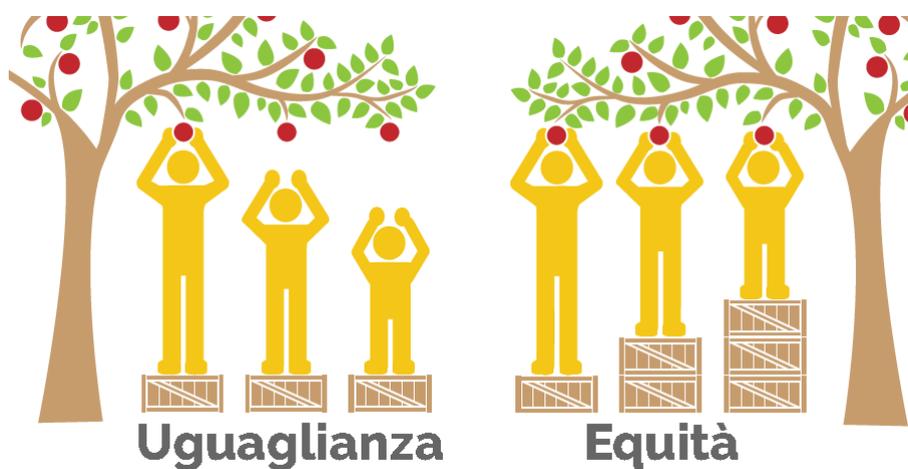


Stili di vita e disuguaglianze di salute in Romagna



Dicembre 2019

A cura di:

Oscar Mingozi⁽³⁾ - Michela Morri⁽⁴⁾ - Mauro Palazzi⁽²⁾ - Giuliano Silvi⁽¹⁾ - Patrizia Vitali⁽²⁾

Hanno collaborato:

Nicoletta Bertozzi⁽⁵⁾ - Giuliano Carrozzi⁽⁶⁾ - Valeria Frassinetti⁽¹⁾ - Luigi Palestini⁽⁷⁾ - Giulia Silvestrini⁽⁸⁾ - Francesco Sintoni⁽⁵⁾

**Ausl della
Romagna**

Intervistatori

Ravenna	Donatella Brambilla, Fabio Cornacchia, Sonia Coveri, Elisa Dal Reno, Annalina Licastro, Manuela Marescalchi, Manuela Melandri, Emanuela Montanari, Sergio Pasini, Lucia Paulazzo, Gabriella Pierannunzio, Elena Rambelli, Paolo Rizzati.
Forlì	Biguzzi Emilia, Biondi Daniela, Bortolotti Elena, Burnacci Ambra, Fabbri Simona, Farneti Roberta, Farolfi Giuditta, Grimellini Paola, Impagnatiello Giuseppina, Lamberti Maria, Nanni Manuela, Orlati Paola, Zoli Milva
Cesena	Mirka Bertozzi, Sonia Compostella, Sabrina Guidi, Patrizia Vitali
Rimini	Accorsi Raffaella, Casadei Marina, D'Innocenzio Michelina, Giovanardi Daniela, Gismondi Giovanna, Guerra Mirca, Mastrovito Elita, Napoli Patricia, Rizzi Domenico, Romagnoli Maria Luisa, Verde Filomena, Zampieri Francesca

⁽¹⁾ Direzione Dipartimento di Sanità Pubblica

⁽²⁾ U.O. Epidemiologia e Comunicazione, Cesena - Dipartimento di Sanità Pubblica

⁽³⁾ U.O. Epidemiologia e Comunicazione, Forlì - Dipartimento di Sanità Pubblica

⁽⁴⁾ U.O. Igiene e Sanità Pubblica, Rimini - Dipartimento di Sanità Pubblica

⁽⁵⁾ U.O. Igiene e Sanità Pubblica, Cesena - Dipartimento di Sanità Pubblica

⁽⁶⁾ U.O. Epidemiologia e Comunicazione del rischio – Ausl Modena

⁽⁷⁾ Agenzia Sociale e Sanitaria Regione Emilia-Romagna

⁽⁸⁾ U.O. Igiene e Sanità Pubblica, Ravenna - Dipartimento di Sanità Pubblica

Sommario

INTRODUZIONE	4
METODI	5
Il campione 2014-2018	7
Percezione dello stato di salute	12
Abitudine al fumo di sigaretta	14
Sedentarietà.....	16
Consumo di alcol a maggior rischio	22
Iperensione arteriosa.....	24
Ipercolesterolemia	26
Diabete.....	28
SINTESI E CONSIDERAZIONI FINALI	31

INTRODUZIONE

Tra le cause principali di morte e di disabilità in Emilia Romagna nel periodo 2013-2017 si osservano al primo posto le malattie del sistema circolatorio, al secondo i tumori e al terzo le malattie respiratorie. Queste patologie hanno in comune alcuni fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Questi fattori di rischio sono responsabili, da soli, di oltre il 70% della perdita di anni di vita in buona salute.

L'adozione di uno stile di vita più salutare è quindi l'intervento che porterebbe maggiori benefici all'individuo e alla società, ma cambiare le proprie abitudini non è una cosa semplice. L'adozione di un determinato comportamento è legato all'effetto sull'individuo di diversi fattori che possono agire in modo diverso nei diversi soggetti. Conoscere il rischio per la salute, ad esempio legato al fumo di sigaretta, può essere importante ma difficilmente determina da solo una scelta in senso salutare. Entrano infatti in gioco anche altri fattori sia interni alla persona, es. credenze, valori autostima, sia esterni quali l'influenza esercitata dalle reti di familiari e amici, da fattori legislativi, economici e culturali del contesto in cui si vive.

Molti studi dimostrano che gli stili di vita meno salutari si distribuiscono in modo diverso nella popolazione, sono infatti solitamente più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche e con livello di istruzione più basse, che presentano una mortalità e una morbosità maggiore rispetto a chi si trova in posizione più avvantaggiata. Questo comporta lo sviluppo di disuguaglianze di salute, cioè condizioni di rischio e esiti di salute che non sono legati a fattori naturali, ma a determinanti socio-economici modificabili.

Per questi motivi un intervento di prevenzione efficace va rivolto in particolare alle fasce di popolazione più svantaggiate e deve essere multisetoriale, cioè agire sull'individuo, su chi gli sta vicino e sull'ambiente fisico e sociale, per rendere più facili le scelte salutari e ostacolare quelle dannose alla salute.

Riteniamo che studiare e approfondire il problema delle disuguaglianze in salute sia la premessa per realizzare interventi di miglioramento della salute veramente efficaci ed ispirati a principi di equità sociale. Le disuguaglianze in salute rappresentano una sfida per la medicina non solo da un punto di vista etico, ma anche perché una riduzione nel carico di malattie fra i gruppi più svantaggiati può contribuire a migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione.

Con questa pubblicazione abbiamo voluto analizzare come si distribuiscono i diversi stili di vita e fattori di rischio per la salute nella popolazione Romagnola al fine di fornire indicazioni utili a chi pianifica interventi di salute pubblica e promuove la salute della popolazione in un'ottica di riduzione delle disuguaglianze di salute.

METODI

Passi è un sistema di sorveglianza che fornisce dati sugli stili di vita della popolazione a livello locale, regionale e nazionale.

La popolazione in studio nel presente rapporto è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nell'anagrafe sanitaria dell'AUSL della Romagna. I criteri di inclusione nella sorveglianza Passi sono: la residenza nel territorio di competenza e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità a sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

Il campionamento previsto per Passi è di tipo casuale stratificato proporzionale per sesso e classi di età.

La raccolta dati avviene con cadenza mensile a livello di Asl tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato; si tratta quindi di dati autoriferiti senza l'effettuazione di misurazioni dirette. Le interviste sono condotte da personale, che ha ricevuto una specifica formazione tale da garantire modalità d'intervista standardizzata. Le figure professionali coinvolte nella raccolta dei dati sono infermieri, assistenti sanitari e medici appartenenti al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Al fine di favorire l'adesione dei soggetti campionati all'indagine, sia i cittadini selezionati sia i loro Medici di Medicina Generale sono informati con una lettera personale spedita dall'Asl, che precede il contatto telefonico da parte dell'operatore. Il tasso di adesione è sempre risultato superiore all'85%.

Per la redazione del presente rapporto sono state analizzate 4631 interviste: 2334 rivolte a donne e 2297 a uomini, realizzate nella Romagna fra gennaio 2014 e dicembre 2018.

I temi analizzati nei vari capitoli sono: la percezione dello stato di salute, i principali stili di vita (consumo di alcol, abitudine tabagica, eccesso ponderale, sedentarietà) e alcuni fattori di rischio/patologie come ipertensione, ipercolesterolemia e diabete. In ogni capitolo viene riportata la prevalenza del comportamento/fattore di rischio anche in relazione ai fattori sociodemografiche disponibili (età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche,...). Le stime ottenute sono riportate sempre con i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%. Per correggere poi l'influenza dei diversi fattori tra di loro sono state effettuate analisi mediante regressione logistica.

Tra i fattori sociodemografici viene presa in considerazione anche la cittadinanza: italiana vs straniera. Passi intervista i cittadini stranieri purché questi presentino i criteri di inclusione previsti dal protocollo del sistema di sorveglianza: devono essere residenti e possedere una conoscenza della lingua italiana tale da consentire un'intervista telefonica. Per questo motivo i cittadini stranieri intervistati tendono ad avere caratteristiche simili a quelle della popolazione italiana e sono probabilmente poco rappresentativi della popolazione straniera presente nel territorio dell'AUSL Romagna. Sono anche poco numerosi nel campione quinquennale analizzato nel presente rapporto: su 4182 intervistati il 90,8% sono italiani o cittadini provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e 426 (pari al 9,2% del totale) sono stranieri provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria (PFPM). L'incertezza della stima per la bassa numerosità e l'inevitabile bias di selezione suggeriscono di analizzare il dato relativo ai cittadini stranieri con estrema cautela.

I Livelli socio economici analizzati

Il Sistema Passi raccoglie informazioni su due aspetti, che concorrono a definire il livello socio economico della popolazione: l'istruzione (suddivisa in quattro categorie: nessun titolo o licenza elementare, licenza media inferiore, licenza media superiore, laurea/diploma universitario o titolo superiore) e le difficoltà economiche percepite (divise in tre livelli: molte, qualche, nessuna).

Per le analisi del presente rapporto, è stato definito un nuovo indicatore, rappresentativo del livello socioeconomico complessivo dato dalla combinazione delle due variabili disponibili, diviso in tre categorie:

- livello basso: bassa istruzione (nessun titolo, licenza elementare o media inferiore) e presenza di difficoltà economiche (molte o alcune);
- livello medio: bassa istruzione e assenza di difficoltà economiche oppure alta istruzione (licenza media superiore o laurea/diploma universitario o titolo superiore) e presenza di difficoltà economiche;
- livello alto: alta istruzione e assenza di difficoltà economiche

PFPM = Vengono considerati cittadini stranieri i cittadini provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria. I **Paesi a forte pressione migratoria**: sono stati così definiti i Paesi appartenenti all'Europa centro-orientale, all'Africa, all'Asia (*ad eccezione di Israele e Giappone*) e all'America centro-meridionale; per estensione, anche gli apolidi sono stati inclusi in questa componente.

PSA = Paesi a Sviluppo Avanzato

Il campione 2014-2018

In Romagna, la popolazione in studio è costituita da circa 743.000 di residenti di 18-69 anni di età iscritti al 1/1/2019 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle ex 4 AUSL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Da gennaio 2014 a dicembre 2018 sono state intervistate 4631 persone di queste età, selezionate con campionamento casuale stratificato in maniera proporzionale per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie delle ex AUSL, che ha permesso di ottenere partecipato un campione a rappresentatività aziendale.

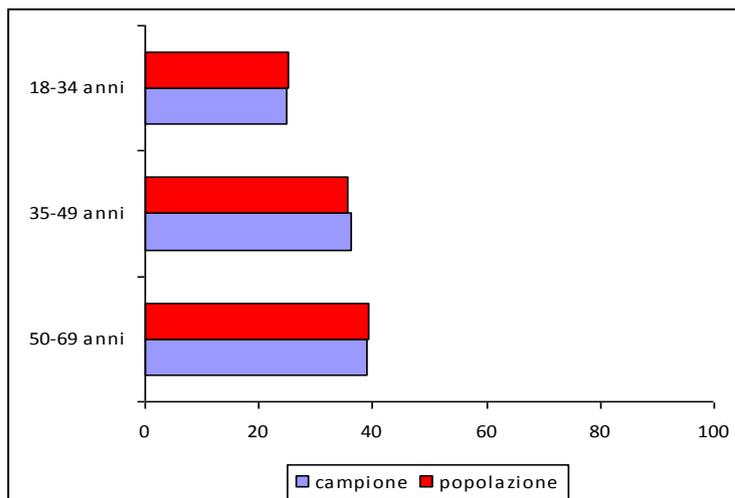
Nel 2018 il tasso di risposta - numero di interviste / (numero di interviste+rifiuti+non reperibili) - è risultato dell'85,4%, il tasso di rifiuto - numero di rifiuti / (numero di interviste+rifiuti+non reperibili) - dell'11,2% e quello di non reperibilità - numero di non reperibili / (numero di interviste+rifiuti+non reperibili) del 3,5%, tutti valori inferiori alla media regionale e nazionale.

Uomini e donne sono egualmente rappresentati (49,5% e 50,5%).

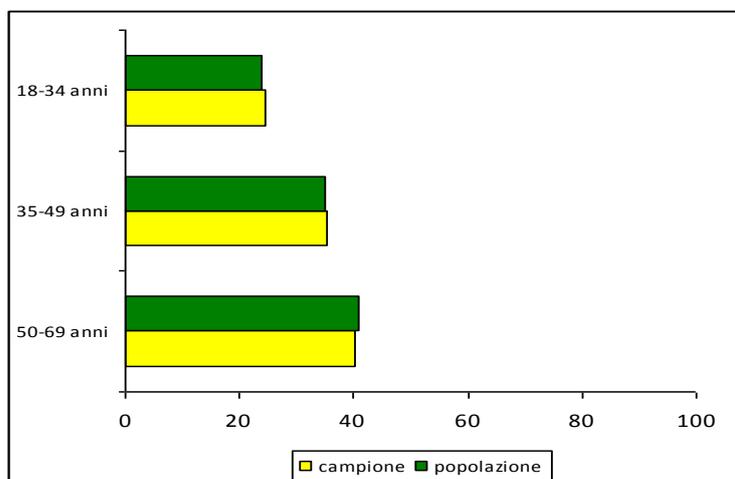
Nel periodo 2014-2018 il campione della Romagna è risultato costituito per il 25% da persone tra i 18 e i 34 anni, il 36% da persone tra i 35 e i 49 anni, il 40% da persone tra i 50 e i 69 anni.

La distribuzione per sesso e classi di età del campione è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI (%). Romagna - PASSI 2014-2018



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE (%). Romagna - PASSI 2014-2018

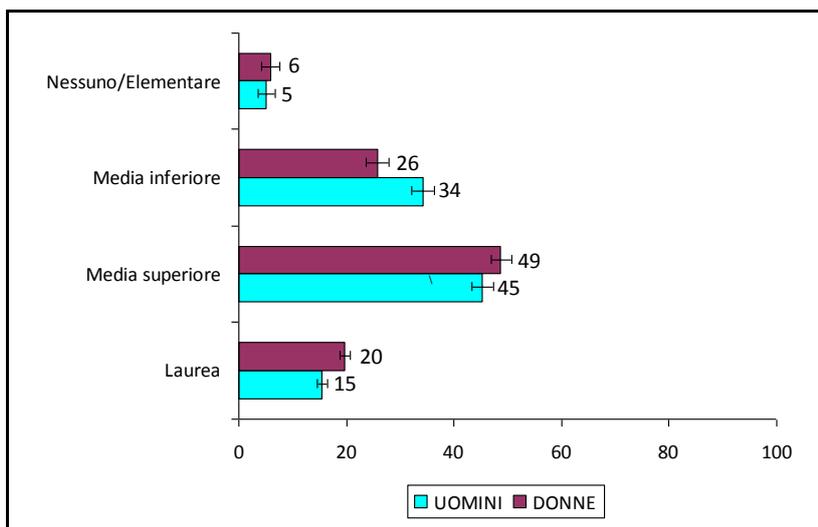


Il titolo di studio

Tra i 18 e i 69 anni si stima che in Romagna il 5% della popolazione non abbia alcun titolo di studio o abbia la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 47% una licenza media superiore, infine il 18% la laurea.

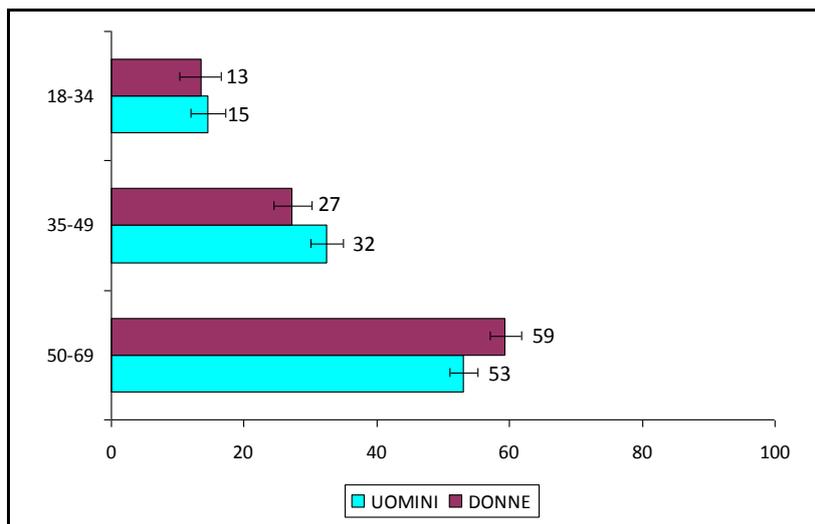
All'analisi per genere si osservano differenze significative per Scuola Media inferiore, ove prevalgono gli uomini, e Laurea, ove la frequenza è maggiore per le donne.

Prevalenza di titolo di studio (%), per genere. Romagna - PASSI 2014-2018



L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani, specialmente per le donne.

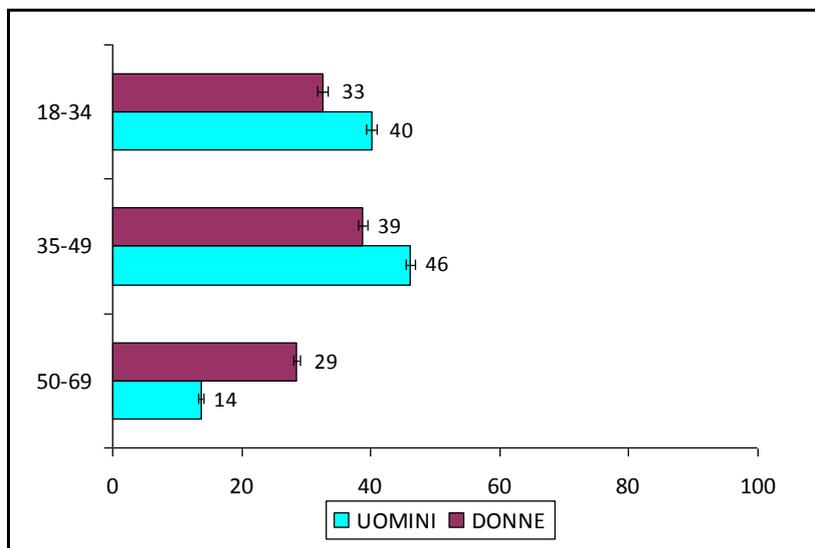
Prevalenza di bassa scolarità (nessun titolo/elementare), per genere (%). Romagna - PASSI 2014-2018



La cittadinanza

Gli stranieri rappresentano complessivamente il 9% degli intervistati; diversamente dalle persone di cittadinanza italiana che hanno risposto, presentano differenze significative tra i generi in rapporto all'età: gli uomini sono più numerosi sotto i 50 anni, le donne quasi il doppio degli uomini al di sopra di questa età.

Prevalenza di cittadinanza straniera per genere (%).
Romagna - PASSI 2014-2018



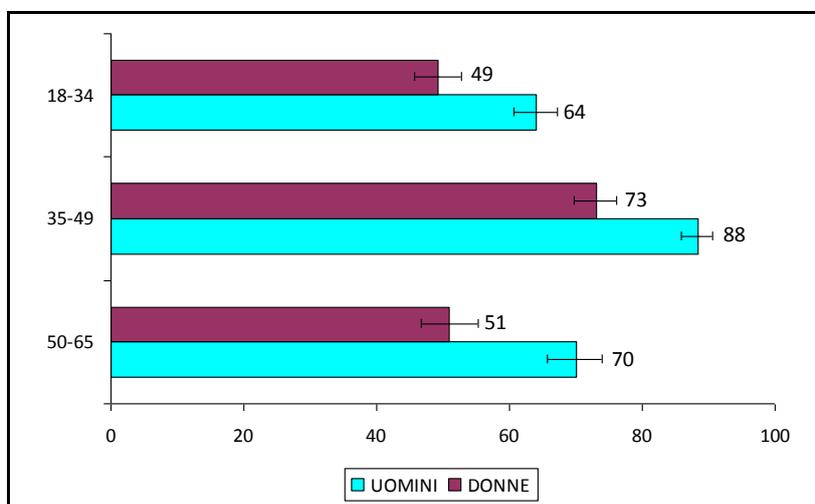
Il lavoro

Nel 2014-2018 PASSI stima che in Romagna il 67% della popolazione tra 18 e 65 anni lavori in modo continuativo.

Il lavoro continuativo è più diffuso nelle età intermedie (80% tra i 35 ed i 49 anni rispetto al 60% tra gli over 50 anni e 57% tra i 18 e i 34 anni.).

Le donne lavorano in modo continuativo meno degli uomini (complessivamente 59% vs 75%) con differenze significative in tutte le classi di età considerate.

Prevalenza di lavoro continuativo per genere (%).
Romagna - PASSI 2014-2018

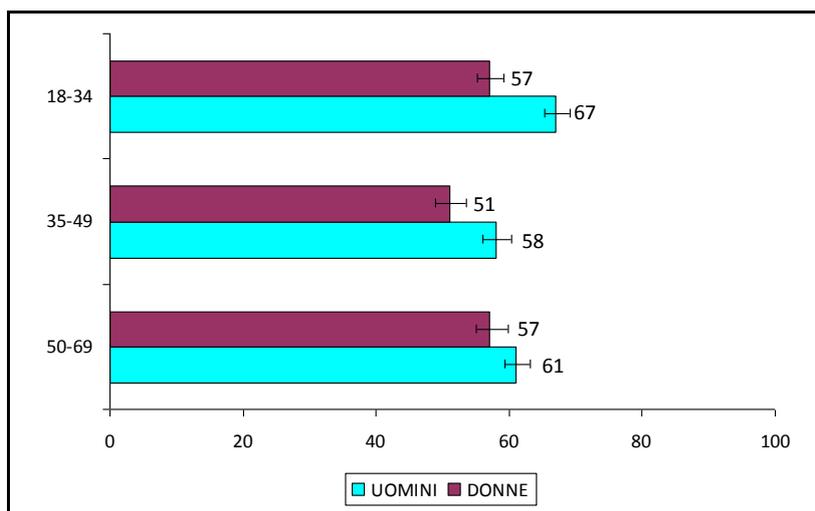


Le difficoltà economiche

In Romagna il 9% della popolazione tra 18 e 69 anni riferisce molte difficoltà economiche e il 32% qualche difficoltà. Poco più della metà (58%) della popolazione tra 18 e 69 anni non riferisce difficoltà economiche.

Questa condizione è meno diffusa nella classe di età 18-34 anni (62% vs 55% per la classe 35-49; vs 59 per quella 50-69). Ancora più evidenti sono le differenze di sesso: non ha difficoltà economiche il 62% degli uomini rispetto al 55% delle donne, con differenze significative in tutte le classi di età.

Prevalenza di nessuna difficoltà economica, per genere (%). Romagna - PASSI 2014-2018



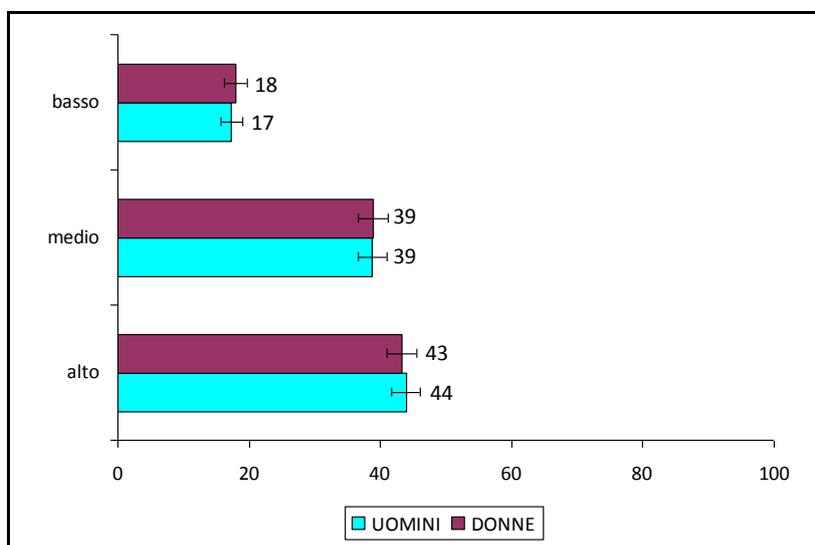
I livelli socioeconomici

L'analisi è stata condotta separatamente tra soggetti di cittadinanza italiana (+PSA=Paesi a Sviluppo Avanzato) e cittadini stranieri PFPM (= provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria).

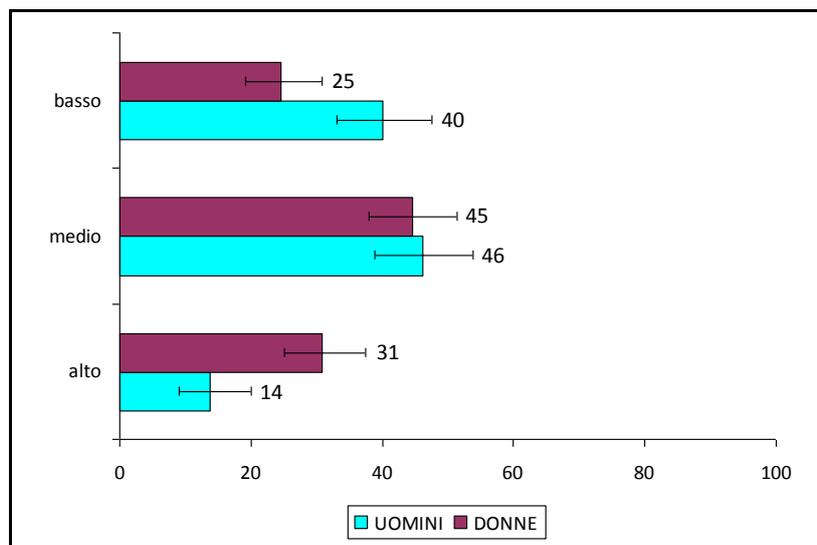
Tra gli italiani prevalgono nettamente i livelli medio e alto, in entrambi i generi; stesso equilibrio tra uomini e donne anche per il livello più basso.

Per gli stranieri prevale il livello socio economico medio con valori simili in uomini e donne. Forti le differenze di genere negli altri due livelli, con netta prevalenza degli uomini nel livello più basso, e delle donne in quello più alto.

Prevalenza dei livelli socioeconomici tra i cittadini italiani (+PSA), per genere (%). Romagna - PASSI 2014-2018



Prevalenza dei livelli socioeconomici tra i cittadini stranieri (PFPM), per genere (%). Romagna - PASSI 2014-2018



Percezione dello stato di salute

La “qualità della vita relativa alla salute” è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale.

Nella definizione di salute dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) viene evidenziato come allo stato di “benessere psicofisico” concorrano una componente oggettiva (presenza o assenza di malattia) e una componente soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia).

La percezione dello stato di salute influenza quindi il vissuto dalla persona e l’effettivo benessere o malessere psicofisico.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei “giorni in salute” (*HealthyDays*), calcolati attraverso quattro domande che indagano come l’individuo si sente al momento dell’intervista e per quanti giorni nell’ultimo mese non si è sentito bene per motivi fisici, per motivi mentali e/o psicologici o ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

A livello della comunità, gli indicatori che misurano la salute percepita forniscono indicazioni relative alle disuguaglianze sociali nella salute perché tali misure non dipendono solo dalla presenza e dal tipo di malattia, ma anche dalle risorse economiche, sociali ed altre condizioni pratiche.

In Romagna (dati 2014-2018), similmente a quanto avviene in Regione, una condizione di salute molto buona viene riferita più dagli uomini (73%) che dalle donne (65%), tra i più giovani, tra chi ha un livello di istruzione più alto e che non lamenta difficoltà economiche; gli stranieri dichiarano uno stato di buona salute in proporzione sensibilmente superiori rispetto ai cittadini italiani, sia per gli uomini che per le donne.

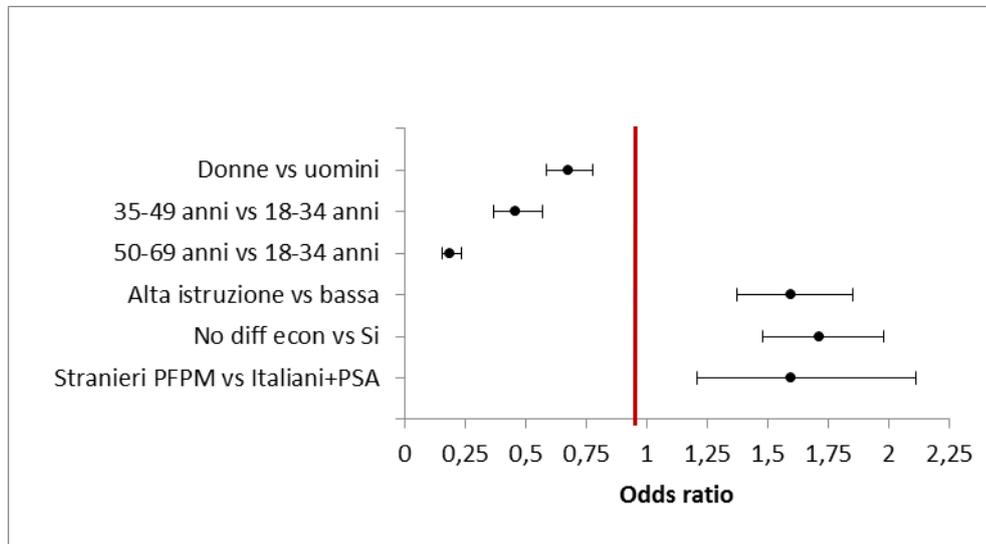
Prevalenza % di percezione positiva dello stato di salute (intervistati che hanno dichiarato di stare bene o molto bene) – PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	72,9	[71,0-74,7]	65,3	[63,4-67,2]
Classe di età				
18-34 anni	89,6	[86,8-92,0]	85,2	[81,9-88,0]
35-49 anni	77,6	[74,5-80,5]	71,7	[68,3-74,8]
50-69 anni	57,9	[54,5-61,3]	48,3	[45,0-51,7]
Istruzione				
nessuno/elementare	49,5	[40,5-58,5]	37,8	[29,9-46,4]
media inferiore	64,4	[60,9-67,8]	55,8	[51,6-59,9]
media superiore	79,3	[76,5-81,8]	70,0	[67,0-72,6]
laurea	80,1	[75,3-84,2]	75,1	[70,7-79,0]
Difficoltà economiche				
molte	53,3	[46,6-52,0]	54,2	[47,4-60,8]
qualche	69,2	[65,5-72,7]	60,4	[56,9-63,8]
nessuna	77,4	[75,1-79,5]	70,5	[67,9-73,0]
Cittadinanza				
Italiani	72,1	[70,2-74,0]	64,2	[62,1-66,2]
Stranieri	81,4	[74,7-86,6]	75,6	[69,4-80,8]

L’analisi di tutti i fattori in studio mediante un modello logistico multivariato, conferma una associazione positiva statisticamente significativa tra la percezione di un buono stato di salute ed essere di genere maschile, avere un alto livello di istruzione, non avere difficoltà economiche ed essere di cittadinanza straniera. Forte anche l’associazione con l’età: i più giovani si sono dichiarati

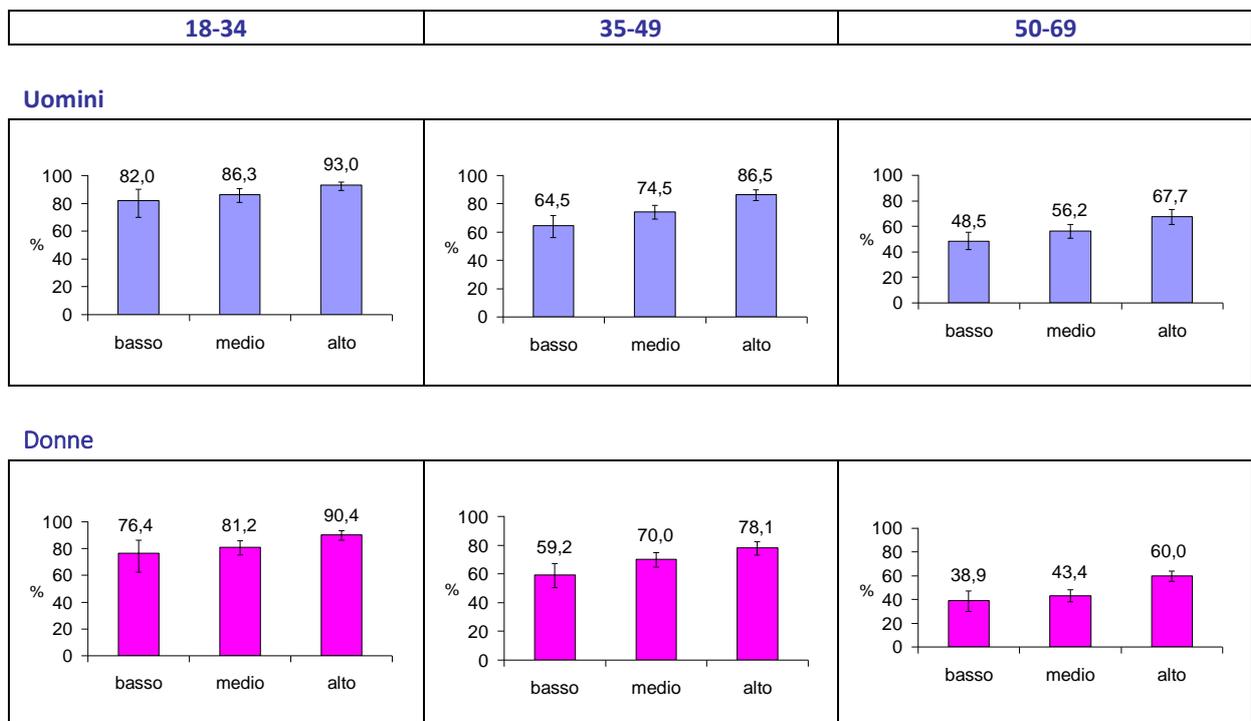
più soddisfatti della propria salute, mentre al crescere dell'età, aumenta via via la percezione di un stato di salute non buono.

Percezione positiva dello stato di salute – Modello logistico: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza per ogni fattore considerato



Nella classe di età 18-34, in entrambi i sessi il diverso livello socio-economico non sembra associato ad una percezione dello stato di salute; al contrario sopra i 50 anni, un basso livello socio economico risulta associato ad una percezione dello stato di salute se messo confronto con gli altri livelli socioeconomici, sia negli uomini che nelle donne.

Prevalenza (%) della percezione di buono stato di salute, per livello socioeconomico e classi di età



Abitudine al fumo di sigaretta

Il consumo di tabacco rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta infatti la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile. Si calcola che quasi 6 milioni di persone perdano la vita ogni anno per i danni da tabagismo; fra le vittime oltre 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo. In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Un individuo, che fuma per tutta la vita, ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo, che è responsabile in Italia del 91% di tutte le morti per cancro al polmone negli uomini e del 55% nelle donne, per un totale di circa 30.000 morti l'anno. Il fumo è anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche (bronchiti acute e croniche, enfisema, broncopneumopatia cronica ostruttiva) e per le malattie cardiovascolari (infarto, cardiopatia ischemica, ictus,..). Anche la qualità di vita del fumatore è seriamente compromessa da questa abitudine, a causa della maggiore frequenza di patologie respiratorie (tosse, catarro, bronchiti ricorrenti, asma ecc.) e cardiache (ipertensione, ictus, infarto ecc.), che possono limitare significativamente le attività della vita quotidiana.

Nel periodo 2014-2018 il 27% degli intervistati romagnoli risulta fumatore, valore sovrapponibile a quello regionale.

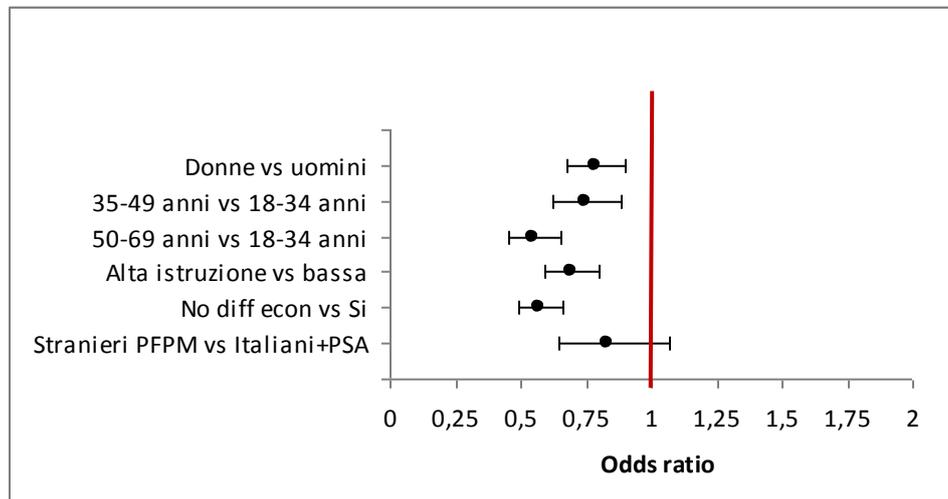
La prevalenza di fumatori risulta maggiore negli uomini, nei giovani (in particolare in quelli sotto i 35 anni), nelle persone con difficoltà economiche. Tra gli uomini si osserva anche una prevalenza significativamente maggiore tra i cittadini stranieri rispetto ai cittadini italiani.

Prevalenza di fumatori (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	29,8	[27,9-31,8]	25,0	[23,2-26,9]
Classe di età				
18-34 anni	34,6	[30,7-38,9]	30,4	[26,6-34,6]
35-49 anni	33,2	[29,9-36,6]	23,3	[20,4-26,5]
50-69 anni	23,8	[15,4-20,8]	23,2	[20,5-26,1]
Istruzione				
nessuno/elementare	27,9	[20,6-36,8]	18,6	[12,7-26,5]
media inferiore	35,9	[32,5-39,5]	30,9	[27,1-34,9]
media superiore	28,6	[25,8-31,6]	25,0	[22,5-27,8]
laurea	20,4	[16,4-25,2]	19,4	[15,9-23,5]
Difficoltà economiche				
molte	43,6	[36,5-51,0]	34,6	[28,5-41,3]
qualche	37,5	[33,8-41,4]	28,8	[25,6-32,2]
nessuna	24,2	[22,0-26,7]	21,0	[18,7-23,4]
Cittadinanza				
Italiani	29,0	[27,0-31,1]	25,5	[23,6-27,6]
Stranieri	40,0	[32,8-47,6]	20,7	[15,8-26,7]

L'analisi multivariata condotta sull'intero campione conferma la maggiore diffusione dell'abitudine al fumo di sigaretta negli uomini, nei giovani tra i 18 e i 34 anni, in persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

Abitudine al fumo – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato.

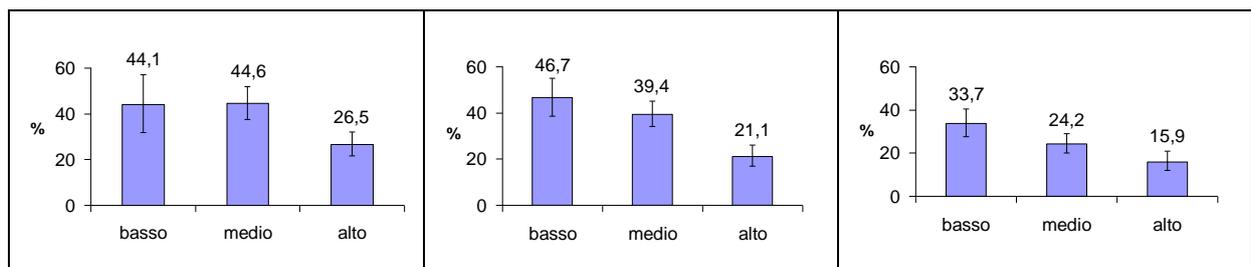


Il livello socioeconomico risulta associato alla prevalenza di fumatori: nelle diverse fasce d'età (ad eccezione dei maschi 18-34 anni) l'abitudine si riduce passando dal basso all'alto livello socioeconomico.

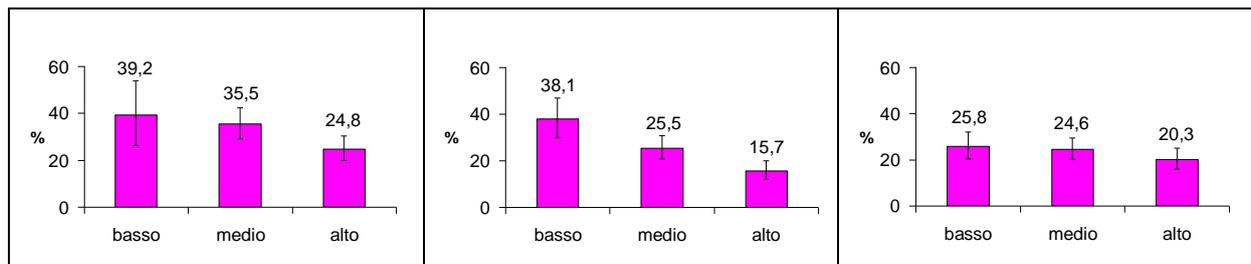
Prevalenza di fumatori, per genere, livello socioeconomico e classe d'età

18-34	35-49	50-69
-------	-------	-------

Uomini



Donne



Sedentarietà

Una vita sedentaria agisce come potenziale fattore di rischio per molte condizioni croniche. A confronto con altri fattori di rischio per cattiva salute, l'incremento del 58% del rischio di mortalità riscontrato in coloro che restano seduti per più di 8 ore al giorno e che non praticano attività fisica è simile a quello associato al fumo di sigaretta e all'obesità. È stato valutato anche il costo economico dell'inattività fisica in Europa, con un focus su 6 Paesi, tra cui l'Italia. L'inattività appare essere responsabile del 14,6% di tutte le morti in Italia, pari a circa 88.200 casi, e di una spesa in termini di costi diretti sanitari di circa 1,6 miliardi di euro annui per le 4 patologie maggiormente imputabili alla sedentarietà (tumore della mammella e del colon-retto, diabete di tipo 2, coronaropatia). L'attività fisica rappresenta quindi uno dei principali fattori per promuovere il benessere psico-fisico e la qualità della vita in tutte le età. Contribuisce, infatti, non solo a prevenire e a tenere sotto controllo le principali malattie croniche non trasmissibili e a ridurre il rischio di depressione e di demenza, ma migliora anche la qualità del sonno e il tono dell'umore, facilita la socializzazione e favorisce il controllo del peso.

I dati raccolti tramite il Sistema di Sorveglianza PASSI permettono la classificazione della popolazione per attività fisica tenendo conto sia del movimento svolto in ambito lavorativo sia di quello svolto nel tempo libero nei trenta giorni precedenti l'intervista, in funzione di frequenza, durata e intensità. Si definiscono:

- persone "fisicamente attive", coloro che svolgono un lavoro pesante che richiede un notevole sforzo fisico (es. manovale, muratore, agricoltore) e/o che hanno svolto nei 30 giorni precedenti l'intervista attività aerobica moderata di almeno 150 minuti oppure intensa di almeno 75 minuti alla settimana; le attività moderate e intense possono essere combinate ed entrambe devono durare almeno 10 minuti.
- persone "parzialmente attive", coloro che non svolgono un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fanno attività fisica nel tempo libero, senza raggiungere i livelli raccomandati.
- persone "sedentarie", coloro che non svolgono un lavoro pesante e che, nel tempo libero, non praticano alcuna attività fisica né moderata né intensa.

Nel periodo 2014-2018 il 14% degli intervistati romagnoli risulta sedentario, valore più basso rispetto a quello regionale (17%).

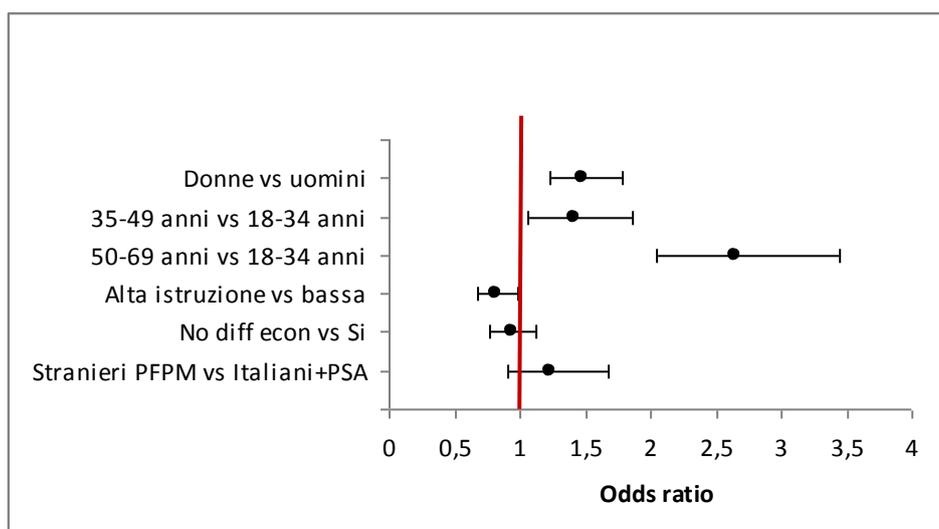
La sedentarietà è maggiore nelle donne (17%) rispetto agli uomini (12%) in tutte le fasce d'età (anche se nella classe 50-69 anni la differenza si riduce). Tra le donne è anche evidente una maggiore diffusione dell'inattività fisica in coloro che hanno bassi livelli di istruzione o che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

Prevalenza di sedentari (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	11,7	[10,4-13,2]	16,6	[15,1-18,3]
Classe di età				
18-34 anni	6,2	[4,5-8,7]	10,7	[8,3-13,8]
35-49 anni	8,7	[6,8-10,9]	14,3	[12,0-17,1]
50-69 anni	17,9	[15,4-20,8]	22,0	[19,4-24,9]
Istruzione				
nessuno/elementare	25,2	[18,1-33,9]	36,0	[28,2-44,7]
media inferiore	10,9	[8,8-13,5]	19,6	[16,5-23,1]
media superiore	9,9	[8,1-12,0]	14,2	[12,2-16,6]
laurea	14,2	[10,7-18,7]	12,2	[9,5-15,6]
Istruzione				
molte	17,0	[12,2-23,3]	36,0	[28,2-44,7]
qualche	11,8	[9,5-14,6]	19,6	[16,5-23,1]
nessuna	11,0	[9,4-12,9]	14,2	[12,2-16,6]
Cittadinanza				
Italiani	11,5	[10,2-13,1]	16,6	[15,0-18,3]
Stranieri	13,5	[9,2-19,6]	17,1	[12,6-22,7]

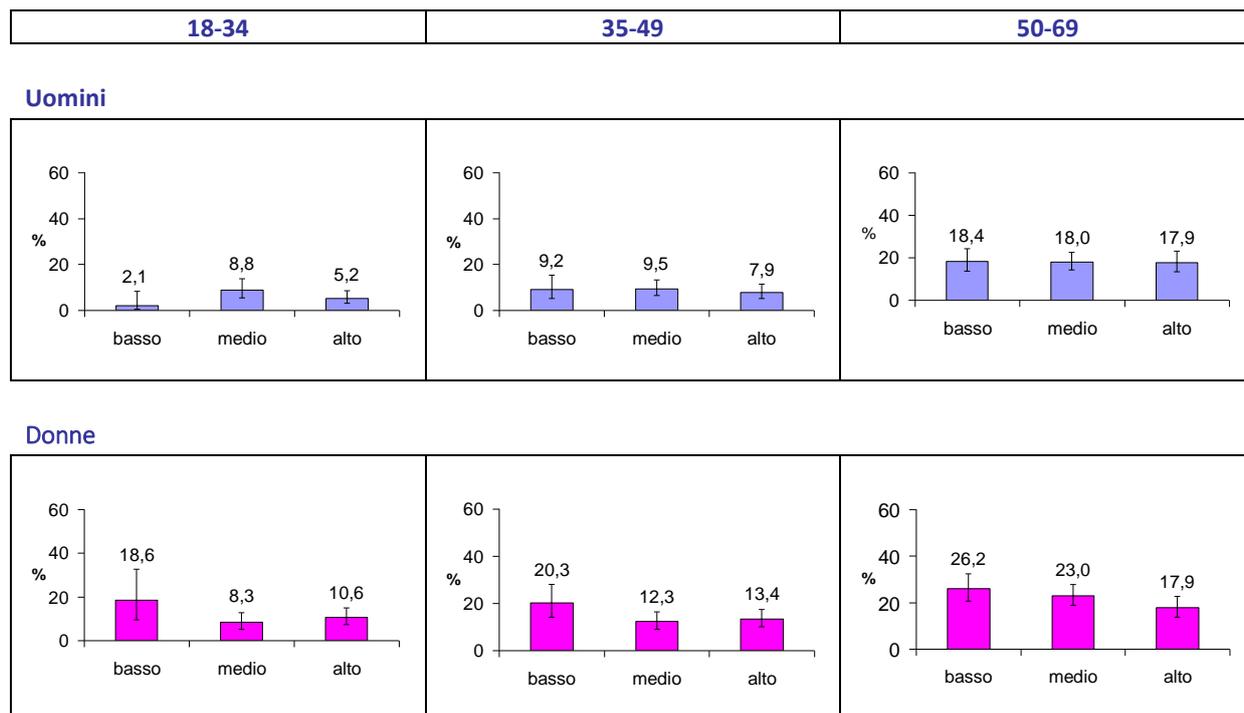
L'analisi multivariata condotta sull'intero campione conferma la maggiore diffusione della sedentarietà nelle donne, nelle età superiori ai 35 anni e in chi ha bassi livelli di istruzione.

Sedentarietà – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato



Negli uomini non si osserva una variazione significativa della sedentarietà al modificarsi del livello socioeconomico in tutte le fasce d'età, mentre sembrerebbe esserci un'associazione tra le donne nella fascia d'età 50-69 anni: 26,2% di quelle con basso livello socio-economico sono sedentarie, valore che si riduce al 17,9% tra quelle con alto livello. Nelle altre fasce d'età tale gradiente non è evidente, anche se le donne con basso livello socioeconomico risultano sempre meno attive delle altre.

Prevalenza di sedentari per genere, livello socioeconomico e classe d'età



Eccesso Ponderale

E' universalmente accettato che l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità.

L'Oms stima che all'eccesso ponderale sia attribuibile il 44% del carico di malattia dovuto al diabete, il 23% di quello dovuto a ischemia cardiaca e tra il 7% e il 41% del carico di malattia dovuto ad alcuni tipi di tumore (ad es. dell'endometrio, della mammella e del colon). L'eccesso ponderale è anche un importante fattore di rischio per i disturbi invalidanti a carico dell'apparato muscolo scheletrico.

In Europa si ritiene che l'eccesso ponderale provochi circa 1 milione di morti all'anno e poco meno di 12 milioni di anni di vita in buona salute persi (DALYs).

L'eccesso ponderale viene definito in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI) ed è rappresentato in 4 categorie: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI >30).

Il BMI si ottiene dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI, nel periodo 2014-17 nel territorio della Romagna poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (41%) presenta un eccesso ponderale (29% sovrappeso e 12% obeso); questa stima corrisponde complessivamente nel territorio romagnolo a poco meno di 307mila persone in eccesso ponderale, di cui circa 217mila in sovrappeso e quasi 90mila obesi.

La prevalenza di eccesso ponderale varia tra il 39% dell'ambito territoriale di Rimini e il 44% di quello di Forlì, in linea comunque con il dato regionale (42,4%) e quello nazionale (42,5%) dove è presente un marcato gradiente Nord-Sud.

L'eccesso ponderale è una condizione che aumenta con l'età in entrambi i sessi e colpisce di più gli uomini (50% vs 34%) e le persone socialmente svantaggiate con basso titolo di studio o con difficoltà economiche.

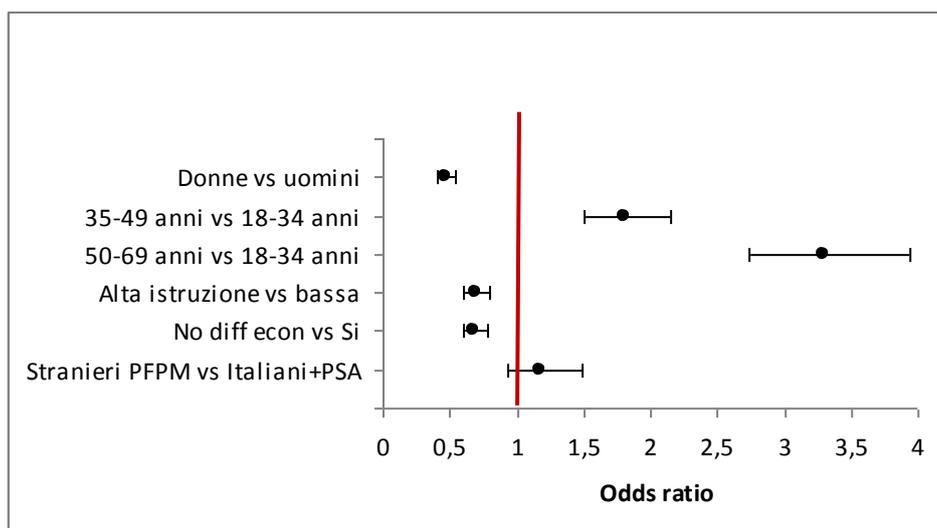
Prevalenza di eccesso ponderale (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	50,3	[48,2-52,4]	33,7	[31,8-35,7]
Classe di età				
18-34 anni	32,6	[28,7-36,9]	18,6	[15,5-22,6]
35-49 anni	50,0	[46,4-53,5]	28,6	[25,5-31,9]
50-69 anni	61,8	[58,4-65,1]	46,9	[43,5-50,3]
Istruzione				
nessuno/elementare	71,0	[62,2-78,5]	71,5	[63,1-78,6]
media inferiore	55,9	[52,2-59,4]	41,2	[37,1-45,4]
media superiore	47,9	[44,7-51,2]	30,5	[27,8-33,4]
laurea	38,0	[32,8-43,4]	20,7	[17,1-24,9]
Difficoltà economiche				
molte	58,6	[51,3-65,6]	48,6	[41,9-55,4]
qualche	53,4	[49,5-57,2]	39,4	[35,9-43,0]
nessuna	47,6	[44,9-50,3]	27,5	[25,0-30,1]
Cittadinanza				
Italiani	50,7	[48,5-52,9]	32,9	[30,9-35,0]
Stranieri	45,2	[37,9-52,8]	40,3	[33,9-47,0]

L'eccesso ponderale è più diffuso negli uomini italiani rispetto agli stranieri mentre fra le donne la situazione si inverte.

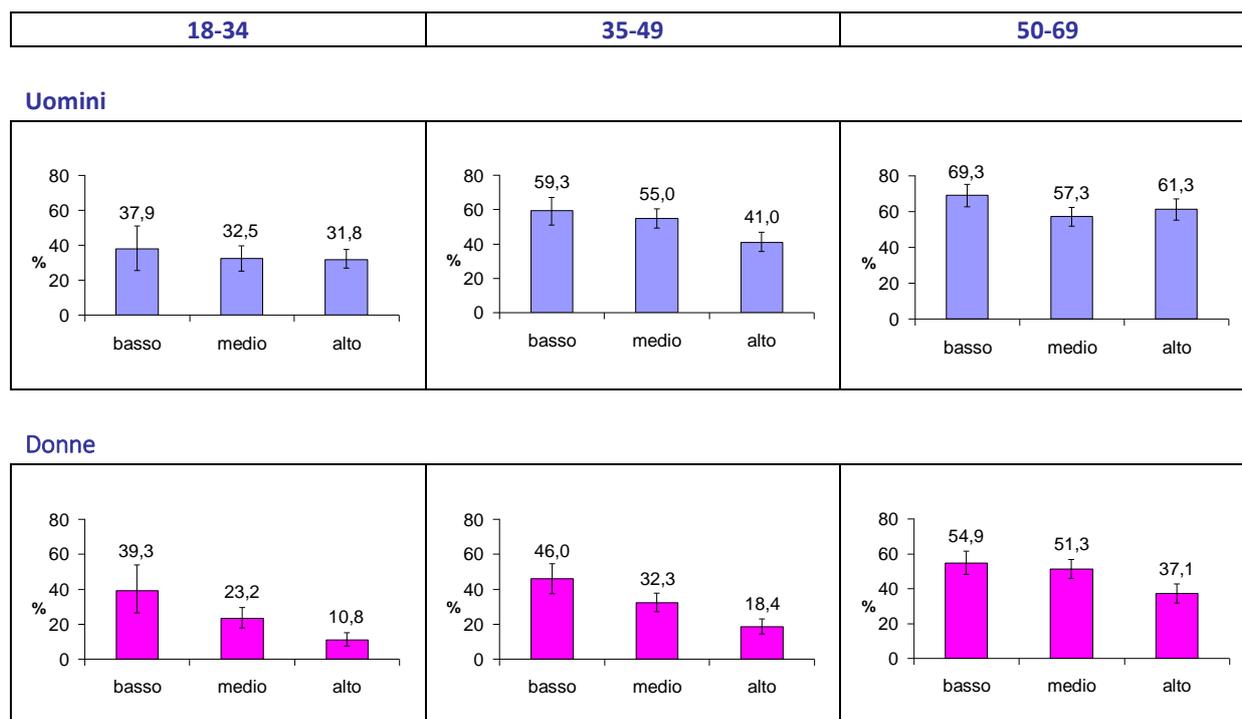
Il modello di regressione logistica, condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro mostra un'associazione positiva statisticamente significativa con le classi d'età più avanzate, genere maschile, basso livello d'istruzione e presenza di molte difficoltà economiche.

Eccesso Ponderale – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato.



L'indicatore globale dello stato socio-economico evidenzia che l'eccesso ponderale è più diffuso nelle classi più svantaggiate soprattutto nelle donne dove il gradiente è presente in ogni fascia di età.

Prevalenza di eccesso ponderale, per genere, livello socioeconomico e per classe d'età

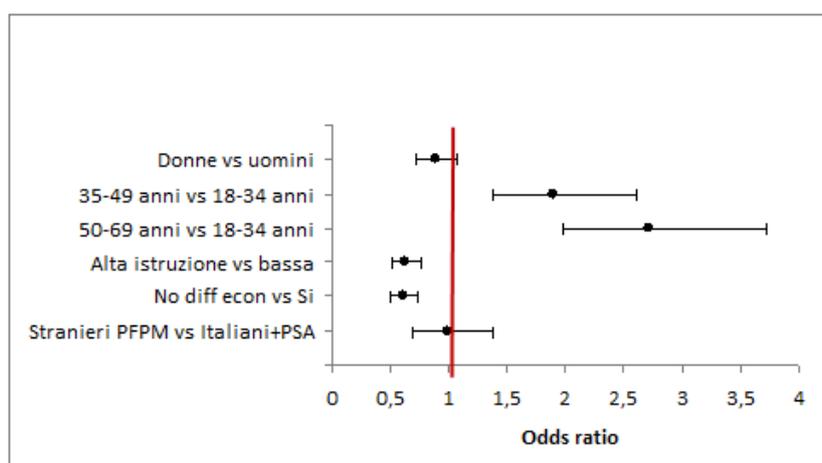


L'analisi effettuata solo sulle persone obese (BMI \geq 30) conferma i risultati descritti nelle distribuzioni dell'eccesso ponderale accentuando ulteriormente le differenze di prevalenza per età e per livello socioeconomico.

Prevalenza dell'obesità (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	12,6	[11,3-14,1]	11,4	[10,1-12,9]
Classe di età				
18-34 anni	6,3	[4,5-8,9]	5,3	[3,6-7,7]
35-49 anni	14,0	[11,7-16,7]	8,8	[6,9-11,1]
50-69 anni	15,4	[3,9-7,0]	17,3	[14,8-20,0]
Istruzione				
nessuno/elementare	24,5	[17,5-33,0]	30,2	[22,8-38,7]
media inferiore	15,5	[13,1-18,3]	15,2	[12,4-18,5]
media superiore	11,4	[9,5-13,6]	9,7	[8,0-11,8]
laurea	6,1	[3,9-9,4]	5,2	[3,4-7,8]
Difficoltà economiche				
molte	20,6	[15,4-27,0]	19,1	[14,4-25,0]
qualche	15,4	[12,8-18,4]	13,7	[11,3-16,4]
nessuna	10,3	[8,8-12,0]	8,6	[7,1-10,4]
Cittadinanza				
Italiani	12,6	[11,2-14,1]	11,5	[10,2-13,1]
Stranieri	13,2	[8,9-19,2]	10,7	[7,2-15,7]

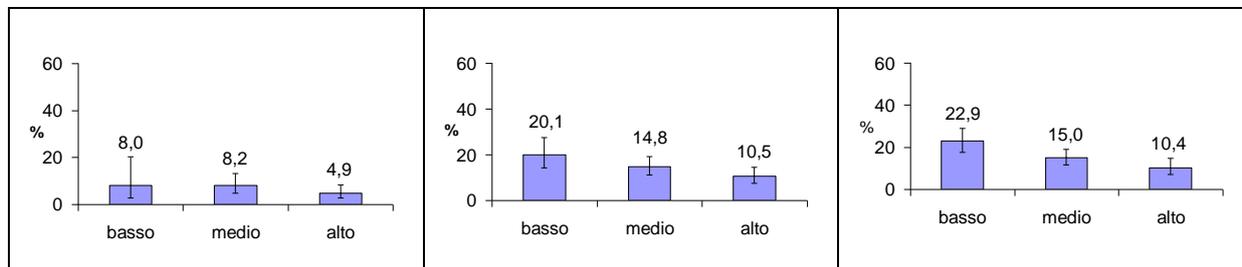
Obesità – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato



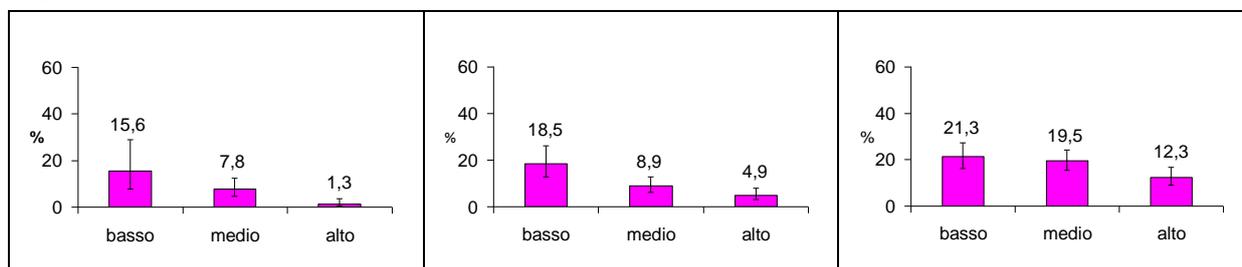
Prevalenza dell'obesità, per genere, livello socioeconomico e per classe d'età

18-34	35-49	50-69
-------	-------	-------

Uomini



Donne



Consumo di alcol a maggior rischio

L'alcol è una sostanza psicoattiva che può portare a dipendenza; il suo consumo è associato allo sviluppo di numerose malattie croniche come malattie cardiovascolari, diabete, tumori, cirrosi epatica, pancreatite acuta e cronica. L'alcol è spesso responsabile di problemi che coinvolgono non solo chi lo consuma ma anche le famiglie e la società, come ad esempio maggiore incidentalità stradale e correlata invalidità, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, abbandoni e incapacità di costruire legami affettivi stabili. Il consumo di alcol a maggior rischio comprende: a) il consumo abituale elevato - uomini che consumano più di due unità alcoliche medie giornaliere oppure donne che consumano più di un'unità alcolica media giornaliera; b) il consumo fuori pasto - persone che consumano alcol prevalentemente o solo fuori dai pasti; c) il *bingedrinking* - uomini che consumano cinque o più unità in un'unica occasione o donne che ne consumano quattro o più in un'unica occasione.

In Romagna, consuma alcol il 71% delle persone 18-69 anni (dati 2014-2018).

La quota di coloro che ne fanno un uso a maggior rischio ammonta al 23%; particolarmente marcata la differenza tra generi, con quasi il 28% negli uomini contro un 18% nelle donne.

L'analisi per età mostra l'elevata prevalenza dei consumatori a rischio nei più giovani (18-34), con una quasi parità delle percentuali rilevate tra uomini e donne, rispettivamente 47% e 40%.

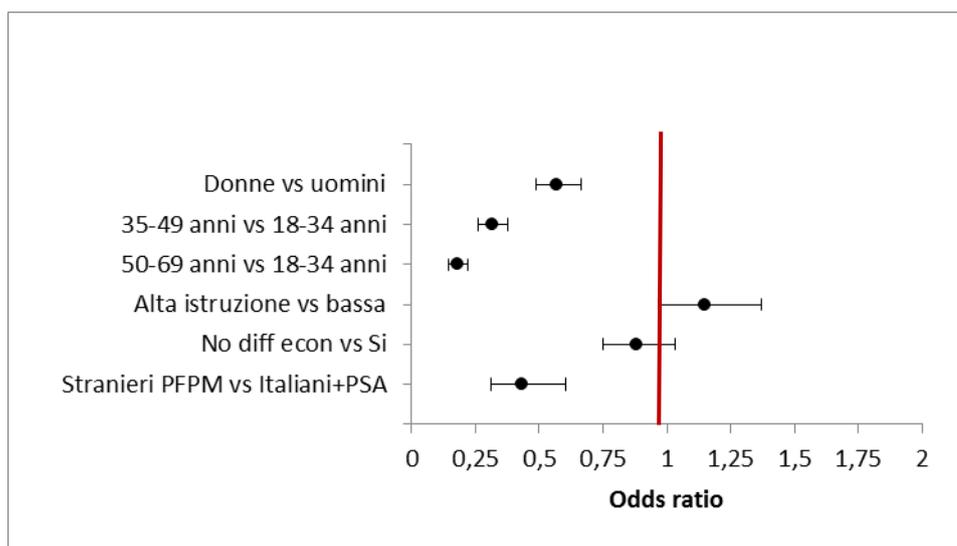
Percentuali crescenti si osservano in entrambi i generi via via che aumenta il livello di istruzione dei rispondenti; non così per la presenza o meno di difficoltà economiche riferite, senza sostanziali differenze tra i livelli considerati. Sensibili differenze si osservano in rapporto alla cittadinanza, con percentuali superiori per i cittadini italiani rispetto a quelli stranieri, sia per gli uomini che per le donne.

Prevalenza (%) del consumo a maggior rischio di alcol – PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	27,6	[25,8-29,5]	18,3	[16,8-19,9]
Classe di età				
18-34 anni	46,6	[42,3-51,0]	40,4	[36,16-4,7]
35-49 anni	27,0	[24,0-30,4]	13,3	[11,0-15,9]
50-69 anni	16,1	[13,9-18,7]	9,8	[8,0-12,0]
Istruzione				
nessuno/elementare	12,0	[7,2-19,4]	6,1	[2,9-12,4]
media inferiore	25,8	[22,8-29,2]	12,5	[10,0-15,6]
media superiore	29,6	[26,8-32,6]	21,2	[18,8-23,7]
laurea	30,6	[25,8-35,9]	22,5	[18,8-26,7]
Difficoltà economiche				
molte	25,5	[19,7-32,3]	15,3	[11,2-20,7]
qualche	27,9	[24,6-31,6]	18,8	[16,1-21,8]
nessuna	27,8	[25,4-30,3]	18,6	[16,5-20,9]
Cittadinanza				
Italiani	28,2	[26,2-30,1]	19,1	[17,5-20,9]
Stranieri	21,2	[15,6-28,1]	11,0	[7,4-16,1]

All'analisi multivariata, il consumo a maggiore rischio è significativamente associato al genere maschile, all'età inferiore a 35 anni e alla cittadinanza italiana.

Consumo di alcol a maggior rischio – Modello logistico: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza per ogni fattore considerato



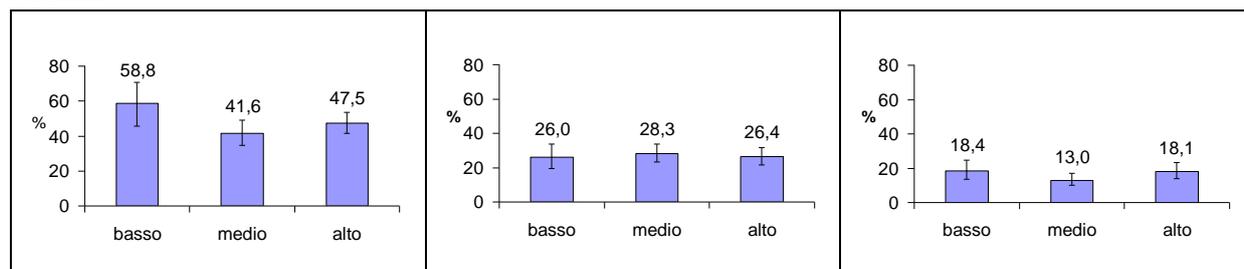
Fra gli uomini la prevalenza dei consumatori a rischio è maggiore nella fascia di età 18-34, più o meno in egual misura nei diversi livelli socio-economici; al diminuire dell'età, diminuisce il consumo, in modo statisticamente significativo e indipendentemente dal livello socio-economico.

Nelle donne, la percentuale delle consumatrici nelle età più giovani è superiore rispetto alle altre età, in particolare tra le appartenenti ai livelli socio-economici medio e alto; al crescere delle età, il consumo a rischio diminuisce, senza particolari differenze tra i diversi livelli socioeconomici.

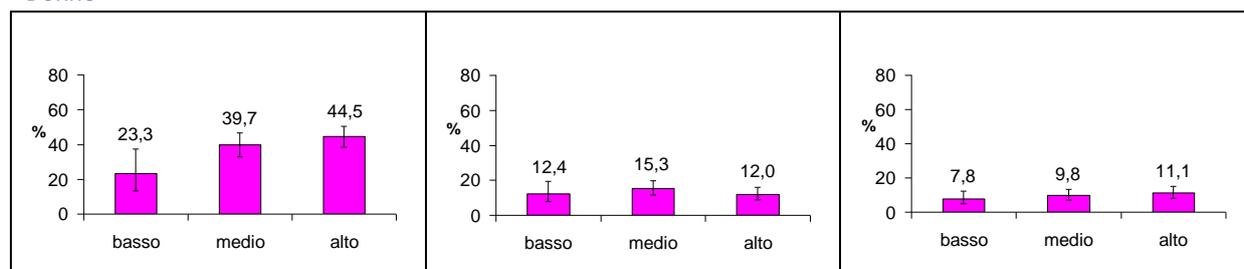
Prevalenza (%) del consumo di alcol a maggior rischio, per livello socioeconomico e classi di età

18-34	35-49	50-69
-------	-------	-------

Uomini



Donne



Iperensione arteriosa

La pressione arteriosa è il fattore di rischio più importante per l'ictus, l'infarto del miocardio, le arteriopatie periferiche, l'insufficienza renale cronica, la retinopatia. I livelli di pressione predicono inoltre la mortalità totale, la speranza di vita e contribuiscono a predire anche cause di morte non cardiovascolari.

Il 90-95% dei casi d'ipertensione arteriosa (*ipertensione essenziale*) dipende da abitudini di vita, quali cattiva alimentazione, sovrappeso e obesità, scarsa attività fisica. Si tratta quindi di un fattore di rischio modificabile. L'abitudine al fumo può aggravare la condizione. Solo il 5-10% dei casi di ipertensione è *secondaria* a una malattia del sistema endocrino o dei reni o dovuta all'assunzione di farmaci.

La riduzione della pressione arteriosa sistolica di 10 mmHg o della pressione arteriosa diastolica di 5 mmHg porta a una riduzione del rischio di ictus del 40%, e di quello di infarto e di altre patologie coronariche del 20-25%, oltre a far diminuire la probabilità di sviluppare le patologie legate all'invecchiamento (demenza e disabilità) e di morire per cause cardiovascolari.

Complessivamente nel quinquennio 2014-2018 il 19% dei residenti in Romagna ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipertensione da parte di un medico, valore in linea con quello regionale (19%).

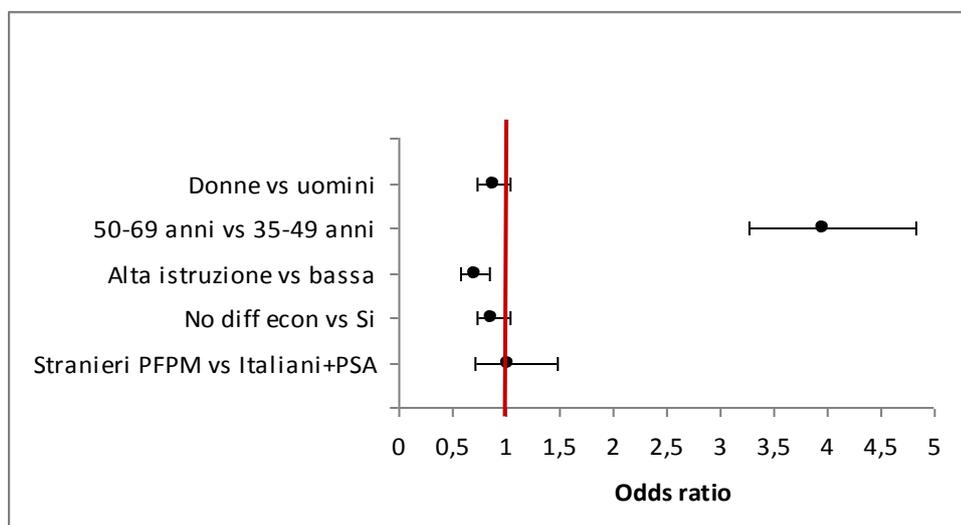
L'ipertensione riferita aumenta fortemente con il crescere dell'età in entrambi i generi; nella fascia d'età 50-69 anni la prevalenza è infatti pari al 35,4% nei maschi e al 33,7% nelle femmine, rispetto al 4,3% della classe 18-34 anni. La prevalenza dell'ipertensione è significativamente più alta in chi ha un basso livello di istruzione. Negli uomini si osserva anche un aumento della prevalenza di ipertesi all'aumentare delle difficoltà economiche e in quelli di cittadinanza italiana rispetto agli stranieri.

Prevalenza di ipertensione (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	20,0	[18,3-21,7]	18,6	[17,1-20,3]
Classe di età				
18-34 anni	4,3	[2,7-6,7]	4,3	[2,8-6,7]
35-49 anni	13,0	[10,7-15,6]	9,8	[7,8-12,1]
50-69 anni	35,4	[32,1-38,8]	33,7	[30,6-37,0]
Istruzione				
nessuno/elementare	41,6	[32,6-51,3]	44,6	[36,2-53,3]
media inferiore	22,5	[19,5-25,7]	26,4	[22,8-30,4]
media superiore	16,5	[14,2-19,1]	14,2	[12,2-16,5]
laurea	17,6	[13,6-22,4]	11,3	[8,5-14,8]
Difficoltà economiche				
molte	25,8	[19,8-32,9]	18,6	[13,8-24,6]
qualche	20,8	[17,7-24,3]	21,3	[18,4-24,4]
nessuna	18,9	[16,8-21,1]	16,9	[14,9-19,2]
Cittadinanza				
Italiani	20,6	[18,9-22,4]	18,7	[17,1-20,5]
Stranieri	11,3	[7,3-17,3]	16,7	[12,1-22,7]

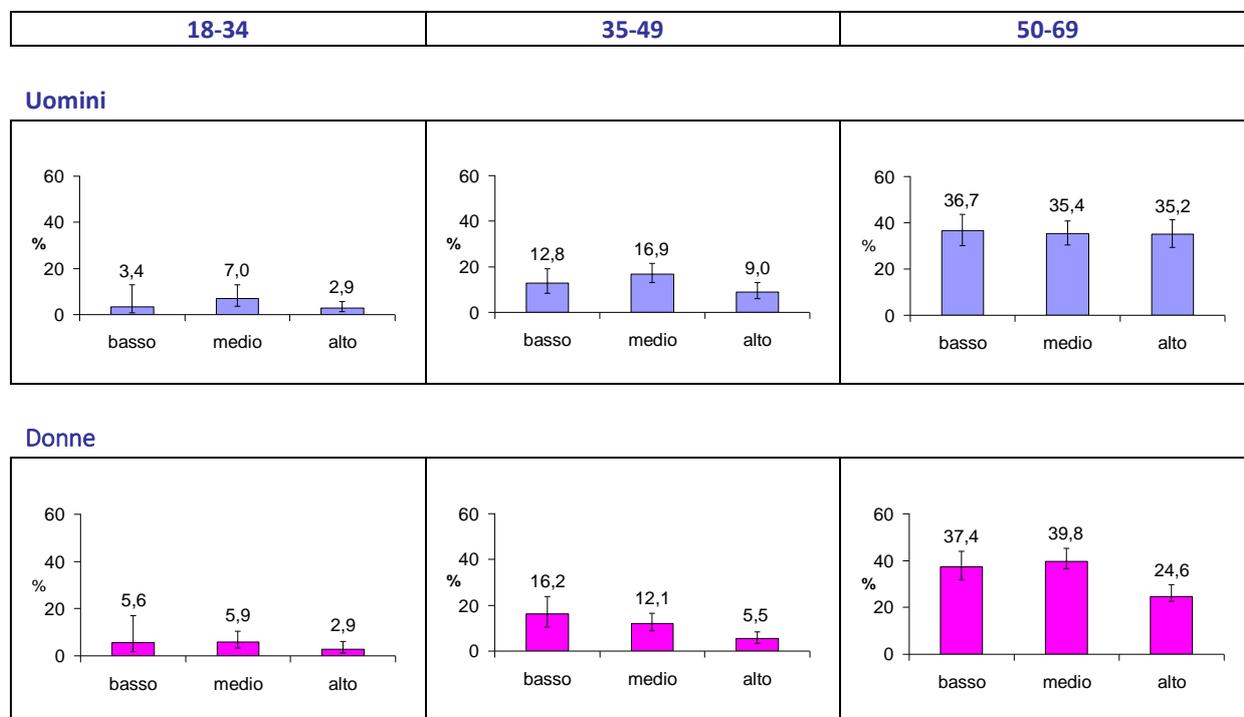
L'analisi multivariata conferma l'associazione tra ipertensione e aumento dell'età, con particolare riferimento all'età superiore ai 50 anni, e con il basso livello di istruzione.

Ipertensione – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato



La prevalenza dell'ipertensione non mostra un andamento significativo in base al livello socioeconomico; solo nelle donne di età 35-49 si osserva una riduzione progressiva della percentuale di soggetti ipertesi passando dal basso livello socio-economico (16,2%) a quello alto (5,5%).

Prevalenza di ipertensione, per genere, livello socioeconomico e classe d'età



Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia si posiziona al vertice della piramide dei fattori di rischio per malattie cardiovascolari: tutti i trial clinici dimostrano, che chi ha ipercolesterolemia, ha una probabilità di sviluppare coronaropatie 3,6 volte superiore rispetto alla popolazione normale. Le cardiopatie ischemiche rappresentano la prima causa di morte (20%) all'interno delle malattie cardiovascolari, che a loro volta continuano ad essere la prima causa di morte nel mondo occidentale.

Si stima che in Italia il 40% dei soggetti ipercolesterolemici non sia consapevole di avere livelli di colesterolo non a norma e solo il 24% degli uomini e il 17% delle donne sia trattato efficacemente. Sebbene la terapia farmacologica riesca a tenere sotto controllo il colesterolo nella gran parte dei casi, esistono ancora popolazioni di pazienti ad alto rischio che non raggiungono livelli di colesterolo LDL ottimali.

E' stata ampiamente documentata una marcata associazione, positiva e lineare, fra livelli di colesterolo totale/LDL e rischio di eventi cardiovascolari: ogni riduzione dei livelli di colesterolo LDL di 1.0 mmol/l (38.61 mg/dl) comporta una significativa riduzione della mortalità cardiovascolare e del rischio di infarto miocardico.

Nel periodo 2014-2018 la prevalenza di soggetti che dichiarano di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico è pari al 31% circa, valore superiore a quello regionale (26%).

Sia nei maschi che nelle femmine gli ipercolesterolemici aumentano significativamente con l'età; l'incremento è evidente già dai 35 anni d'età, ma nelle femmine è ancora più significativo dai 50 anni, quando i cambiamenti ormonali e metabolici dovuti alla menopausa causano importanti cambiamenti nel profilo lipidico.

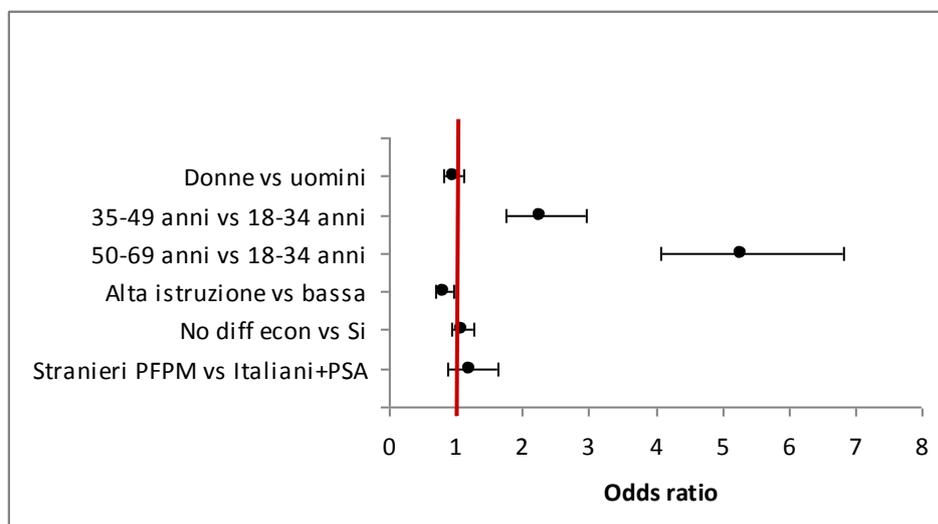
L'eccesso di colesterolo nel sangue risulta più elevato nelle persone con un basso livello di istruzione, mentre per quanto riguarda l'associazione con le difficoltà economiche si nota un aumento negli uomini all'aumentare delle difficoltà riferite, mentre nelle donne l'andamento sembrerebbe essere opposto.

Prevalenza di ipercolesterolemia (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	31,7	[29,6-33,9]	30,5	[28,5-32,6]
Classe di età				
18-34 anni	13,6	[10,1-18,0]	11,3	[8,5-15,0]
35-49 anni	29,8	[26,3-33,5]	19,7	[16,8-23,0]
50-69 anni	40,4	[36,9-43,9]	46,9	[43,5-50,4]
Istruzione				
nessuno/elementare	38,9	[29,9-48,7]	52,6	[43,7-61,3]
media inferiore	37,3	[33,5-41,2]	34,2	[30,1-38,6]
media superiore	26,2	[23,2-29,5]	28,0	[25,2-31,1]
laurea	32,5	[27,1-38,3]	24,6	[20,4-29,3]
Difficoltà economiche				
molte	34,0	[26,7-42,2]	23,0	[17,4-29,9]
qualche	32,8	[28,8-37,1]	30,7	[27,3-34,4]
nessuna	30,8	[28,2-33,7]	31,8	[29,1-34,7]
Cittadinanza				
Italiani	32,0	[29,8-34,3]	30,3	[28,3-32,5]
Stranieri	26,6	[18,6-36,6]	32,3	[25,3-40,1]

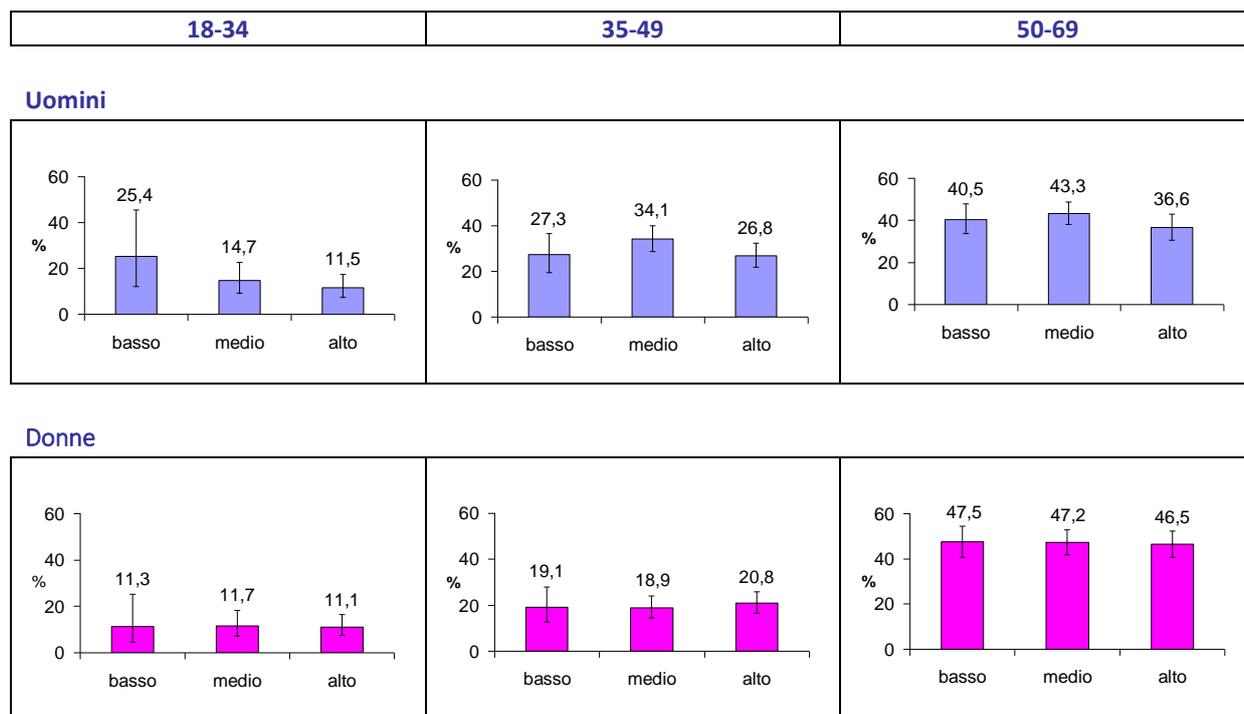
L'analisi multivariata conferma solo l'associazione tra ipercolesterolemia ed età superiore ai 35 anni.

Ipercolesterolemia – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato



In nessuna classe di età, sia nei maschi che nelle femmine, emergono differenze statisticamente significative nella prevalenza di persone con ipercolesterolemia in relazione allo stato socioeconomico. Solo nei maschi si osserva nei giovani (18 - 34 anni) una riduzione non statisticamente significativa dei livelli di colesterolo nel sangue al migliorare dello stato socioeconomico, mentre nelle altre due classi d'età sembrerebbero più a rischio i soggetti appartenenti alla classe socioeconomica intermedia.

Prevalenza di ipercolesterolemia, per genere, livello socioeconomico e classe d'età



Diabete

Il diabete mellito è una patologia che ha un forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione e un costo socioeconomico molto elevato. Il diabete di tipo 1 (detto anche insulino dipendente) insorge prevalentemente durante l'infanzia e l'adolescenza, mentre quello di tipo 2 (che rappresenta circa il 90% di tutti i casi di malattia) compare prevalentemente in età adulta.

Il diabete di tipo 2 è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali: la sua insorgenza può perciò essere prevenuta con uno stile di vita adeguato. Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze croniche, tra queste quelle particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari.

In Europa si stima che, ogni anno per patologie legate al diabete, muoiano circa 750.000 persone e vengano persi oltre 7 milioni di anni di vita in buona salute (DALYs).

L'OMS ha inserito il diabete tra le patologie croniche su cui maggiormente investire per la prevenzione, dato il crescente peso assunto da questa patologia anche nei Paesi in via di sviluppo e vista la possibilità di attuare misure preventive efficaci e di basso costo.

Nel quinquennio 2014-18 il 4,6% dei romagnoli di 18-69 anni ha dichiarato di aver avuto, da parte di un medico, la diagnosi di diabete mellito (tipo 1 o tipo 2), pari a circa 34 mila persone di cui oltre il 99% nella fascia 35-69 anni.

La prevalenza complessiva di diabete è più alta all'aumentare dell'età (2,4% nelle persone di 35-49 anni rispetto al 9,1% dei 50-69enni) è maggiore negli uomini (5,8 vs 3,3%) e in entrambi i generi è più alta tra le persone di 50-69 anni, tra quelle con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche.

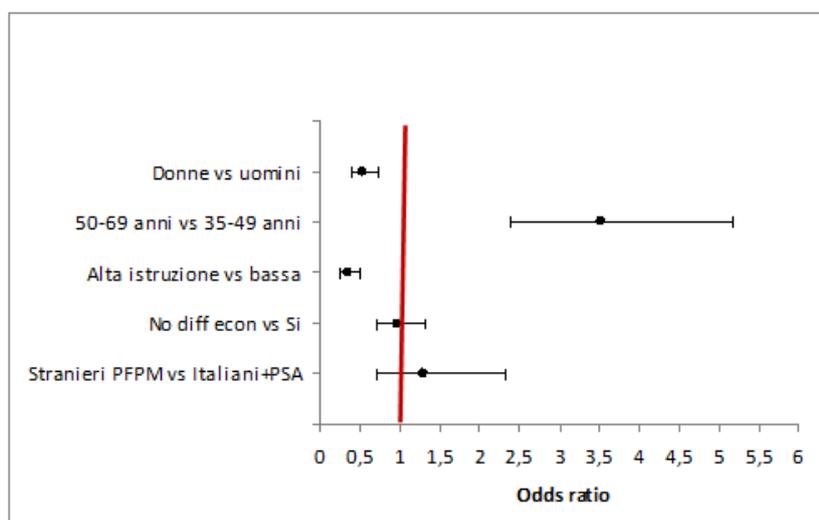
In entrambi i sessi sia per l'istruzione, sia per le difficoltà economiche è presente un evidente gradiente a sfavore delle persone più svantaggiate.

Prevalenza di diabete (%) - PASSI Romagna 2014-2018

	UOMINI		DONNE	
	%	IC(95%)	%	IC(95%)
Totale	5,8	[4,9-6,9]	3,3	[2,6-4,2]
Classe di età				
18-34 anni	0,0	0,0	0,6	[0,2-1,7]
35-49 anni	2,4	[1,5-3,8]	2,4	[1,5-3,9]
50-69 anni	12,6	[10,5-15,1]	5,7	[4,4-7,8]
Istruzione				
nessuno/elementare	23,3	[16,5-31,7]	15,5	[10,2-23,1]
media inferiore	8,6	[6,8-10,9]	4,9	[3,3-7,3]
media superiore	2,7	[1,9-4,0]	1,9	[1,2-3,1]
laurea	2,8	[1,4-5,5]	1,2	[0,5-2,7]
Difficoltà economiche				
molte	10,6	[6,9-16,1]	4,0	[2,1-7,7]
qualche	6,0	[4,5-8,1]	3,4	[2,2-5,0]
nessuna	5,0	[4,0-6,4]	3,2	[2,3-4,5]
Cittadinanza				
Italiani	6,1	[5,2-7,3]	3,2	[2,5-4,1]
Stranieri	2,2	[0,8-5,8]	4,7	[2,5-8,5]

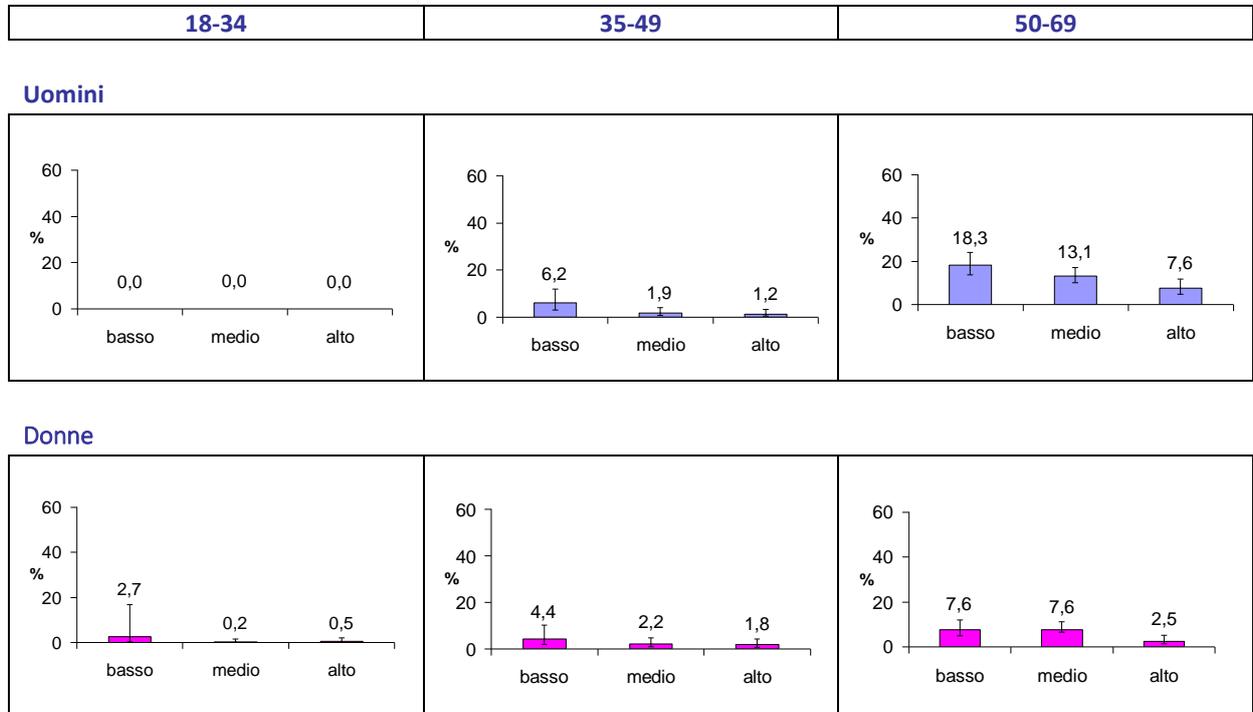
Il modello di regressione logistica, condotto per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro conferma un'associazione statisticamente positiva del diabete con l'età, la bassa istruzione e il sesso maschile.

Diabete – Modello di regressione logistica: Odds Ratio (O.R.) e intervallo di confidenza, per ogni fattore considerato



L'indicatore globale dello stato socio-economico evidenzia che il diabete è più diffuso nelle classi più svantaggiate sia nelle donne che negli uomini in ogni fascia di età con un gradiente ancora più evidente nei maschi.

Prevalenza di Diabetici per genere, livello socioeconomico e classe d'età



SINTESI E CONSIDERAZIONI FINALI

Le principali malattie responsabili di mortalità e anni di vita persi per disabilità sono legate principalmente a fattori di rischio e stili di vita che possono essere modificati in senso più salutare.

Tali fattori di rischio, comportamentali e metabolici, si distribuiscono in modo diseguale nella popolazione concentrandosi maggiormente nelle fasce più svantaggiate e difficili da coinvolgere in programmi di prevenzione, con conseguente incremento delle disuguaglianze di salute.

Per progettare interventi efficaci a ridurre l'impatto sulla salute e sui servizi delle malattie cronico degenerative è importante conoscere e considerare la distribuzione di fattori di rischio nella popolazione.

Il quadro che emerge da questo report, condotto sulla popolazione Romagnola e basato sullo studio PASSI, mostra alcune fasce di popolazione nelle quali è maggiore la prevalenza di fattori di rischio e verso le quali vanno indirizzati prioritariamente gli interventi.

In sintesi emerge che:

- **La percezione di un cattivo stato di salute** è maggiore: nelle donne, nelle persone più anziane, in coloro che hanno basso titolo di studio e difficoltà economiche.
- **L'abitudine al fumo di sigaretta** è maggiore: negli uomini, nei più giovani (specie sotto i 35 anni), in coloro che hanno basso titolo di studio e difficoltà economiche.
- **La sedentarietà** è maggiore: nelle donne, in chi ha più di 35 anni e basso livello di istruzione.
- **L'eccesso ponderale** è maggiore: negli uomini, in chi ha più di 35 anni, in coloro che hanno basso titolo di studio e difficoltà economiche. Se consideriamo **l'obesità** (BMI>30) la prevalenza è uguale tra uomini e donne e in tutte le fasce di età considerate l'obesità aumenta al diminuire del titolo di studio sia negli uomini sia, in modo molto spiccato, nelle donne.
- **Il consumo di alcol a rischio** è maggiore: negli italiani, rispetto agli stranieri, negli uomini, nei più giovani (18-34 anni).
- **L'ipertensione arteriosa** è maggiore: dopo i 50 anni e in chi ha basso livello di istruzione.
- **L'ipercolesterolemia** è maggiore: in chi ha basso livello di istruzione e aumenta con l'età, specialmente dopo i 50 anni.
- **Il diabete** è maggiore: dopo i 50 anni, negli uomini e in chi ha basso livello di istruzione.

Questi dati sono stati raccolti e analizzati nell'ambito del sistema di sorveglianza PASSI, attivo su tutto il territorio nazionale, basato su presupposti scientifici e sottoposto a verifiche di qualità che lo rendono attendibile, sebbene basato su dati autoriferiti. Il campione di interviste esaminato e la prevalenza a volte bassa del fattore di rischio nelle singole fasce socio economiche di popolazione considerate, sono tali da suggerire cautela rispetto ai risultati emersi. Nonostante ciò risultano sostanzialmente sovrapponibili a quelli che emergono da report Regionali o Nazionali più solidi numericamente e quindi riteniamo che possano fornire indicazioni di massima affidabilità.

Ci auguriamo quindi che gli operatori dei servizi socio sanitari e gli amministratori locali, possano ricavare da questo lavoro elementi utili a conoscere meglio la situazione e approfondire l'analisi, anche con metodi qualitativi, per progettare e attuare interventi di promozione della salute e riduzione delle disuguaglianze.

Tabella sinottica dei fattori di rischio per malattie cronico degenerative. Dati PASSI 2014-2018 - Ausl Romagna

FATTORI DI RISCHIO	Sesso		Età			Istruzione		Difficoltà economiche		Cittadinanza	
	Uomini	Donne	18-34	35-49	50-69	bassa	alta	no	sì	Italiana	Straniera
Percezione dello stato di salute		☹		☹	☹	☹			☹	☹	
Abitudine al fumo di sigaretta	☹		☹			☹			☹		
Sedentarietà		☹		☹	☹	☹					
Sovrappeso (bmi>25)	☹			☹	☹	☹			☹		
Obesità (bmi>30)				☹	☹	☹			☹		
Consumo di alcol a maggior rischio*	☹		☹							☹	
Iperensione arteriosa					☹	☹					
Ipercolesterolemia				☹	☹	☹					
Diabete	☹				☹	☹					

* Il consumo di alcol a maggior rischio comprende il consumo abituale elevato, il consumo fuori pasto e il bingedrinking

LEGENDA

☹ valore critico che segnala la presenza di una disuguaglianza, supportata da una differenza statisticamente significativa

Italiana: italiane e straniere provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA)

Straniera: straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

Link per approfondimento

“Il Profilo di salute 2019” Regione Emilia Romagna

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/profilo-di-salute>

Profilo di salute AUSL Romagna dicembre 2018

<https://www.auslromagna.it/ricerca/download/documenti-dei-servizi/sanita-pubblica/prevenzione/salute-in-romagna/a-profilo-di-salute>

Popolazione dell’Emilia Romagna

<http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione>

Progressi delle Aziende Sanitarie in Italia: la Sorveglianza PASSI

<https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Rapporto Nazionale “Disuguaglianze sociali e salute PASSI 2007-2009”

<https://www.epicentro.iss.it/passi/disuguaglianze07-09>

La Sorveglianza PASSI in Emilia Romagna

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er>