumo è più frequente nelle persone economicamente più avvantaggiate, come evidenziato nel **Grafico 2**.
Le caratteristiche socio-demografiche sono le stesse che caratterizzano i bevitori “binge”, anche se presenti con frequenze inferiori.

Grafico 2 - Caratteristiche socio-demografiche dei bevitori a maggior rischio: confronto ULSS 18 e Italia



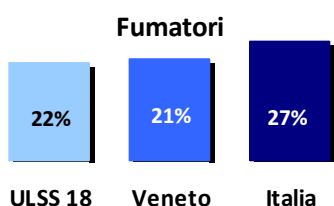
L'attenzione dei medici e degli operatori sanitari al problema dell'abuso alcolico appare ancora troppo bassa: nell'ULSS 18 il 19,8% di chi ha un “consumo abituale elevato” ha ricevuto il consiglio di bere meno, ma appena il 10,9% dei bevitori “binge”, il 7,9% dei bevitori “a maggior rischio” ed il 2,6% dei bevitori “fuori pasto” ha ricevuto lo stesso consiglio; ma percentuali ancora più basse sono state rilevate a livello di **Pool ASL nazionale (Grafico 3)**.

Grafico 3 - Il consiglio di bere meno dei medici ed operatori sanitari: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Infine, appare preoccupante, a livello nazionale, la frequenza delle persone che assumono alcolici pur avendo controindicazioni assolute, come le malattie del fegato (46%) e le donne in gravidanza (32%).

Abitudine al fumo



Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative, in particolare a carico degli apparati respiratorio (bronchite cronica, enfisema, tumore del polmone, ...) e cardiovascolare (ictus, infarto, ...): l'11% dei decessi per cardiopatia ischemica, prima causa di morte a livello mondiale, è attribuibile al fumo di tabacco, così come il 70% dei decessi per tumore dei polmoni, della trachea e dei bronchi.

Anche i costi economici legati al fumo sono molto rilevanti e non si limitano alla spesa sanitaria: si stima, infatti, che circa il 50% dei fumatori muoiano a causa del fumo e di questi il 50% durante il periodo più produttivo della vita, durante il quale sono, inoltre, meno produttivi a causa dell'aumento della morbilità. Il fumo risulta essere, comunque, anche il principale fattore di rischio "evitabile" di morte prematura.

Nell'**ULSS 18**, il 78,1% degli intervistati attualmente non fuma, o perché ha dichiarato di non aver mai fumato o aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita ("non fumatori"¹: 56,3%) o perché attualmente non fuma e ha smesso da almeno 6 mesi ("ex-fumatori"²: 21,7%); il 21,9% risulta "fumatore"³ (ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e tuttora fuma o ha smesso da meno di 6 mesi), cioè poco più di 1/5 dei residenti tra i 18 e 69 anni (**Grafico 1**).

Tra i fumatori sono compresi i fumatori "quotidiani"⁴, "occasionalmente"⁵ e "in astensione"⁶, la cui frequenza viene riportata nel **Grafico 2**.

Il consumo medio giornaliero di sigarette è di 11,1 nell'**ULSS 18**, 10,7 in **Veneto** e 12,6 nel **Pool ASL nazionale**, ma tra i fumatori il 18,8%, circa 1/5, nell'**ULSS 18** ed il 26%, circa 1/4, nel **Pool ASL nazionale** ne fuma più di un pacchetto al giorno ("forti" fumatori).

Definizioni usate nel questionario PASSI

- **Non fumatore**¹: persona che dichiara di non aver mai fumato o aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma
- **Ex fumatore**²: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi
- **Fumatore**³: persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di 6 mesi
- **Fumatore quotidiano**⁴: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno
- **Fumatore occasionale**⁵: fumatore che non fuma tutti i giorni
- **Fumatore in astensione**⁶: fumatore che ha smesso da meno di 6 mesi

Grafico 1 - Abitudine al fumo: confronto ULSS 18, Veneto e Italia

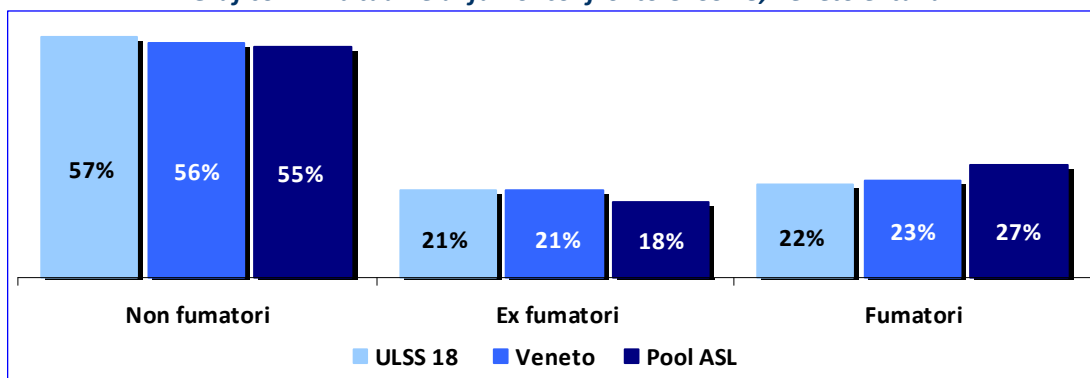
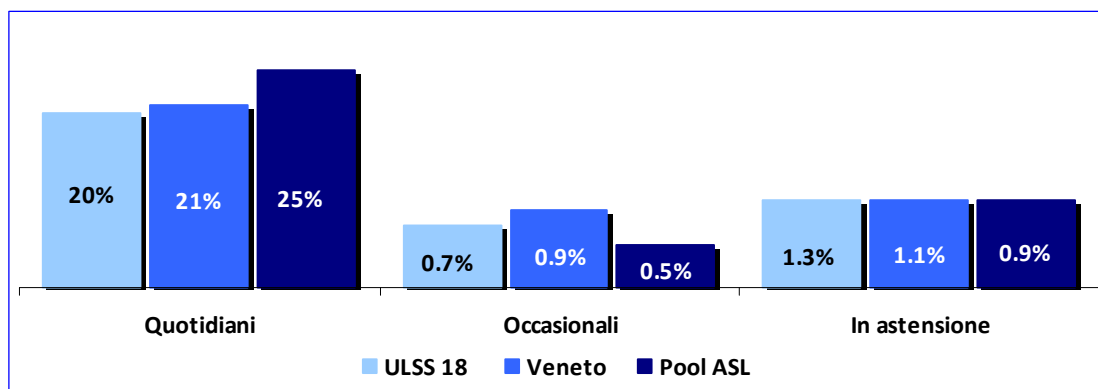


Grafico 2 - Tipologie di fumatori: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Le caratteristiche socio-demografiche dei fumatori e degli ex-fumatori dell'ULSS 18 e del Pool ASL nazionale sono riportate nei grafici che seguono.

Il fumo di sigaretta risulta più frequente nel sesso maschile e fra le classi socio-economiche più svantaggiate, cioè con basso livello di istruzione e/o con maggiori difficoltà economiche (**Grafico 3**).

La quota di ex-fumatori aumenta significativamente con l'avanzare dell'età, è maggiore fra le persone senza difficoltà economiche e fra i residenti con cittadinanza italiana rispetto agli stranieri (**Grafico 4**).

Dal 2008 la percentuale di fumatori va riducendosi significativamente e omogeneamente su tutto il territorio nazionale, in particolar modo le classi sociali senza difficoltà economiche, mentre gli ex-fumatori risiedono soprattutto nelle Regioni settentrionali.

Grafico 3 - Caratteristiche socio-demografiche dei fumatori: confronto ULSS 18 e Italia

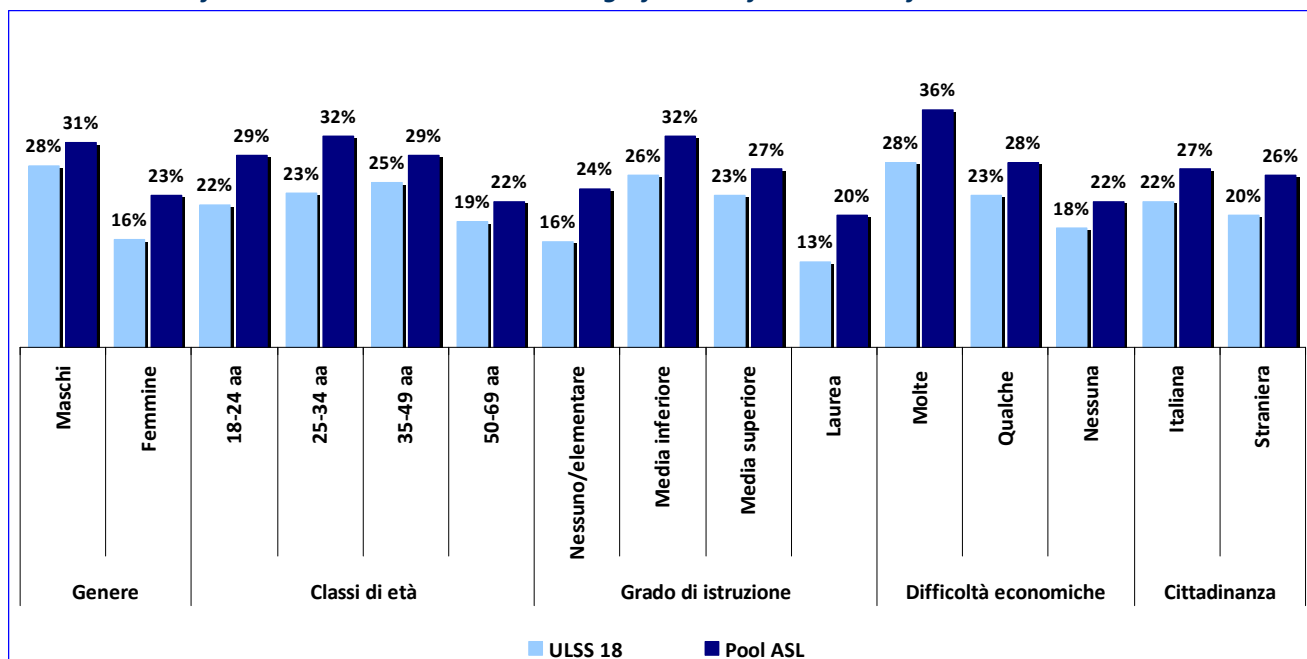
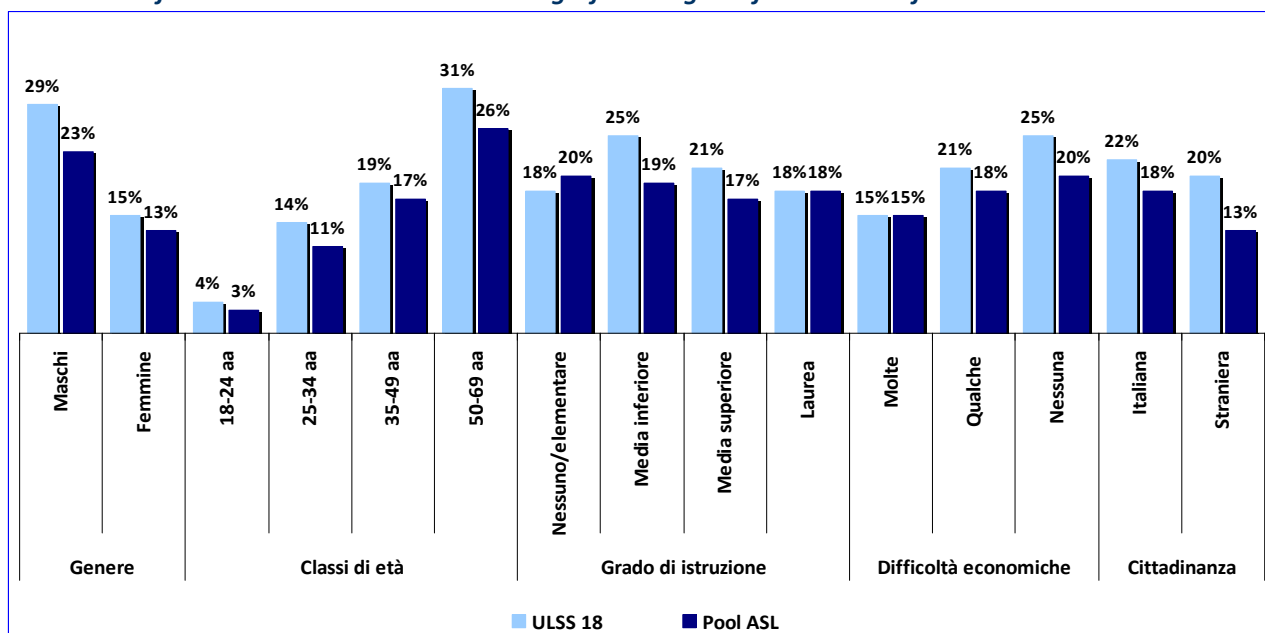


Grafico 4 - Caratteristiche socio-demografiche degli ex-fumatori: confronto ULSS 18 e Italia

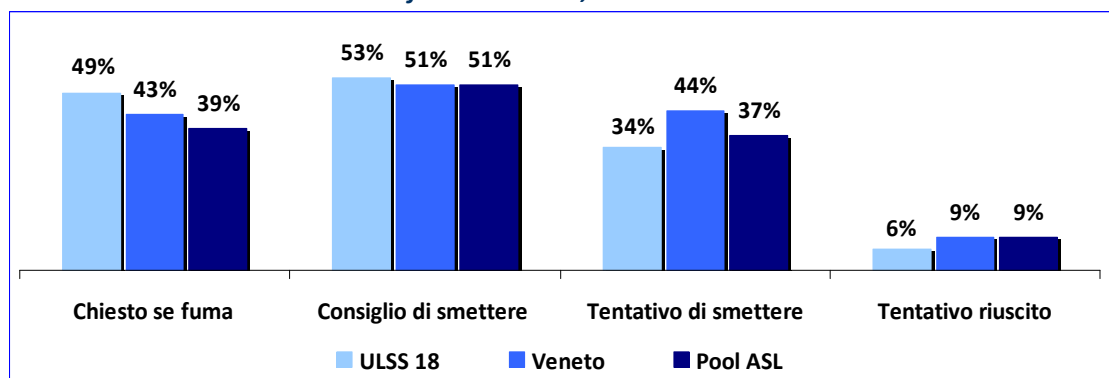


L'attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo risulta ancora piuttosto bassa (**Grafico 5**): nell'ULSS 18 il 49,2% degli intervistati che sono stati dal medico nell'ultimo anno dichiara che gli è stata posta la domanda se fuma ed il 52,9% ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare (21,0% per motivi di salute, 22,7% a scopo preventivo, 9,1% per entrambi i motivi); queste percentuali sono superiori a quelle rilevate a livello di Regione Veneto che di Pool ASL nazionale.

Le persone che tentano di smettere di fumare non sono numericamente trascurabili: nell'ULSS 18 circa 1/3 dei fumatori (33,6%, valore leggermente inferiore a quello nazionale del 37%) ha tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare, mentre a livello di Regione Veneto la percentuale è maggiore, sono infatti poco meno della metà dei fumatori (44%) quelli che hanno tentato. In tutti i casi il tentativo fallisce nella stragrande maggioranza dei casi: nell'ULSS 18 la percentuale che raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi è del 6,2%, percentuale leggermente inferiore a quelle riscontrate a livello regionale e nazionale (9%).

Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto nella quasi totalità dei casi autonomamente (nell'ULSS 18 il 96,0%), scarso risulta l'utilizzo di farmaci o cerotti ed ancora più raro è il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle ASL.

Grafico 5 - L'attenzione dei medici ed operatori sanitari e gli esiti del consiglio dato: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Nell'**ULSS 18** la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo risulta essere molto alta: 94 persone su 100 e 95 su 100 riferiscono che il divieto è sempre, o quasi sempre, rispettato nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro rispettivamente.

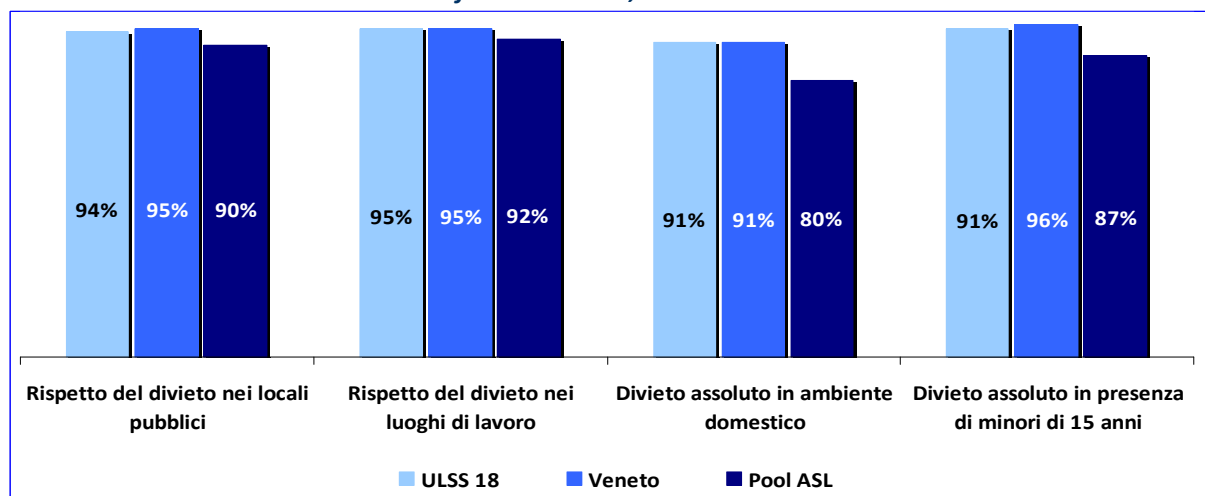
A livello nazionale le percentuali sono leggermente inferiori ed esistono differenze regionali ed un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali dove sembra meno frequente il rispetto del divieto di fumo, sia nei locali pubblici che nei luoghi di lavoro, anche se nel tempo questo gradiente geografico va riducendosi in particolare le regioni meridionali.

Paradossalmente l'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è più rilevante: nell'**ULSS 18**, 9 intervistati su 100 dichiarano che nella propria abitazione è ammesso fumare e questo numero cresce a più di 20 su 100 a livello nazionale; questa abitudine è meno frequente, ma affatto trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni, arrivando al 4,8% nell'**ULSS 18** e al 13% a livello nazionale.

Le Regioni in cui vi sono meno case "libere da fumo" sono prevalentemente le Regioni con la quota più alta di fumatori (come Umbria e Campania, ma anche Sicilia, Molise), generalmente nelle stesse Regioni è anche minore il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro. Fortunatamente il numero di case "libere dal fumo" aumenta significativamente nel tempo, come effetto presumibile di un passaggio culturale che dalla legge del divieto nei luoghi pubblici conduce, attraverso una maggiore consapevolezza dei danni del fumo passivo, all'astensione di fumare negli ambienti di vita privati.

Nel **Grafico 6** vengono riportati i dati succitati relativi al fumo passivo.

Grafico 6 - Il divieto di fumo nei locali pubblici, nei luoghi di lavoro e nella propria abitazione: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



I fattori di rischio cardiovascolari

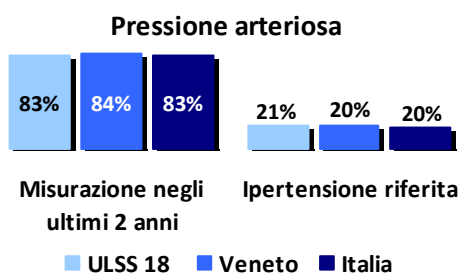
I fattori di rischio cardiovascolare sono i cosiddetti fattori di rischio "intermedi" e sono spesso correlati ai comportamenti sopra descritti. Le malattie cardiovascolari comprendono diverse patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Nel quadriennio 2012-2015 a livello nazionale, PASSI rileva che su 10 intervistati, 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia e circa il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Nell'ULSS 18 questi fattori di rischio sono piuttosto diffusi tra la popolazione di 18-69 anni: circa 1 su 5 degli intervistati dichiara di soffrire di **ipertensione** e poco meno di 1 su 4 di **ipercolesterolemia**, mentre la prevalenza di persone affette da **diabete** è del 4%.

Solo a 5 persone su 100 a livello nazionale e a circa 9 su 100 nell'ULSS 18, di età tra i 35 e i 69 anni senza patologie cardiovascolari, è stato calcolato il **punteggio del rischio cardio-vascolare**, strumento di valutazione clinico-prognostica per stimare la probabilità di avere un evento cardiovascolare nei 10 anni successivi.

Iperensione arteriosa



L'ipertensione è prevenibile perché anch'essa associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. È importante diagnosticarla precocemente, mediante controlli medici, per contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita. Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori *borderline* (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

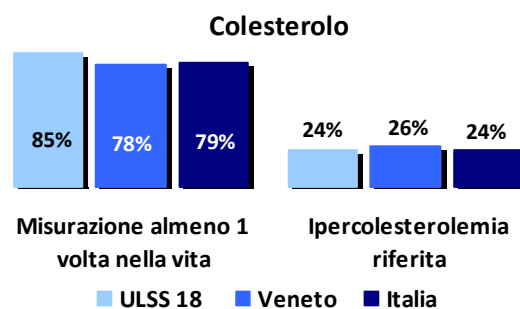
Nell'ULSS 18, l'82,8% degli intervistati riferisce di essersi sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni ed il 95,4% almeno una volta nella vita, mentre il 4,6% riferisce di non averla mai misurata. Il 21,1% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. In particolare, per quanto riguarda le *caratteristiche socio-demografiche*, risultano essere ipertesi più frequentemente gli uomini (24,6% vs 17,5% delle donne), la classe di età tra i 50 ed i 69 anni (38,6% vs 0,8% dei 18-34enni e il 13,2% dei 34-49enni), quelli con un basso livello di istruzione (42,4% nessuno/elementare e 29,6% media inferiore vs 15,5% media superiore e 12,2% laurea), le persone con difficoltà economiche (23,1% molte e 21,6% qualche difficoltà vs 19,9% nessuna difficoltà), inoltre il 32,4% risulta essere in eccesso ponderale contro il 10,7% dei normopeso/sottopeso. Il 76,0% degli ipertesi riferisce seguire un trattamento farmacologico e l'88,3% dichiara di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio svolgere regolare attività fisica, l'82,6% di ridurre il consumo di sale e l'81,2% di controllare o perdere peso.

Dai dati a livello nazionale risulta che più di 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. Circa l'80-90% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa (diminuire il consumo di sale, controllare il peso corporeo e svolgere regolarmente attività fisica). I residenti nelle Regioni meridionali meno frequentemente di altri misurano la pressione arteriosa.

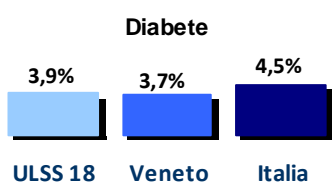
Ipercolesterolemia

Come per l'ipertensione, l'identificazione precoce dell'ipercolesterolemia grazie a controlli regolari costituisce un intervento efficace di prevenzione. Per diagnosticare l'ipercolesterolemia non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma esistono raccomandazioni internazionali sull'opportunità di effettuare l'esame del colesterolo, pur non essendoci un consenso unanime sulle modalità.

Nell'ULSS 18, l'85,4% della popolazione intervistata riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, mentre il 14,6% non l'ha mai misurato o non ricorda. Il 23,5% di questi dichiara di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. In particolare, per quanto riguarda le *caratteristiche socio-demografiche*, risultano essere ipercolesterolemici più frequentemente gli uomini (25,5% vs 21,6% delle donne), la classe di età tra i 50 ed i 69 anni (37,0% vs 7,4% dei 18-34enni e il 15,4% dei 34-49enni), quelli con un basso livello di istruzione (42,5% nessuno/elementare e 24,5% media inferiore vs 21,8% media superiore, 20,4% laurea), le persone con difficoltà economiche (27,0% molte e 21,0% qualche difficoltà vs 25,2% nessuna difficoltà), inoltre il 29,0% risulta essere in eccesso ponderale contro il 18,0% dei normopeso/sottopeso. Il 33,3% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico e l'85,9% ha ricevuto consiglio da un operatore sanitario di svolgere attività fisica regolare, l'82,4% di ridurre il consumo di carne e formaggio, il 77,4% di controllare il proprio peso corporeo ed il 75,3% di aumentare il consumo di frutta e verdura. Dai risultati **a livello nazionale** emerge che circa 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/5 ha ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia. Circa 1/3 degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte (80-90%) ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi e più frutta e verdura, di fare regolare attività fisica e controllare il peso corporeo. Il controllo della colesterolemia nel sangue non segue un chiaro gradiente geografico, ma le Regioni del Sud insieme a quelle del Nord sono le aree territoriali con le percentuali più basse di persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita.



Diabete



Nell'ULSS 18 il 3,9% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete e presenta le seguenti *caratteristiche socio-demografiche*: la prevalenza cresce con l'età, infatti è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni (1,2% nei 18-34enni e 1,9% nei 35-49enni) mentre arriva al 7,3% nei 50-69enni, è più frequente fra gli uomini (4,1% vs 3,8% nelle donne), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione (6,4% basso vs 2,4% alto livello) o condizioni economiche (4,8% riferite difficoltà economiche vs 2,7%), fra i cittadini italiani (4,0% vs 2,0% degli stranieri).

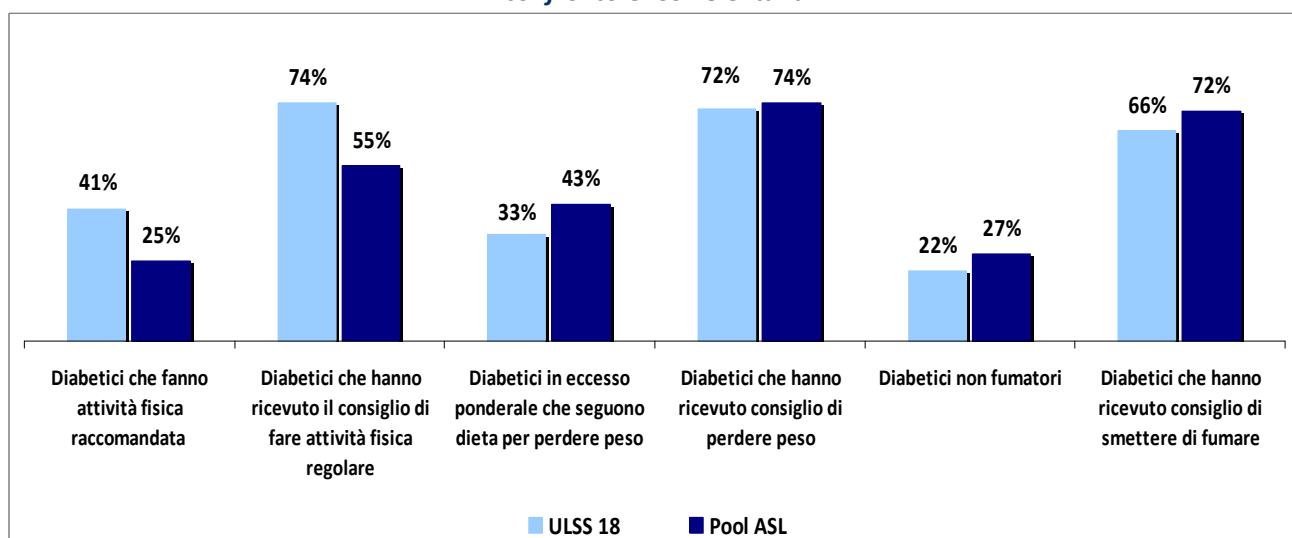
Le stesse caratteristiche demografiche e socioeconomiche si riscontrano **a livello di Pool ASL nazionale** con una prevalenza nelle Regioni meridionali rispetto al Centro e al Nord Italia. La prevalenza di persone con diabete non si modifica sostanzialmente dal 2008.

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri.

Nell'ULSS 18 oltre la metà delle persone con diabete riferisce anche una diagnosi di ipertensione (59,8%) o di ipercolesterolemia (53,2%), contro il 19,4% ed il 22,1% osservati rispettivamente nella popolazione libera da diabete; l'80,7% risulta in eccesso ponderale (IMC \geq 25) (vs 46,0% nella popolazione senza diabete); il 17,1% delle persone con diabete risulta completamente sedentario (sono il 44,6% a livello nazionale) (vs 22,9 nella popolazione libera da diabete). Inoltre fra le persone con diabete resta alta la prevalenza di fumatori, pari al 29,5% (vs 21,6% nella popolazione libera da diabete). Per quanto riguarda il monitoraggio e terapia dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia fra i diabetici nell'ULSS 18, l'86,3% riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno ed il 92,3% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, il 97,6% di aver controllato il colesterolo una volta nella vita (88,3% negli ultimi 12 mesi) ed il 60,3% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

L'attenzione degli operatori sanitari al problema è piuttosto buona ma non ancora ottimale: il 74,2% dei diabetici ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolare (il 41,3% sta già facendo attività fisica moderata o intensa secondo le linee guida), il 72,3% dei diabetici in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso (il 33,3% sta già seguendo dieta per perdere peso), ma solo il 65,7% ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare (il 21,6% dei diabetici non è fumatore) (Grafico 1).

Grafico 1 – Alcuni stili di vita dei diabetici e l'attenzione dei medici ed operatori sanitari: confronto ULSS 18 e Italia



Monitoraggio e terapia per il diabete a livello di Pool ASL nazionale (modulo 2011-2013)

Dal 2011 PASSI raccoglie informazioni sul monitoraggio metabolico e sulla terapia delle persone diabetiche dalle quali si evince che la maggior parte (33%) è seguito principalmente dal Centro diabetologico, o dal Medico di Medicina Generale (32%), o da entrambi (29%), pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (meno del 4%), e meno del 2% riferisce di non essere seguito da nessuno.

Poco meno del 60% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'Emoglobina Glicata negli ultimi 12 mesi (36% negli ultimi 4 mesi). Aumenta nel tempo la conoscenza di questo esame ma quasi 1 persona su 3 con diabete non lo conosce o non ne conosce il significato.

Oltre l'83% delle persone con diabete dichiara di essere in trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte con ipoglicemizzanti orali.

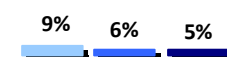
Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

L'uso della carta del rischio (o punteggio cardiovascolare) è indicato come strumento di valutazione clinico-prognostica nelle persone con più di 35 anni di età e senza patologie cardiovascolari; è uno strumento semplice e obiettivo che il Medico può utilizzare per stimare la probabilità, in termini assoluti, che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di 6 importanti fattori di rischio, facilmente rilevabili: 2 non modificabili (sesso ed età) e 4 modificabili (diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa e colesterolemia). Risulta anche essere un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, allo scopo di promuovere cambiamenti di abitudini di vita scorrette.

Nell'**ULSS 18**, l'8,8% degli intervistati riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio da parte del proprio Medico ed il 97,0% degli intervistati presenta almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

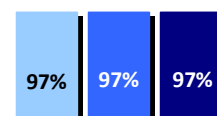
I dati PASSI a livello di **Pool ASL nazionale** rilevano che la carta del rischio è ancora poco utilizzata: poco più del 5% degli intervistati ha riportato la misurazione del rischio cardiovascolare mediante carta o punteggio individuale, con valori mediamente più alti nelle Regioni del Sud Italia. Risulta che il 97% degli intervistati presenta almeno 1 fattore di rischio.

Carta del rischio cardiovascolare



Calcolo del punteggio

■ ULSS 18 ■ Veneto ■ Italia



Almeno 1 fattore di rischio CV

La diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni

Nell'**ULSS 18**, così come a livello nazionale, si stima che circa 4 persone su 10 presentino almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto (**Grafico 1**).

PASSI rileva, inoltre, che su 10 intervistati, 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia e 9 dichiarano di consumare meno delle 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, sia nell'**ULSS 18** che nel **Pool ASL**, 2 nell'**ULSS 18** e 3 nel **Pool ASL** sono fumatori, 2 nell'**ULSS 18** e 3 nel **Pool ASL** sono sedentari, 5 nell'**ULSS 18** e 4 nel **Pool ASL** risultano in eccesso ponderale (IMC \geq 25) (**Grafico 2**).

Grafico 1 - Distribuzione percentuale dei profili di rischio multifattoriali: confronto ULSS 18 e Italia

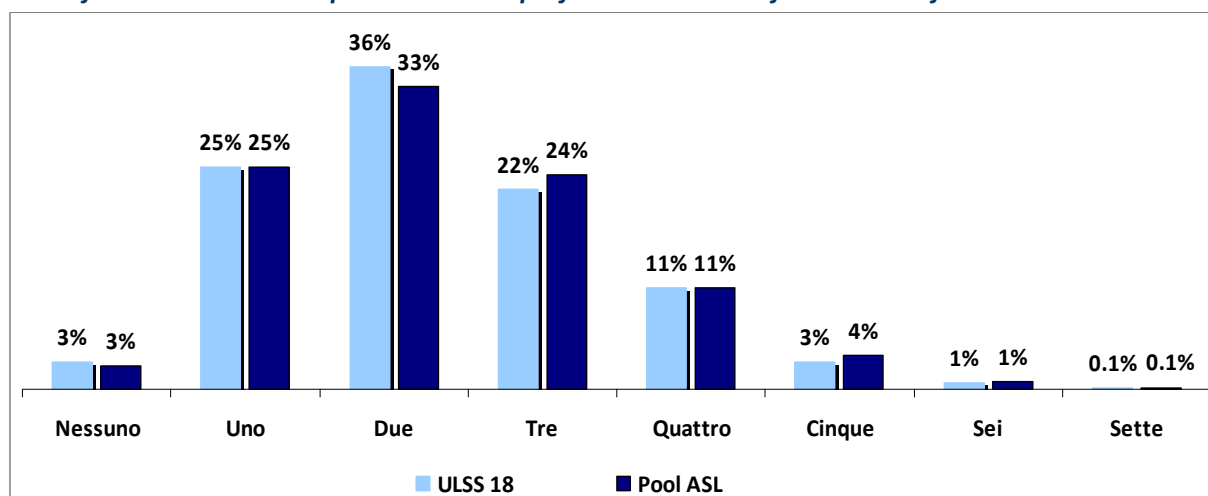
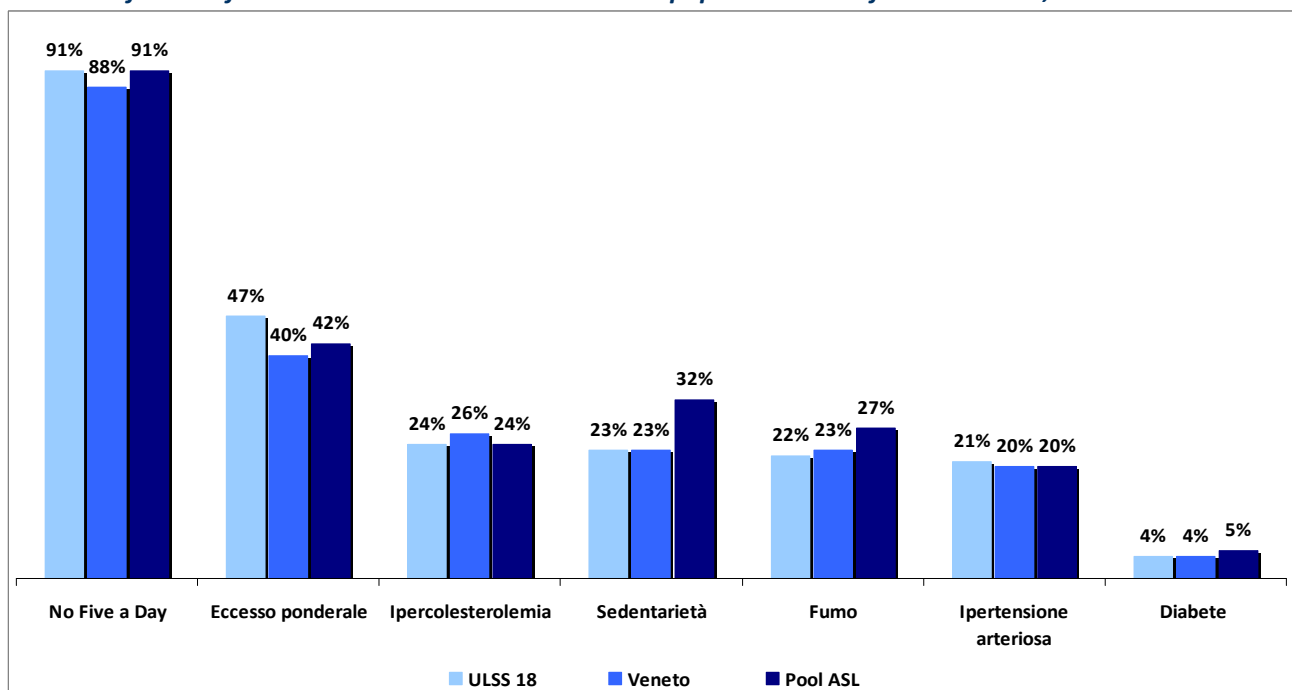


Grafico 2 - I fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Caratteristiche socio-demografiche del campione degli intervistati dell'ULSS 18

La numerosità del campione nel quadriennio 2012-2015 è di 1.103 intervistati di età tra i 18 e 69 anni.

- ☞ Il 49,9% del campione è composto di uomini ed il 50,1% di donne; il 23,8% ha tra i 18 e i 34 anni, il 33,5% tra 35 e 49 anni ed il 42,6% tra i 50 e i 69.
- ☞ Il 95,8% degli intervistati è di cittadinanza italiana e il 4,2% straniera: PASSI può dare informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo in Italia, perché il protocollo prevede la sostituzione di chi non è in grado di sostenere l'intervista in italiano.
- ☞ Il 4,9% degli intervistati non possiede titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32,5% ha la licenza media inferiore, il 49,2% la licenza di scuola media ed il 13,4% la laurea/diploma universitario.
- ☞ Ha un lavoro regolare (continuativo e non) il 70,9% degli intervistati tra i 18 e i 65 anni (76,4% uomini e 65,4% donne; 59,7% 18-34 aa, 89,3% 35-49 aa e 60,2% 50-65 aa).
- ☞ Il 13,1% dichiara di avere molte difficoltà ad arrivare a fine mese, il 45,2% di avere qualche difficoltà ed il 41,8 di non avere alcuna difficoltà economica.
- ☞ Il 57,7% è coniugato, il 32,3% celibe/nubile, il 3,6% vedovo ed il 6,5% separato/divorziato.
- ☞ Vive solo il 10,1% degli intervistati, il 6,8% tra i 18 e 34, il 10,8% tra i 35 3 49 e l'11,5% tra i 50 e 69 anni, il 10,5% sono uomini e il 9,7% donne.