

L'Equità per target

Piano Regionale della Prevenzione

Popolazione adulta 18 – 69 anni

Agosto 2024

PP02 – Comunità Attive

PP03 – Luoghi di lavoro che promuovono salute

PP04 – Dipendenze

PP05 – Sicurezza negli ambienti di vita

PP08 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

PL12 – Alimenti nutrizione e sicurezza

PL 13 – Percorso preventivo diagnostico terapeutico assistenziale delle MCNT

PL 14 – Screening oncologici

Procedura HEA

Profilo di salute e di equità

Progettazione partecipata

Programmazione

Azioni

Valutazione

Centro Regionale per la Salute Globale
Laboratorio di Equità



Introduzione:

Le **Malattie Croniche non trasmissibili (d'ora in poi MCNT)** sono responsabili di un numero significativo di decessi e di una quota rilevante di disabilità a livello mondiale, secondo i dati raccolti nell'ambito del **Global Burden of Disease (GBD)**, **degli Anni di Vita Corretti per Disabilità (DALY)** e **gli Anni di vita persi (YLL)**.

Le MCNT sono fortemente associate a una serie di fattori di rischio modificabili, tra cui stili di vita non salutari come una dieta squilibrata, il fumo, l'abuso di alcol e la sedentarietà. Inoltre, lo stress cronico e l'esposizione agli inquinanti ambientali giocano un ruolo significativo nell'insorgenza e nella progressione di queste patologie. La prevalenza di questi fattori di rischio sta aumentando rapidamente, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito, dove si osserva una transizione epidemiologica caratterizzata da un incremento delle MCNT parallelamente a un calo delle malattie infettive.

L'impatto delle MCNT non si limita alla salute individuale, ma si estende a livello sociale ed economico. Queste malattie comportano costi elevati sia per il sistema sanitario, a causa delle cure a lungo termine necessarie, sia per la società, a causa della perdita di produttività e della riduzione della qualità della vita. La gestione delle MCNT richiede quindi un approccio integrato, che combina prevenzione, diagnosi precoce.

La prevenzione delle MCNT è possibile attraverso cambiamenti comportamentali e interventi di salute pubblica. Promuovere l'adozione di uno stile di vita sano è fondamentale: attività fisica regolare, una dieta equilibrata ricca di frutta, verdura e cereali integrali, la riduzione del consumo di alcol e tabacco, e la gestione dello stress sono tutti elementi chiave per ridurre il rischio di sviluppare queste malattie. Inoltre, le politiche pubbliche volte a migliorare l'accesso a cure sanitarie di qualità e a promuovere ambienti salutari possono avere un impatto significativo nella riduzione del carico.

Ruolo delle Politiche Pubbliche

Le politiche pubbliche svolgono un ruolo cruciale nella lotta contro le MCNT. Ad esempio, le regolamentazioni che limitano il contenuto di grassi trans e zuccheri negli alimenti, o che promuovono l'etichetta nutrizionale chiara, possono contribuire a migliorare la qualità della dieta a livello di popolazione. Analogamente, le politiche che incoraggiano l'attività fisica, come la creazione di spazi verdi e infrastrutture per il trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), possono ridurre la sedentarietà e promuovere uno stile di vita sano.

Anche la regolamentazione dell'industria del tabacco e dell'alcol, attraverso misure come l'aumento delle tasse, il divieto di pubblicità e le restrizioni sulla vendita, può avere un impatto significativo nel ridurre il consumo di queste sostanze e, di conseguenza, l'alcol.

Accesso ai Servizi Sanitari

Un altro aspetto cruciale è l'accesso equo ai servizi sanitari. Le persone affette da MCNT spesso necessitano di cure mediche continue, che includono monitoraggio, trattamento farmacologico e, in alcuni casi, interventi chirurgici. È essenziale che i sistemi sanitari siano in grado di offrire questi

servizi in modo accessibile e sostenibile. Inoltre, l'integrazione delle cure primarie con la gestione delle MCNT può migliorare la diagnosi precoce e il trattamento, riducendo il rischio di complicazioni.

La telemedicina e l'uso di tecnologie digitali stanno diventando strumenti sempre più importanti per migliorare l'accesso alle cure, soprattutto nelle aree rurali o poco servite. Queste tecnologie consentono ai pazienti di monitorare i loro parametri di salute e di consultare i medici a distanza, facilitando una gestione più efficiente delle loro MCNT.

La lotta contro le MCNT richiede una collaborazione a livello globale. Organizzazioni internazionali come l'OMS, insieme a governi, ONG e il settore privato, devono lavorare in sinergia per affrontare questa sfida. Scambiando conoscenze, condividendo risorse e coordinando gli sforzi, è possibile sviluppare strategie più efficaci per prevenire e gestire le MCNT

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite riconosce l'importanza di ridurre l'impatto delle malattie croniche non trasmissibili, in particolare attraverso l'obiettivo di garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età (Obiettivo 3). Questo impegno globale è fondamentale per affrontare le disuguaglianze sanitarie e migliorare la qualità della vita a livello mondiale.

Le malattie croniche non trasmissibili rappresentano una delle sfide più urgenti e complesse per la salute pubblica del XXI secolo. Affrontarli richiede un approccio multidimensionale che coinvolga prevenzione, trattamento, politiche pubbliche e collaborazione internazionale. Ridurre il carico globale delle MCNT non solo migliorerà la salute e il benessere delle persone, ma contribuirà anche a ridurre la pressione sui sistemi sanitari e promuovere lo sviluppo sostenibile. In questo contesto, la sensibilizzazione continua e l'implementazione di interventi efficaci, restano fondamentali per costruire un futuro più sano e resiliente

La fonte dei dati:

L'evidenza applicata alla prevenzione. Potrebbe essere questo il motto del *Sistema di Sorveglianza Passi* (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviata nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana.

Passi viene disegnato come un sistema di sorveglianza gestito dalle Asl, che lo portano avanti in ogni fase, dalla rilevazione all'utilizzo dei risultati, giovandosi del supporto e dell'assistenza di un coordinamento centrale, che assicura la messa a punto e diffusione di procedure standardizzate di rilevazione (il piano di campionamento, il questionario standardizzato per la raccolta delle informazioni, strumenti di monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance nella rilevazione delle singole aziende) e di strumenti di analisi dei dati (per l'analisi dei dati aziendali e regionali), e assicura la comunicazione dei risultati (per esempio con la diffusione sul sito web dei principali risultati a livello nazionale e regionale).

Adattandosi bene al servizio sanitario regionalizzato, Passi è costruito dunque come sistema su tre livelli:

- un livello aziendale con le attività di rilevazione, registrazione dei dati, analisi e comunicazione alle comunità locali

- un livello di coordinamento regionale che prevede, tra l'altro, l'analisi e la comunicazione ai pianificatori regionali
- un livello centrale con compiti di progettazione, ricerca, formazione e sviluppo.

Tarato quindi sui bisogni locali, utile ai fini della programmazione regionale e aziendale e della verifica delle performance raggiunte e della eventuale adozione di misure correttive agli interventi già adottati, il sistema si è mostrato flessibile e adattabile a rispondere a esigenze generali o locali, anche in situazioni di emergenza (stagione 2009-2010 pandemia di influenza A/H1N1 2009-2010, terremoto de L'Aquila 2009) o per indagini mirate. Consulta la pagina dedicate ai focus.

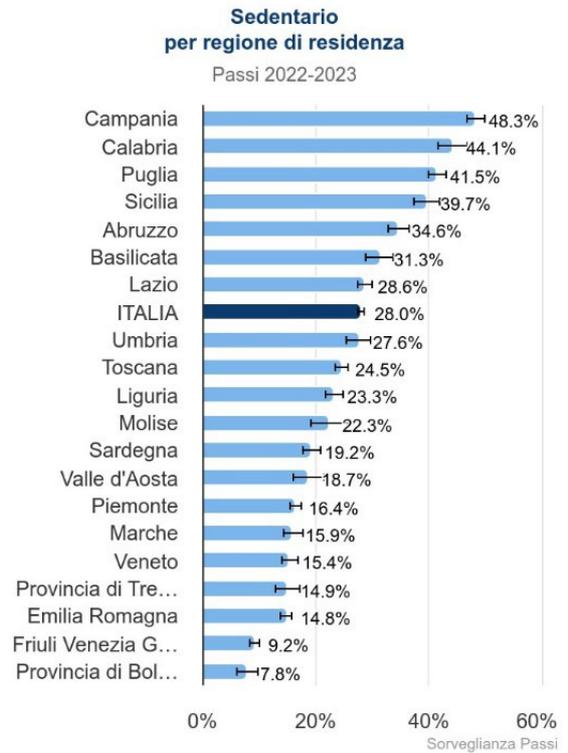
Per la gestione della comunicazione dei dati ai responsabili e la diffusione dei risultati al cittadino ci si avvale di una piattaforma web, ad accesso riservato, e di un sito web dedicato, aperto a tutti.

Tra gli obiettivi non secondari del **Sistema di Sorveglianza Passi**, quello di registrare l'opinione della popolazione sulla propria salute. L'indagine sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi. Passi vuole essere una vera e propria piattaforma di comunicazione che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità stesse.

Le disuguaglianze evidenziate dal Sistema di Sorveglianza PASSI:

Sedentarietà:

Le disuguaglianze regionali:

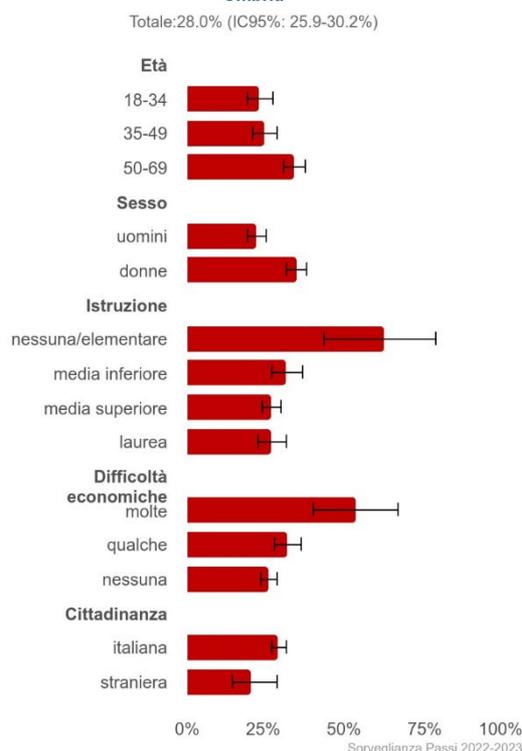


Le disuguaglianze socio economiche:

Vulnerabilità

La disuguaglianza si annida in modo evidente in alcuni determinanti di salute importanti quali il reddito, le persone che arrivano a fine mese con molte difficoltà economiche sono esposte ad un rischio doppio di essere sedentarie rispetto a chi non ha difficoltà. La stessa cosa si rivela per il livello di istruzione. Importanti sono anche le differenze per genere.

Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria



Prevenzione:

Esiste poi una forte disuguaglianza generata dagli operatori sanitari nel consiglio del medico per aumentare l'attività fisica. Questa dovrebbe essere una azione di contrasto alla disuguaglianza dove l'attività di consiglio o counselling breve strutturato sarebbe una azione essenziale con evidenze scientifiche forti. Esempio di cumulo di disuguaglianze:

	Regione n = 1596			Italia n = 63213			Valore più basso	25% percentile	75% percentile	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica	27.2	25.0	29.6	30.5	30.0	31.0				
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone con almeno un patologia cronica	40.6	34.7	46.7	44.9	43.6	46.1				
Consigliato dal medico operatore sanitario di fare più attività fisica tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	32.2	28.7	35.9	37.5	36.7	38.3				

Soggetto Donna, Obesa. Sedentaria, Con diabete, Basso livello di istruzione e basso reddito, a volte con sintomi di depressione.

- Vulnerabilità molto alta
- Scarsa possibilità di prevenzione
- Non riceve consiglio dal medico
- Difficoltà di accesso ai servizi
- Difficoltà di accedere alla sanità a pagamento
- Difficoltà nell'adesione alla terapia e alla prevenzione primaria
- Arredo Urbano non idoneo all'attività fisica
- Difficoltà strutturali della casa
- Stanchezza psicologica
- Lavoro poco remunerativo o senza lavoro
-

La mobilità attiva:

È stato ripetutamente dimostrato che la mobilità attiva a piedi e in bicicletta è associata a benefici multipli sulla salute: dalla riduzione del rischio cardiovascolare, di diabete e del peso corporeo al miglioramento dello stato di salute fisico e mentale. La letteratura scientifica indica anche che la mobilità attiva può determinare esiti di salute anche diffusi, come una percezione di maggiore supporto sociale e di minore stress, fino a una migliore salute soggettiva generale.

Per le persone che vanno in bicicletta o a piedi per almeno 150 minuti a settimana, come raccomandato dalle linee guida sull'attività fisica pubblicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il rischio di mortalità si riduce infatti del 10% [2]. Si calcola che, nell'Unione europea, ogni anno più di 100.000 morti premature potrebbero essere evitate se ogni adulto andasse a piedi o in bicicletta per 15 minuti in più al giorno. 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.

L'Umbria ha un 79% di persone in età compresa fra 18 e 69 anni che non sono considerate attive.

Le disuguaglianze regionali:

Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali per regione di residenza

Passi 2021-2022



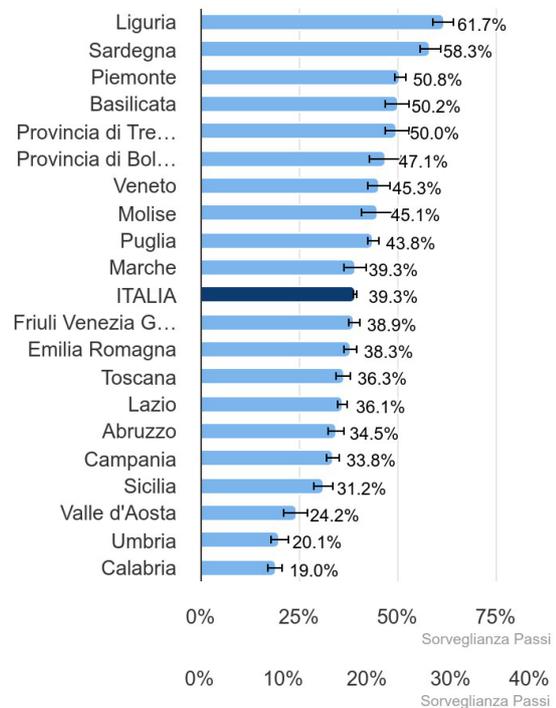
- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Sorveglianza Passi

Tragitti a piedi per gli spostamenti abituali per regione di residenza

Passi 2021-2022



0% 25% 50% 75%

Sorveglianza Passi

0% 10% 20% 30% 40%

Sorveglianza Passi

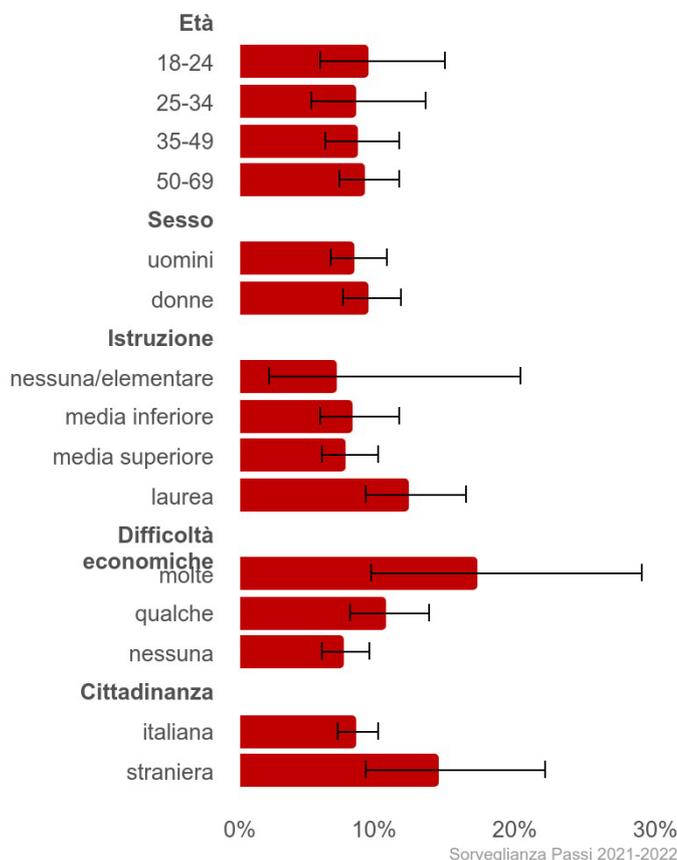
Le disuguaglianze socio economiche:

Nonostante si faccia riferimento a numeri relativamente piccoli, anche in questo caso ci sono differenze importanti legati al reddito, al livello di istruzione e alla cittadinanza.

In questo caso specifico le politiche di Urban Health sono essenziali (piste ciclabili, cammino in sicurezza, riduzione di aree trafficate e di inquinamento atmosferico, presenza di panchine ecc).

**Attivi per mobilità attiva praticata
per caratteristiche socio-demografiche
e stime di popolazione
Umbria**

Totale: 8.9% (IC95%: 7.5-10.4%)



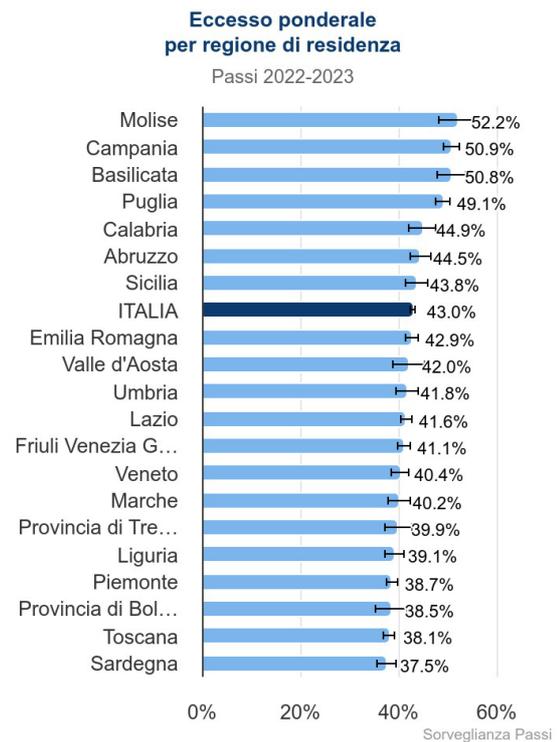
Sovrappeso e obesità:

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. Abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate determinano un eccesso di peso e, di conseguenza, un impatto considerevole sulla salute di una popolazione poiché favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e/o aggravano quelle preesistenti, riducono la durata della vita e ne peggiorano la qualità. Sovrappeso e obesità sono infatti i principali fattori di rischio oncologico: si stima che, globalmente, nel 2012 lo sviluppo di mezzo milione di nuovi tumori fosse attribuibile all'eccesso ponderale, con valori ancora più alti nella Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

Secondo il rapporto congiunto pubblicato a settembre 2018 dalla Fao (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura), dallo Ifad (Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo), dall'Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia), dal Programma alimentare mondiale (Wfp) e dall'Oms, intitolato "The state of food security and nutrition in the world 2018. Building climate resilience for food security and nutrition", nel 2017 nel mondo 672 milioni di persone (circa 1 su 8)

erano obese e 38,3 milioni di bambini sotto i 5 anni di età (5,6%) erano in sovrappeso. Il documento evidenzia il peso della disponibilità di cibo e della corretta alimentazione quali fattori di rischio per la salute in generale, nonché per lo sviluppo delle malattie croniche non trasmissibili (Mcnt) e il carico di morbosità e mortalità che ne comportano nel corso della vita. Il rapporto conclude richiamando la necessità di interventi e politiche sanitarie particolarmente attente ai gruppi di popolazione più vulnerabili.

Disuguaglianze regionali:



Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza

Passi 2022-2023

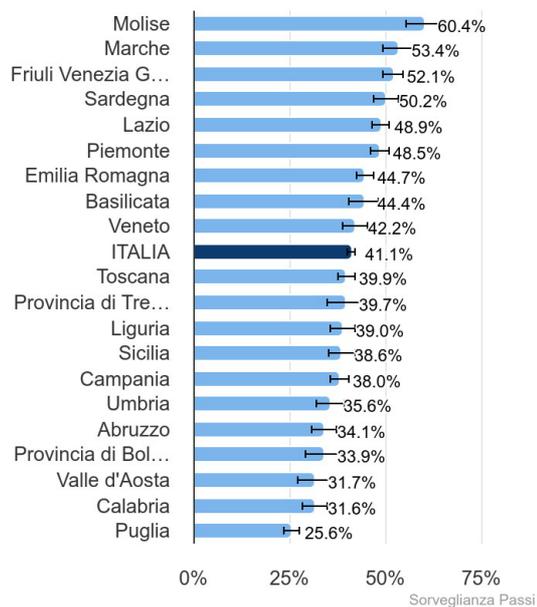


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza

Passi 2022-2023



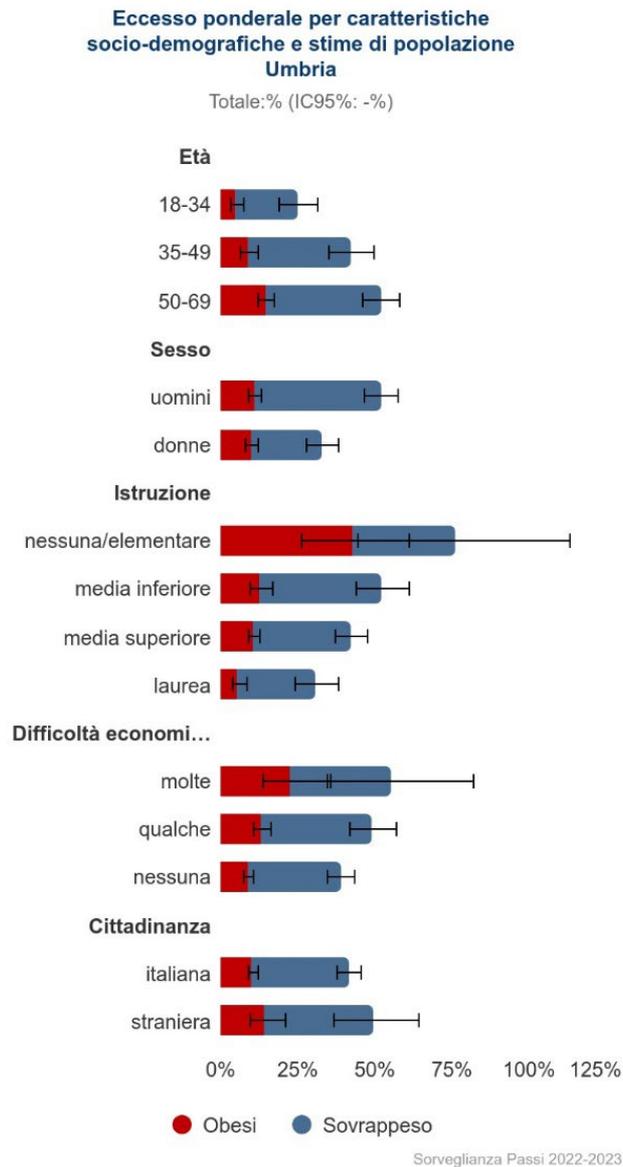
0% 25% 50% 75%

Sorveglianza Passi

Come si evidenzia dalla prima mappa l'Umbria ha un valore di eccesso ponderale (sovrappeso+obeso) nella media nazionale ma il consiglio di perdere peso da parte degli operatori sanitari è molto basso. Vanno sviluppate a tappeto le attività di counselling breve strutturato fra tutte le figure sanitarie.

Disuguaglianze socio economiche:

Le disuguaglianze sociali ed economiche mostrano lo stesso andamento dei determinanti di salute riguardo la sedentarietà. Le persone con una laurea hanno un rischio 6 volte inferiore di essere obese rispetto a quelle con istruzione elementare o nessuna. Le persone che non hanno nessuna difficoltà economica ha un rischio due volte e mezzo più basso rispetto all'obesità, di quelle che hanno molte difficoltà.



Corretta alimentazione:

Publicato nell'aprile 2019, il "Global burden of disease study 2017" ha valutato l'impatto di un consumo subottimale dei principali alimenti e nutrienti in termini di mortalità e morbosità nelle popolazioni di 195 Paesi. Attraverso un approccio di valutazione comparativa del rischio, è stata calcolata la proporzione di carico specifico di malattia attribuibile a ciascun fattore di rischio alimentare (anche indicata come frazione di mortalità attribuibile) negli adulti di 25 anni o più. Complessivamente, nel 2017, 1 morte su 5 è stata dovuta a una dieta insufficiente: sono stati attribuiti a fattori di rischio legati all'alimentazione 11 milioni di morti e 255 milioni di [Daly](#) (*Disability-adjusted life years*; una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura) [1]. Gli elementi nutrizionali a maggiore impatto per mortalità e Daly sia a livello globale sia nella maggior parte dei Paesi sono: assunzione elevata di sodio (3 milioni di morti e 70 Daly), basso apporto di cereali integrali (3 milioni di morti e 82 Daly), consumo insufficiente di frutta (2 milioni di morti e 65 Daly).

L'adozione di uno stile alimentare corretto e salutare si conferma un fattore protettivo per lo sviluppo di patologie neoplastiche: il rischio di sviluppare tumori può essere ridotto di un terzo attraverso alimentazione e attività fisica; un'analisi condotta dal World cancer research fund sulla relazione dose-risposta tra consumo di cereali integrali e tumore coloretto indica una riduzione del rischio del 17% per un consumo giornaliero pari a 90 grammi.

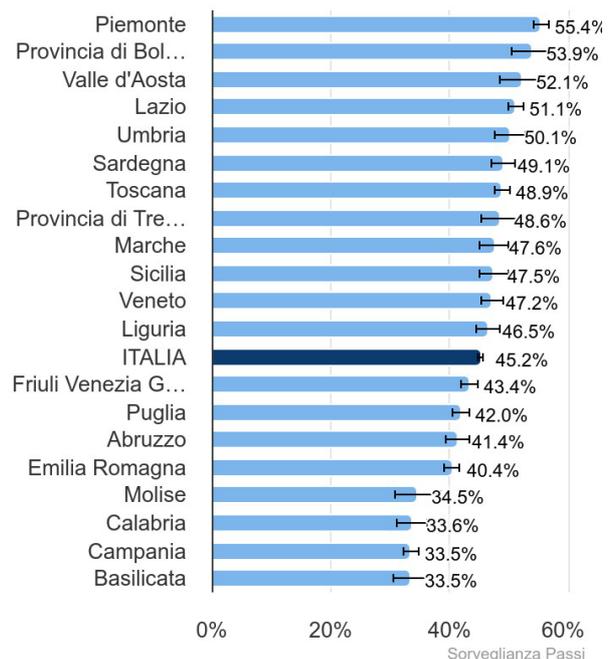
Le disuguaglianze regionali:

**Consumo quotidiano di almeno 3 porzioni
frutta e verdura
per regione di residenza**
Passi 2022-2023



Sorveglianza Passi

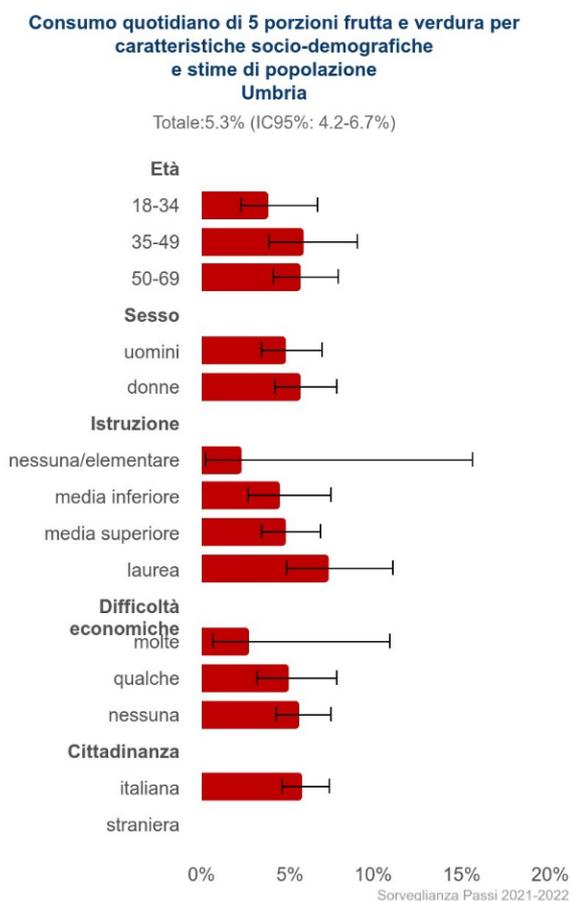
**Consumo quotidiano di almeno 3 porzioni
frutta e verdura
per regione di residenza**
Passi 2022-2023



Sorveglianza Passi

In Umbria la popolazione che consuma quotidianamente almeno tre porzioni di frutta e verdura è il 50%, tuttavia le 5 porzioni raccomandate dall'OMS sono assunte solamente dal 4,3% della popolazione contro un valore medio nazionale del 7%.

Anche in questo caso i determinanti più importanti sono le difficoltà economiche e il livello di istruzione. Importante ma con stima imprecisa per scarsa numerosità la cittadinanza.



Il consumo di sale

Un consumo eccessivo di sale aumenta il rischio di patologie cardiovascolari correlate all'ipertensione arteriosa ma anche di altre malattie cronic-degenerative, quali i tumori dell'apparato digerente, in particolare quelli dello stomaco, osteoporosi e malattie renali: per questa ragione se ne raccomanda un consumo moderato.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non si dovrebbe consumare una quantità di sale superiore ai 5 grammi al giorno, corrispondenti a circa 2 grammi di sodio, ma in Italia i livelli di consumo sono ancora ben lontani dai valori raccomandati. Restano fondamentali dunque sia la promozione di azioni di sensibilizzazione e di informazione sull'importanza della riduzione del consumo alimentare di sale sia il monitoraggio di quanto queste misure siano efficaci nel migliorare la consapevolezza dei cittadini su questo aspetto.

Disuguaglianze regionali:

Adulti che fanno attenzione al consumo di sale per regione di residenza

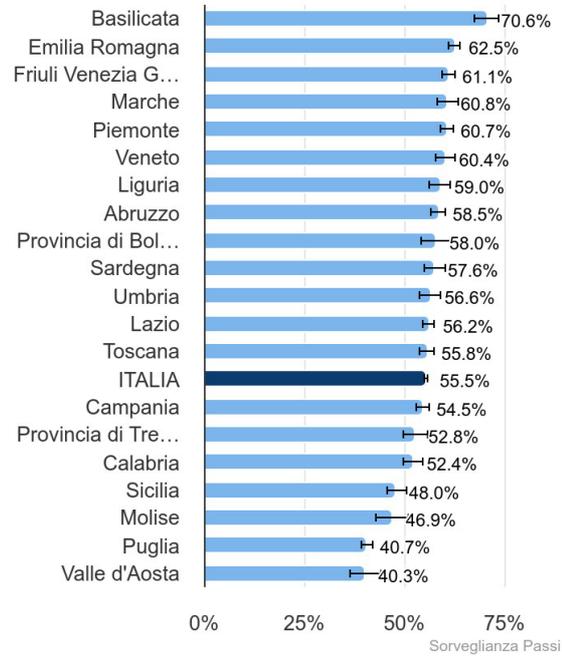
Passi 2021-2022



Sorveglianza Passi

Adulti che fanno attenzione al consumo di sale per regione di residenza

Passi 2021-2022



Sorveglianza Passi

Adulti che usano sale iodato abitualmente per regione di residenza

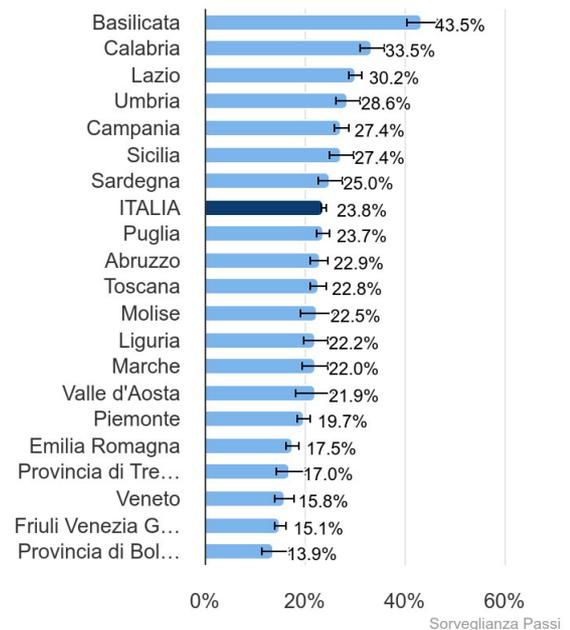
Passi 2021-2022



Sorveglianza Passi

Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale alla popolazione generale * per regione di residenza

Passi 2021-2022



Sorveglianza Passi

Consiglio di fare attenzione o di ridurre il consumo di sale alla popolazione generale * per regione di residenza

Passi 2021-2022

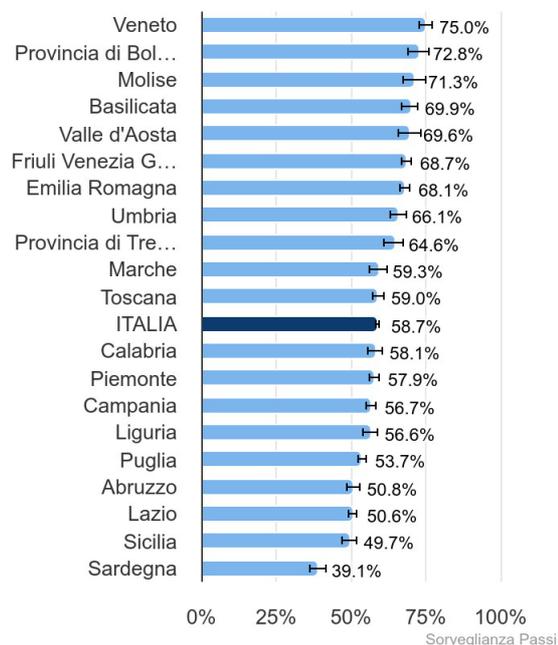


- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

Adulti che usano sale iodato abitualmente per regione di residenza

Passi 2021-2022



Sorveglianza Passi

Esistono delle differenze importanti, si evidenzia un fenomeno particolare, nelle aree dove si consuma meno sale o dove si sta attenti al consumo di sale, spesso il consiglio degli operatori sanitari è più basso. Questo significa che altri determinanti sono più importanti rispetto al consiglio, anche se dai dati non si rilevano differenze socio economiche importanti.

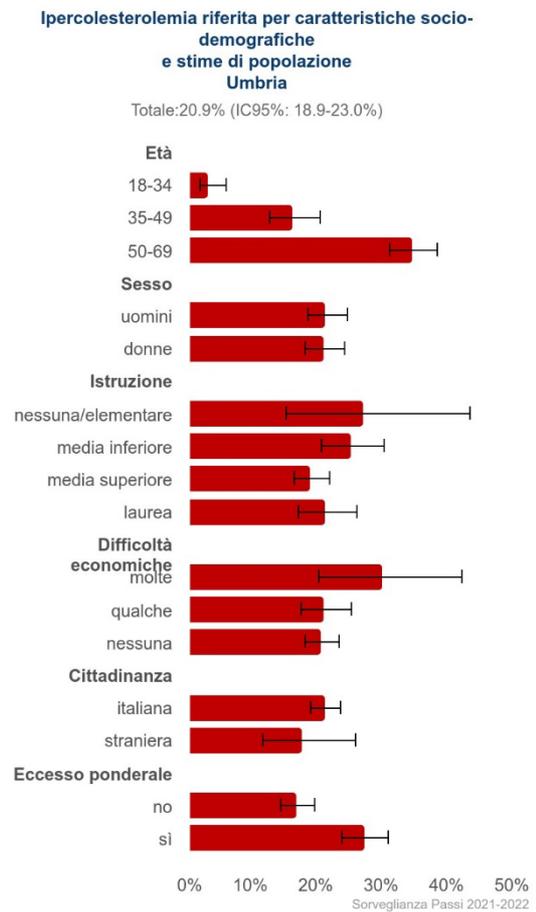
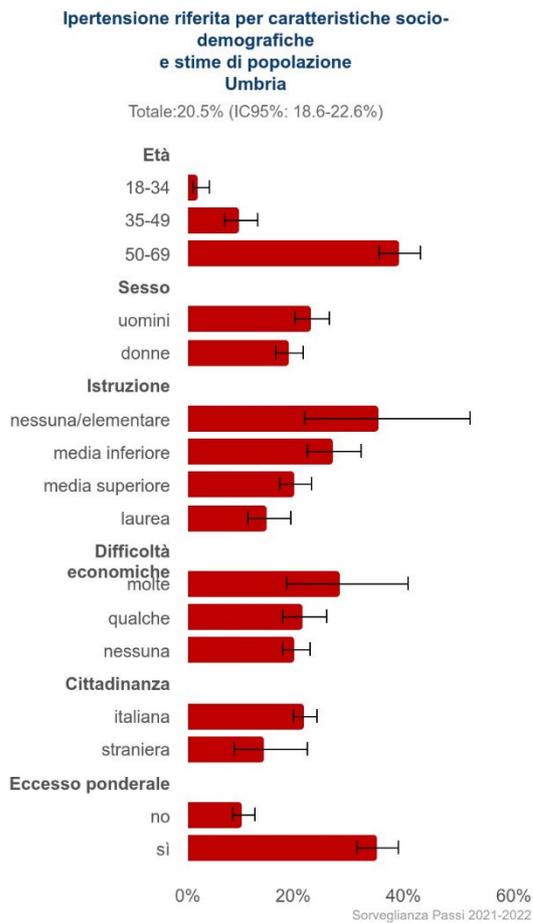
Rischio cardiovascolare:

La diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni. Le malattie cardiovascolari comprendono diverse patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità.

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

L'ipertensione e ipercolesterolemia: profilo delle persone che ne riferiscono la diagnosi

Le disuguaglianze socio economiche:



L'ipertensione è poco frequente fra i giovani adulti ma la sua diffusione cresce considerevolmente con l'età,

passando da poco più del 2% prima dei 35 anni al 35% fra i 50-69enni. Fortemente associata all'eccesso ponderale (supera il 29% fra le persone in sovrappeso/obese) è più frequente fra gli uomini (20% vs 18% fra le donne) e, come accade per gli altri fattori di rischio cardiovascolare legati agli stili di vita, è anche più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per disponibilità economiche o istruzione. Non vi è un chiaro gradiente geografico tuttavia le prevalenze più alte si registrano in alcune Regioni del Sud mentre le più basse nel Settentrione. L'analisi multivariata conferma come significative le differenze, per genere, età e status sociale.

L'ipercolesterolemia è anch'essa associata all'età (cresce da meno del 5% fra i 18-34enni al 30% fra i 50-69enni) e all'eccesso ponderale (è riferita dal 24% fra le persone in sovrappeso o obese e dal 14% fra le persone normo/sottopeso), sembra più frequente fra le donne e si associa allo svantaggio sociale, per istruzione o risorse economiche. Sembra anche esserci un gradiente geografico a svantaggio delle Regioni settentrionali.

L'ipertensione: diagnosi e trattamento

L'ipertensione è prevenibile perché associata a fattori modificabili, come il contenuto di s

ale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. È importante diagnosticarla precocemente, mediante controlli medici, per contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

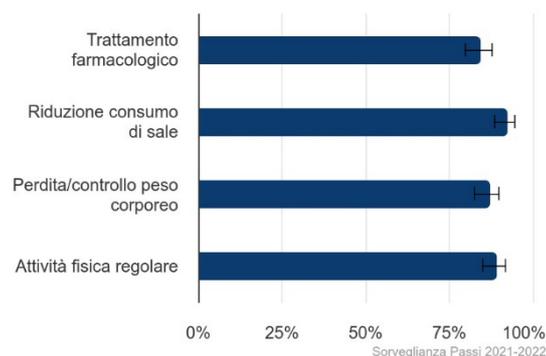
Dai dati PASSI 2021-2022 risulta che il 78% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e molti di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa, come diminuire il consumo di sale (84%), svolgere regolarmente attività fisica (79%) e controllare il peso corporeo (76%).

L'ipercolesterolemia: diagnosi e trattamento

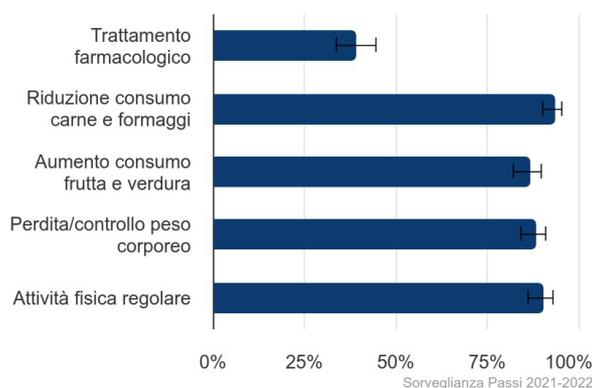
Come per l'ipertensione, l'identificazione precoce dell'ipercolesterolemia è importante. Anch'essa associata a fattori modificabili, legati alla alimentazione, l'obesità e l'inattività fisica, è importante venga contrastata con l'adozione di sane abitudini e quando non sufficiente con trattamento farmacologico.

Dai dati PASSI 2021-2022 quasi 4 persone su 10 fra gli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi (86%) e più frutta e verdura (77%), di fare regolare attività fisica (80%) e controllare il peso corporeo (72%).

Trattamento dell'ipertensione
Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto
Umbria



Trattamento dell'ipercolesterolemia
Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto
Umbria



Abitudine al fumo:

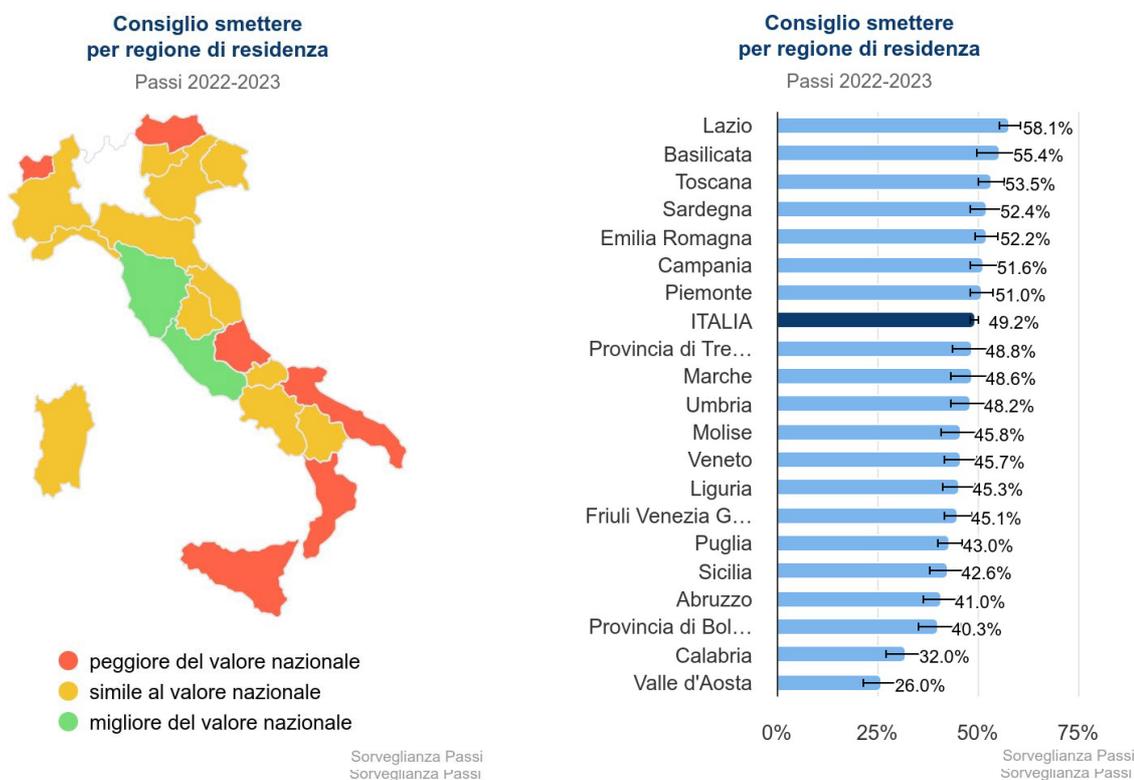
Il fumo di sigaretta e le caratteristiche dei fumatori

In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (59%) o ha smesso di fumare (17%), ma 1 italiano su 4 è fumatore (24%). Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia 22 fumatori su 100 ne consumano più di un pacchetto.

Il fumo di sigarette è più frequente fra gli uomini rispetto alle donne (28% vs 21%) e disegna un gradiente sociale significativo, coinvolgendo molto di più le persone con difficoltà economiche (36% vs 21% fra chi non ne ha) o con bassa istruzione (30% fra chi ha la licenza media o 26% fra chi ha al più la licenza elementare vs 18% fra i laureati). La variabilità territoriale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, come Umbria e Campania.

In questi ultimi 15 anni la percentuale di fumatori si è ridotta, lentamente ma significativamente, di circa 5 punti percentuali in media, passando dal 30% del 2008 al 24% del 2023. Questa riduzione coinvolge tutti ma con modalità e ritmi diversi. La quota di fumatori si riduce sia fra gli uomini che fra le donne ma fra queste la riduzione è stata più lenta e il risultato è che oggi le donne hanno in parte eroso il loro vantaggio storico sugli uomini, attestandosi a valori di prevalenza del fumo del 20% e 28% rispettivamente. La diminuzione si osserva anche trasversalmente per età, sia fra i giovani che fra le coorti più mature, ma fra queste ultime la riduzione è meno rilevante: fra i 18-24enni la quota di fumatori scende dal 36% al 27% ma fra i 50-69enni scende meno e più lentamente, dal 24% al 22%.

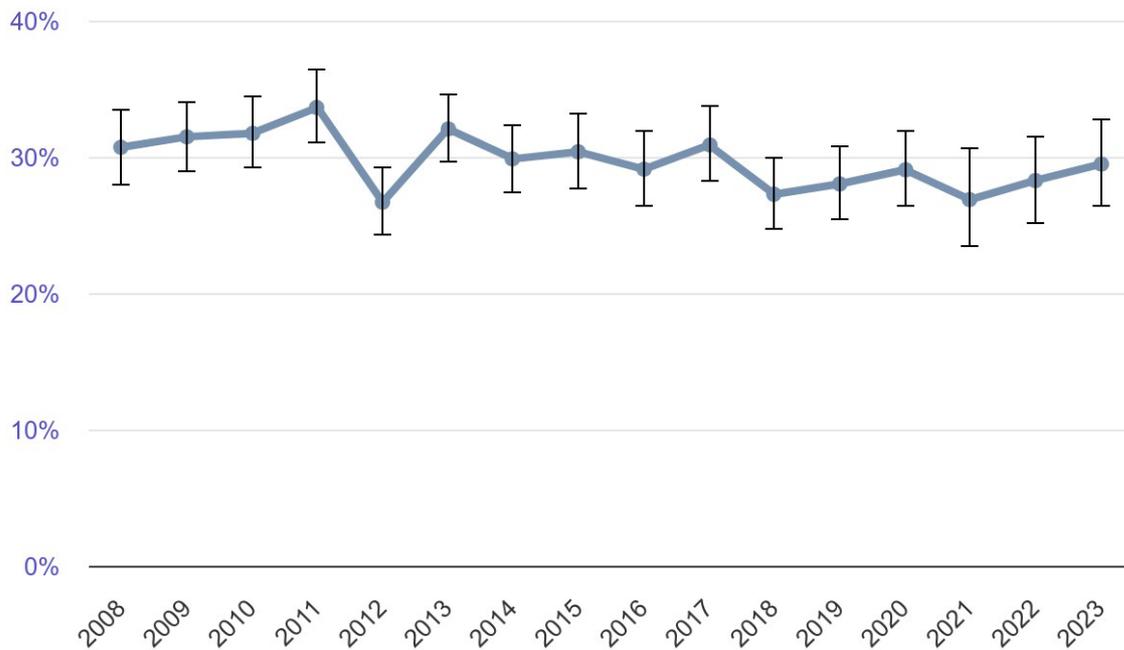
Disuguaglianze per regione:



Nonostante l'Umbria sia da anni la regione italiana con il numero più alto di fumatori in percentuale sulla popolazione 18 – 69 anni. Le politiche e le strategie per ridurre il valore non sono state efficaci e lo dimostra il trend regionale che a differenza di altre regioni e della media nazionale non è in diminuzione.

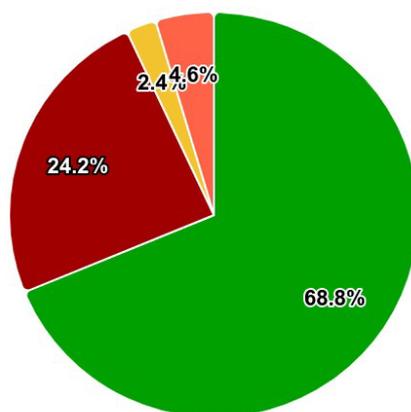
Trend annuale Fumatore Regione Umbria

Passi 2008-2023



Utilizzo composto di sigarette tradizionali e dispositivi elettronici - Umbria

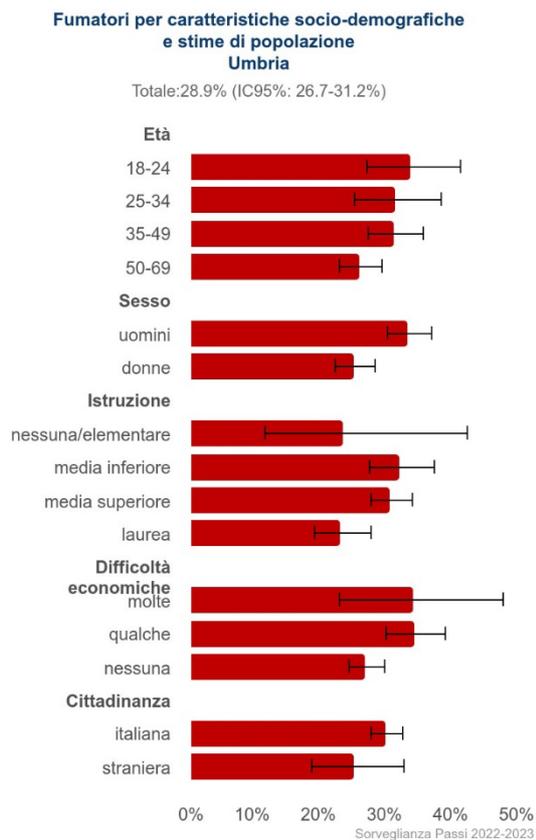
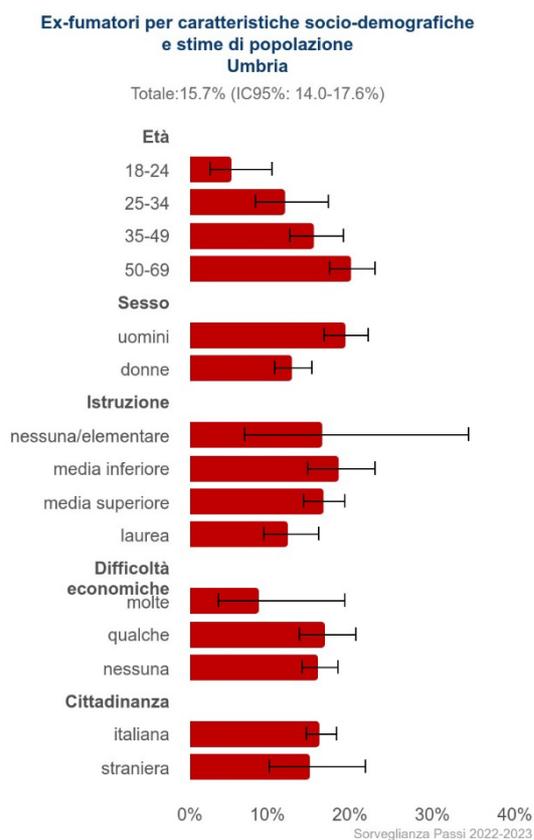
i Passi



- Né sigarette né dispositivi elettronici
- Esclusivamente sigarette
- Esclusivamente dispositivi elettronici
- Sigarette + dispositivi elettronici

Sorveglianza Passi 2022-2023

Disuguaglianze socio economiche:

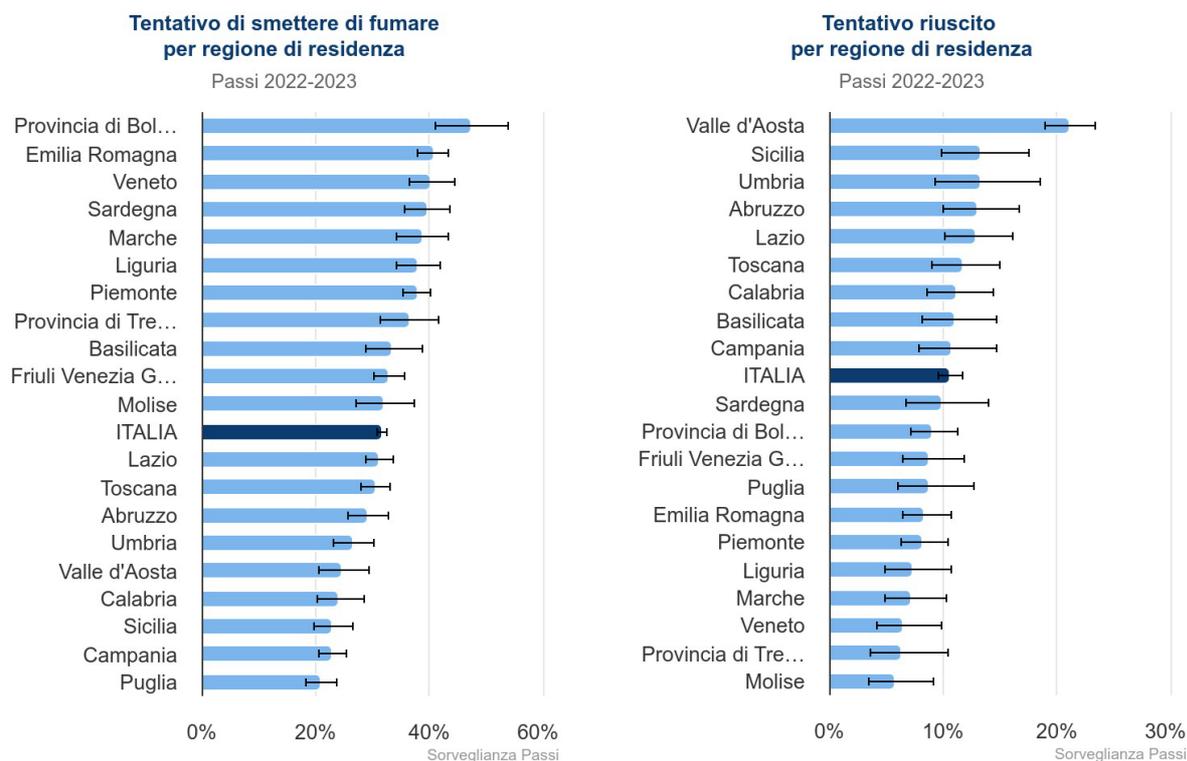


Il fumo passivo, ossia l'inalazione involontaria di fumo di tabacco disperso nell'ambiente, che comprende il fumo prodotto sia dalla combustione lenta della sigaretta o di altro prodotto del tabacco da fumo (come sigari, pipe e sigaretti) sia dall'espiazione del fumo dal fumatore, diluito con aria dell'ambiente, 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. L'esposizione al fumo passivo comporta l'inalazione involontaria di sostanze cancerogene e di altri componenti tossici e nocivi per la salute, aumentando il rischio di gravi patologie; i bambini con almeno un genitore fumatore incorrono in infezioni delle basse vie respiratorie, in asma bronchiale e otite media, mentre gli adulti esposti al fumo in casa e/o sul lavoro sono affetti da malattie ischemiche del cuore, cancro del polmone, esacerbazione di asma bronchiale e sintomi respiratori.

In Italia, il fumo passivo sarebbe responsabile di un migliaio di morti l'anno e il rischio cumulativo di morte per tumore polmonare è di un morto ogni 1000 persone esposte al fumo passivo, un valore comunque elevato anche se di molto inferiore a quello dei fumatori attivi (380 morti ogni 1000 fumatori).

Fumo passivo							
	Regione n = 1600			Italia n = 63790			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto ● peggiore ● simile rispetto al valore nazionale ● migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre nei locali pubblici							
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro	95.7	94.1	96.8	95.4	95.1	95.7	
Astensione dal fumare nella propria abitazione	84.7	82.8	86.4	85.3	84.9	85.6	
Astensione dal fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	94.2	91.3	96.2	90.0	89.3	90.7	

È importante evidenziare anche alcune disuguaglianze nel tentativo di smettere di fumare.



La cosa che salta immediatamente all'occhio è che mentre per il tentativo di smettere di fumare l'Umbria sia una regione con un valore inferiore a quello nazionale, poi nel tentativo riuscito invece è ai primi posti. Questo ci fa pensare che dovrebbe essere aumentata l'attività di counselling e anche la continuità delle attività dei Centri anti-fumo a livello distrettuale.

Consumo di alcol:

Il consumo di prodotti alcolici (sostanze psicoattive che possono portare a dipendenza) è associato allo sviluppo di numerose malattie croniche non trasmissibili (Mcnt) e può creare dipendenza; provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio non solo chi lo assume ma anche il contesto sociale di riferimento. Bere alcolici, infatti, può condurre a maggiore incidentalità stradale e correlata invalidità, nonché indurre comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, abbandoni e incapacità di costruire legami affettivi stabili.

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 (la sindrome alcolico fetale - Fetal alcohol *sindrome*, Fas - è la più grave delle patologie del feto indotte dall'assunzione di alcol durante la gestazione).

In Italia, secondo i dati del Global Burden of Disease Study dell'Institute for health metrics and evaluation (Ihme), pur se con un decremento del 18,8% nell'intervallo temporale 2007-2017, il consumo di alcol si conferma il sesto dei primi dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità. Dalle stime dell'Istat e dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore di sanità (Iss) emerge che circa 35 milioni di italiani sopra gli 11 anni di età consumino bevande alcoliche (78,1% di uomini e 53,5% di donne) e che, di questi, più di 8,6 milioni abbiano una modalità del bere a rischio. Il dato più allarmante riguarda i minori ai quali vendita e somministrazione di bevande alcoliche sono vietate fino ai 18 anni di età; ugualmente preoccupanti rimangono i valori di giovani sino ai 24 anni e gli anziani che consumano bevande alcoliche. Nel nostro Paese, l'esposizione all'alcol è causa di circa 39 mila accessi al Pronto soccorso, con diagnosi principale di abuso di alcol episodico.

Che cosa è l'unità alcolica standard

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



Definizioni di consumatori di alcol e di consumatori a maggior rischio

1. **Consumo di alcol** è la condizione di un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Il consumo di alcol a maggior rischio è definito, per ciascun sesso, in base alla quantità di alcol abitualmente ingerito e alle modalità di consumo alcolico.
2. Per quanto riguarda il consumo abituale, diverse istituzioni sanitarie, tra cui i [Cdc](#), fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche consumate in media al giorno:

- soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni
- soglia del consumo moderato per le donne = 1 unità alcolica in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato.

Passi stima il consumo medio di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo. Il consumo complessivo mensile viene calcolato moltiplicando questi due valori; dividendo il prodotto per 30 si ottiene il consumo medio giornaliero.

3. Per quanto riguarda il consumo episodico, l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi.

Diverse istituzioni sanitarie, tra cui i Cdc, fissano livelli soglia differenti nei due sessi, e precisamente:

- per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione
- per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "**consumo binge**".

Passi stima il consumo alcolico domanda riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate.

4. Una modalità di consumo a maggior rischio è l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici.

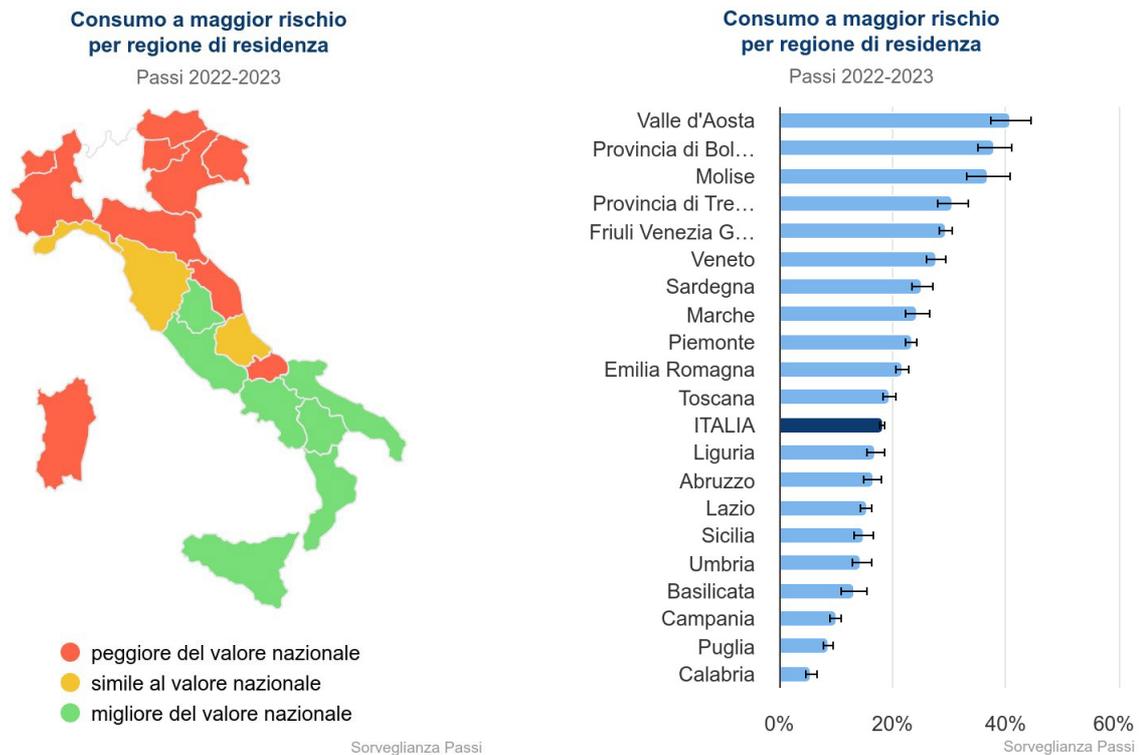
L'Oms elenca il consumo fuori pasto tra i fattori, che determinano un aumento della mortalità, e perciò lo include nel calcolo dell'indice "*Patterns of drinking score*", che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato.

L'assunzione negli ultimi 30 giorni di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto

viene definita **consumo fuori pasto**.

Passi stima questa modalità di consumo alcolico tramite una specifica domanda.

Le disuguaglianze regionali:

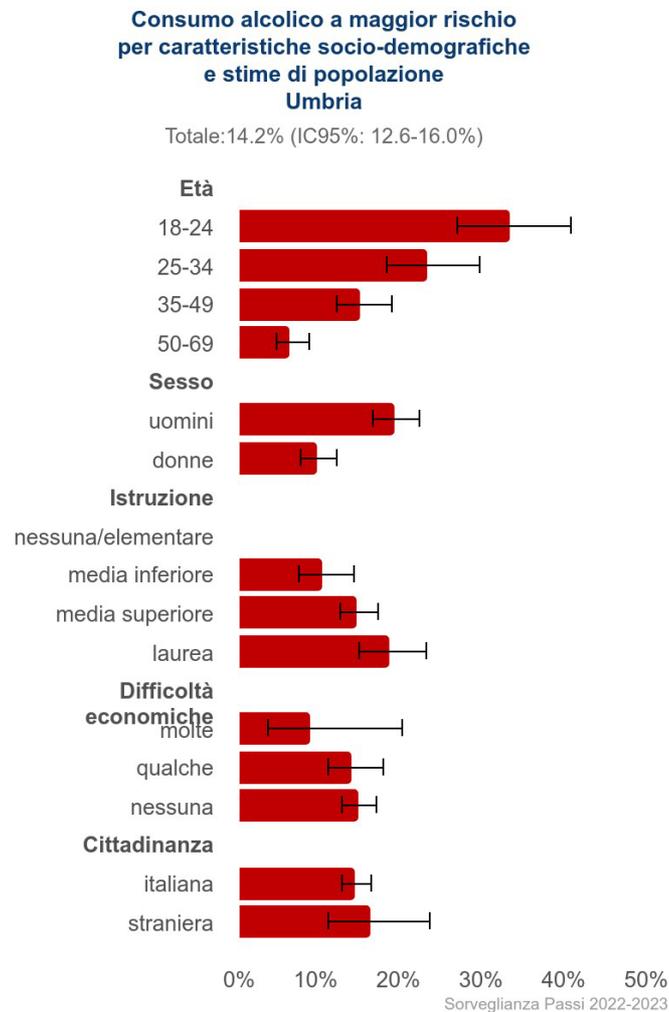


Il consumo di alcol a “maggior rischio” resta una prerogativa dei residenti nel Nord Italia (con un trend in aumento) in particolare in Valle d’Aosta e PA di Bolzano, seguite, tra le Regioni settentrionali, dalla PA di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia. Tra le Regioni del Sud, il Molise ha la percentuale di consumatori di alcol a “maggior rischio” più alta della media nazionale e paragonabile a quella della PA di Bolzano. Anche il consumo di tipo *binge* è una prerogativa dell’Italia settentrionale (dove si registra anche un aumento significativo dal 2010) e in particolare del Nord Est, ma Molise e Sardegna si distinguono negativamente fra le Regioni meridionali (il Molise fa registrare una delle quote più alte del Paese).

Disuguaglianze socio economiche

Le differenze di genere sono significative a sfavore degli uomini ma non mancano campanelli di allarme fra le donne. Dal 2010, si osserva fra gli uomini un progressivo aumento del consumo a maggior rischio e una tendenziale e lenta riduzione del binge drinking; fra le donne invece il consumo di alcol a maggior rischio sembra stabile, ma va aumentando la componente del consumo di tipo binge e sebbene fra le donne resti significativamente inferiore a quello degli uomini, le differenze di genere vanno riducendosi.

Le differenze per età invece si mantengono nel tempo, con un consumo a maggior rischio fra i più giovani 18-24enni che resta sempre circa 3 volte maggiore di quanto si osserva fra le generazioni più mature dei 50-69enni, ma mentre resta tendenzialmente alto e stabile nel tempo, il consumo a maggior rischio fra le generazioni degli ultra 35enni aumenta grazie alla crescita della componente del binge drinking.



Il fenomeno del binge drinking è più elevato nelle persone giovani, uomini, laureate, e con poche difficoltà economiche.

Percezione del rischio di incidenti domestici:

Il rischio di infortunio domestico dipende dai pericoli presenti in casa e dalle caratteristiche delle persone. 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.

Tra i rischi per la sicurezza bisogna considerare quelli strutturali, meccanici, elettrici, da esplosione che sono, a seconda dei casi, rappresentati da pavimenti irregolari, scale, arredi, strumenti da taglio, attrezzature usate per cucinare, riparare, costruire, lavorare il giardino o nel tempo libero, cavi elettrici scoperti, prese non protette, collegamenti non idonei, presenza di gas, vapori e liquidi infiammabili, polveri, combustibili.

Quando in una casa ci sono molti pericoli, come quelli descritti, il rischio di incidente aumenta significativamente, soprattutto se si verificano comportamenti o movimenti inappropriati, frequenti nei bambini, per la loro insufficiente competenza e negli anziani per problemi connessi alla forza muscolare, alla presenza di malattie o a deficit di attenzione.

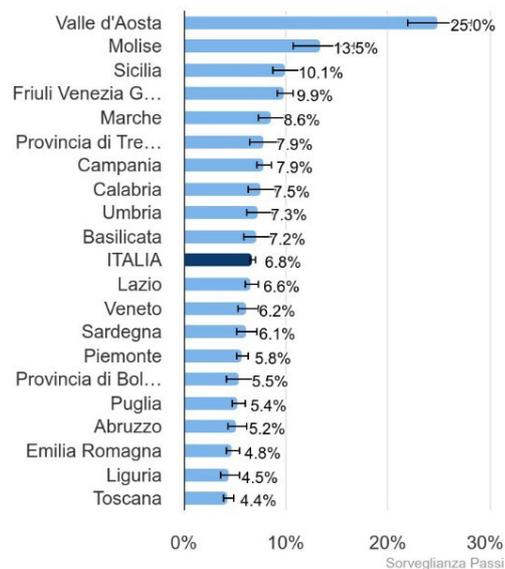
Per ridurre i pericoli in casa e i comportamenti inappropriati è indispensabile che le abitazioni siano rese strutturalmente più sicure e che si diffonda la consapevolezza dei rischi e la competenza nell'individuare i pericoli, in particolare tra i genitori, le persone anziane, le persone che fanno lavoro domestico. Passi sostiene le attività di prevenzione e comunicazione, rilevando sistematicamente la prevalenza a 12 mesi di incidenti domestici e la percezione del rischio, nella popolazione di 18-69 anni, ma anche l'esposizione a interventi di prevenzione e informazione.

Le disuguaglianze regionali:

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza
Passi 2022-2023



Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza
Passi 2022-2023

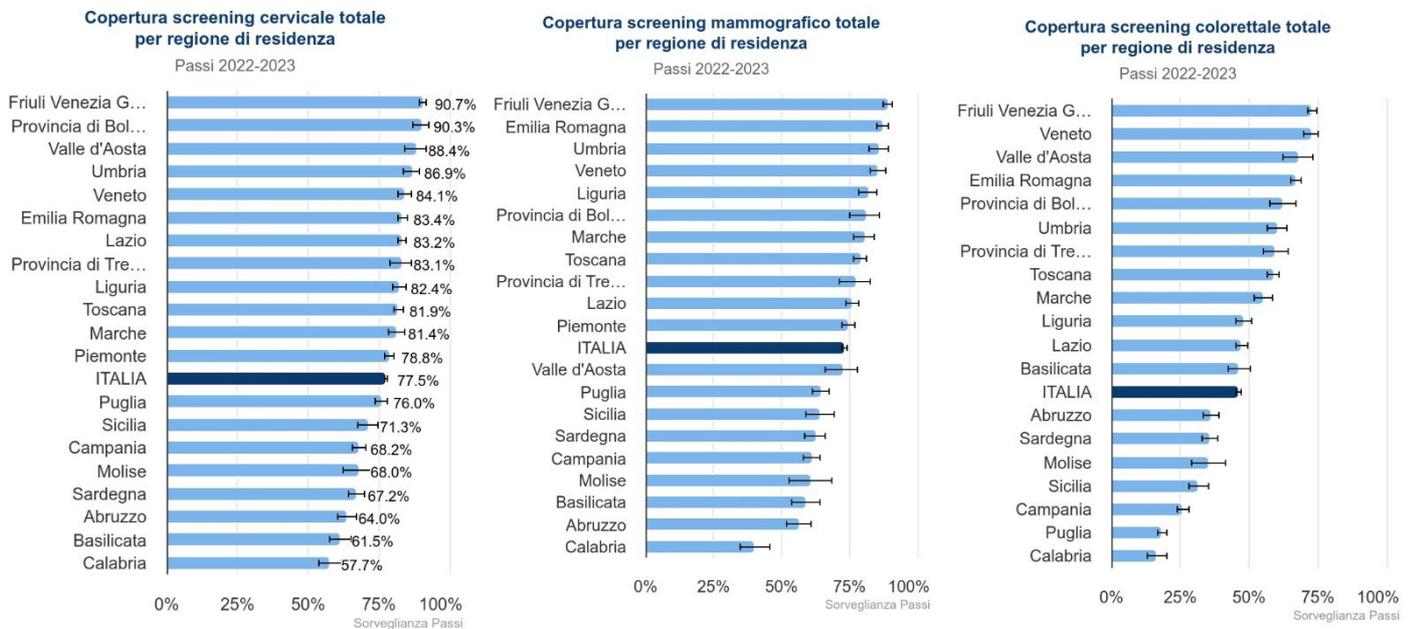


In questo caso non prevale il solito gradiente nord-sud ma le differenze regionali sono notevoli l'Umbria ha un valore del 7%.

Le differenze socio economiche evidenziano un valore più alto di infortuni domestici che hanno richiesto cure fra le persone con molte difficoltà economiche 18%. Le informazioni sono molto scarse.

Screening Cervicale, mammografico e coloretale

Per quanto riguarda gli screening di popolazione, l'Umbria ha un'ottimo risultato, mantenuto anche durante il COVID: Si riscontrano poche disuguaglianze socio economiche. Questo indica che quando l'informazione e la sensibilizzazione sono capillari si riducono fortemente le disuguaglianze.



La depressione:

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 sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento. I sintomi 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.

Per quanto riguarda la diagnosi, elevati livelli di accuratezza e riproducibilità si ottengono con la somministrazione della Structured Clinical Interview – Axis I (SCID-I), un'intervista psichiatrica strutturata basata sui criteri descritti nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR, ma nell'ambito delle cure primarie, il sospetto diagnostico viene posto usando metodi semplici e rapidi.

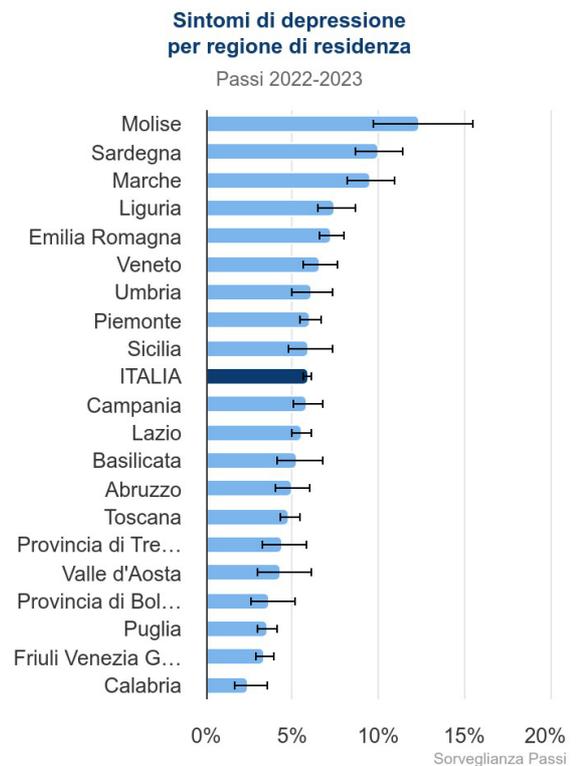
Esistono trattamenti farmacologici e psicoterapici efficaci per la depressione e le persone affette da questo disturbo dovrebbero ricevere una diagnosi specialistica tempestiva e un trattamento appropriato, ma nel nostro ed in altri paesi il disturbo depressivo maggiore resta spesso non riconosciuto e non trattato.

La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo risulta associato ad altri problemi di salute mentale (come il disturbo d'ansia e quello da stress post traumatico), malattie (come le cardiovascolari, l'ictus, il morbo di Parkinson), a comportamenti nocivi (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 frequenza di disturbo depressivo maggiore è in aumento e, secondo i dati Oms, esso affligge più di 350 milioni di persone in tutto il mondo, rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia, la prima nei Paesi ad alto reddito. Secondo stime effettuate con dati 2010, dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme), la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di anni di vita persi per disabilità e morte prematura, rappresentando così la quarta causa principale di Daly.

A livello della popolazione, è necessario mettere sotto sorveglianza sia la prevalenza di disturbi depressivi, che può modificarsi a seguito di crisi economiche, disastri e aumento della diseguità sociale, sia la percentuale di diagnosi tempestive e trattamenti appropriati. La sorveglianza infine dovrebbe consentire di monitorare i disturbi depressivi nei segmenti della popolazione più vulnerabili.

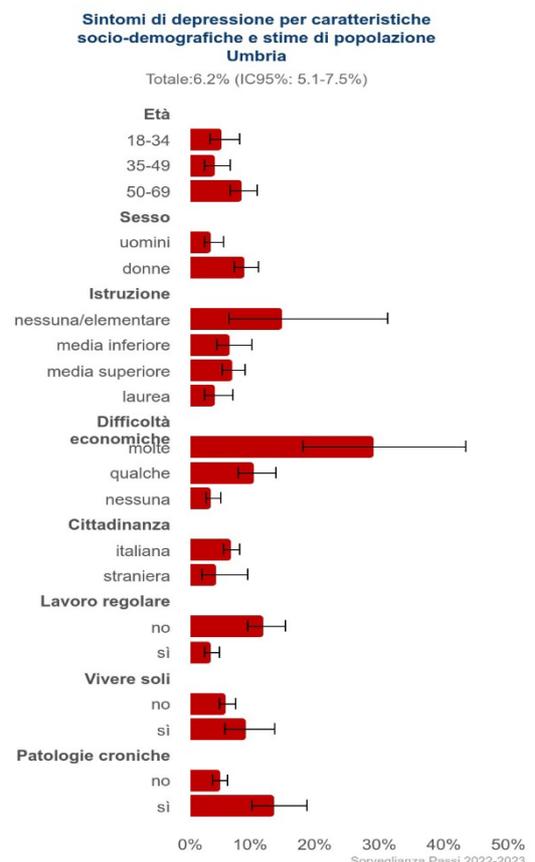
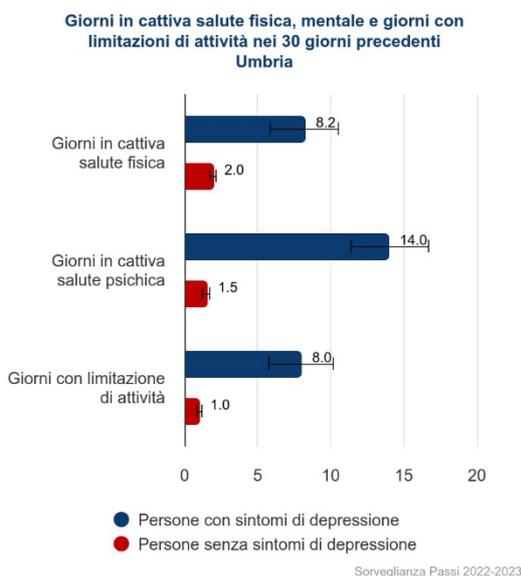
Disuguaglianze regionali:



L'Umbria ha livelli di depressione nella popolazione adulta piuttosto elevati anche se nella media nazionale.

Disuguaglianze socio economiche

Nell'ambito dei sintomi depressivi le disuguaglianze socio economiche sono molto evidenti. Il peso della depressione è molto più elevato nelle persone con difficoltà economiche, bassa istruzione, nelle donne, nelle persone che hanno molte patologie croniche. Il peso della depressione sulla qualità della vita è evidente nel grafico sotto riportato.



Per la popolazione in età lavorativa, le azioni di promozione della salute mirano a migliorare il benessere fisico e mentale, ridurre i rischi associati all'ambiente di lavoro e favorire uno stile di vita sano. Gli interventi devono considerare le esigenze specifiche dei lavoratori precari, dei dipendenti in settori a rischio, dei lavoratori con disabilità e di coloro che affrontano difficoltà economiche o sociali.

Le azioni in atto e possibili in Umbria:

Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro

Programmi di prevenzione : promozione nelle Aziende di programmi anche semplici di promozione della salute, sono attivi diversi programmi:

Schema del Programma WHP - Aziende che Promuovono Salute

Obiettivi Principali:

- Promuovere uno stile di vita sano
- Migliorare il benessere psicologico.
- Prevenire le malattie croniche.
- Aumentare la produttività e ridurre i costi sanitari aziendali e personali

Aree Tematiche di Intervento:

- Alimentazione Sana
- Educazione alimentare.
- Accesso a cibi sani (es. frutta gratuita, mense salutari).
- Attività Fisica
- Sconti per palestre e aree attrezzate in azienda.
- Contrasto al fumo

Spazi

- Programmi di supporto per smettere di fumare
- Benessere Psicologico
- Servizi di counseling sui principali fattori di rischio comportamentali
- Iniziative per migliorare l'ambiente di lavoro.

Sicurezza Stradale e Mobilità Sostenibile

- Incentivi per mezzi pubblici
- Sensibilizzazione sulla guida sicura

Processo di adesione al programma

- Valutazione delle Necessità
- Analisi delle esigenze di salute dei dipendenti tramite indagini e dati sanitari.
- Progettazione degli interventi

Definizione di un piano d'azione con iniziative specifiche

- Implementazione delle Azioni
- Messa in pratica delle iniziative in azienda

Monitoraggio e Certificazione

Valutazione dell'efficacia delle azioni e ottenimento della certificazione WHP

Altre azioni da intraprendere

Interventi per la Salute Mentale e il Benessere Psicologico

- Supporto psicologico e consulenza :
- Prevenzione dello stress da lavoro correlato
- Formazione sui rischi psicosociali

Incentivi per uno Stile di Vita Sano

- Programmi di sensibilizzazione su alimentazione e dipendenze
- Accesso ai pasti sani
- Screening per dipendenze

Sicurezza sul Lavoro nei Settori a Rischio

- Formazione sulla sicurezza e dispositivi di protezione
- Monitoraggio delle condizioni lavorative
- Prevenzione degli incidenti

Supporto per i Lavoratori Precari e Autonomi

- Copertura sanitaria ampliata
- Assistenza nelle transizioni lavorative

Sostegno ai Lavoratori con Disabilità o Condizioni di Salute Croniche

- Adattamenti e sistemazioni ragionevoli
- Permessi e flessibilità per cure mediche
- Incentivi per datori di lavoro inclusivi

Sostegno alla Salute per Lavoratori Migranti

- Servizi multilingue e di mediazione culturale
- Prevenzione delle malattie infettive e croniche
- Programmi di integrazione e formazione sui diritti

Are Tematiche di Intervento

- 1. Alimentazione Sana**
 - Educazione alimentare
 - Accesso a cibi sani (es. frutta gratuita, mense salutari)
- 2. Attività Fisica**
 - Sconti per palestre e aree attrezzate in azienda
 - Proprietario
- 3. Contrasto al fumo**
 - Spazi
 - Programmi di supporto per smettere di fumare
- 4. Benessere Psicologico**
 - Servizi di counseling
 - Iniziative per migliorare l'ambiente di lavoro.
- 5. Sicurezza Stradale e Mobilità Sostenibile**
 - Incentivi per mezzi pubblici e auto
 - Sensibilizzazione sulla guida sicura.
- 6. Benessere Ambientale e Sociale**
 - Programmi di sostenibilità (riciclo, riduzione s
 - Promozione di un'azienda climatica



Il Programma WHP si divide in due settori, le aziende che promuovono salute private che sono certificate dalle AUSL e dalla Regione se mettono in atto almeno ogni anno due attività previste dal protocollo del PPO3. Inoltre le Aziende Sanitarie e le Aziende ospedaliere che devono fare un profilo di salute, attivare attività come previsto dal network europeo WHP e soggette a certificazione.

La promozione della salute nella popolazione adulta è un pilastro fondamentale per migliorare la qualità della vita, ridurre i costi sanitari e prevenire le malattie croniche. I programmi di promozione della salute mirano a incentivare abitudini salutari, come una dieta equilibrata, attività fisica regolare e la riduzione dei comportamenti a rischio, come il fumo e il consumo eccessivo di alcol. Uno degli aspetti chiave emersi è l'importanza di adottare un approccio integrato, che considera non solo la responsabilità individuale, ma anche il ruolo delle istituzioni e della comunità. Interventi educativi, supporto psicologico e ambienti di lavoro salutari sono alcuni degli strumenti che facilitano l'adozione di stili di vita sani tra gli adulti. Inoltre, il coinvolgimento delle persone stesse nei processi decisionali che riguardano la loro salute aumenta la probabilità di successo. In conclusione, investire nella promozione della salute della popolazione adulta è essenziale per affrontare le sfide sanitarie del futuro. La salute, infatti, non è solo assenza di malattia ma anche benessere fisico, psicologico e sociale, e un impegno collettivo è indispensabile per ottenere risultati concreti. Promuovere una cultura della salute nella popolazione adulta significa investire nel futuro della società, con benefici che si rifletteranno non solo sulla salute degli individui, ma anche sul sistema sanitario e sulla produttività della collettività.