

Premessa

Studi sempre più consolidati indicano che le cause principali della mortalità e morbosità nei Paesi europei sono dovute alle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT). In Europa l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute dipendono da patologie croniche. Ciò determina un forte risvolto dal punto di vista economico con un'evidente dicotomia tra la spesa sanitaria della Unione Europea, destinata alla prevenzione a livello di popolazione e ai programmi di sanità pubblica, rispetto a quella assai rilevante destinata alla cura dei malati cronici. [1]

Le principali MCNT, sulle quali si concentra l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono le cardiopatie, il cancro, le malattie respiratorie croniche, il diabete, etc.; si tratta di malattie che spesso originano in età giovanile e richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente, ma hanno in comune fattori di rischio modificabili. Le azioni di pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi per prevenirle necessitano di rapide informazioni sulle condizioni di salute e sui comportamenti delle popolazioni nonché sulla percezione delle abitudini sane. In questo contesto la sorveglianza rappresenta il sistema cardine per ottenere tutte le informazioni necessarie.

I fattori di rischio per le MCNT sono noti grazie a numerosi studi di laboratorio, clinici ed epidemiologici condotti in tutto il mondo. Un piccolo gruppo di tali fattori, combinati fra loro, è responsabile della maggior parte delle malattie croniche indipendentemente da altri fattori quali il sesso o la provenienza geografica.

Si tratta di fattori modificabili legati a comportamenti e stili di vita: l'alimentazione scorretta, il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa rappresentano modelli non salutari che richiedono interventi e misure di prevenzione da attuare attraverso politiche per la salute capaci di influenzare il cambiamento degli stili di vita. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario ma anche come veri e propri fenomeni sociali.

Attraverso una corretta informazione e un efficace sostegno, l'individuo diventa protagonista responsabile delle proprie scelte e della propria salute ottenendo un miglioramento della qualità della vita. Facendo ciò si consegue anche una riduzione del costo delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società.

Il sistema di sorveglianza PASSI: nuova cultura della prevenzione

Il PASSI (progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza permanente a livello nazionale che ha il compito di monitorare la prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali per le malattie croniche non trasmissibili e l'adesione ad alcune importanti misure di prevenzione tra la popolazione adulta italiana. Tutto ciò avviene ascoltando direttamente i cittadini sulle loro abitudini, stili di vita, comportamenti a rischio e sull'adesione ai programmi di intervento e prevenzione.

I dati raccolti consentono di guidare la programmazione e gli interventi di sanità pubblica a livello regionale e locale. [1]

L'obiettivo generale è quello di monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione residente, di età compresa tra i 18-69 anni, relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive. Obiettivo della sorveglianza PASSI è anche quello di individuare i gruppi a rischio a cui indirizzare gli interventi di promozione della salute, comunicare i risultati ai decisori, essere parte attiva nella definizione degli interventi prioritari di prevenzione da condurre. [2]

La nostra attenzione è stata posta in particolare su due dei temi indagati dal sistema di sorveglianza PASSI: l'alimentazione e l'attività fisica.

Lo stato nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute.

In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità. In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari, ricordiamo che ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five-a-day).

Anche l'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo.

Descrizione del campione aziendale

Da gennaio 2017 a dicembre 2020, sono state intervistate 1.099 persone nella fascia 18-69 anni, registrate nella lista dell'anagrafe sanitaria della ASL Rieti, che hanno la residenza nel territorio di competenza della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. Le stesse sono state selezionate con campionamento casuale ed intervistate a mezzo della somministrazione di un questionario.

Al fine di analizzare la popolazione è stato fondamentale ottenere un'analisi della sua struttura demografica. Si sono prese in considerazione le informazioni sociali e demografiche che ci hanno permesso di capirne l'età, il titolo di studio e lo stato relazionale. Questo oltre ad avere un'importanza descrittiva, ci ha concesso di ottenere informazioni che andranno a costituire un tassello importante per la comprensione degli aspetti più strettamente sanitari.

Il campione ottenuto è risultato costituito per il 49,9% da donne.

Il 25,4% degli intervistati è compreso nella fascia d'età 18-34 anni, il 31% in quella 35-49 anni e il 43,6% in quella 50-69 anni. La distribuzione per sesso e classi di età del campione è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione intervistato.

L'1,6% del campione non possiede alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 26,8% la licenza media inferiore, il 53,8% la licenza media superiore e il 17,8% è laureato.

Il 60,8% degli intervistati non ha riferito alcuna difficoltà economica, il 33,7% qualche difficoltà e il 5,5% molte difficoltà. Per quanto riguarda il contesto familiare è emerso che il 61,5% sono coniugati/conviventi, il 31,4% celibi/nubili, il 5,3% separati/divorziati e l'1,8% vedovi.

Dei 1099 rispondenti il 91,4% ha la cittadinanza italiana mentre l'8,6% ha la cittadinanza straniera.

Nella ASL Rieti l'1,7% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 42,8% normopeso, il 44% sovrappeso e l'11,5% obeso (Figura 1.1). Complessivamente si stima che il 55,5% della popolazione presenti un eccesso ponderale, una quota decisamente superiore rispetto alla media regionale e nazionale (Figura 1.2). [3]

L'eccesso ponderale è più frequente col crescere dell'età, nelle persone con alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche (Tabella 1.1).

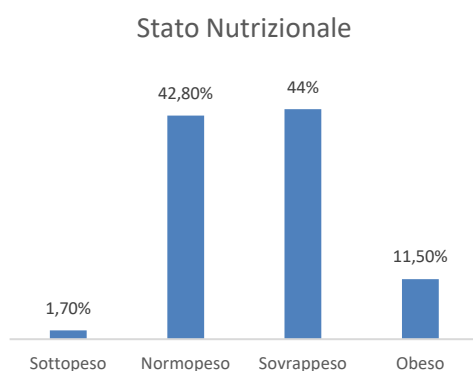


Figura 1.1 Stato nutrizionale. ASL Rieti Passi 2017-2020

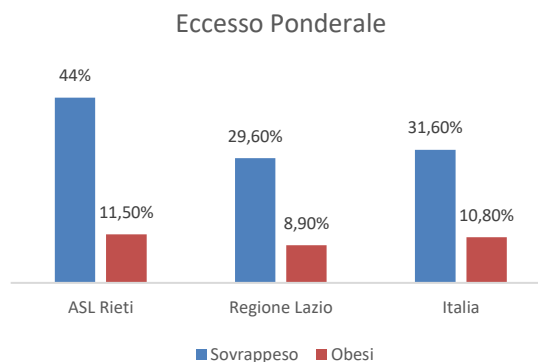


Figura 1.2 Eccesso ponderale. Confronto ASL Rieti-Regione Lazio- Italia

Tabella 1.1 – Eccesso Ponderale. Prevalenze per caratteristiche socio demografiche. Passi 2017-2020

Eccesso ponderale			
		Sovrappeso	Obesi
Totale		44%	11,5%
Classi di età	18-34	17,4%	3,1%
	35-49	32,3%	27,6%
	50-69	50,3%	69,3%
Sesso	Uomini	57%	43%
	Donne	43%	57%
Istruzione	Nessuna / Elementare	1,7%	2,4%
	Media inferiore	32,7%	44,1%
	Media superiore	51,6%	44,9%
	Laurea	14%	8,6%
Difficoltà economiche	Molte	6,8%	5,5%
	Qualche	36,5%	32,3%
	Nessuna	56,7%	62,2%
Cittadinanza	Italiana	91%	94,4%
	Straniera	9%	5,6%

In Italia, meno di 5 adulti su 10 consumano 1-2 porzioni di frutta o verdura al giorno, 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre appena 1 su 10 ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero 5 porzioni al giorno. Una piccola quota di persone dichiara di non consumare né frutta né verdura. [4]

Nella pool di ASL Rieti 2017-2020 la percentuale di intervistati che aderisce al five-a-day è del 15,9% (Figura 1.3), valore superiore a quello Regionale e Nazionale (Figura 1.4). [4]

Un'alimentazione ricca di frutta e verdura protegge dalla comparsa di diverse patologie ed aiuta a mantenere il peso corporeo nella norma. Consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, è un'abitudine che cresce con l'avanzare dell'età, tra le persone senza difficoltà economiche, tra le persone più istruite e di sesso femminile (Tabella 1.2).

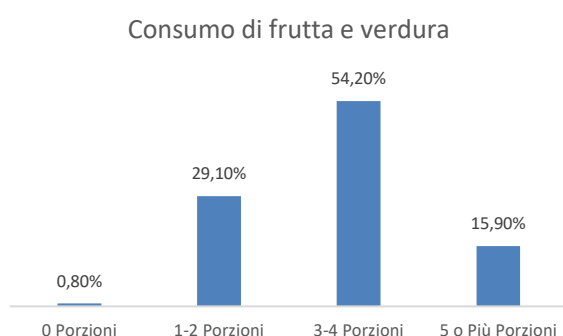


Figura 1.3 Consumo di frutta e verdura. Prevalenze per porzioni consumate ASL Rieti Passi 2017-2020

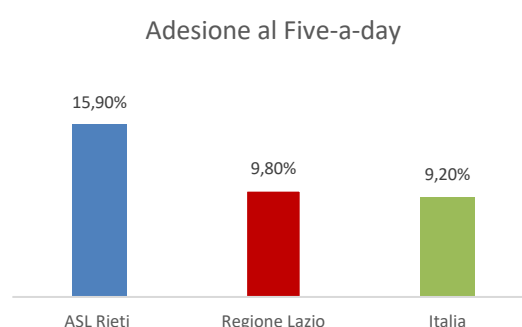


Figura 1.4 Adesione al five-a-day. Confronto ASL Rieti-Regione Lazio-Italia. Passi 2017-2020

Tabella 1.2 Adesione al five-a-day. Prevalenze per caratteristiche socio demografiche. ASL Rieti Passi 2017-2020

Adesione al five-a-day		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-34	15,4%
	35-49	18,3%
	50-69	66,3%
Sesso	Uomini	49,1%
	Donne	50,9%
Istruzione	Nessuna / Elementare	2,2%
	Media inferiore	36,6%
	Media superiore	45,1%
	Laurea	15,4%
Difficoltà economiche	Molte	6,3%
	Qualche	33,1%
	Nessuna	60,6%
Cittadinanza	Italiana	93,7%
	Straniera	6,3%

Anche il consumo di sale rientra tra i temi indagati dal sistema di sorveglianza Passi poiché risulta ormai noto che il consumo eccessivo di sale sia in grado di aumentare il rischio di patologie cardiovascolari correlate all'ipertensione arteriosa ma anche di altre malattie cronic-degenerative.

I dati PASSI riferiti al quadriennio 2017-2020 rivelano che il 46% delle persone intervistate fa attenzione o cerca di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati. L'uso consapevole del sale è più frequente fra le donne, nelle persone più mature di età, fra i residenti con cittadinanza italiana e in chi non ha difficoltà economiche. Anche l'istruzione gioca un ruolo importante, gli individui più istruiti hanno generalmente un'attenzione maggiore all'impiego di sale nell'alimentazione (Tabella 1.3).

Tabella 1.3 Attenzione al sale. Prevalenze per caratteristiche socio demografiche. Asl Rieti Passi 2017-2020

Attenzione al sale		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-34	13,8%
	35-49	24,1%
	50-69	62,1%
Sesso	Uomini	43,1%
	Donne	56,9%
Istruzione	Nessuna / Elementare	2,6%
	Media inferiore	29,4%
	Media superiore	51%
	Laurea	17%
Difficoltà economiche	Molte	4,9%
	Qualche	32,6%
	Nessuna	62,5%
Cittadinanza	Italiana	96,6%
	Straniera	3,4%

I dati sull'attenzione dei medici alla "salute a tavola" dei loro assistiti mostrano ancora una volta che il consiglio medico è uno strumento ancora poco utilizzato e in gran parte finalizzato al contenimento del danno. Mediamente fra quelli che hanno avuto un contatto con un medico o altro operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista solo il 34,4% riferisce di aver ricevuto il consiglio su un appropriato utilizzo del sale nella dieta.

Oltre al consumo generico di sale, PASSI raccoglie informazioni relative al consumo di sale iodato individuando le quote di persone che riferiscono di usare il sale iodato nella preparazione dei pasti in casa.

I dati relativi al quadriennio 2017-2020 evidenziano una buona consapevolezza dell'importanza di assumere iodio attraverso il sale iodato. Complessivamente il 68,7% delle persone intervistate sceglie di utilizzare sale iodato (Figura 1.5), valore superiore sia al dato Regionale che Nazionale (Figura 1.6). [5]

La quota di chi riferisce di usare il sale iodato è maggiore nella popolazione femminile, fra le persone socialmente più avvantaggiate per risorse economiche e fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri. (Tabella 1.4).

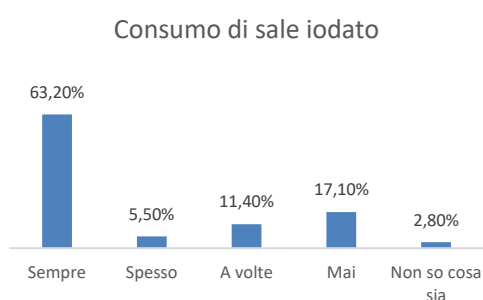


Figura 1.5 Consumo di sale iodato. ASL Rieti Passi 2017-2020

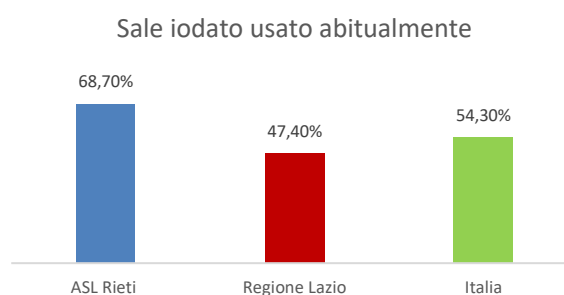


Figura 1.6 Sale iodato usato abitualmente. Confronto ASL Rieti-Regione Lazio-Italia. Passi 2017-2020

Tabella 1.4 Sale iodato usato abitualmente. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. Asl Rieti Passi 2017-2020

Sale iodato usato abitualmente		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-34	17,7%
	35-49	31,6%
	50-69	50,7%
Sesso	Uomini	37,9%
	Donne	62,1%
Istruzione	Nessuna / Elementare	2,2%
	Media inferiore	26,6%
	Media superiore	52,8%
	Laurea	18,4%
Difficoltà economiche	Molte	4,6%
	Qualche	35,5%
	Nessuna	59,9%
Cittadinanza	Italiana	94,7%
	Straniera	5,3%

Seppure una corretta alimentazione sia importante per mantenersi in buona salute essa da sola non può essere sufficiente. Per mantenersi in buona salute è necessario muoversi. La sedentarietà oltre a predisporre all'obesità può compromettere altri aspetti della salute. Uno stile di vita poco attivo è un fattore di rischio per molte patologie.

Nel periodo 2017-2020, nella ASL Rieti il 34,6% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata (Figura 1.7). Il 37,2% è classificabile come persona sedentaria, una quota che appare in linea alla media Regionale e Nazionale (Figura 1.8). [6]

Il campione ottenuto mette in evidenza che sono più sedentarie le persone che dichiarano di non avere alcuna difficoltà economica. Emergono differenze statisticamente significative legate all'età e al sesso: i giovani sono meno sedentari e le donne lo sono più degli uomini. Rispetto al titolo di studio, possiamo affermare che sono più sedentarie le persone con un livello di istruzione medio alto. Emergono differenze significative tra italiani e stranieri (Tabella 1.5).

Il ruolo chiave del medico di medicina generale e degli operatori sanitari è imprescindibile quando l'obiettivo è migliorare un fenomeno negativo come la sedentarietà. Dai risultati dell'indagine si può notare una minor attenzione nel consigliare l'attività motoria ai loro assistiti rispetto alla media Regionale e Nazionale (Figura 1.9). [6]

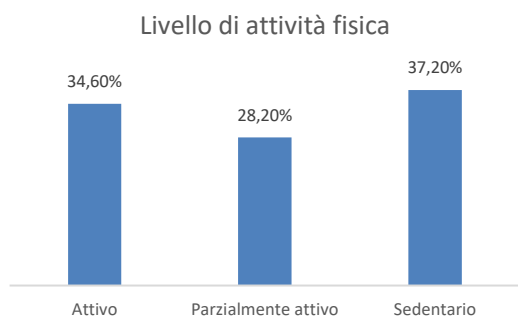


Figura 1.7 Livello di attività fisica. ASL Rieti Passi 2017-2020

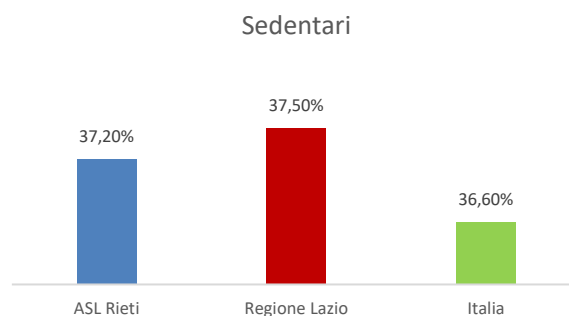


Figura 1.8 Sedentari. Confronto ASL Rieti- Regione Lazio- Italia Passi 2017 - 2020

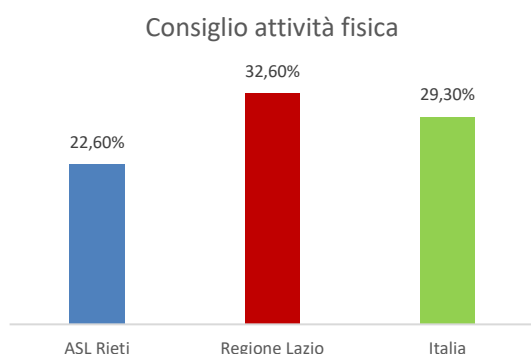


Figura 1.9 Consiglio attività fisica. Confronto ASL Rieti-Regione Lazio-Italia Passi 2017-2020

Tabella 1.5 Sedentari. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. ASL Rieti Passi 2017-2020

Sedentari		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-34	24,7%
	35-49	29,1%
	50-69	42,2%
Sesso	Uomini	40,6%
	Donne	59,4%
Istruzione	Nessuna / Elementare	2,7%
	Media inferiore	26,9%
	Media superiore	51,6%
	Laurea	18,8%
Difficoltà economiche	Molte	8%
	Qualche	32,3%
	Nessuna	59,7%
Cittadinanza	Italiana	89,7%
	Straniera	10,3%

Dal 2014 PASSI raccoglie informazioni su chi pratica mobilità attiva e fa uso della bicicletta o si muove a piedi per i propri spostamenti abituali. Oltre che vantaggiosa per l'ambiente, la mobilità attiva offre la possibilità di raggiungere i livelli di attività fisica raccomandati all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e avere benefici sulla salute. [6]

Il 26,6% delle persone intervistate pratica mobilità attiva e dichiara di aver usato la bicicletta e/o di essersi spostato a piedi per recarsi al lavoro, a scuola o per gli spostamenti abituali. Una quota decisamente più contenuta rispetto alla media Regionale e Nazionale (Figura 1.10). [6]

Il 2,7% degli adulti residenti nella provincia di Rieti utilizza la bicicletta per andare al lavoro, a scuola o per gli spostamenti quotidiani. È un'abitudine più frequente tra gli adulti di 50-69 anni di età, fra le donne, fra le persone senza difficoltà economiche e alto livello di istruzione (Tabella 1.6).

Il 24,9% delle persone tra i 18-69 anni di età ha dichiarato di aver percorso tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali. La percentuale di chi si muove a piedi è maggiore tra i 50-69enni, fra le donne e fra le persone senza difficoltà economiche o più istruite (Tabella 1.7).

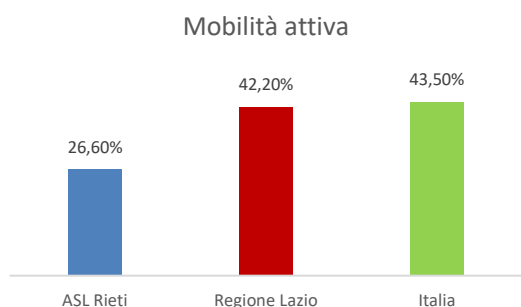


Figura 1.10 Mobilità attiva. Confronto ASL Rieti-Regione Lazio-Italia Passi 2017-2020

Tabella 1.6 Uso bicicletta
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Asl Rieti Passi 2017-2020

Uso bicicletta		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-24	6,5%
	25-34	12,9%
	35-49	29%
	50-69	51,6%
Sesso	Uomini	35,5%
	Donne	64,5%
Istruzione	Nessuna / Elementare	0,00%
	Media inferiore	16,2%
	Media superiore	58%
	Laurea	25,8%
Difficoltà economiche	Molte	3,2%
	Qualche	32,3%
	Nessuna	64,5%
Cittadinanza	Italiana	96,7%
	Straniera	3,3%

Tabella 1.7 Tragitto a piedi
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Asl Rieti Passi 2017-2020

Tragitto a piedi		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-24	13,9%
	25-34	17,6%
	35-49	29,7%
	50-69	38,8%
Sesso	Uomini	47,9%
	Donne	52,1%
Istruzione	Nessuna / Elementare	1,5%
	Media inferiore	28,2%
	Media superiore	50,2%
	Laurea	20,1%
Difficoltà economiche	Molte	6,2%
	Qualche	30%
	Nessuna	63,8%
Cittadinanza	Italiana	86,1%
	Straniera	13,9%

Complessivamente il 10% degli intervistati risulta fisicamente attivo (Figura 1.11), una quota decisamente più contenuta rispetto alla media Regionale e Nazionale (Figura 1.12). [6]

La quota di persone che raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati dall'OMS attraverso la mobilità attiva è maggiore tra i 50-69enni, fra gli uomini, fra le persone con livelli di istruzione alto e in chi dichiara di non avere difficoltà economiche (Tabella 1.8).

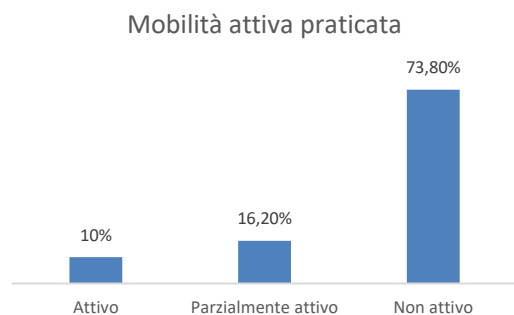


Figura 1.11 Mobilità attiva praticata
Asl Rieti Passi 2017-2020

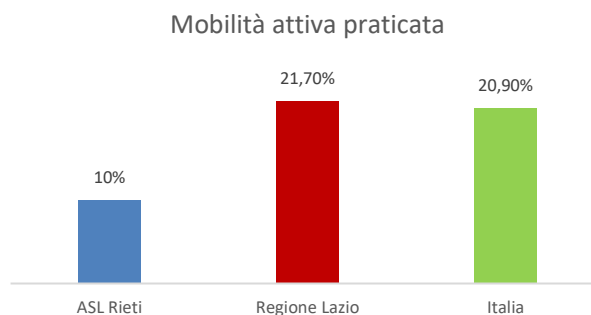


Figura 1.12 Mobilità attiva praticata
Confronto ASL Rieti-Regione Lazio-Italia. Passi 2017-2020

Tabella 1.8 Attivi per mobilità attiva praticata. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. Asl Rieti Passi 2017-2020

Attivi per mobilità attiva praticata		
Caratteristiche		%
Classi di età	18-24	11,8%
	25-34	20%
	35-49	26,4%
	50-69	41,8%
Sesso	Uomini	50,9%
	Donne	49,1%
Istruzione	Nessuna / Elementare	1,8%
	Media inferiore	32,8%
	Media superiore	41,8%
	Laurea	23,6%
Difficoltà economiche	Molte	11,8%
	Qualche	29,1%
	Nessuna	59,1%
Cittadinanza	Italiana	79,8%
	Straniera	20,2%

Conclusioni

La promozione della salute comporta la scelta di strategie efficaci tali da sviluppare nuove consapevolezze e conoscenze. Ciò che si intende perseguire è il prolungamento della vita in buona salute, ridurre le morti premature ed evitabili, migliorare le condizioni di benessere sociale al fine di raggiungere il più elevato standard di salute possibile.

Investire sulle risorse per la salute, contrastare i principali fattori di rischio e ottimizzare il sistema dei servizi, sono gli strumenti più efficaci per promuovere la salute.

Dalle informazioni desunte, che si arricchiranno con la prosecuzione della sorveglianza, sarà possibile monitorare la popolazione e seguirla nel tempo, calibrare gli interventi di prevenzione ognuno dei quali sarà mirato al conseguimento di uno specifico risultato. In questa maniera il sistema di sorveglianza PASSI fornisce informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione da adottare a livello locale.

PASSI è un Sistema di Sorveglianza in grado anche di favorire la crescita professionale del personale sanitario e consentire di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con altre realtà del Paese.

Sitografia

1 Baldissera S., Campostrini S., Binkin N., Minardi V., Minelli G., Ferrante G., et al.

Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008.
Prev Chronic Dis 2011;8(1):A24.

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/jan/10_0030.htm.

(ultimo accesso: 26/12/2021)

2 Epicentro (ISS), il sistema di sorveglianza

<http://www.epicentro.iss.it/passi/sorv-passi>

(ultimo accesso: 26/12/2021)

3 Epicentro (ISS), I dati per l'Italia

<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

(ultimo accesso: 26/12/2021)

4 Epicentro (ISS), I dati per l'Italia

<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta>

(ultimo accesso: 26/12/2021)

5 Epicentro (ISS), I dati per l'Italia

<http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sale>

(ultimo accesso: 26/12/2021)

6 Epicentro (ISS), I dati per l'Italia

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/mobilita-attiva>

(ultimo accesso: 26/12/2021)