



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

STATO DI SALUTE E STILI DI VITA NEGLI ADULTI TRA I 18 E I 69 ANNI

Azienda ULSS 5 Polesana Anni 2022 - 2023



La redazione del documento è stata curata da:

Paolo Portesan – UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica ULSS 5 Polesana
Coordinatore Aziendale dello Studio di Sorveglianza PASSI

Marinella Cattozzo – UOSD Epidemiologia ULSS 5 Polesana
Intervistatore

Leopoldo Fontana – UOSD Epidemiologia ULSS 5 Polesana
Intervistatore

Si ringraziano per il prezioso e fondamentale contributo gli operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione che negli anni si sono avvicinati nell'effettuare le interviste.

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate che si sono dimostrate disponibili e hanno dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

Si ringraziano, inoltre per la collaborazione e per il supporto:

i Medici di Medicina Generale ULSS 5

il Dr Mauro Ramigni – Coordinatore Regionale dello Studio di Sorveglianza PASSI

il Gruppo Tecnico Nazionale e Regionale dello Studio di sorveglianza PASSI

INDICE

	Pagina
PREFAZIONE	04
SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI: obiettivi e metodi	05
CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE	07
ATTIVITÀ FISICA	09
MOBILITÀ ATTIVA	11
STATO PONDERALE E ABITUDINI ALIMENTARI	13
ABITUDINE AL FUMO	17
CONSUMO DI ALCOL	20
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	22
SICUREZZA STRADALE	25
SICUREZZA DOMESTICA	26
SCREENING CERVICALE	27
SCREENING MAMMOGRAFICO	28
SCREENING COLORETTALE	29
VACCINAZIONE PER L'INFLUENZA STAGIONALE	30
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	31
DEPRESSIONE	33
BIBLIOGRAFIA	35

PREFAZIONE

Le patologie cronic-degenerative quali malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, sono per definizione malattie non trasmissibili (MCNT) caratterizzate da un decorso prolungato che spesso culmina in esiti invalidanti, restando le principali cause di morte a livello mondiale. L'invecchiamento progressivo della popolazione ha costituito il fattore indispensabile per evidenziare queste malattie che hanno acquisito un particolare rilievo non solo dal punto di vista sanitario ma anche economico e sociale, rappresentando il problema più rilevante per la Sanità Pubblica.

È noto che gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili, infatti tra i principali fattori di rischio comportamentali troviamo errate abitudini alimentari, consumo di tabacco, un'insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol. Risulta fondamentale investire nella prevenzione sanitaria e nella promozione della salute per migliorare la qualità della vita e il benessere degli individui e della comunità.

In questo contesto è essenziale monitorare periodicamente i comportamenti e gli stili di vita delle persone, l'adesione alle offerte di prevenzione, ecc. Per queste ragioni è stato creato il sistema di sorveglianza nazionale PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), con il quale, grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni. È uno strumento concepito per fornire informazioni utili per la costruzione dei Profili di Salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello aziendale e regionale nell'ottica delle strategie previste dal Piano Nazionale della Prevenzione e dal Piano Nazionale Cronicità.

Prerogativa della sorveglianza PASSI è la possibilità di monitorare i cambiamenti nel tempo e verificare le performance raggiunte dagli interventi di prevenzione adottati, in modo da consentire una valutazione e un ri-orientamento delle politiche di Sanità Pubblica a livello locale.

Il sistema di sorveglianza PASSI, attivo nella nostra Azienda dal 2008, ha reso inoltre possibile l'ascolto e il dialogo con il cittadino, rafforzandone il legame con servizio sanitario.

Un ringraziamento caloroso a tutti i cittadini che ci hanno generosamente dedicato tempo e agli intervistatori che con impegno e competenza hanno assicurato la buona riuscita di questa fondamentale attività.

Il Direttore Generale
Dott. Pietro Girardi

SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI: obiettivi e metodi

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (Ccm) del Ministero della Salute, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e Province Autonome italiane.

Avviato nel 2007 in forma sperimentale ed entrato a regime nel 2008, PASSI nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è un requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate, per monitorare e valutare l'efficacia degli interventi attuati.

OBIETTIVI

Il sistema di sorveglianza PASSI si caratterizza per un monitoraggio, in continuo, sullo stato di salute e sul benessere psico-sociale della popolazione adulta residente in Italia.

Obiettivo principale è raccogliere informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali associati all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili (attività fisica, alimentazione, fumo, alcool), sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione (screening oncologici, campagne vaccinali negli adulti), l'adozione di misure di sicurezza per la prevenzione degli incidenti stradali o in ambienti di vita e di lavoro.

I dati raccolti sono utili per pianificare, monitorare e valutare l'efficacia di misure e interventi di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e di promozione alla salute.

METODI

Disegno di studio

PASSI è uno studio osservazionale di popolazione, di tipo trasversale, basato su indagini campionarie continue su campioni rappresentativi per genere ed età della popolazione generale e non prevede il follow-up dei cittadini che entrano a far parte della sorveglianza.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita da persone di età compresa fra i 18 e i 69 anni iscritte all'Anagrafe Sanitaria dell'Azienda ULSS 5 Polesana della Regione Veneto.

Criteri di inclusione nella sorveglianza sono la residenza nel territorio di competenza dell'ULSS e la disponibilità di un recapito telefonico.

Criteri di esclusione: il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione al momento dell'indagine, la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità a sostenere un'intervista per gravi disabilità.

Il campionamento è casuale, proporzionato e stratificato per sesso e classi d'età (18-34 anni, 35-49 anni, 50-69 anni). Il protocollo dello studio prevede che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate sia di 25 unità.

La partecipazione è libera e volontaria.

Modalità e strumenti per la raccolta dati

I dati sono raccolti da operatori socio-sanitari dell'ULSS 5 Polesana, opportunamente formati, attraverso interviste telefoniche della durata di circa 15-20 minuti, utilizzando un questionario standardizzato e validato a livello nazionale. Le interviste condotte sono inserite in una piattaforma digitale e alimentano il database nazionale.

Periodo di rilevazione

Da gennaio 2022 a dicembre 2023.

Analisi e diffusione dei dati

I dati raccolti vengono analizzati e diffusi dal Gruppo Tecnico Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità. I risultati sono espressi in percentuale tranne dove diversamente specificato.

È possibile consultare i risultati in forma aggregata sul sito di Epicentro nelle pagine dedicate a PASSI (<https://www.epicentro.iss.it/passi/>).

Impatto della pandemia di COVID-19 sulla lettura dei dati

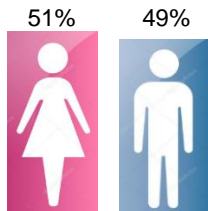
La pandemia di COVID-19 non è priva di conseguenze sui fenomeni indagati dalla sorveglianza PASSI. Per questa ragione si è scelto di fornire un aggiornamento al biennio 2022-2023 e non di quadriennio, come invece è stato fatto in passato. In questo modo, per ogni indicatore di ciascuna tematica si disporrà di analisi relative al "periodo pre-pandemico", depurate da impatto pandemia (la più recente disponibile resterà riferita al quadriennio 2016-2019), di una prima fotografia riferita alla "fase pandemica" 2020-21, più impattante su molti aspetti della vita dei cittadini e di una seconda fotografia riferita a una fase che si potrebbe definire di "pandemia conclusa", biennio 2022-2023, con un avvenuto ritorno alla normalità del Paese.

Etica e privacy

Una lettera informativa sull'indagine e sul trattamento dei dati personali viene inviata a tutte le persone che fanno parte del campione da intervistare. Le informazioni sono trasmesse alle Regioni e al Centro Operativo Nazionale in forma anonima eliminando tutti gli identificativi della persona (cognome e nome, residenza, ...) nel rispetto della normativa vigente sulla tutela della privacy.

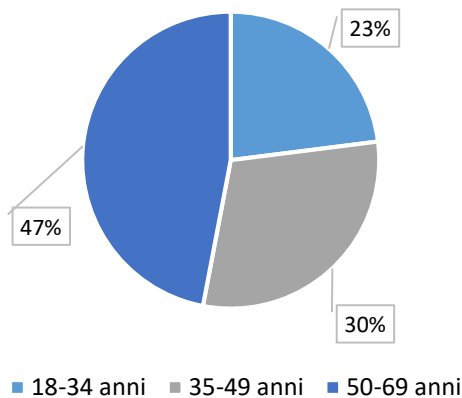
CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE

Nell'Azienda ULSS 5 Polesana il campione di popolazione intervistato da gennaio 2022 a dicembre 2023 è di 401 persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni (anno 2022: 126 interviste – anno 2023: 275 interviste). Questa sezione è dedicata alla descrizione delle caratteristiche socio-demografiche del campione, senza considerare esiti di salute.

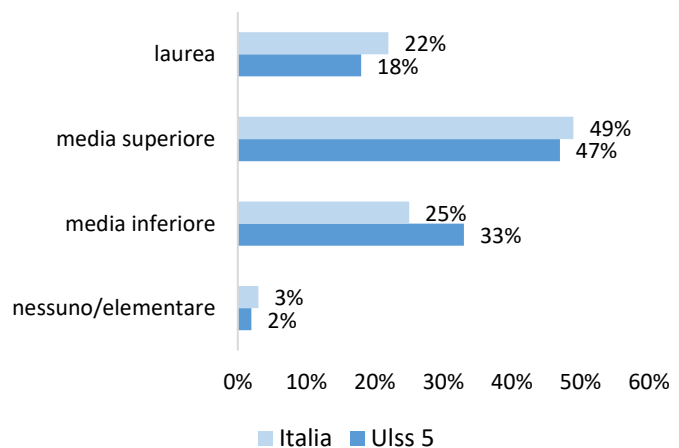


Il campione è rappresentato per il 51% da donne. Il 96% degli intervistati ha cittadinanza italiana. Il 58% del campione è coniugato e il 34% è celibe/nubile. L'11% vive da solo. I dati sono sovrapponibili ai valori nazionali.

Distribuzione per classi d'età. ULSS 5 Polesana



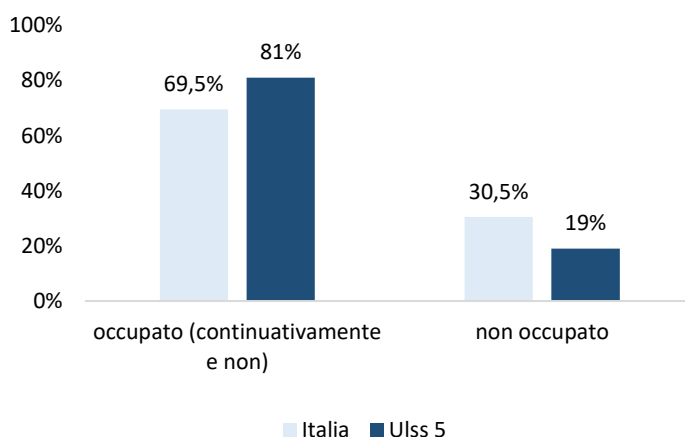
Titolo di studio. Confronto Italia - ULSS 5



Nell'ULSS 5 la composizione per età del campione mostra una maggiore prevalenza di persone con meno di 50 anni (53%), percentuale inferiore al valore nazionale che si attesta al 56%.

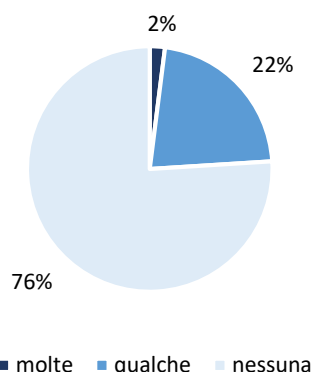
Nell'ULSS 5 il sesso non influisce sul livello di istruzione. La bassa scolarità (nessuno/elementare/media inferiore) è più frequente tra le generazioni più anziane (fascia d'età 50-69 anni).

Situazione lavorativa 18-65enni. Confronto Italia - ULSS 5



Nell'ULSS 5 il 74% del campione intervistato ha un contratto da dipendente e il 25% è un lavoratore autonomo. Ad avere un lavoro dipendente sono soprattutto le donne (83%) e le persone nella fascia d'età 18-34 anni (83%). I dati sullo stato lavorativo mostrano differenze di genere e di età; infatti risultano essere occupati l'83% degli uomini vs il 73% delle donne e la fascia d'età in cui l'occupazione è maggiore si riferisce a quella compresa tra i 35 e i 49 anni (89%). Il 5% è in cerca di un'occupazione e il 17% è completamente inattivo.

**Difficoltà economiche.
ULSS 5 Polesana**



I dati mostrano differenze per età e genere: il 79% delle persone tra i 50 e i 69 anni non ha difficoltà economiche, e il 20% degli uomini dichiara di avere qualche difficoltà economica vs il 25% delle donne. Nell'ULSS 5 le condizioni economiche risultano migliori rispetto al dato nazionale. Solo il 2% dei residenti in Polesine dichiara di avere molte difficoltà economiche, rispetto al 4% nel Veneto e al 7% nel resto del Paese.

Determinanti di salute socio-anagrafici. Confronto Italia – Veneto – ULSS 5

	Italia	Veneto	ULSS 5
Basso livello di istruzione	29%	30%	35%
Molte difficoltà economiche	7%	4%	2%
Cittadinanza straniera	5%	8%	4%
Vive solo	11%	11%	11%
Coniugato	55%	54%	59%
Occupato lavorativamente	69.5%	77%	81%



In Europa si va sempre più affermando il concetto di salute come chiave per lo sviluppo umano, sociale ed economico di un paese. Questo implica un nuovo approccio alle politiche per la salute. Obiettivi fondamentali sono la promozione alla salute e rafforzare la governance per la salute operando con una strategia intersettoriale e coinvolgendo in maniera sinergica i vari elementi della società. Questi obiettivi possono essere raggiunti attraverso lo studio dei determinanti della salute, ciò consente di analizzare, e possibilmente modificare, i fattori che, in varia misura, influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie. I determinanti della salute sono quindi i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di una popolazione. Possono essere raggruppati in varie categorie:

- comportamenti personali e stili di vita;
- fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio;
- condizioni di vita e di lavoro;
- accesso ai servizi sanitari;
- condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali;
- fattori genetici.

Le caratteristiche biologiche di un individuo (sesso, età, patrimonio genetico) costituiscono i determinanti non modificabili della salute. I determinanti modificabili (stili di vita, ambiente di vita e lavoro, contesto sociale-economico-culturale) invece sono suscettibili di essere corretti e trasformati; interagiscono nell'impostare, mantenere e alterare le condizioni di salute nel corso della vita.

ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come «qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico».

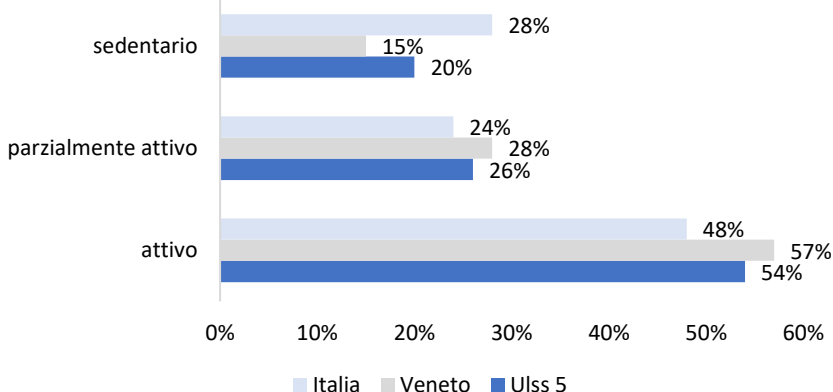
Attualmente l'OMS raccomanda ad adulti ed ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità.

In PASSI le informazioni sull'intensità e il tempo dedicato all'attività fisica, nel tempo libero e durante l'attività lavorativa, consentono di stimare i livelli complessivi di attività fisica delle persone adulte e classificarle secondo le indicazioni internazionali in vigore come:

- ✓ **“attive”**. Persone che praticano settimanalmente almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività fisica intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità. Sono considerati fisicamente attivi anche coloro che svolgono un lavoro regolare (ovvero continuativo nel tempo) che richiede un notevole sforzo fisico (come il muratore, l'agricoltore, ecc), indipendentemente dalla quantità di attività fisica svolta nel tempo libero.
- ✓ **“parzialmente attive”**. Persone che svolgono attività fisica moderata o intensa nel tempo libero senza raggiungere i livelli settimanali raccomandati dall'OMS, oppure non fanno alcuna attività fisica nel tempo libero ma svolgono un lavoro regolare (continuativo) che richiede un moderato sforzo fisico (come operaio in fabbrica, cameriere, addetto alle pulizie, ecc).
- ✓ **“sedentari”**. Persone che non praticano attività fisica nel tempo libero e non lavorano, oppure svolgono un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è regolare e continuativo nel tempo.

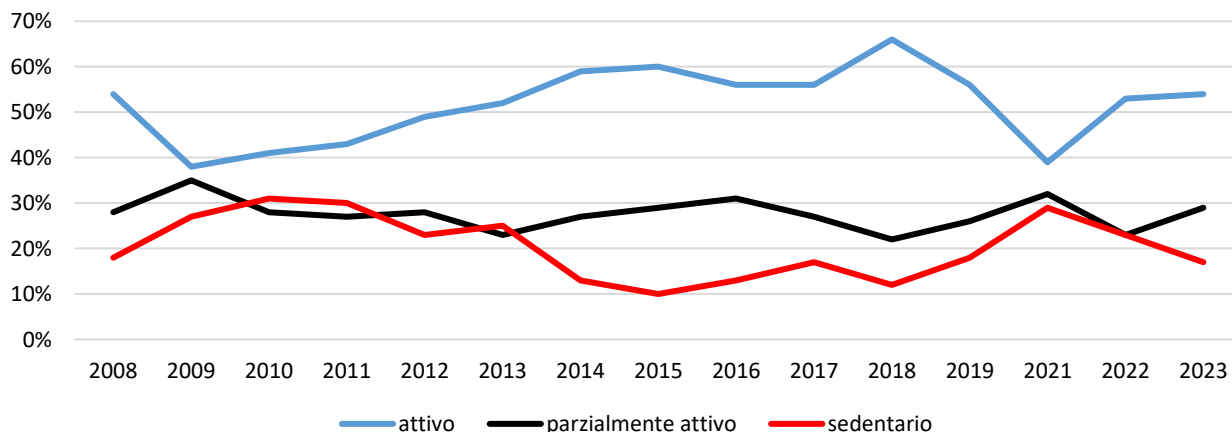
L'intervallo temporale di riferimento è un comportamento abituale nell'ambito del lavoro svolto attualmente e l'attività fisica, svolta nel tempo libero, nei 30 giorni precedenti l'intervista.

Livello di attività fisica. Confronto Italia-Veneto- Ulss 5



Il 20% delle persone dell'ULSS 5 ha dichiarato di avere uno stile di vita sedentario. La sedentarietà è più frequente nelle persone con un'età compresa tra 50 e 69 anni, con un basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche. Non vi sono significative differenze tra uomini e donne. Il 23% delle persone in eccesso ponderale risulta sedentario.

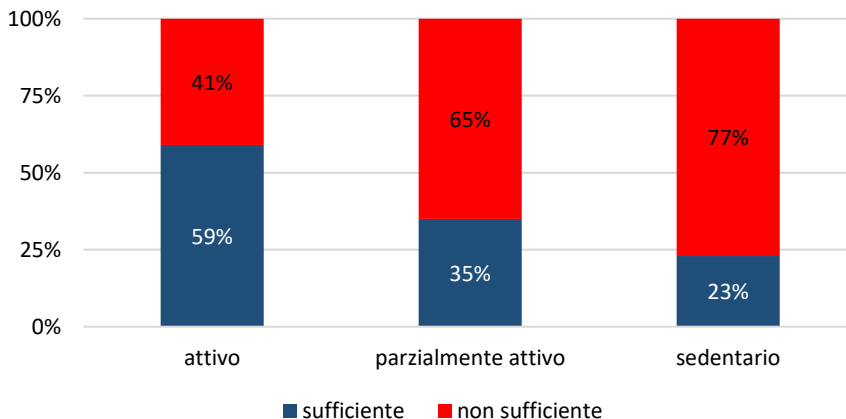
Attività Fisica - ULSS 5 Polesana - Confronto anni 2008-2023 (valore %)



L'andamento temporale mostra una diminuzione della sedentarietà fino al 2020, anno in cui si registra una crescita raggiungendo i livelli del 2010-2011, presumibilmente supportata dalle misure di contenimento adottate per il contrasto della pandemia, che però è seguita da una significativa riduzione dal 2021 ai livelli pre-pandemici.

Autopercezione del livello di attività fisica – ULSS 5 Polesana

Nell'ULSS 5 il 41% delle persone attive ritiene che non sia sufficiente il livello di attività fisica svolta, percentuale superiore al dato nazionale che si attesta al 31%.
 Il 23% dei sedentari ritiene che il proprio livello di attività fisica sia sufficiente, valore in linea con il dato nazionale.



Bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti delle persone in eccesso ponderale o con patologie croniche.

Nell'ULSS 5 su 10 intervistati 4 riferiscono di aver ricevuto il consiglio, da un medico o un operatore sanitario, di fare regolare attività fisica, valore che si attesta al 43% fra le persone in eccesso ponderale e che raggiunge il 49% fra le persone con almeno una patologia cronica.

MOBILITÀ ATTIVA

In PASSI per mobilità attiva si intende la scelta di andare in bicicletta o a piedi per recarsi al lavoro o a scuola o nei propri spostamenti abituali, in alternativa all'uso di veicoli a motore.

Oltre che vantaggiosa per l'ambiente, la mobilità attiva offre la possibilità di raggiungere i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS (almeno 150 minuti complessivi settimanali).

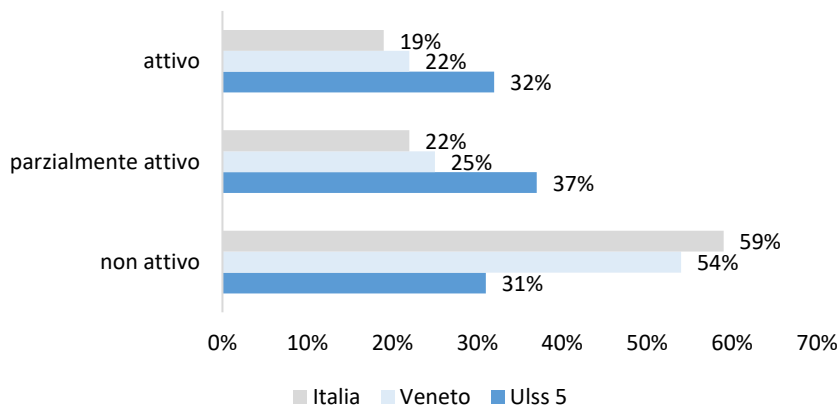
In PASSI si definiscono:

- ✓ **“fisicamente attive per la pratica di mobilità attiva”** le persone che usano la bicicletta o vanno a piedi per gli spostamenti abituali per almeno 150 minuti a settimana.
- ✓ **“parzialmente attive per la pratica di mobilità attiva”** le persone che dichiarano di spostarsi abitualmente in bicicletta o a piedi senza raggiungere però i 150 minuti a settimana.
- ✓ **“non attive per mobilità attiva praticata”** le persone che non praticano mobilità attiva.

L'intervallo temporale di riferimento è un comportamento abituale svolto nei 30 giorni precedenti l'intervista escludendo l'attività sportivo-ricreativa.

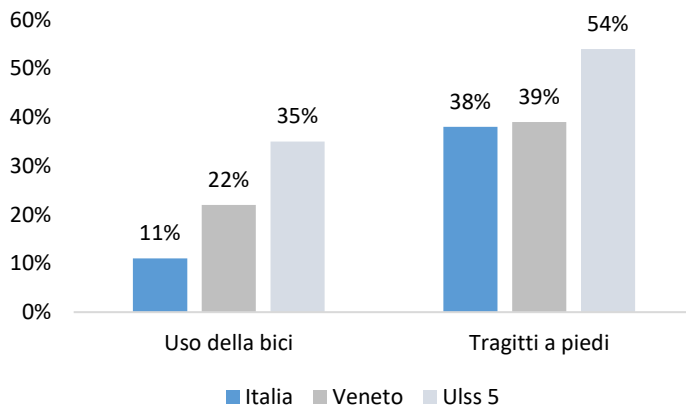


**Categorie di mobilità attiva.
Confronto Italia-Veneto- ULSS 5**



Nell'ULSS 5 il 32% degli intervistati risulta fisicamente attivo con la mobilità attiva praticata perché raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS. Ad essere fisicamente attivi sono soprattutto le persone tra i 50 e 69 anni d'età (36%). Le donne non attive risultano essere il 34% contro il sesso maschile che si attesta al 28%.

**Mobilità attiva.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



Nell'ULSS 5 il 69% delle persone tra i 18 e i 69 anni svolge una mobilità attiva, dato maggiore rispetto al valore nazionale (41%) e regionale (48%).

In particolare il 54% degli intervistati ha dichiarato di aver percorso, nel mese precedente, tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali.

Dai dati emerge che chi si muove in bicicletta lo fa per quasi 4 giorni alla settimana per un totale settimanale di 109 minuti. Chi si muove a piedi lo fa mediamente per quasi 4 giorni alla settimana per un totale settimanale di 137 minuti.



In Italia il contrasto alla sedentarietà e l'importanza di uno stile di vita attivo si ritrova fin dal 2003 nei Piani Sanitari Nazionali (PSN) e di Prevenzione (PNP). Non esiste una soglia sotto la quale il movimento non produca effetti positivi sulla salute, risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore rispetto a quello considerato sufficiente dalle linee guida.

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute e aumenta il benessere psicologico, in particolare riduce significativamente il rischio di: ipertensione, malattie cardiovascolari (malattie coronariche e ictus cerebrale), diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, obesità e alcuni tipi di neoplasie (seno e colon). Inoltre, l'attività fisica regolare riduce lo stress, l'ansia e la solitudine, migliora la qualità del sonno, mantiene l'autonomia funzionale e della cura di sé (capacità di badare a sé stessi).

Si stima che aumentando i livelli di attività fisica praticata dalla popolazione si otterrebbe un risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale di oltre 2,3 miliardi di euro per prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, trattamenti ospedalieri e terapie farmacologiche evitate.

Camminare è il modo più facile, più realizzabile e il più popolare per raggiungere la quantità richiesta di attività fisica necessaria per mantenersi in un buono stato di salute, e rappresenta il modo più semplice ed economico per contrastare le malattie comunemente causate da stili di vita non corretti. Sebbene la mobilità attiva possa incrementare l'esposizione ad agenti inquinanti o al rischio di infortuni, i benefici eccedono i rischi in un rapporto di quasi nove a uno. Sia a livello globale che dei singoli Paesi si investe in promozione della mobilità attiva e sostenibile. Le politiche mirano non solo al raggiungimento di uno stato di salute pubblica migliore ma anche a rendere i contesti di vita più salubri e sostenibili, ad esempio attraverso una riduzione delle emissioni e quindi dei tassi di inquinamento.

La Regione Veneto incentiva e sostiene uno stile di vita sano nella popolazione attraverso la promozione dell'attività motoria in tutte le fasce d'età e in tutti i contesti di vita, grazie al coinvolgimento di diversi settori, quali sanità, sport, cultura, istruzione, trasporti, pianificazione urbanistica, ecc. In quest'ottica si colloca la creazione della "Rete Regionale Comuni attivi", un progetto che coinvolge le Aziende ULSS e le Amministrazioni Locali in programmi di promozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione sociale.

Per sensibilizzare i medici del Sistema Sanitario Regionale a prescrivere esercizio fisico al cittadino con patologie croniche non trasmissibili stabilizzate, la Regione Veneto, tra le varie attività, ha istituito le "Palestre della Salute", strutture pubbliche o private che, in possesso di specifici requisiti, sono idonee ad accogliere persone con fragilità per fare attività fisica in sicurezza.

Il "Progetto Integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta e anziana" nasce grazie ad una alleanza tra l'Azienda ULSS 5, la UISP di Rovigo e i Comuni della provincia di Rovigo. Le attività del progetto hanno lo scopo di favorire la nascita di nuovi stili di vita dinamici in età adulta, quando tende ad aumentare il livello di sedentarietà, e contrastare il progressivo decadimento funzionale degli anziani. Nel nostro territorio sono attivi numerosi corsi di ginnastica dolce, gruppi cammino, attività fisica adattata, fit & walk.

STATO PONDERALE E ABITUDINI ALIMENTARI

L'eccesso ponderale è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria.

Nelle sorveglianze epidemiologiche il metodo comunemente usato per classificare la popolazione in base al peso si fonda sul calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC) definito da:
peso (in Kg) / altezza (in metri) elevata al quadrato.

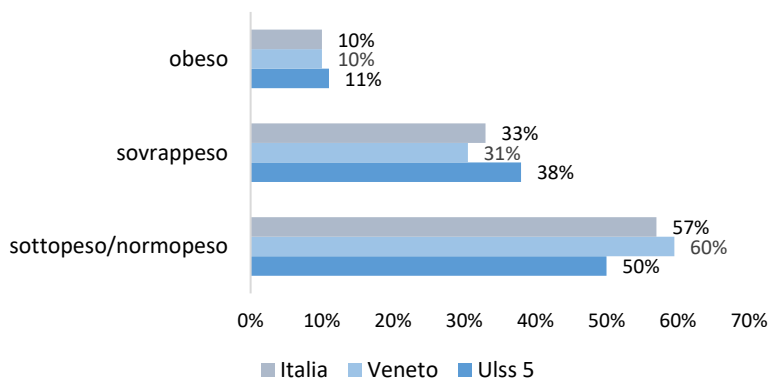


Per calcolare l'indice di massa corporea nella sorveglianza di popolazione si utilizzano i dati di peso e altezza riferiti, e si distinguono le seguenti classi di peso:

- ✓ **“persona sottopeso”**. Persona con IMC inferiore a 18.5 Kg/m²
- ✓ **“persona normopeso”**. Persona con IMC compreso tra 18.5 e 24.9 Kg/m²
- ✓ **“persona sovrappeso”**. Persona con un IMC compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m²
- ✓ **“persona obesa”**. Persona con un IMC maggiore o uguale a 30.0 kg/m²

La prevalenza dell'obesità basata su dati riferiti è sottostimata rispetto a quella calcolata su dati misurati, ma è valida per valutare i trend temporali e le differenze territoriali, bisogna tener conto che gli uomini tendono a riferire un'altezza maggiore di quella misurata e le donne un peso inferiore a quello vero.

Situazione ponderale. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5

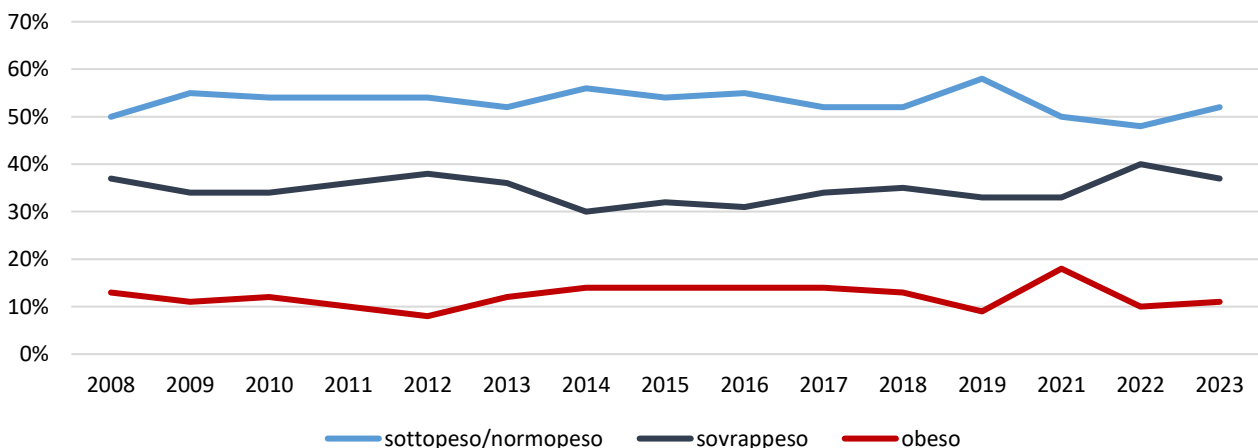


Nell'ULSS 5, essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, nelle persone con un basso livello di istruzione. Il 29% degli intervistati che risultano essere in sovrappeso/obeso dichiara di essere iperteso.

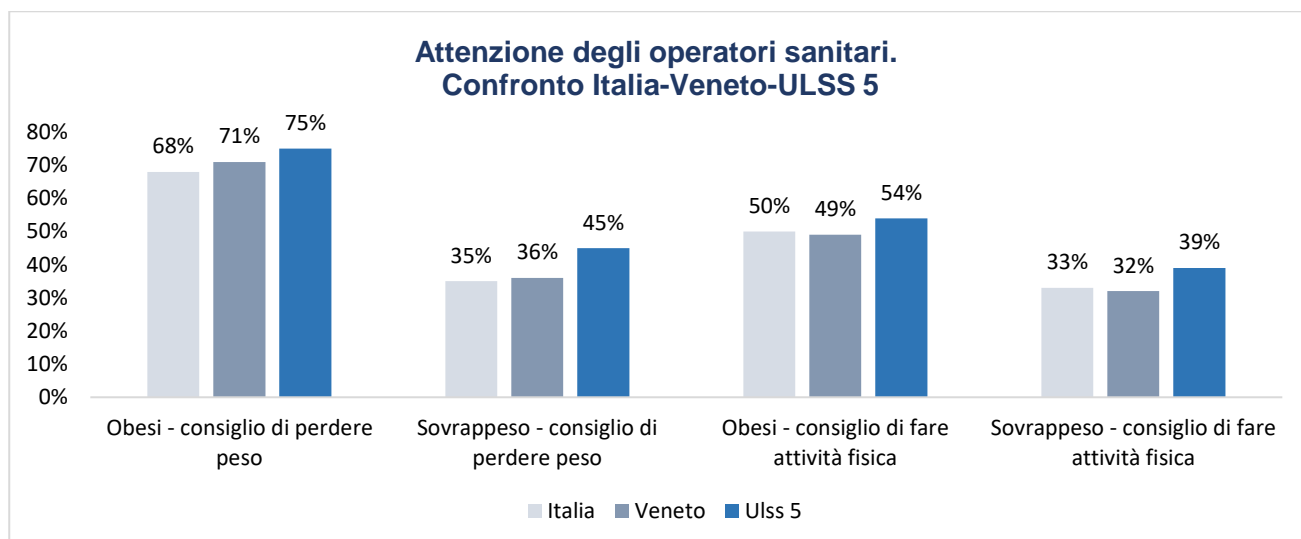
Una persona su quattro segue una dieta. Caratteristica più frequente nelle donne rispetto agli uomini (35% vs 18%).

Non segue una dieta il 79% delle persone che risultano in sovrappeso e il 59% delle persone che risultano obese.

Situazione ponderale - ULSS 5 Polesana Confronto anni 2008-2023 (valore %)



L'analisi temporale mostra un significativo aumento delle persone obese nel periodo della pandemia da COVID-19, oscillazione che risulta rientrata nel 2022 ai livelli pre-pandemici.



L'attenzione degli operatori sanitari è essenzialmente rivolta alle persone obese, mentre minore è la percentuale di persone in sovrappeso che ricevono consigli.

Gli operatori dell'ULSS 5 prestano una maggiore attenzione al problema rispetto al resto d'Italia, e questo è un aspetto molto importante perché quando il consiglio arriva da parte di un operatore sanitario incoraggia chi lo riceve a metterlo in pratica. Infatti la percentuale di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è significativamente maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (38% vs 13%).

FRUTTA e VERDURA sono alimenti privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre; hanno un ruolo protettivo nella prevenzione delle malattie croniche che sono associate principalmente all'età adulta, quali ad esempio patologie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie. L'OMS raccomanda un consumo giornaliero di 400 grammi di frutta e verdura, corrispondente a circa cinque porzioni (five-a-day). In PASSI il consumo giornaliero di frutta e verdura è misurato con il numero di porzioni di frutta e/o verdura che una persona dichiara di consumare abitualmente al giorno. Per porzione si intende il quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA – ULSS 5 Polesana



nessuna porzione

1%



1-2 porzioni al giorno

55%



3-4 porzioni al giorno

42%



5 porzioni al giorno

2%

Nel Veneto il 51% delle persone consuma non più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, percentuale in linea con il dato nazionale (52%) mentre nell'ULSS 5 il valore si attesta al 55%. Solamente il 2% dei polesani consuma la quantità raccomandata dalle linee guida ovvero 5 porzioni al giorno (Italia 7% - Veneto 9%). Se l'adesione al "five-a-day" resta un'abitudine di pochi, quasi la metà della popolazione (44%) consuma almeno 3 porzioni di frutta o verdura. Una piccola quota di persone (1%) dichiara di non mangiare né frutta né verdura.



L'abitudine di consumare almeno 5 porzioni di frutta o verdura è più frequente nei cittadini italiani e nelle persone senza difficoltà economiche. Sono maggiormente persone con un livello di istruzione superiore. Non vi sono invece significative differenze tra uomini e donne, e per classi d'età. Le persone obese non aderiscono al five-a-day, e solo il 2% delle persone in sovrappeso consuma la quantità raccomandata.

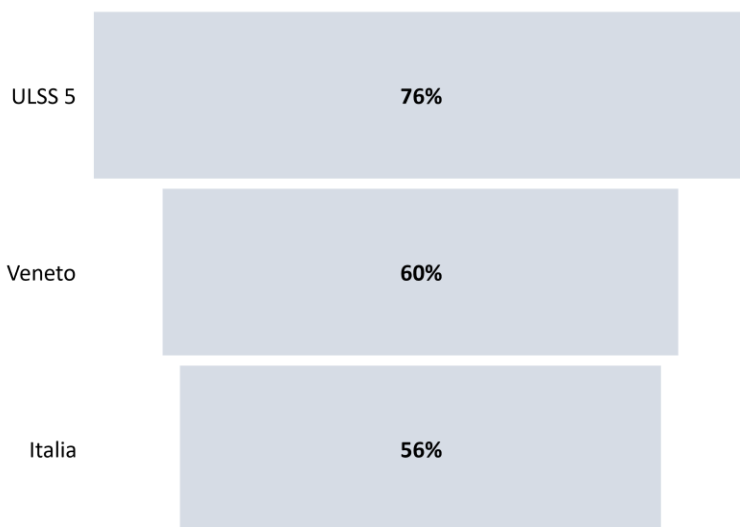
Tra i principali determinanti nutrizionali, sono annoverati l'eccessivo consumo di **SODIO** e l'insufficiente assunzione di iodio. Assumere quantità elevate di sale attraverso la dieta aumenta infatti i rischi cardiovascolari correlati all'ipertensione arteriosa, ma anche ad altre malattie cronic-degenerative, come i tumori dell'apparato digerente (in particolare quelli dello stomaco), l'osteoporosi e le malattie renali.



L'OMS raccomanda un consumo giornaliero di sale non superiore ai 5 grammi (pari a un cucchiaino) corrispondenti a circa 2 grammi di sodio.

Di contro, l'assunzione di sale arricchito di iodio, sempre nei limiti raccomandati dall'OMS, è fortemente incoraggiata. La carenza di questo nutriente ha un impatto sul funzionamento della ghiandola tiroidea che si traduce in quadri patologici, tra cui l'acutezza mentale e la parola, o le condizioni fisiche. Lo iodio è introdotto nell'organismo esclusivamente con gli alimenti e una dieta seppure equilibrata garantisce solo il 50-60 % del fabbisogno giornaliero.

Attenzione nel consumo di sale. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nell'ULSS 5 quasi 8 persone su 10 (76%) fanno attenzione o cercano di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati. L'analisi temporale mostra un progressivo aumento delle persone che fanno attenzione nel consumo del sale (anno 2015: 65% – anno 2023: 80%).

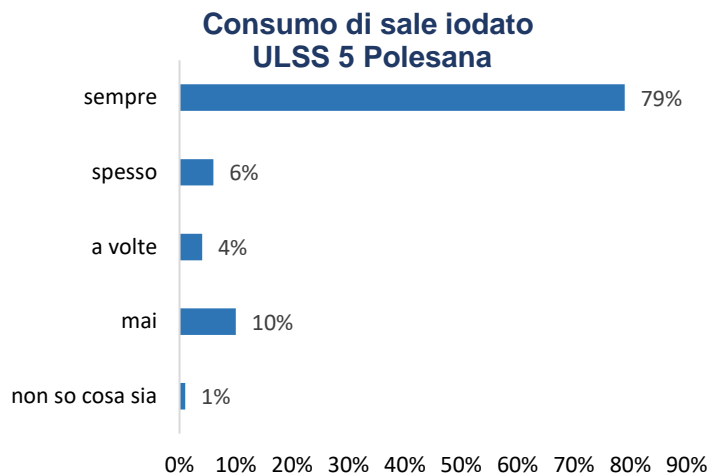
Gli adulti che hanno iniziato a fare attenzione al consumo di sale negli ultimi 12 mesi sono il 7%. Dato sovrapponibile al valore regionale (8%) e nazionale (9%).

L'uso consapevole del sale è più frequente nelle donne (79% vs 73% negli uomini), nelle persone tra i 50-69 anni (78%), fra i residenti con cittadinanza italiana (77% vs 59% fra gli stranieri) e nelle persone con qualche o nessuna difficoltà economica (71% - 78%).

Attenzione degli operatori sanitari. Confronto Italia – Veneto – ULSS 5

	Italia	Veneto	ULSS 5
Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale a:			
popolazione generale	24%	18%	42%
coloro che dichiarano ipertensione o malattia renale	55%	42%	56%

I dati sull'attenzione da parte di un medico/operatore sanitario alla "salute a tavola" mostrano che il consiglio è uno strumento ancora poco utilizzato e in gran parte finalizzato al contenimento della malattia.



I dati relativi al biennio 2022-2023 evidenziano una buona consapevolezza nella popolazione adulta residente in Italia dell'importanza di assumere iodio attraverso il sale iodato.

L'85% degli intervistati dell'ULSS 5 dichiara di consumare abitualmente (sempre/spesso) sale iodato. Questo dato è maggiore rispetto alla percentuale nazionale (60%) e regionale (75%).

Non si osservano differenze di genere, età, cittadinanza.



Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza di numerose patologie croniche e/o aggrava quelle preesistenti (cardiopatie ischemiche, icuts, ipertensione, diabete mellito), ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita. Inoltre sovrappeso e obesità sono tra i principali fattori di rischio oncologico. A livello psicologico, l'obesità può stravolgere completamente la vita di una persona: chi è obeso spesso viene isolato e sottoposto a una vera e propria stigmatizzazione sociale, che rende difficile qualunque tipo di socialità.

Secondo l'OMS l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo e deve essere ormai considerata non solo un fattore di rischio per diverse patologie, ma una malattia cronica progressiva e recidivante.

Alimentazione e attività fisica sono comportamenti fortemente influenzati dalle condizioni sociali, economiche e culturali. Le fasce di popolazione più svantaggiate dal punto di vista socio-economico tendono infatti a consumare più carne, grassi e carboidrati, piuttosto che frutta e verdura, e a curare meno la propria immagine e il benessere fisico.

Gran parte dell'eccesso ponderale è attribuito a un ambiente definito "obesogenico", essenzialmente riferito alla disponibilità di alimenti di scarsa qualità e a basso costo la cui distribuzione commerciale è sostenuta da efficienti sistemi di marketing. Le strategie di comprovata efficacia per contrastare il fenomeno risultano essere quelle riconducibili a interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti individuali.

Presso l'Azienda ULSS 5 Polesana sono attivi ambulatori di Dietetica e Nutrizione Clinica.

ABITUDINE AL FUMO

L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa: 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni.

Oltre al tabacco, una sigaretta contiene più di 4000 sostanze chimiche che si sprigionano per effetto della combustione. Una delle più pericolose è il catrame che contiene sia sostanze cancerogene che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie, sia sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema. La nicotina, inoltre, è un alcaloide che influenza i sistemi cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza.

In PASSI si definisce:

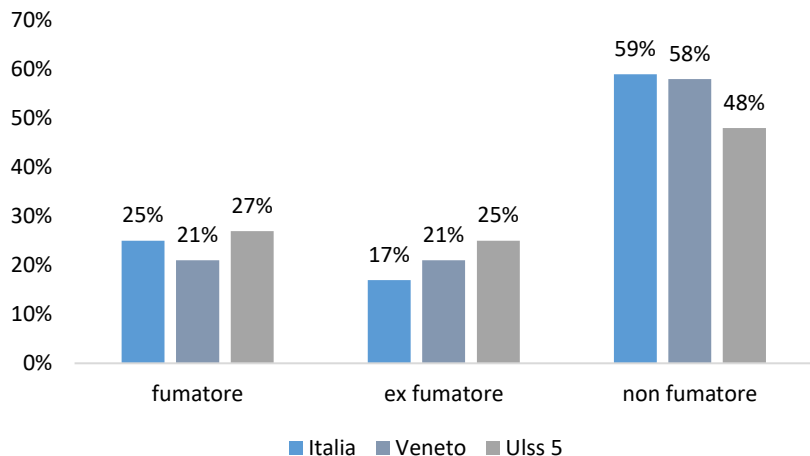
- ✓ **non fumatore** una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore.
- ✓ **fumatore** (definizione OMS) una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.
- ✓ **fumatore occasionale** un fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni.
- ✓ **fumatore quotidiano** una persona che dichiara di fumare almeno una sigaretta ogni giorno.
- ✓ **tentativo di cessazione** riguarda coloro che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare.
- ✓ **ex fumatore** una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di non essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.
- ✓ **fumatore in astensione** una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Nell'ULSS 5 più di un italiano su 4 è fumatore.

Il 24% degli intervistati ha dichiarato di essere un fumatore abituale con consumo quotidiano, valore più alto rispetto al dato nazionale (19%) e regionale (22%); il 2% è un fumatore occasionale e l'1% è in astensione.

Il fumo di sigarette è più frequente fra gli uomini (30% vs 23% di donne), nella fascia d'età 25-34 anni (39%), e disegna un gradiente sociale significativo, coinvolgendo molto più le persone con un livello di istruzione medio-basso e con difficoltà economiche.

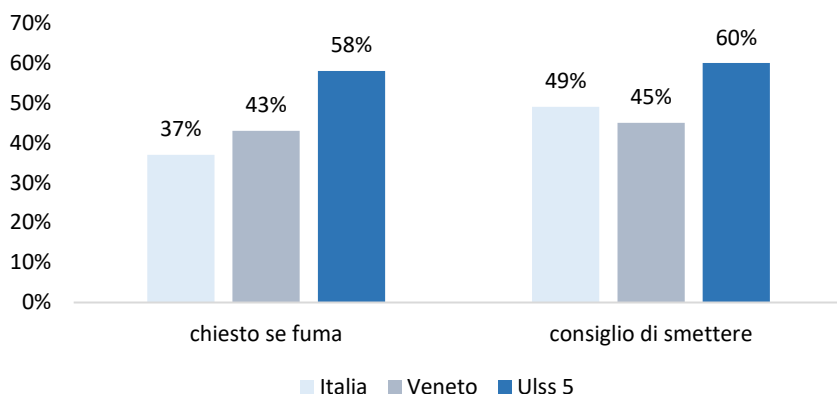
Abitudine al fumo di sigaretta. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nell'ULSS 5 il 53% dei fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare almeno per un giorno nel tentativo di smettere definitivamente nei 12 mesi precedenti l'intervista. Dato superiore alla percentuale nazionale (32%) e regionale (41%). Il 91% ha provato a smettere senza l'ausilio di alcun metodo o supporto e il 4% è riuscito a smettere di fumare (Italia: 11% - Veneto: 7%).

La quota di ex fumatori è maggiore negli uomini rispetto alle donne (30% vs 19%), nelle persone tra i 35-49 anni (31%), e con qualche difficoltà economica (29%).

Attenzione degli operatori. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nella ULSS 5 il 60% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. Il consiglio di smettere è stato dato principalmente a scopo preventivo (32%) e/o per motivi di salute (22%). È importante implementare tali consigli raggiungendo percentuali più elevate.

PASSI ha iniziato a raccogliere informazioni anche sull'uso di altri prodotti da fumo immessi sul mercato: la sigaretta elettronica (dal 2014), il tabacco trinciato (cioè sigarette confezionate a mano con tabacco sciolto, dal 2015) e i dispositivi a tabacco riscaldato (dal 2018).

La sigaretta elettronica è un dispositivo che consente un'esperienza tattile, olfattiva e gustativa che richiama quella della sigaretta e fornisce la nicotina di cui sente il bisogno l'organismo che ha sviluppato dipendenza, dal momento che pochi utilizzano questo dispositivo senza il ricorso all'aggiunta di nicotina liquida. Nelle sigarette elettroniche le sostanze chimiche tossiche e cancerogene presenti non sempre sono in quantità inferiore rispetto alle normali sigarette.

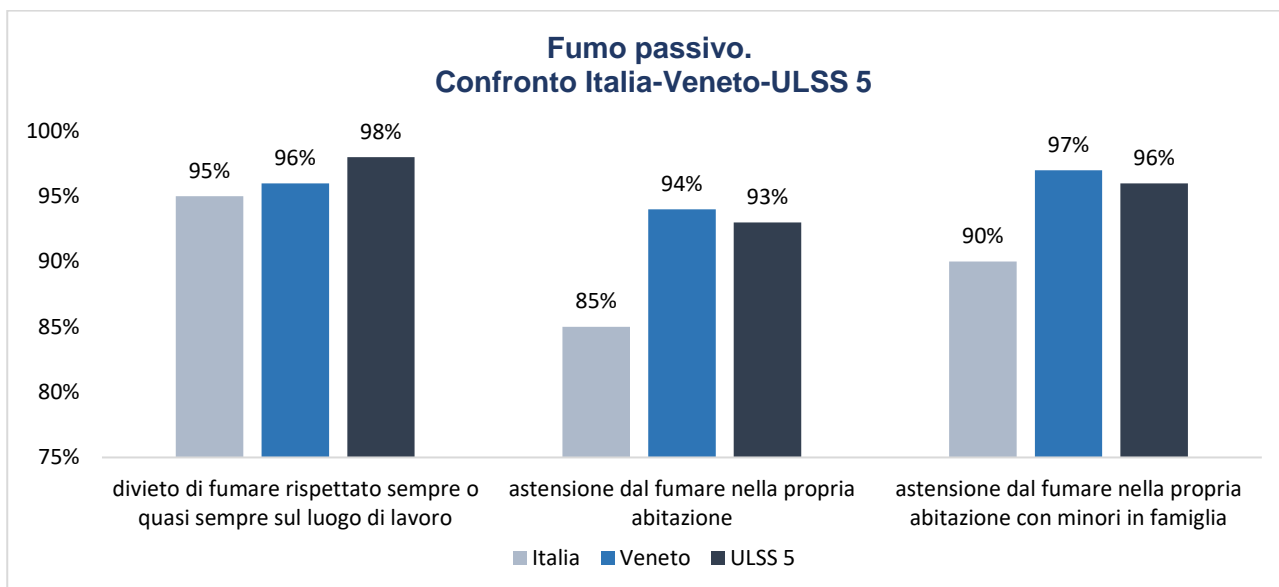
Nei prodotti a tabacco riscaldato sono state trovate 20 sostanze chimiche nocive in quantità maggiori rispetto alla sigaretta tradizionale, e nuove sostanze chimiche potenzialmente tossiche e nocive che non sono contenute nelle normali sigarette.

Il trend che si osserva dal momento in cui PASSI ha iniziato a indagare l'uso dei nuovi dispositivi elettronici immessi sul mercato mostra una riduzione della quota di chi utilizza esclusivamente sigarette tradizionali (dal 24% del 2014 al 20% del 2023) a favore di un aumento di coloro che utilizzano sia sigarette tradizionali che dispositivi elettronici (dall'0,5% del 2014 al 5% del 2023); a cui si aggiunge poi una quota, anche questa in lenta crescita di coloro che utilizzano solo dispositivi elettronici (dallo 0,4% del 2014 al 1,1% del 2023).



Il **FUMO PASSIVO**, ossia l'inalazione involontaria di fumo di tabacco disperso nell'ambiente, che comprende il fumo prodotto sia dalla combustione lenta della sigaretta o di altro prodotto del tabacco da fumo (come sigari, pipe) sia dall'espiazione del fumo dal fumatore, diluito con aria dell'ambiente, è a tutt'oggi una delle esposizioni più importanti e più diffuse nell'ambiente confinato. Le sostanze emesse vengono assorbite anche dagli arredi che le rilasciano lentamente (fenomeno detto "fumo di terza mano"), cosicché l'esposizione al fumo passivo dura per un tempo di gran lunga superiore rispetto a quando sono state esalate; non esiste un livello soglia al di sotto del quale il fumo di tabacco ambientale sia innocuo.

In PASSI il "**rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro**" è misurato dalla percentuale di coloro che lavorano in locali chiusi, che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro. "**Case libere dal fumo**" corrisponde alla percentuale di persone, che dichiarano che nella loro abitazione non è consentito fumare in alcuna stanza.



Nell'ULSS 5 il 95% degli intervistati ha dichiarato che è rispettato sempre il divieto di fumare sul luogo del lavoro; dall'analisi temporale questo dato è in progressivo aumento (anno 2008: 73% - anno 2023: 95%).

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora una realtà non trascurabile: il 7% degli intervistati dichiara che è permesso fumare limitatamente ad alcune stanze o in alcuni orari o situazioni mentre per l'1% si può fumare dappertutto.

Il numero di case "libere da fumo" continua ad aumentare significativamente nel tempo (anno 2008: 84% - anno 2023: 92%), come effetto presumibile di un passaggio culturale che, a partire dalla legge sul divieto nei luoghi pubblici conduce, attraverso una maggiore consapevolezza dei danni del fumo passivo, all'astensione dal fumo negli ambienti di vita privati.



L'abitudine al fumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nel mondo: l'OMS stima che sia responsabile di 8 milioni di decessi l'anno fino al 2030. Il "Center for Disease Control and Prevention" degli USA ha identificato 27 malattie fumo-correlate.

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori (è fortemente associato a quelli del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e ad alcuni tipi di leucemie) e per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); è inoltre uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ictus e infarto). Il fumo ha un impatto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna in quanto riduce la fertilità e deve essere totalmente evitato in fasi della vita quale ad esempio la gravidanza, per i molti effetti nocivi sul feto (rischio di basso peso alla nascita, aborti spontanei). Il fumo produce, infine, danni estetici, come gengive bianche, ingiallimento dei denti, invecchiamento della pelle, aumento dell'irsutismo del volto.

I danni fisici dovuti al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori: età di inizio, numero di sigarette fumate quotidianamente, numero di anni di fumo, inalazione più o meno profonda.

Non fumare rappresenta un'importante scelta per uno stile di vita salutare di tutta la collettività: per chi fuma, smettere permette di migliorare il proprio stile di vita e di recuperare anni in buona salute ma anche di difendere la salute degli altri, evitando di esporli al fumo passivo. Oltre che in termini di salute, smettere di fumare consente anche un importante risparmio economico in quanto libera somme non trascurabili che diventano disponibili per sé stessi e per la propria famiglia.

La strategia nazionale si sviluppa su tre direttive:

- sostegno, monitoraggio e ampliamento della legislazione di controllo del tabagismo, per proteggere la salute dei non fumatori;
- sviluppo di programmi di prevenzione negli ambienti di vita e lavoro e nelle scuole, campagne di informazione e comunicazione multimediali per ridurre la prevalenza di nuovi fumatori, in particolare tra i giovani;
- implementazione di interventi per la cessazione, attraverso la formazione e il coinvolgimento dei professionisti sanitari, a partire dai medici di medicina generale, il sostegno ai Centri Anti Tabacco, l'attivazione di programmi di comunità, l'attuazione delle norme comunitarie sulla regolamentazione dei prodotti (es. etichettatura).

Presso l'Azienda ULSS 5 Polesana è attivo un ambulatorio per smettere di fumare con interventi mirati al trattamento della dipendenza da fumo di tabacco sia individuali che di gruppo.

CONSUMO DI ALCOL

Le bevande alcoliche, soprattutto il vino, sono un prodotto largamente utilizzato nel nostro Paese e il loro consumo è parte integrante della cultura e della tradizione italiana.

L'alcol è prodotto dalla fermentazione di lieviti, zuccheri e amidi; non è un nutriente e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni.

Le linee guida diffuse dal Ministero della Salute ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a più basso rischio (*lower-risk drinking*):

- ✓ 2 unità alcoliche (UA) al giorno per gli uomini
- ✓ 1 unità alcolica (UA) al giorno per le donne
- ✓ 1 unità alcolica (UA) al giorno per le persone con più di 65 anni

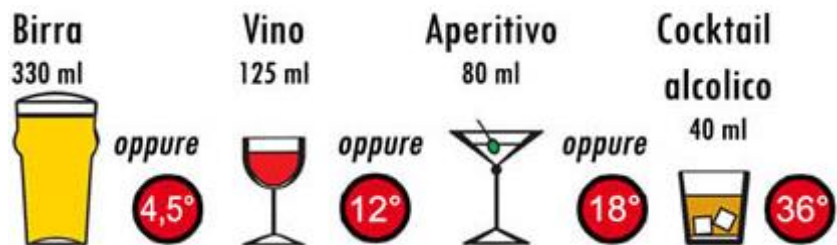
Il superamento di tali livelli di consumo giornaliero definisce lo status di consumatore a rischio.

L'assunzione, in una singola occasione, di 5 o più UA per gli uomini e di 4 o più UA per le donne è definita "binge drinking" ossia "bere fino ad ubriacarsi".

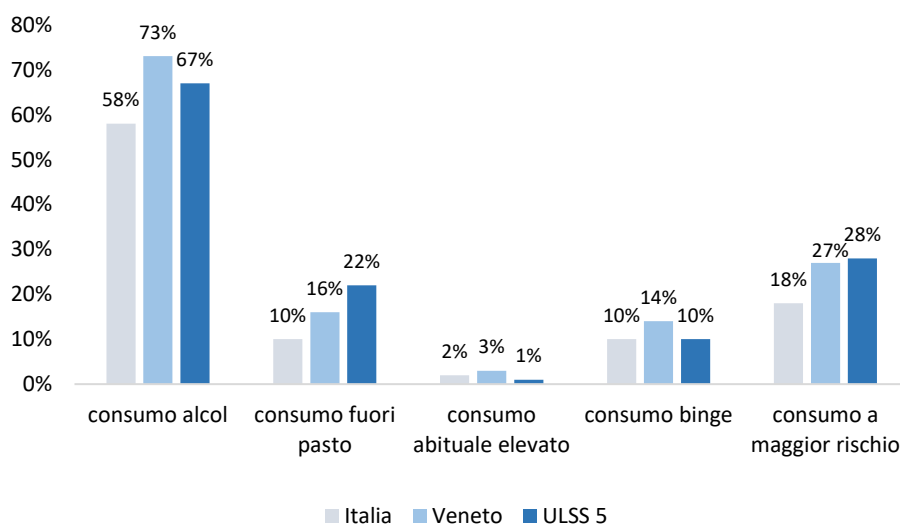
PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche.

L'unità alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml), un aperitivo (80 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

PASSI stima il consumo medio di bevande alcoliche, nei 30 giorni precedenti l'intervista, tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorno/mese) e il numero di UA assunte in media. Inoltre indaga le modalità di consumo: durante o fuori dal pasto, durante la settimana o nel fine settimana.



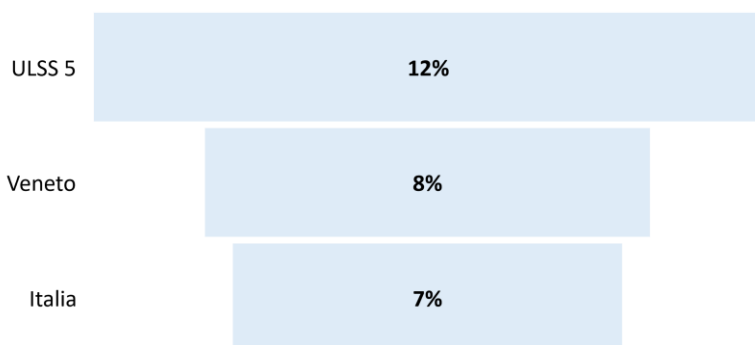
**Consumo di alcol.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



Nella ULSS 5 il consumo di alcol a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione, è più frequente fra gli uomini (31% vs 25% delle donne), fra i giovanissimi (fra i 18-24enni la quota sfiora il 55%), fra le persone con un alto livello di istruzione (laurea 48%, media superiore 30%, media inferiore 13%), mentre è più uniforme per quanto riguarda le condizioni economiche (qualche difficoltà 30%, nessuna difficoltà 28%).

Anche il consumo "binge" riguarda più gli uomini delle donne, le persone con un alto livello di istruzione e le persone con qualche o nessuna difficoltà, mentre è più diffuso tra le persone nella fascia d'età 25-34 anni.

**Bevitori a maggior rischio
consigliati di bere meno da un operatore sanitario.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: nell'ULSS 5 appena il 12% dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Percentuale superiore rispetto al dato regionale e nazionale.

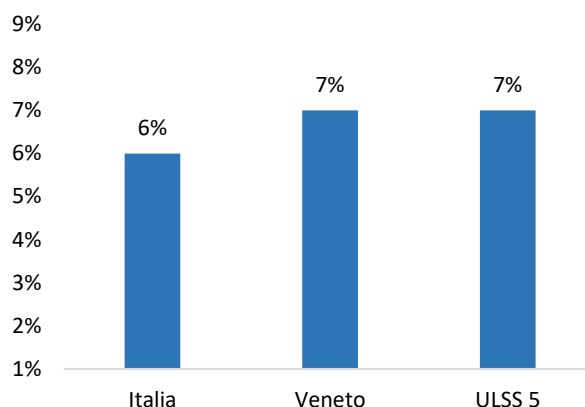
Il 10% delle persone che consumano alcol fuori dal pasto riferiscono di aver ricevuto il consiglio di ridurre l'assunzione.

"Guida sotto effetto di alcol" è intesa come percentuale di uomini o donne che riferiscono di essersi messi, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) dopo l'assunzione di 2 o più unità alcoliche nell'ora precedente.

Nell'ULSS 5, a dichiarare di guidare sotto l'effetto dell'alcol sono soprattutto gli uomini (10% vs 4% delle donne). Valori superiori ai dati nazionali: 8% uomini – 3% donne.

I giovani (18-24 anni) hanno dichiarato (100%) di non guidare sotto effetto dell'alcol, rispettando così le disposizioni in materia di sicurezza stradale che prevedono una soglia legale di alcolemia pari a zero (divieto assoluto) per neo-patentati e per conducenti con meno di 21 anni.

**Guida sotto effetto dell'alcol.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



Il consumo di bevande alcoliche è associato allo sviluppo di numerose malattie croniche non trasmissibili (ipertensione, malattie cardiache, ictus, malattie del fegato, alcuni tipi di tumore) e può creare dipendenza. Provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio non solo chi le assume ma anche il contesto sociale di riferimento.

Il consumo di bevande alcoliche altera le capacità di guida a vari livelli, a partire dalle abilità di base (tenere una velocità appropriata o compiere azioni come sterzare, frenare), abilità di reazione, abilità di riconoscimento visivo, riduzione della capacità di giudizio e minore concentrazione, tutti fattori che aumentano il rischio di un incidente stradale. Gli incidenti stradali oltre a causare molte morti provocano invalidità temporanee e permanenti, con pesanti conseguenze fisiche, psicosociali e sulla qualità di vita.

Il consumo occasionale ma eccessivo di alcol (binge drinking), tipico dei giovani, può essere molto pericoloso, sia da un punto di vista fisico (danni cerebrali) che mentali (aumentato rischio di depressione e disturbi dell'umore).

Non esiste un consumo sicuro per salute e i rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori: la quantità di alcol bevuta abitualmente, la quantità assunta in una singola occasione, le modalità e il contesto di consumo, le caratteristiche individuali (quali ad esempio età, sesso, condizioni patologiche preesistenti che determinano una differente suscettibilità soggettiva). Gli effetti nocivi dell'alcol possono essere annullati completamente solo astenendosi dal consumo che non è tollerato/ammesso in alcune circostanze (come alla guida o sul luogo di lavoro) o fasi della vita come ad esempio durante la gravidanza. Nonostante l'innalzamento dell'età minima legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche, circa un milione di minorenni ricevono e consumano bevande alcoliche disattendendo le linee guida per una sana alimentazione che impongono consumo zero al di sotto dei 18-20 anni.

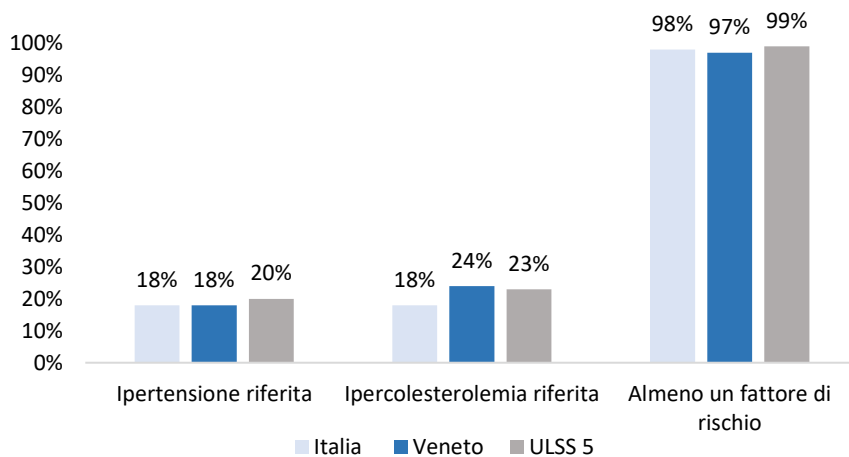
L'approccio prevalente per le strategie di contrasto al consumo di alcol è quello di mettere in campo un insieme integrato di politiche che da un lato mirano ad agire sul contesto per responsabilizzare i cittadini sull'assunzione di bevande alcoliche e dall'altra intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto, la comunicazione e il marketing.

Il SerD (Servizio Dipendenze) dell'Azienda ULSS 5 Polesana offre attività di prevenzione, cura e riabilitazione nel campo delle problematiche relative ai disturbi da uso di alcol.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Le malattie cardiovascolari sono influenzate dalla presenza di diversi fattori di rischio, condizioni che aumentano la probabilità di sviluppare una malattia cardiovascolare o aggravarla se già presente. I fattori di rischio possono essere suddivisi in “non modificabili” (età, sesso, familiarità) e “modificabili”. Fra i più importanti fattori di rischio modificabili vi sono: ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete, tabagismo (fumo e uso di altri prodotti del tabacco, e in misura minore il fumo passivo), sovrappeso/obesità, sedentarietà, consumo di alcol e scorretta alimentazione (che comprende abitudini come lo scarso consumo di frutta, verdura e pesce, l'eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).
 Il sistema di sorveglianza PASSI indaga oltre che gli stili di vita che intervengono nella genesi delle malattie croniche, in particolare cardiovascolari, anche la prevalenza di alcuni fattori di rischio cardiovascolare, tra cui ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete.

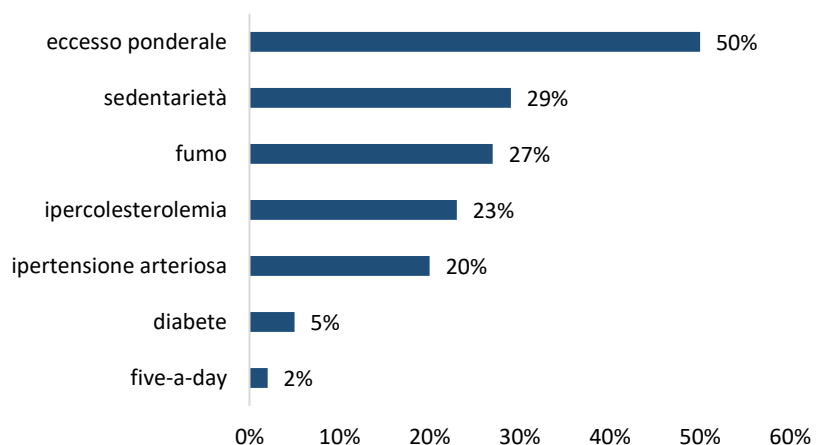
**Rischio cardiovascolare.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



La prevalenza di ipertensione riferita dalla popolazione dell'ULSS 5 è lievemente superiore rispetto al resto del Paese; l'ipercolesterolemia si attesta attorno ai dati regionali ma superiore rispetto alla media nazionale. Complessivamente il 27% degli intervistati presenta almeno 3 fattori di rischio cardiovascolare e solo una piccolissima quota (meno dell'1%) risulta libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

Nell'ULSS 5, percentualmente, su 100 intervistati 20 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 23 di ipercolesterolemia, 29 sono sedentari, 27 fumatori, 50 in eccesso ponderale (BMI ≥ 25), meno di due persone consumano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five-a-day). Inoltre quasi il 5% riferisce una diagnosi di diabete.

**Fattori di rischio cardiovascolare.
ULSS 5 Polesana**



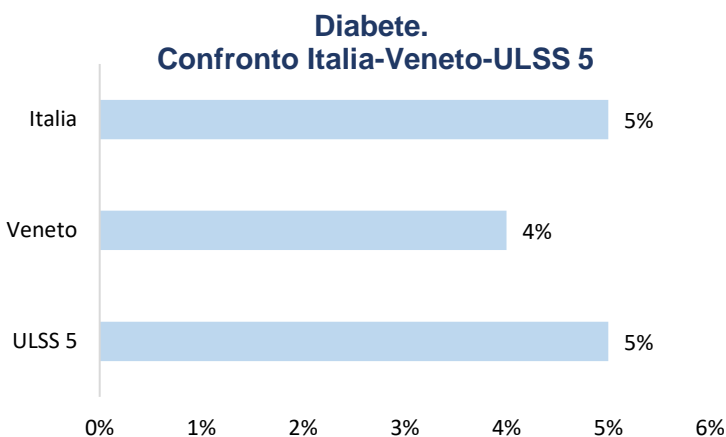
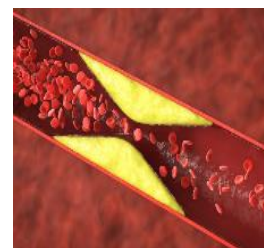


Nell'ULSS 5 l'ipertensione arteriosa è poco frequente fra i giovani ma la sua diffusione cresce considerevolmente con l'età, passando da meno del 2% prima dei 35 anni al 32% fra i 50-69enni. Fortemente associata all'eccesso ponderale (poco meno del 29% fra le persone sovrappeso/obese), è più frequente nelle donne (24% vs 17% degli uomini), nelle persone socialmente più svantaggiate per disponibilità economiche ed istruzione.

Il 78% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e molte di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa, come diminuire il consumo di sale (87%), svolgere regolarmente attività fisica (85%) e controllare il peso corporeo (86%).

L'ipercolesterolemia è anch'essa associata all'età (cresce da meno del 6% fra i 18-34enni al 33% fra i 50-69enni) e allo svantaggio sociale, per istruzione o risorse economiche.

Il 38% delle persone con ipercolesterolemia dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi (95%) e più frutta e verdura (93%), di fare regolare attività fisica (93%) e controllare il peso corporeo (81%).



Nell'ULSS 5 poco meno del 5% della popolazione adulta di 18-69 anni ha riferito una diagnosi di diabete.

Dall'analisi temporale dei dati si osserva una prevalenza stabile che oscilla tra il 5% del 2008 al 4% del 2023.

La prevalenza di diabetici cresce con l'età, passando da meno del 2% fra i 18-34enni al 7% tra i 50-69enni. È più frequente fra gli uomini che fra le donne (6% vs 3%) e nelle persone con un basso livello di istruzione (7% vs 3% delle persone con diploma di scuola media superiore o laurea).



Il diabete è fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolari, quali l'ipertensione, l'eccesso ponderale, il fumo e la sedentarietà, segni che risultano molto più frequenti tra chi ha diagnosi di diabete.

Il 78% dei diabetici in sovrappeso dichiara di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di operatori sanitari, nel 64% dei diabetici è stato raccomandato di svolgere attività fisica e nel 100% dei diabetici è stato consigliato di smettere di fumare.

Tuttavia solo il 47% segue una dieta e il 44% pratica attività fisica rispettando le linee guida.



Le malattie cardiovascolari fanno parte delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e comprendono un insieme di patologie che colpiscono il cuore e i vasi sanguigni. Le più frequenti sono infarto acuto del miocardio, angina pectoris e le malattie cerebrovascolari come l'ictus ischemico ed emorragico. Rappresentano la prima causa di morte in tutto il mondo (quasi 18 milioni l'anno secondo l'OMS) e la prima causa di morte sia in Italia sia in Europa. Inoltre hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità.

È importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori di rischio ma anche i diversi profili di rischio multifattoriale. La frequente compresenza di queste condizioni (ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura) è in parte dovuta a un'associazione casuale, poiché sono ampiamente diffuse nella popolazione, ma soprattutto è legata all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco. La valutazione del rischio attraverso il calcolo del punteggio individuale è uno strumento semplice che permette di stimare la probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di otto fattori di rischio. Il calcolo del punteggio individuale deve essere effettuato da un operatore sanitario e ripetuto periodicamente.

Le evidenze scientifiche hanno rafforzato l'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o a ritardare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari attraverso l'adozione di stili di vita sani.

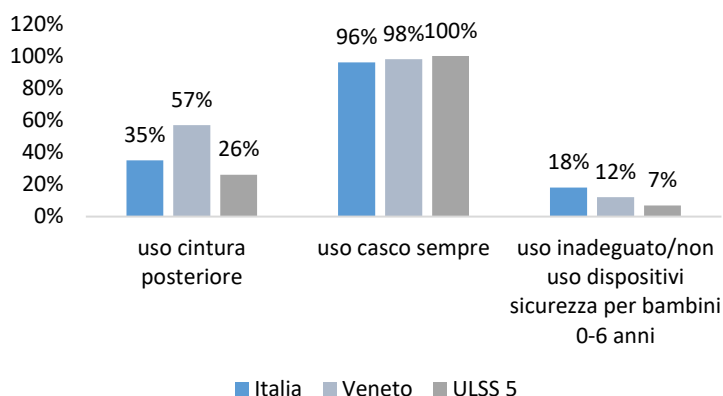
Il diabete, con le sue complicanze (malattie cardiache, cecità, amputazioni, insufficienza renale, morte precoce), rappresenta ancora un grave problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le aree geografiche. Con una prevalenza in continua crescita, il diabete viene identificato dall'OMS quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari. Nel mondo si stimano oltre 530 milioni di adulti con diabete, in Europa la malattia interessa circa 60 milioni di adulti e in Italia, in base ai dati ISTAT 2020, si stima una prevalenza del diabete pari a circa il 6% della popolazione (oltre 3 milioni e mezzo di persone), numeri destinati ad aumentare. La grande diffusione del diabete determina, quindi, la necessità di porre sempre maggiore attenzione alle tematiche della prevenzione (promozione di uno stile di vita sano e attivo) e sulla necessità di migliorare le conoscenze e la consapevolezza delle persone.

L'Italia, insieme a tutti i Paesi membri dell'OMS ed all'Unione Europea, ha approvato una strategia complessiva contro le malattie non trasmissibili denominata "Gaining Health" (Guadagnare Salute) che, nell'ambito dell'assistenza alle malattie croniche incluso il diabete, punta al riorientamento dei servizi sanitari, grazie a modelli assistenziali adatti a prevenire le disabilità, alla deospedalizzazione e allo sviluppo delle cure primarie, e all'aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della propria malattia. La bassa percezione collettiva del rischio e la scarsa informazione sui fattori predisponenti ha portato la Regione Veneto ad organizzare programmi di individuazione del rischio e di prevenzione cardiovascolare in forma attiva attraverso screening nelle Aziende ULSS del Veneto e rivolti ai cittadini residenti di 50 anni di età di entrambi i sessi. Per ulteriori informazioni è possibile accedere al seguente link <https://www.aulss5.veneto.it/Screening-CARDIO50>

SICUREZZA STRADALE

Gli articoli 171 e 172 del Codice della strada dispongono l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. Inoltre, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età e alla taglia (seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandi). PASSI misura l'abitudine di usare i dispositivi di sicurezza, in auto e in moto, in base alle dichiarazioni degli intervistati.

**Uso dispositivi di sicurezza.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



L'uso della cintura di sicurezza posteriore in auto è un comportamento poco diffuso. Nell'ULSS 5 la prevalenza è più bassa rispetto al resto del Paese. Ad utilizzare le cinture di sicurezza posteriori sono soprattutto i giovani e le persone con un alto livello di istruzione, non vi sono invece differenze di genere. L'uso del casco in motocicletta/motorino sembra ormai una pratica consolidata: il 100% degli intervistati, che nei 12 mesi precedenti l'intervista ha viaggiato su una moto come guidatore o passeggero, dichiara di averlo indossato sempre.

A partire dal 2011 la sorveglianza PASSI indaga anche l'utilizzo dei seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto dei bambini. Come proxy del "non utilizzo" o di un "utilizzo inadeguato" di questi sistemi, agli intervistatori che dichiarano di convivere con bambini fino a 6 anni di età viene chiesto se hanno difficoltà a farli sedere sul seggiolino/adattatore. Nell'ULSS 5 meno del 7% dei rispondenti dichiara di non utilizzare in maniera adeguata questi dispositivi.



Le misure di sicurezza stradale hanno come obiettivo la riduzione del numero e delle conseguenze degli incidenti stradali rappresentate da traumi di diversa gravità, che possono comportare invalidità e, in molti casi, anche morte, con costi sociali e sanitari rilevanti.

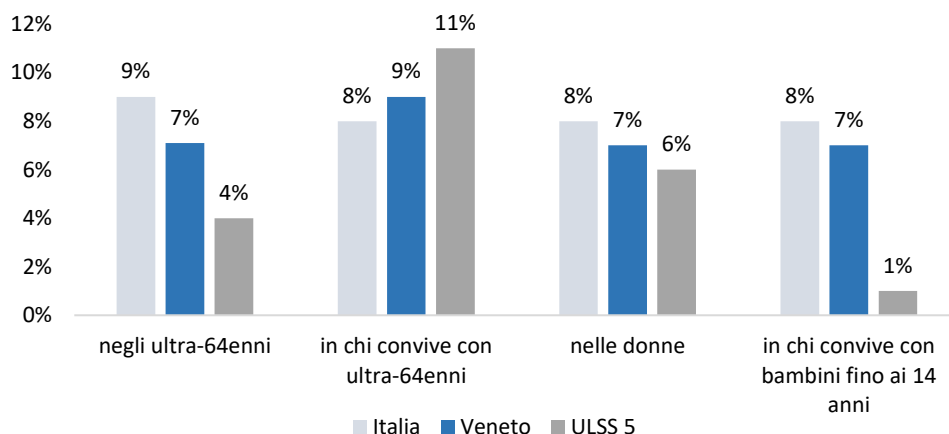
Per prevenire gli incidenti stradali l'Assemblea delle Nazioni Unite ha avviato il "Decennio di Azione per la Sicurezza Stradale 2011- 2021" promuovendo interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture, le condizioni del traffico e i comportamenti di guida. Tra questi ultimi, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato di essere efficaci nel mitigare le conseguenze degli incidenti; si stima che, in Italia, l'uso generalizzato dei dispositivi di sicurezza farebbe risparmiare, ogni anno, più di 500 vite umane, oltre 1300 casi di disabilità e circa 8900 ricoveri ospedalieri. La legge dell'obbligo da sola non può essere sufficiente a generalizzare l'uso dei dispositivi di sicurezza. Per far rispettare la legge, l'OMS ritiene essenziale che si attuino sistematici controlli e sanzioni, assieme a campagne di comunicazione volte ad aumentare la consapevolezza del pubblico sui rischi e indurre un cambiamento positivo. Solo il 7% (nel 2013) della popolazione mondiale è protetta da leggi che regolano i 5 principali rischi monitorati dall'OMS: limiti di velocità, limiti di alcolemia, obbligo del casco, cinture e seggiolini. In Italia la popolazione è protetta da queste leggi, ma la mancata osservazione di miglioramenti rilevabili negli ultimi anni, evidenziano che i sistemi di controllo e sanzione non sono adeguati e che la comunicazione non è stata efficace nell'aumentare la consapevolezza di conducenti e viaggiatori, e neanche dei genitori.

SICUREZZA DOMESTICA

L'infortunio domestico è un evento improvviso determinato da causa esterna involontaria che provoca un danno alla salute dell'individuo, che si verifica nell'ambito della residenza abitativa o nelle relative pertinenze (scale esterne, giardini, garage, terrazze, ecc.).

PASSI misura la consapevolezza del rischio, la prevalenza di infortuni nei 12 mesi precedenti, aver ricevuto informazioni su come prevenire gli incidenti domestici e aver adottato contromisure a seguito delle informazioni ricevute.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nella popolazione adulta residente in Italia la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa. A livello nazionale il 7% degli intervistati considera alta o molto alta la possibilità di avere un incidente in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari); nel Veneto il dato è del 6% e scende al 4% nell'ULSS 5.

Nell'ULSS 5 questa consapevolezza resta relativamente bassa in tutti i gruppi di popolazione, ma è leggermente maggiore fra le donne (6% vs 2% fra gli uomini), negli adulti di età compresa tra 50-69 anni (5% vs 2% negli 35-49enni e 3% nei 18-34enni), nelle persone con un livello di istruzione elevato (11% vs 1% nelle persone con un basso livello di istruzione) e tra chi non vive con anziani o con minori di 14 anni (4%).



La casa è ritenuta il luogo sicuro per eccellenza, eppure all'interno dell'abitazione esistono oggetti, materiali, utensili apparentemente innocui, che possono rivelarsi pericolosi, sia per la sicurezza che per la salute soprattutto quando usati in modo non appropriato.

Il rischio di infortunio domestico dipende da:

- fattori ambientali relativi alle caratteristiche strutturali della casa, degli arredi, degli impianti, alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti di uso comune che possono contenere sostanze tossiche.

- fattori individuali correlati allo sviluppo psicomotorio dei primi anni di vita, alle attività lavorative in ambito domestico e alle condizioni di comorbidità, deficit neuro-motori e cognitivi, fragilità o scarsa attività fisica.

Gli incidenti domestici non risparmiano nessuna fascia d'età e interessano prevalentemente l'infanzia, le donne, l'età avanzata. Rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica, infatti le conseguenze in termini di salute sono rappresentate da traumi di diversa gravità, che possono comportare invalidità e, in molti casi, anche morte, con costi sociali e sanitari rilevanti.

La maggior parte degli incidenti domestici possono essere prevenuti ed evitati mediante l'adozione di comportamenti adeguati e di modifiche, talora anche piccole, degli ambienti di vita per renderli più sicuri.

Per contrastare gli infortuni in ambito domestico il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 adotta una strategia multilivello, che coinvolge Regioni, ULSS e Enti Locali, attraverso azioni finalizzate a:

- sensibilizzare la popolazione sui rischi connessi agli incidenti domestici attraverso campagne di informazione e di educazione;

- promuovere la sicurezza abitativa con particolare attenzione per i neogenitori e le categorie a maggior rischio (anziani, bambini, donne);

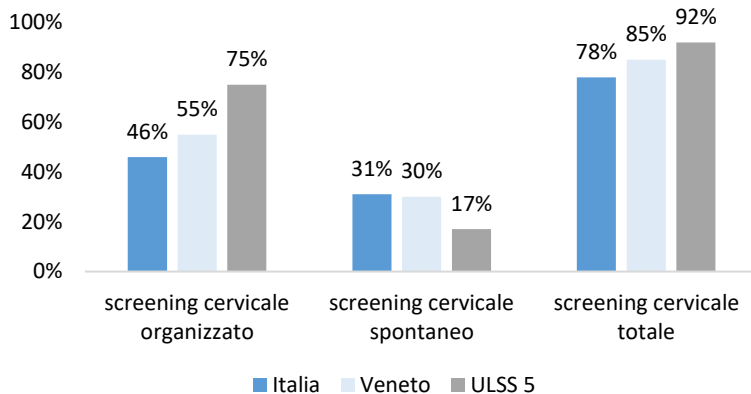
- promuovere corretti stili di vita con particolare riguardo per l'attività fisica e il corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano;

- formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici.

SCREENING CERVICALE

Lo screening per il carcinoma della cervice uterina è un intervento sanitario che ha lo scopo di diagnosticare le lesioni pre-tumorali o il tumore in fase precoce, per aumentare l'efficacia delle cure e ridurre la mortalità. I test impiegati nello screening cervicale sono attualmente il Pap-test ed il test per Papilloma virus (HPV test), la cui offerta varia in base all'età e al rischio della donna di sviluppare tumore o lesioni pre-tumorali. Nel Veneto il programma di screening prevede per le donne nella fascia d'età compresa tra 25 - 29 anni, non vaccinate contro HPV, il Pap test da eseguirsi ogni tre anni e, per tutte le donne dai 30 ai 64 anni il test per il Papilloma virus effettuato ogni 5 anni. Passi rileva, chiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato effettuato lo screening cervicale e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dall'ULSS oppure su iniziativa personale. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante l'indicatore *proxy* dell'eventuale pagamento per l'esame.

Copertura screening cervicale. Confronto Italia-Veneto ULSS 5



Il 92% della popolazione femminile polesana fra i 25 e 64 anni si sottopone allo screening cervicale (Pap test o HPV test) a scopo preventivo secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida nazionali. L'adesione allo screening è maggiore nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL, mentre una quota inferiore di donne fa prevenzione su iniziativa personale, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame.

La percentuale di donne che si sottopone allo screening cervicale è maggiore fra le 35-49enni, fra le più istruite, fra le coniugate e le conviventi.

Il 5% delle donne intervistate riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale e il 6% di averlo fatto da più di tre anni. La motivazione più frequente per la mancata esecuzione dello screening è quella di "non averne bisogno" (42%).



Il carcinoma della cervice uterina è, dopo il tumore al seno, il secondo tumore per frequenza tra le donne. In Italia nel 2024 sono state stimate circa 2400 nuove diagnosi, 1,3% di tutti i tumori incidenti nelle donne. La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi è pari al 68%.

Il fattore eziologico è rappresentato dall'infezione persistente da Papilloma virus, che si trasmette per via sessuale. Fattori di rischio che contribuiscono all'insorgenza del tumore sono un inizio precoce dell'attività sessuale e partner sessuali multipli, l'uso prolungato di contraccettivi orali, la familiarità, il fumo, una dieta povera di frutta e verdura, l'obesità.

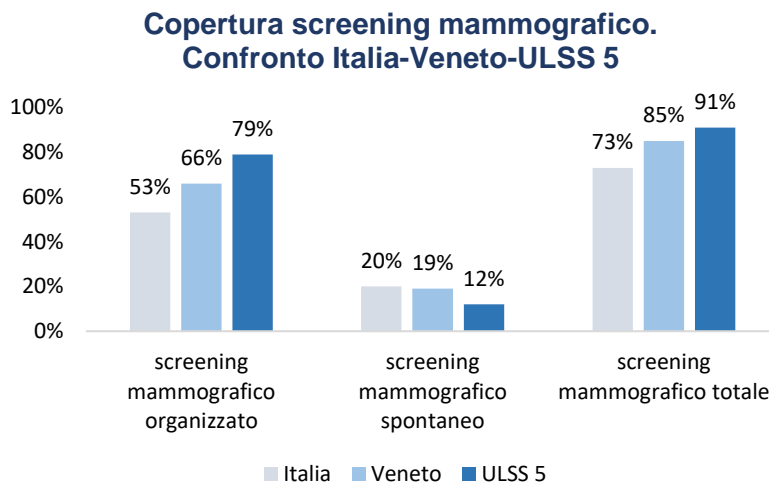
La diagnosi precoce rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione: la diffusione dei programmi di screening con il Pap test a partire dagli anni '70 e dell'HPV test più recentemente ha rappresentato il principale fattore di riduzione dell'incidenza e della mortalità per la neoplasia.

Insieme agli esami di screening (prevenzione secondaria), uno strumento importantissimo per limitare il rischio di sviluppare un tumore associato all'HPV è la vaccinazione (prevenzione primaria). I vaccini sono raccomandati in Italia a partire dal compimento degli 11 anni a maschi e femmine perché anche i ragazzi possono sviluppare alcuni tipi di cancro associati a questa infezione. Inoltre, vaccinando ragazzi di entrambi i sessi, si limita ulteriormente la circolazione virale.

Nella Regione Veneto è disponibile la vaccinazione gratuita su invito per tutti gli adolescenti di entrambi i sessi al compimento dell'undicesimo anno di età, su richiesta per tutte le donne sino ai 26 anni (che non hanno aderito all'invito degli 11 anni), su richiesta per tutti i ragazzi nati a partire dal 2001 e sino a 25 anni d'età (che non hanno aderito all'invito degli 11 anni). È prevista inoltre l'offerta gratuita a categorie a rischio: soggetti affetti da HIV, donne con lesioni cervicali stadio CIN2+. Alle donne nate prima del 1996 e agli uomini nati prima del 2001 è offerta la possibilità di accedere alla vaccinazione a pagamento secondo il tariffario regionale.

SCREENING MAMMOGRAFICO

La mammografia (radiografia della mammella) è l'esame più efficace attualmente disponibile per la diagnosi precoce dei tumori al seno, anche quando non ci sono sintomi o il tumore non è palpabile. Nel Veneto il programma di screening prevede, per le donne nella fascia d'età compresa tra i 50 e i 74 anni (dal 2025 a partire dai 45 anni), l'esecuzione di una mammografia a entrambi i seni ogni 2 anni. PASSI rileva, chiedendo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dall'ULSS oppure su iniziativa personale.



I dati mostrano che nell'ULSS 5 il 91% delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposto allo screening mammografico a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati (79%) o per iniziativa personale (12%), secondo quanto raccomandato dalle Linee Guida nazionali e internazionali.

La quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le 50-59enni, fra le donne di cittadinanza italiana, fra le donne coniugate o conviventi.

Lo screening organizzato riduce notevolmente le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione

e per la gran parte delle donne meno istruite e con maggiori difficoltà economiche l'offerta di un programma rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione.

Il 5% delle donne intervistate riferisce di non aver mai fatto un esame mammografico a scopo preventivo e il 5% di averlo eseguito da oltre due anni. La motivazione più frequente per la mancata esecuzione della mammografia è quella di "non averne bisogno" (47%).



I dati del report "I numeri del cancro in Italia 2024" confermano che il tumore alla mammella è la neoplasia più frequente nelle donne. Secondo i dati del report sono 925.000 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella.

Negli ultimi decenni si è registrato un costante aumento di frequenza di diagnosi, accompagnata però da una riduzione della mortalità. Ciò è stato possibile anche grazie allo screening e alla maggior consapevolezza delle donne che ha permesso di aumentare il numero di tumori identificati in fase iniziale quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace, permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate.

I principali fattori di rischio sono rappresentati da: età, fattori riproduttivi, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, stile di vita, pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà. La prevenzione del tumore della mammella passa anche per stili di vita corretti, in particolare, si sono dimostrate efficaci alcune strategie: non fumare, seguire una corretta alimentazione, praticare un'attività fisica regolare, ridurre la sedentarietà, evitare il consumo rischioso e dannoso di alcol. Numerosi studi hanno dimostrato che le donne che allattano al seno hanno minori probabilità di ammalarsi di cancro alla mammella.

SCREENING COLORETTALE

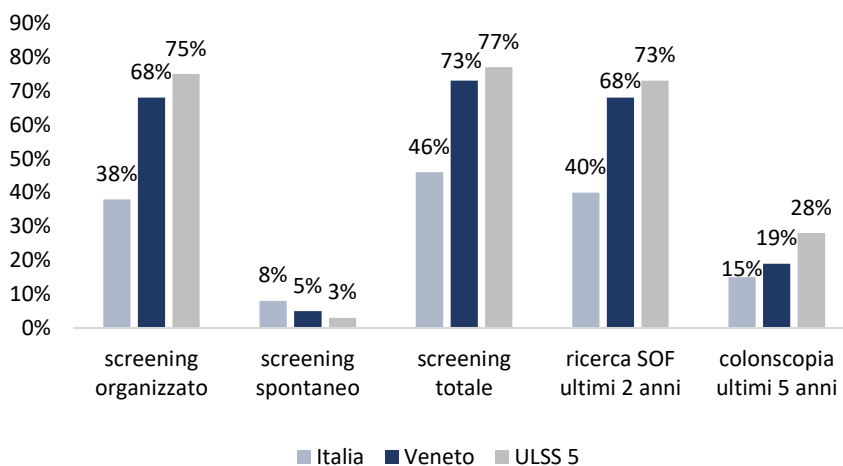
La diagnosi precoce ha lo scopo di intercettare e trattare eventuali polipi o adenomi prima che possano degenerare in un cancro, o forme tumorali in una fase iniziale prima che diventino sintomatici, consentendo un intervento più efficace e minori complicazioni.

Il test di screening utilizzato per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto è la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF).

Nel Veneto il programma di screening è rivolto alle persone fra i 50 e i 74 anni con periodicità biennale.

PASSI rileva, chiedendo direttamente alle persone di 50-69 anni, se e quando è stato effettuato un test di screening coloretale e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dall'ULSS oppure su iniziativa personale.

Copertura screening coloretale. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nell'ULSS 5 la quota di persone che si sottopone allo screening per i tumori del colon-retto è complessivamente del 77%, valore maggiore rispetto al dato nazionale (46%). La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL, mentre quello eseguito su base spontanea (ossia al di fuori dell'offerta delle ASL) è poco frequente (3%).

È più frequente che a questo esame si sottopongano persone senza difficoltà economiche. Non si registrano differenze significative per età e genere.

Il 20% della popolazione dichiara di non aver mai eseguito l'esame di ricerca del sangue occulto nelle feci e il 7% di averlo eseguito da più di due anni.

La colonscopia/rettosigmoidoscopia è un esame secondario alla ricerca del sangue occulto nelle feci, che ne completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse positivo; pertanto, non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening. Il 27% degli intervistati, tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato una colonscopia o una rettosigmoidoscopia a scopo preventivo nei 5 anni precedenti l'intervista. È più frequente che a questo esame si sottopongano persone più avanti con l'età (60-69 anni), gli uomini rispetto alle donne, i cittadini italiani rispetto agli stranieri.

L'intervento di promozione più efficace per la campagna di screening è risultato l'invio della lettera da parte dell'ULSS in associazione al consiglio da parte degli operatori sanitari.

Per quanto riguarda la non aderenza allo screening essa viene imputata prevalentemente alla mancata percezione della necessità di sottoporsi all'esame (31%).



I tumori del colon-retto rappresentano la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne. Nel 2024 sono stimate circa 48.706 nuove diagnosi (uomini = 27.473; donne = 21.233) e sono 442.600 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del colon-retto. Nell'ultimo ventennio, grazie principalmente allo screening di popolazione, l'incidenza è in diminuzione in Italia in entrambi i sessi.

I fattori di rischio per lo sviluppo dei tumori del colon-retto sono riconducibili a stili di vita e familiarità. Sono rappresentati da una dieta inadeguata (eccessivo consumo di carni rosse e insaccati, farine e zuccheri raffinati), sovrappeso e ridotta attività fisica, fumo di sigaretta ed eccesso di alcol. Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa. Suscettibilità ereditarie (2-5%) riconducibili a sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche sono la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e la sindrome di Lynch.

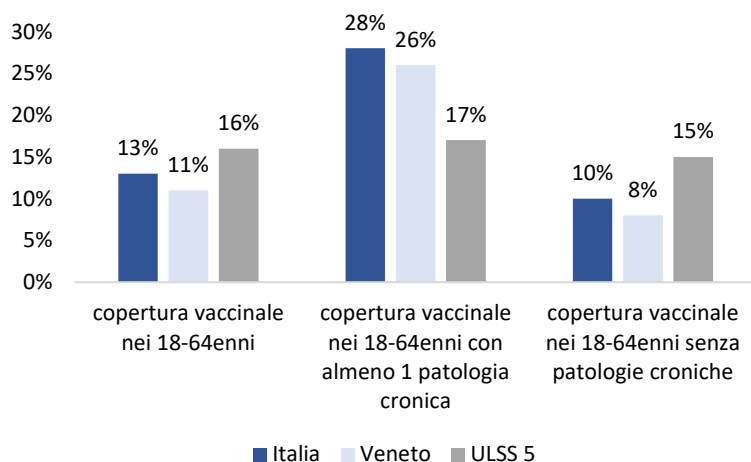
La prevenzione del tumore del colon-retto consiste nell'intervenire sui fattori di rischio modificabili e nell'adesione ai programmi di screening. I consigli comprendono seguire una dieta ricca di fibre, vegetali e frutta, mantenersi attivi, evitare sovrappeso e obesità, e in genere mantenere abitudini e comportamenti salutari.

VACCINAZIONE PER L'INFLUENZA STAGIONALE

L'influenza è un importante problema di salute, sia individuale sia collettiva, perché oltre ad essere una malattia a contagiosità elevata (che può comportare gravi complicanze nei soggetti a rischio, come anziani e persone con patologie croniche) è frequente motivo di ricorso a strutture sanitarie (visite mediche, pronto soccorso, ricovero ospedaliero).
La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e perché riduce i costi sociali connessi a morbosità e mortalità.



Vaccinazione antinfluenzale. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nell'ULSS 5 il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra le persone adulte di 18-64 anni non è frequente, ed è andato riducendosi fino a scendere al 6% nella campagna vaccinale 2012-2013; successivamente l'adesione è stata altalenante raggiungendo il valore massimo del 17% nel 2020-2021 durante la pandemia COVID-19, per poi diminuire nuovamente con le campagne successive e attestarsi al 14% nel 2022/2023. Questi dati suggeriscono che la pandemia COVID-19 ha senza dubbio incentivato l'adesione alla campagna vaccinale contro l'influenza stagionale, ma sembra che la spinta indotta dalla pandemia

si sia esaurita nel tempo e che non si sia tradotta in una maggiore e consolidata attenzione alla prevenzione delle infezioni virali.

Anche fra le persone affette da patologie croniche il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale (sebbene offerta e raccomandata) resta molto lontano dall'atteso.

Nello specifico è emerso che il ricorso alla vaccinazione è maggiore negli uomini, nelle persone di età compresa tra i 50 e i 64 anni, con un livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche.



L'influenza rappresenta un serio problema di sanità pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per l'attuazione delle misure di controllo e la gestione dei casi e delle complicanze della malattia, ed è tra le poche malattie infettive che, di fatto, ogni uomo sperimenta più volte, nel corso della propria esistenza, indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.

In Italia, come nel resto d'Europa, l'influenza si presenta con epidemie annuali durante la stagione invernale e colpisce ogni anno in media l'8% della popolazione italiana.

Il Ministero della Salute raccomanda e offre gratuitamente alle fasce di popolazione a rischio la vaccinazione antinfluenzale, indicando come auspicabile un obiettivo minimo di copertura vaccinale di almeno il 75% delle persone a rischio e come obiettivo ottimale il 95%. Il vaccino antinfluenzale è comunque indicato per tutti i soggetti che desiderino evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni, sentito il parere del proprio medico.

La vaccinazione va ripetuta ogni anno in quanto la composizione del vaccino è aggiornata annualmente sulla base dei ceppi virali circolanti e sull'andamento delle sindromi simil-influenzali.

5 buoni motivi per vaccinarsi:

- proteggere sé stessi dall'influenza
- prevenire la trasmissione del virus influenzale ad altre persone
- proteggere i pazienti più fragili da complicazioni
- la vaccinazione è la migliore prevenzione contro l'influenza
- evitare costi inutili per la salute

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

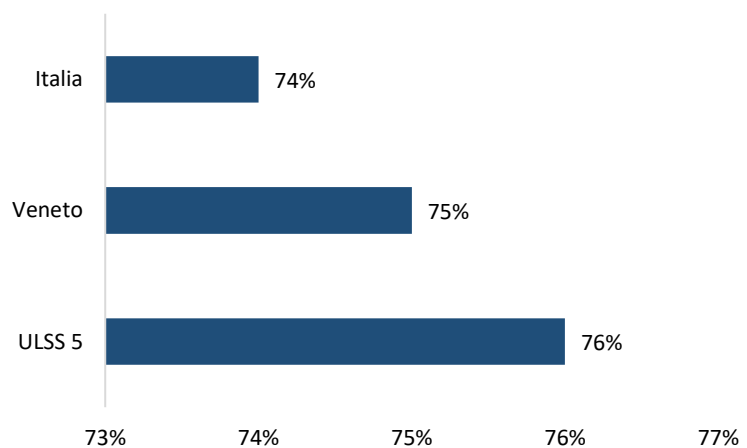
La “salute” è definita dall’OMS come “uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non la mera assenza di malattia”, e si misura non solo in termini di frequenza di malattia ma anche con indicatori capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere. Lo stato di salute percepito è un indicatore complessivo dello stato di salute.

PASSI misura la “qualità della vita relativa alla salute” come percezione dello stato di salute fisico e mentale nel tempo e stato funzionale riferito utilizzando il modulo proposto e validato dal Centro Controllo Malattie di Atlanta (Hrql-4). Il set di domande Hrql-4 è noto come “Healthy Days” (giorni in salute). I giorni non in salute (Unhealthy Days) sono definiti come il numero complessivo di giorni, nei precedenti 30, in cui l’intervistato ha sentito che la propria salute fisica o mentale non era buona.

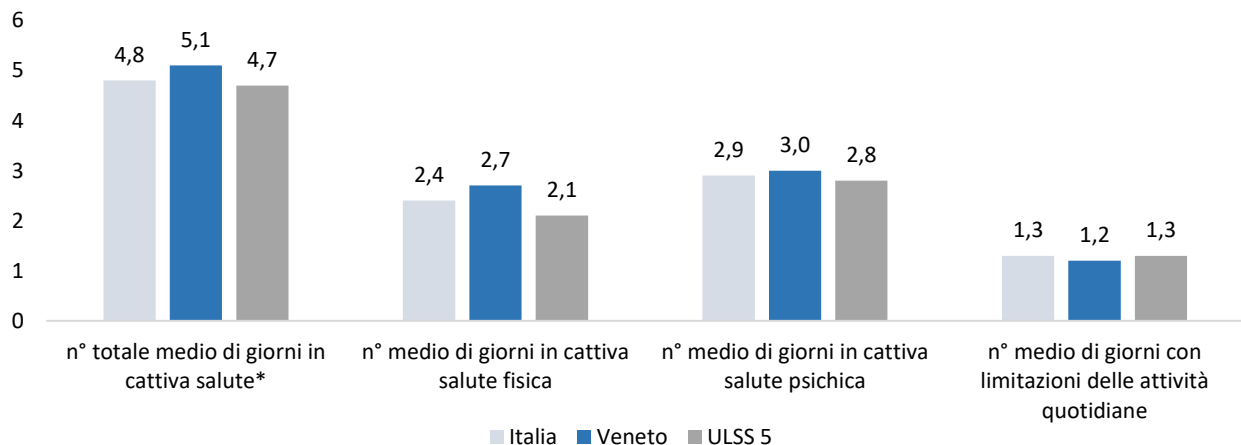
Il 76% della popolazione polesana giudica in modo positivo il proprio stato di salute, e dichiara di sentirsi “bene” o “molto bene”; solo lo 0,4% dichiara di sentirsi “male” o “molto male”; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi “discretamente”.

I più soddisfatti della propria salute sono gli uomini (82% vs 70% nelle donne), i giovani (l’88% dei 18-34enni riferisce di “sentirsi bene”, percentuale che scende al 69% fra i 50-69enni), i cittadini stranieri rispetto agli italiani, le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, e chi è libero da patologie croniche fra quelle indagate da PASSI (79% vs 63% fra chi ha una diagnosi di malattia cronica).

**Stato di salute percepito positivamente.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



**Giorni in cattiva salute (Unhealthy Days)*.
Confronto Italia-Veneto-ULSS 5**



* il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino ad un massimo di trenta giorni.

Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute, sia fisica che psicologica, definiti “unhealthy days” può considerarsi un indicatore “quantitativo” che dà conto della gravità dei problemi di salute, nella sua eccezione più ampia, e dunque della qualità di vita dell’intervistato.

Nel biennio 2022-2023 gli intervistati della nostra ULSS hanno dichiarato di aver vissuto in media quasi 5 giorni in cattiva salute nel mese precedente l'intervista, 2 giorni in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti e quasi 3 giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress. Poco più di un giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici.

Il profilo socio-demografico per questo aspetto di salute non è completamente coerente con quanto emerge dai dati sulla salute percepita. Dichiarano meno giorni vissuti in cattiva salute gli uomini (2,8 giorni vs 6,7 fra le donne), i 50-60enni (4,1 vs il 5,8 fra i 35-49enni), le persone senza difficoltà economiche e con nessuna patologia.



La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della popolazione. Essa ha conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie. Via via che l'età aumenta, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende a divenire sempre più importante, fino ad essere quasi esclusivo tra i molto anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e l'impatto sulla qualità della vita delle persone può essere molto severo.

La "qualità della vita relativa alla salute" è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio, le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie.

Dal punto di vista cognitivo, è stato messo in evidenza che gli intervistati giudicano il proprio stato di salute, in modo relativo, in base alle circostanze e alle aspettative proprie e dei pari.

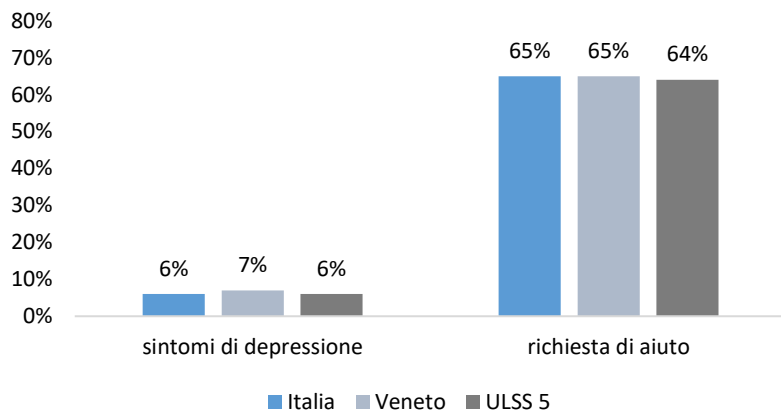
La principale strategia messa a punto a livello europeo per migliorare le condizioni strutturali che influenzano la qualità della vita relativa alla salute è "Health in all policies" (Salute in tutte le politiche), che è dedicata ai principali determinanti sociali della salute e chiama in causa diversi settori politici ed economici, con l'obiettivo finale di ottenere l'equità, o più equità, nella salute. Si tratta di un approccio basato, come Guadagnare Salute, sui concetti di un'azione intersettoriale per la salute. Ciò comporta la responsabilizzazione di un'ampia gamma di settori, innanzitutto quelli dell'occupazione, dell'istruzione e della politica sociale, ma risultano coinvolti anche altri settori e i diversi livelli di governo (europeo, nazionale, regionale e locale).

DEPRESSIONE

Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati per misurare la depressione è il “Patient Health Questionnaire” che, nella versione completa (PHQ-9) è composto da 9 domande. PASSI utilizza una versione ridotta, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.

La persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell’intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Depressione. Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



Nell’ULSS 5 poco più del 6% degli intervistati riferisce sintomi depressivi.

I sintomi depressivi sono più frequenti nelle donne (11% vs 2% fra gli uomini), nei 35-49enni (10%), fra le persone socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (28%), per precarietà lavorativa (10%), fra chi vive solo (9%) e fra chi è affetto da almeno una patologia (13%).

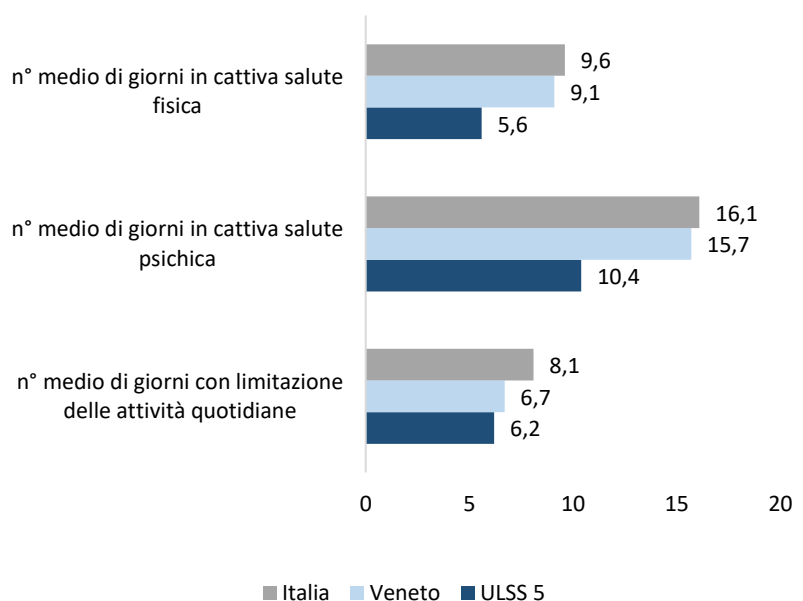
Le persone con sintomi depressivi che chiedono aiuto si rivolgono principalmente ai familiari (50%), percentuale maggiore rispetto al dato nazionale (22%).

Nel tempo la prevalenza di sintomi depressivi si è ridotta (anno 2008: 9% - anno 2019: 3%); tuttavia la pandemia COVID-19 ha giocato un ruolo rilevante sul trend dal momento che ha segnato un aumento della quota di persone con sintomi depressivi arrivando ai livelli del 2008 (anno 2021: 9%). A pandemia conclusa, con un avvenuto ritorno alla normalità, si registra una progressiva diminuzione della prevalenza di soggetti con sintomi di depressione (anno 2022: 7% - anno 2023: 6%).

I sintomi depressivi si correlano anche a problemi di salute fisica. Nell’ULSS 5 chi soffre di questi problemi ha vissuto mediamente quasi 6 giorni in cattive condizioni fisiche (vs meno di 2 giorni riferiti dalle persone libere da sintomi depressivi; questo dato è in linea con il valore nazionale). I giorni con limitazioni alle abituali attività quotidiane sono poco più di 6 (vs meno di 1 giorno riferito dalle persone senza sintomi depressivi, anche questo dato è in linea con il valore nazionale).

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito sintomi: il 47% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 78% delle persone che non hanno riferito sintomi.

Giorni in cattiva salute e limitazioni di attività* Confronto Italia-Veneto-ULSS 5



*Il dato è riferito alle persone con sintomi di depressione



La depressione è il disturbo mentale più diffuso, gli studi evidenziano che circa 1 persona su 15 nei paesi occidentali sviluppa almeno una volta nella vita un episodio depressivo, e nella Regione Veneto interessa oltre 38.000 assistiti (anno 2023).

Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute secondo l'OMS.

Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità. La sua compromissione può avere un notevole impatto sul consumo dei servizi sanitari ed è oggetto, più di altre patologie, di stigma sociale. Per questo motivo in ambito internazionale si richiede che i governi di ciascun paese realizzino azioni di prevenzione dei disturbi mentali e di salvaguardia e promozione della salute mentale in ogni fase della vita. È particolarmente importante mettere in campo programmi di promozione della salute mentale rivolti alla popolazione giovanile considerato che circa il 50% dei disturbi mentali esordisce prima dei 14 anni.

Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni familiari e sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento con forte impatto sullo stile di vita e sulla qualità della vita in generale.

I sintomi della depressione sono molteplici ed i più frequenti sono: stato d'animo di tristezza, abbattimento, perdita di piacere e interesse, cambiamenti nell'appetito, disturbi del sonno, agitazione, irrequietezza o al contrario rallentamento, riduzione dell'energia, facile stanchezza e spossatezza, senso di valere poco, senso di colpa eccessivo, difficoltà di concentrazione, incapacità di pensare lucidamente, pensieri ricorrenti che non vale la pena di vivere o pensieri di morte e di suicidio.

La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo può essere associato ad altri problemi di salute mentale (come il disturbo d'ansia e quello da stress post traumatico), malattie (come le cardiovascolari, l'ictus), a comportamenti nocivi per la salute (come la sedentarietà e l'abuso di alcol), a fattori socio-demografici (come la povertà, la mancanza di lavoro, il genere femminile), a fattori ambientali (come i disastri naturali o causati dall'uomo).

La pandemia da Covid-19 e le relative misure di contenimento dell'infezione (distanziamento fisico, lockdown, isolamento domiciliare) hanno avuto importanti ripercussioni sulla salute mentale della popolazione generale, a livello globale, e questo indipendentemente dall'aver affrontato, o meno, la malattia da SARS-CoV-2.

Presso l'ULSS 5 sono attivi ambulatori per la tutela della salute mentale attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

BIBLIOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità, Epicentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica, sorveglianze di popolazione adulti 18-69 anni. <https://www.epicentro.iss.it/>
- Ministero della Salute. <https://www.salute.gov.it>
- Regione Veneto. <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/persona-e-salute>
- I numeri del cancro in Italia – 2024. Intermedia editore