

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**RILEVAZIONE DELL'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA
COVID-19 SUGLI STILI DI VITA DEI DIPENDENTI DEL
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.
AZIENDA ULSS 5 POLESANA - REGIONE VENETO.**

**RELATORE: PROF. MANUEL ZORZI
CORRELATORE: DR.SSA ANNAMARIA DEL SOLE**

LAUREANDA: LAURA TEGANI

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**RILEVAZIONE DELL'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA
COVID-19 SUGLI STILI DI VITA DEI DIPENDENTI DEL
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.
AZIENDA ULSS 5 POLESANA - REGIONE VENETO.**

**RELATORE: PROF. MANUEL ZORZI
CORRELATORE: DR.SSA ANNAMARIA DEL SOLE**

LAUREANDO: LAURA TEGANI

ANNO ACCADEMICO 2021 - 2022

INDICE:

| | |
|--|----|
| ABSTRACT | 1 |
| PREMESSA | 2 |
| CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE | 5 |
| 1.1 Quadro generale infezione da SARS CoV-2 | 5 |
| 1.2 Modalità ed effetti dell’infezione | 6 |
| 1.3 Ricaduta della pandemia sul mondo del lavoro | 8 |
| 1.4 Misure adottate per il contenimento dei contagi e loro effetti | 8 |
| 1.5 La Prevenzione e la Promozione della salute | 9 |
| 1.6 Evidenze in letteratura di promozione della salute nei luoghi di lavoro | 19 |
| 1.7 Obiettivi dello studio | 23 |
| CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO | 25 |
| 2.1 Problema | 25 |
| 2.2 Scopo dello studio | 26 |
| 2.3 Revisione in letteratura | 26 |
| 2.4 Considerazioni della ricerca | 27 |
| CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI | 29 |
| 3.1 Materiali | 29 |
| 3.2 Il questionario | 30 |
| 3.3 Metodi | 32 |
| CAPITOLO 4 – RISULTATI | 35 |
| 4.1 Analisi dei risultati | 35 |
| CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE | 67 |
| 5.1 Quadro generale | 67 |
| 5.2 Significato e implicazioni dei risultati ottenuti | 68 |
| 5.3 Iniziative a sostegno per gli operatori sanitari | 76 |
| 5.4 Partecipazione dell’Assistente Sanitario | 78 |
| CAPITOLO 6 - CONCLUSIONE | 81 |
| BIBLIOGRAFIA: | 83 |
| SITOGRAFIA | 87 |
| ICONOGRAFIA | 93 |
| ELENCO TABELLE | 93 |
| ELENCO GRAFICI | 93 |
| ALLEGATI | |

ABSTRACT

INTRODUZIONE: L'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione dell'infezione da Covid-19 ha avuto un impatto significativo sul benessere psicofisico delle persone, sia riguardo la loro vita lavorativa che sociale. Alcuni studi hanno dimostrato come negli operatori sanitari diverse problematiche siano state più pesanti rispetto alla popolazione generale. Abbiamo indagato l'impatto che ha avuto la pandemia sulla salute e sugli stili di vita dei dipendenti del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

MATERIALI E METODI: Ai dipendenti è stato chiesto di compilare un questionario auto redatto che comprendeva sei sezioni che indagavano i cambiamenti relativi al tema dell'alimentazione, attività fisica, abitudini al fumo, stati d'animo e percezione della qualità della vita.

RISULTATI: Hanno compilato il questionario 107 persone. Nel tema dell'alimentazione è risultato che il 25,2% ha dichiarato di avere abitudini alimentari più sane attualmente, rispetto al periodo precedente alla pandemia, mentre il 16,8% dichiara di avere abitudini meno sane. Dalle domande riferite all'attività fisica è emerso che il 57% dei dipendenti ha modificato le proprie abitudini: il 35,5% dichiara di essere più attivo fisicamente rispetto al periodo pre-pandemico, mentre il 21,5% riferisce di essere meno attivo. Poco meno del 31% (n. 33) degli intervistati ha l'abitudine al fumo: un terzo di loro (n. 11) ha dichiarato di aver aumentato il numero di sigarette fumate, mentre 9 fumatori affermano di averne diminuito il consumo. Emerge inoltre che il 61% dei dipendenti ha espresso l'interesse a partecipare a programmi di promozione della salute e di corretti stili di vita. In particolare, è stata espressa la volontà di approfondire la tematica relativa agli stati d'animo e il benessere psicologico.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Si può affermare che per quanto riguarda l'alimentazione vi è una maggiore attenzione al consumo di alimenti e attualmente circa un quarto dei dipendenti mangia più sano rispetto al periodo precedente. Nonostante i dipendenti si considerino ancora poco attivi fisicamente (43%) alcuni di loro hanno cambiato le proprie abitudini dichiarandosi più attivi fisicamente. Per quanto riguarda il fumo si registra un peggioramento dell'abitudine in quanto sono di più i dipendenti che hanno aumentato rispetto a quelli che hanno diminuito la frequenza del numero di sigarette fumate. Il personale intervistato ha espresso una buona consapevolezza dell'importanza di adottare uno stile di vita sano. Come indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, risulta comunque necessario perseguire la creazione di ambienti che promuovano la salute.

PREMESSA

Con la speranza che la promozione della salute nei luoghi di lavoro diventi nelle persone sempre più attiva ed efficace al fine di creare degli ambienti di lavoro sani, liberi da pericoli e adatti nel favorire la salute e il benessere di una persona.

Troppo spesso i lavoratori vengono valutati e considerati per le sole competenze, conoscenze e abilità, certamente essenziali per il mondo lavorativo, ma è fondamentale tenere conto del lavoratore come persona dal punto di vista della propria salute, come questa cambia e si modifica a seconda degli stimoli esterni che riceve e ai cambiamenti ai quali è sottoposta.

Lo studio ha analizzato quale impatto ha avuto l'evento pandemico sugli stili di vita e sulla percezione della salute dei dipendenti del Dipartimento di Prevenzione.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

A partire dal 2020, a livello globale è emersa con chiarezza la necessità di investire maggiori risorse della sanità pubblica a favore della prevenzione, per il contrasto di emergenze quali la pandemia dovuta all'infezione da SARS CoV-2. La pandemia ha fatto sì che a livello globale crescesse la consapevolezza della necessità di un nuovo approccio nella sanità pubblica, che andasse a prevenire ciò che diventava sempre più difficile controllare e curare.

1.1 Quadro generale infezione da SARS CoV-2

Il 10 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha divulgato la notizia che le autorità cinesi avevano dichiarato ai *media* locali la presenza di un nuovo virus altamente contagioso e completamente sconosciuto al sistema immunitario umano. La prima circolazione era stata rilevata principalmente a Wuhan, la città più popolata della parte orientale della Repubblica Asiatica. Il patogeno responsabile corrispondeva ad un nuovo ceppo della stessa famiglia dei Coronavirus, virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate come MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) e SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*).

Il 30 gennaio 2020, l'OMS ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina. Il giorno successivo, il Governo italiano ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure per il contenimento del contagio¹.

I primi casi in Italia sono stati segnalati a Codogno, un comune in provincia di Lodi con poco meno di 15.500 abitanti². Un uomo di 38 anni, si era recato al pronto soccorso la notte del 20 febbraio 2020 con una polmonite grave e quindi con sintomi riconducibili al Covid-19.

Nel frattempo, in Veneto, si registrava negli stessi giorni la prima morte da Covid, che faceva riferimento ad un uomo di 77 anni residente a Vò Euganeo, un paese in provincia di Padova con circa 3.500 residenti³.

Tra la fine di febbraio e l'inizio di marzo 2020 il contagio si è diffuso nel nord Italia e ha cominciato a manifestarsi anche in altre zone, pur con intensità diverse. In data 4 marzo 2020 si erano documentati oltre duemila casi e, per tale motivo, il successivo 9 marzo il Presidente del Consiglio dei ministri annunciava il primo *lockdown* nazionale⁴.

¹ <https://www.agenziacoesione.gov.it/covid19-atti-emergenza-epidemiologica/>

² <https://www.tuttitalia.it/lombardia/20-codogno/>

³ <https://www.tuttitalia.it/veneto/42-vo/>

⁴ <https://www.wired.it/scienza/medicina/2021/02/21/coronavirus-primocaso-italia-codogno/>

In pochissimo tempo il virus è stato rilevato anche in altre diverse zone del Mondo, in particolare le prime furono Cina, Iran e Corea del Sud, con un aumento incontrollato dei casi. Dopo la valutazione dei livelli di letalità e di diffusione globale, l'OMS in data 11 marzo ha dichiarato che l'infezione poteva essere definita una pandemia.⁵

1.2 Modalità ed effetti dell'infezione

Il Coronavirus fa parte della famiglia dei *coronaviridae* che sono costituiti da virus a RNA. Sono virus molto diffusi che infettano, oltre all'uomo, anche specie animali come ad esempio, specie aviarie selvatiche, roditori, felini, bovini, equini e suini.

Tali virus sono considerati preoccupanti per l'uomo e causano infezioni del tratto respiratorio superiore. Le infezioni respiratorie rappresentano le più comuni e le più frequenti malattie che causano invalidità temporanea, quindi oltre che un problema medico anche socioeconomico.

La modalità di trasmissione più comune prevede l'escrezione di patogeni attraverso l'apparato respiratorio da parte di soggetti infetti e la penetrazione nell'ospite recettivo per inalazione. Le goccioline chiamate *droplets*, presenti nell'aria espirata come ad esempio la tosse o espulse con la fonazione, sono di dimensioni relativamente grandi; esse, infatti, tendono a sedimentare rapidamente per effetto del loro stesso peso e non viaggiano a lunga distanza. Il rischio di infezione per inalazione di un aerosol espirato è limitato alla zona posta direttamente di fronte o nelle immediate vicinanze dell'individuo infetto. Molto diversa è invece la trasmissione per aerosol che comporta la formazione di particelle molto piccole e che, sedimentando molto più lentamente, sono facilmente veicolate dalle correnti d'aria. In questo caso, infatti, è molto più frequente la trasmissione a lunga distanza tramite contatto con le mucose di un soggetto suscettibile. Il virus da SARS Cov-2 però è maggiormente presente nei *droplets* di maggiori dimensioni e inoltre tende a rimanere stabile a lungo tempo anche una volta sedimentato sulle superfici⁶.

I sintomi maggiormente registrati in caso di infezione da SARS Cov-2 sono tosse secca, stanchezza, febbre, difficoltà respiratorie; l'infezione può inoltre comportare la congiuntivite e in alcuni casi perdita dell'olfatto e del gusto. Alcuni soggetti possono sviluppare forme più gravi della malattia come la polmonite, anche con possibili manifestazioni gastrointestinali⁷.

⁵ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>

⁶ https://online.universita.zanichelli.it/antonellimicro-3ed/files/2020/03/Antonelli_Coronavir_18-03-2020.pdf

⁷ <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=257#2>

Nel periodo compreso tra febbraio e marzo 2020, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno avviato un'analisi della mortalità totale e dei soggetti positivi al Covid-19. Tale sorveglianza, i cui risultati sono stati pubblicati periodicamente, raccoglie dati individuali dei soggetti positivi al virus, il luogo di residenza, alcuni dati di laboratorio, informazioni sull'eventuale ricovero e sullo stato clinico indicandone la gravità della sintomatologia. Fornisce informazioni anche sulla presenza di alcuni fattori di rischio come, per esempio, altre patologie croniche presenti ed infine sull'esito finale, cioè se il soggetto è guarito o deceduto⁸.

Oltre all'aumento dei casi di positività e all'aumento dei decessi, in tutto il periodo si è verificato anche un forte incremento della disinformazione, fenomeno che ha preso il nome di infodemia, che sta a significare *“l'accesso illimitato alle informazioni che possono confondere e influenzare i comportamenti durante l'emergenza sanitaria”*⁹. Il testo esplica i termini infodemia e pandemia, che sembrano avere una correlazione tra di loro e possono essere l'uno conseguenza dell'altro, ma allo stesso tempo l'infodemia è un fenomeno nuovo e poco si conosce sulla relazione con la gestione delle epidemie.

Alla base di questo c'è la comunicazione, attività apparentemente semplice ma di fatto molto complessa e articolata soprattutto con un pubblico molto vasto, come quello interessato in una pandemia; inoltre, a fronte della tendenza a comunicare attraverso semplificazioni, il contesto è complesso e in continua evoluzione, provocando così smarrimento e confusione.

Tale fenomeno di infodemia si è registrato anche sul tema delle vaccinazioni anti Covid-19, a dimostrazione di come la disinformazione si possa diffondere rapidamente attraverso piattaforme non scientifiche come *social media* o altri canali secondari.

Altre criticità dell'infodemia legata alle vaccinazioni sono associate alla bassa cultura riguardo alle epidemie, alla scarsa comprensione del meccanismo di immunizzazione ma in particolare anche agli eventi avversi registrati dopo l'immunizzazione che possono portare ad un clamore negativo sulla sicurezza del vaccino. Il concetto chiave che l'articolo mette in evidenza è quello

⁸ <https://www.epicentro.iss.it/mortalita/2020>

⁹ Sylvie C. Briand, Matteo Cinelli, Tim Nguyen, Rosamund Lewis, Dimitri Prybylski, Carlo M. Valensise, Vittoria Colizza, Alberto Eugenio Tozzi, Nicola Perra, Andrea Baronchelli, Michele Tizzoni, Fabiana Zollo, Antonio Scala, Tina Purnat, Christine Czerniak, Adam J. Kucharski, Akhona Tshangela, Lei Zhou, Walter Quattrocioni, Infodemics: A new challenge for public health, Pages 6010-6014, ISSN 0092-8674
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867421012861>

dell'intersezione tra epidemia e infodemia che rappresenta una delle aree più critiche e difficili per migliorare la preparazione e l'approccio alla salute alla popolazione a livello globale.

1.3 Ricaduta della pandemia sul mondo del lavoro

La pandemia, oltre a questi aspetti, ha inciso molto anche sul mondo del lavoro, in ogni categoria di lavoratori, autonomi o dipendenti, sia del settore pubblico che privato. In particolare, i lavoratori inseriti nella sanità pubblica in strutture ospedaliere e residenziali sono stati sottoposti ad un cambio improvviso di mansioni. Inizialmente è stata organizzata l'attività dei punti tamponi, che avevano lo scopo di svolgere il controllo sulla popolazione, con l'obiettivo finale di individuare i casi positivi tramite procedure di *contact tracing*. Questo permetteva la ricerca e la gestione dei contatti di casi confermati, il controllo del rispetto delle regole di contenimento, prevenzione dell'infezione e il rispetto dell'isolamento.

Alla fine dell'anno 2020, i professionisti sanitari hanno dovuto fronteggiare un ulteriore carico di lavoro determinato dall'apertura di centri di vaccinazione di massa per la distribuzione del vaccino su tutto il territorio.

Con la modifica della situazione epidemiologica e dei contagi, i dipendenti dell'area sanitaria sono stati chiamati anche al recupero dell'attività lasciata per forza di cose in sospeso o in arretrato a causa dell'emergenza.

Ad aggravare tutto questo, si aggiunge il fatto che il personale dipendente è stato a sua volta oggetto d'infezione ed impegnato ad affrontare l'infodemia che prendeva sempre più piede in diverse tematiche riguardanti i diversi aspetti della pandemia da Covid-19.

1.4 Misure adottate per il contenimento dei contagi e loro effetti

Prima dell'arrivo del virus, da tutti conosciuto come Covid-19, la popolazione si è ritrovata a dover fronteggiare un elevato numero di epidemie, ma l'impatto attuale ha avuto grandi conseguenze sulla salute pubblica, sulla salute fisica e mentale degli individui, delle famiglie e in generale su tutta la società. Lo sviluppo della società e la globalizzazione hanno contribuito, negli anni, ad una maggiore diffusione delle malattie infettive su scala mondiale, trasformando epidemie in pandemie, le quali non hanno solo un risvolto medico e sanitario ma coinvolgono in gran parte anche l'ambito sociale ed economico. Le pandemie non sono solo eventi che scandiscono la storia e ne segnano il normale corso ma la modificano e la contagiano, hanno un impatto sul mondo e sulla vita

paragonabile a quello di rivoluzioni, guerre e crisi. Al fine di abbassare la contagiosità del virus, di ridurre la diffusione e il numero dei contagi, in tutto il mondo, sono state adottate alcune misure preventive come la quarantena, l'allontanamento fisico e l'isolamento. La strategia basata su modalità di quarantena continuativa o applicata in modo saltuario risulta avere un impatto rilevante su alcuni bisogni fondamentali delle persone come l'autonomia decisionale, il senso di sicurezza fisica, la mobilità spaziale o la libertà di contatto con i propri cari, e può comportare gravi ripercussioni sull'equilibrio fisico e psico-emotivo.

1.5 La Prevenzione e la Promozione della salute

1.5.1 Concetti di promozione della salute

L'allungamento della prospettiva di vita ha portato a profonde modificazioni della società e all'invecchiamento della popolazione lavorativa. L'ISTAT ha calcolato che nel 2001 in Italia la speranza di vita alla nascita risultava 76,9 anni per i maschi e 82,7 anni per le femmine. Lo studio eseguito nel 2021 ha portato alla luce profonde differenze: in Italia la popolazione maschile alla nascita ha una speranza di vita pari a 80,1, con 3,2 anni di differenza rispetto al 2001, mentre per la popolazione femminile risulta incrementata di 2 anni, con una speranza di vita pari a 84,7 anni. La situazione viene confermata, anche se con qualche differenza, nella regione del Veneto che nel 2001 registrava una speranza di vita alla nascita pari a 76,9 anni per i maschi e 83,7 anni per le femmine. A distanza di vent'anni, la situazione ha visto l'incremento di 4 anni per la popolazione maschile, infatti nel 2021 registra 80,9 anni. Si è rilevato un incremento di 1,8 anni per la popolazione femminile che ha una speranza di vita alla nascita pari a 85,5 anni: di poco più alta rispetto alla speranza di vita nazionale femminile.

Inoltre, anche per la provincia di Rovigo, la situazione presenta alcune differenze sia rispetto alla speranza di vita alla nascita regionale sia rispetto a quella nazionale. Nel 2001 per i maschi si registrava 76,3 anni mentre per le femmine 83,6 anni. Nel 2021, 79,6 anni per i maschi a differenza degli 84,7 per le femmine¹⁰.

Tutto questo, unito al miglioramento delle condizioni di salute e alla bassa natalità, sta modificando profondamente la struttura della società: questa "maturità demografica" porta a ripensare al ruolo dei lavoratori con età superiore ai cinquanta anni come risorsa all'interno di un mercato del lavoro che vede aumentare la loro permanenza; questo è dovuto anche alla riforma previdenziale e ai

¹⁰ <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283#>

criteri di pensionamento. L'allungamento delle prospettive di vita porta a riconsiderare la posizione del lavoratore all'interno del mercato del lavoro nazionale. Questa evidenza, unita alla diffusione di nuove conoscenze, ha portato ad una maggiore attenzione alla salvaguardia e rispetto per la propria salute, con una particolare attenzione verso le malattie cronico-degenerative. Infatti, negli ultimi 20 anni, nei paesi occidentali, si è evidenziata una prevalenza significativa di sovrappeso e obesità, che si sono unite ad un aumento della diffusione delle malattie cronico-degenerative. Le malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche, insulino-resistenza, diabete di tipo 2, dislipidemie e sovraccarico articolare sono delle condizioni che possono determinare un aumento del numero di assenze dal lavoro e specifiche limitazioni sull'idoneità lavorativa¹¹.

Tutto questo ha contribuito anche all'aumento della consapevolezza della necessità di un approccio diverso rispetto alla sanità pubblica, che cerchi di prevenire certe patologie e che sia volto verso la promozione, protezione e mantenimento dello stato di salute.

Da questo si deduce che la promozione alla salute risulta essere uno strumento preferenziale per diffondere il concetto che l'adozione di abitudini e stili di vita sani possono ridurre la morbosità e la mortalità legate a diverse patologie. La promozione della salute implica un modo diverso di guardare alla salute, un nuovo scenario che reinserisce nel contesto culturale, sociale e politico i concetti di prevenzione e di educazione alla salute.

1.5.2 Evoluzione del tempo della promozione alla salute

Un primo grande passo, che ha permesso di dare vita a questo processo sempre in evoluzione, è l'affermazione dell'OMS nell'ambito dello statuto, quando affermava: *“È diritto fondamentale di ogni essere umano il possesso del miglior stato di salute, che ciascuno è capace di raggiungere, intendendosi per salute uno stato di completo di benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità”*¹². Tale definizione venne poi confermata quando venne superata la visione negativa e se ne estese il concetto di salute dalla sola dimensione fisica a quella psicologica e sociale e non solo assenza di malattia, ma venne sottolineata la sua multidimensionalità¹³. Allo stesso tempo, tale definizione presenta un limite: viene vista come

¹¹ <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>

¹² <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D>

¹³ <https://www.salute.gov.it/>

qualcosa di statico, immutabile e ideale rappresentando la salute come qualcosa di non raggiungibile, come un fine e non come un processo.

Lo stesso anno, la Costituzione Italiana recepisce il principio affermando: “*La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell’individuo nell’interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti*”¹⁴. Entrambe le definizioni verranno poi riprese trent’anni dopo, nel 1978, attraverso la Dichiarazione di Alma Ata, emanata in occasione della Conferenza Internazionale sull’Assistenza Sanitaria di Base¹⁵. La Dichiarazione ribadisce con forza che la salute è un diritto fondamentale e che il maggior livello di salute possibile è dato dal contributo di diversi settori.

Il percorso evolutivo del concetto di promozione della salute è proseguito con la definizione nel 1984 da parte dell’Ufficio Europeo dell’OMS che esprime “*un processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggiore controllo sul proprio livello di salute e migliorarlo*”. Questa definizione è stata ulteriormente confermata e ampliata nel 1986 con la formulazione della Carta di Ottawa, durante la Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute¹⁶.

Attraverso la Carta viene sottolineato il concetto che la promozione alla salute è un processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. In quest’ottica l’individuo, o un gruppo di persone, devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l’ambiente o di adattarvisi. Per ottenere questo, la promozione alla salute non deve essere vista come una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma deve coinvolgere l’intera comunità. Il coinvolgimento deve avvenire grazie all’approccio responsabilizzato dell’individuo di fronte ai problemi di salute e malattia, cercando di mettere in grado le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, riducendo le differenze nello stato di salute e assicurando le pari opportunità e risorse, raggiungendo così l’obiettivo di “*salute per tutti*”. Da questo momento si comincia anche a parlare di luoghi di lavoro come luoghi della quotidianità e si cominciano a tutelare gli aspetti della salute derivanti dall’ambiente di lavoro.

¹⁴ <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge.>

¹⁵ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2874>

¹⁶ https://www.dors.it/documentazione/testo/201509/Ottawa_1986_ita.pdf

1.5.3 Interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa

La salutogenesi si occupa delle fonti della salute. La parola si compone da una parola latina *salus*, *salutis* che significa salute, e dalla parola greca *genesis* che indica origine, inizio, derivazione¹⁷.

In particolare, Aaron Antonovsky, ideatore di tale teoria, ha contribuito a fare in modo che le persone che si occupavano di sanità, si focalizzassero sulla salute piuttosto che sulla malattia.¹⁸

Questo fu un nuovo approccio alla salute che vedeva come obiettivo quello di capire in che modo un individuo può diventare più sano o meno malato. Da questo momento la salute comincia ad essere vista come un *continuum*, in cui una persona in qualsiasi fase della vita essa si trovi, potrà sempre disporre di risorse, opportunità per spostarsi verso il polo della salute. La salute non viene più rappresentata come un fine ma come un processo, all'interno del quale le persone sono i protagonisti. I comportamenti che una persona mette in atto sono definiti da Antonovsky “*il senso di coerenza*” e l'equilibrio di fattori che influenzano la salute, sia positivamente che negativamente, condiziona il livello di salute. Secondo Antonovsky, chi possiede un forte senso di coerenza reagisce alle sollecitazioni, cioè agli eventi stressogeni, percependole come delle sfide e attiva le proprie risorse di resistenza. Al contrario, con un senso di coerenza poco sviluppato gli eventi saranno visti come un peso e la persona avrà minore capacità di affrontarli. La teoria cerca di spiegare perché alcune persone quando si trovano in situazioni di stress riescano a stare bene e anche a migliorare il proprio stato di salute; tale teoria potrebbe anche essere utile per aiutare le persone a gestire meglio la propria vita quotidiana e gli eventi che la scandiscono¹⁹.

L'approccio biomedico, nato con la medicina scientifica, considera la salute come assenza di malattia ed eliminazione dei fattori di rischio che la determinano. Per quanto riguarda il mondo del lavoro, tale approccio si può esprimere nell'intervento di eliminazione dei fattori di rischio per i soggetti lavoratori in modo che essendo liberi da malattia si rechino al lavoro. Il concetto di salute globale, invece, porta alla luce una concezione della persona come unità psico-fisica interagente con l'ambiente circostante. Inserendo questo concetto nel contesto lavorativo si affronta un approccio salutogenico che si focalizza maggiormente sulle risorse individuali e sui processi che promuovono salute, che rappresentano un valore aggiunto di ideale applicazione anche in contesti di lavoro o comunitari.

¹⁷ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=1314>

¹⁸ <http://cespes.unipg.it/>

¹⁹ https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf

1.5.4 La Carta di Bangkok: una nuova direzione della promozione della salute

Dopo la Carta di Ottawa, ci fu un susseguirsi di numerose altre dichiarazioni e conferenze sulla promozione della salute in cui, partendo dal concetto espresso nel 1986, si vennero a definire in modo sempre più preciso obiettivi per realizzare la più completa promozione della salute e le modalità per raggiungerla. Nel 2005, durante la sesta conferenza mondiale, è stata introdotta la Carta di Bangkok per la promozione della salute “*in un mondo globalizzato*”²⁰ dando così un nuovo orientamento alla tematica: “*La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti, e dunque di migliorare la salute stessa. È una funzione centrale della sanità pubblica e contribuisce alla lotta contro le malattie trasmissibili e non trasmissibili e contro altre minacce per la salute*”²¹.

La Carta di Bangkok è basata ed integra i valori, i principi e le strategie d’azione stabilite dalla Carta di Ottawa. Se quest’ultima fissava i principi cardine della promozione della salute, la Carta di Bangkok conferma ma inquadra le azioni in un contesto globalizzato. La Carta di Bangkok, infatti, è rivolta alle persone, ai gruppi e alle organizzazioni che sono cruciali nel raggiungimento della salute: i governi e i politici a tutti i livelli, la società civile, il settore privato e le organizzazioni internazionali. Mette anche in luce i fattori che vanno ad influire sulla salute della persona e della collettività chiamati *determinanti di salute*.

I determinanti di salute sono dei fattori la cui presenza è in grado di modificare, in senso positivo o negativo, lo stato di salute di un individuo, della popolazione o di una comunità.²² I rischi di malattia possono diversificarsi ed essere raggruppati in diverse categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rilevarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socioeconomiche, culturali, ambientali; fattori genetici.

Secondo il modello delineato da Dahlgren e Whitehead nel 1993, i determinanti di salute si possono definire in una serie di strati concentrici, corrispondenti ognuno ad un differente livello di influenza²³.

²⁰ https://www.dors.it/alleg/0204/Carta_Bangkok_2005_ita.pdf

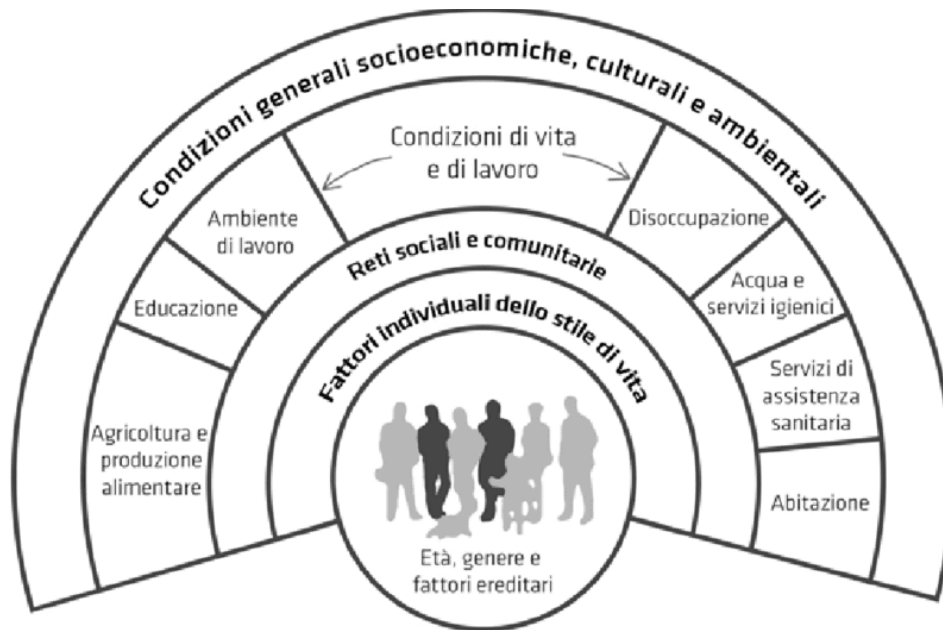
²¹ <https://www.dors.it/>

²² Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica S. Barbuti, G.M. Fara, G. Giammanco. Capitolo 10 pagina 128,129

²³ Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021 Oct;199:20-24. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34534885.

Al centro sono presenti i determinanti di salute imm modificabili, cioè l'individuo con le sue caratteristiche biologiche, il suo patrimonio genetico, sesso, età. Dagli strati interni a quelli più esterni i determinanti di salute vengono detti modificabili e riguardano gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico, culturale e ambientale (**Figura 1**).

Figura 1: I determinanti di salute. Dahlgren and Whitehead, 1993



La figura, come rappresentazione del modello concettuale, riflette da un lato la cultura europea del *Welfare State*, e dall'altro la visione multisettoriale della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata.

Da questo deriva che a fronte di una malattia o di un disagio, il più delle volte non basta limitarsi ad isolare il singolo fattore di rischio, ma è necessario individuare la catena dei determinanti che in combinazione producono il danno alla salute, sia di individui singoli che di gruppi di popolazione in specifici contesti sociali. Una malattia è quindi la conseguenza di un insieme complesso di fattori che agisce sulla persona e, spesso, i comportamenti individuali sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità. Non sempre però il soggetto sceglie liberamente

l'esposizione a questi fattori di rischio, come nel caso della pandemia da COVID-19, o nel caso di determinanti quali l'inquinamento, di fronte ai quali si ha una scelta limitata.

La continua interazione tra l'individuo e l'ambiente che lo circonda è un aspetto determinante sull'evoluzione delle condizioni di benessere individuali e collettive. Lo stile di vita individuale è fortemente influenzato da aspetti quali la cultura, l'occupazione, l'istruzione, il reddito e le reti sociali e comunitarie. Questi elementi si traducono in comportamenti e scelte in grado di influenzare le condizioni di salute. I problemi di salute correlati agli stili di vita possono essere ricondotti a comportamenti legati all'età, come per esempio nel caso degli adolescenti o degli anziani, ma in genere sono anche molto correlati a fattori culturali e socioeconomici.

Gli interventi di promozione della salute hanno individuato nei comportamenti individuali, che determinano i cosiddetti stili di vita, gli obiettivi migliori per ottenere un cambiamento nella salute dei lavoratori. I fattori che incidono maggiormente sullo stato di salute sono il fumo di sigaretta, il sovrappeso/obesità e quindi l'alimentazione, l'abuso di alcol e l'inattività fisica. La promozione della salute efficace porta a cambiamenti nei determinanti della salute, sia quelli individuali sia quelli al di fuori del controllo individuale come le condizioni sociali, economiche, ambientali.²⁴

Dai tempi della Carta di Ottawa il contesto sociale globale è cambiato profondamente, e risulta ulteriormente modificato anche rispetto alla Carta di Bangkok, la quale per prima, ha introdotto il tema. Le crescenti iniquità all'interno e tra le nazioni, il commercio, il degrado ambientale, i nuovi modelli di consumo e di comunicazione e l'urbanizzazione sono solo alcuni dei fattori che influenzano la salute. Nella carta di Bangkok viene infatti richiesto che tutti i settori e contesti operino per sostenere la salute, investire in politiche, azioni ed infrastrutture, costruire capacità di sviluppo di politiche e pratiche di promozione della salute, regolamentare e legiferare al fine di assicurare un alto livello di protezione da infortuni e associarsi e costruire alleanze con organizzazioni pubbliche. Già i partecipanti alla Conferenza di Bangkok avevano chiesto fermamente agli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Salute di ridurre questa differenza di attuazione e di impegnarsi verso politiche e alleanze che la mettono in pratica. Per attuare ciò sono state richieste maggiori risorse per la promozione e di rendicontare periodicamente i progressi ottenuti. I partecipanti infine hanno chiesto l'impegno a tutti gli interessati di realizzare a livello locale anche le raccomandazioni delle precedenti Dichiarazioni, per incidere sui determinanti che producono le crescenti disuguaglianze di salute.

²⁴ www.epicentro.iss.it/passi/

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è un aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come lederla. Anche gli individui e i gruppi possono diventare soggetti attivi nel perseguimento di uno stato di buona salute, quando sono in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. Come enunciato nella Carta di Ottawa, la Promozione della Salute comprende un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate a quanto concerne la propria salute.

Si può perciò affermare che la prevenzione affronta un rischio specifico, intesa come insieme di misure di profilassi non solo mediche, ma anche di natura economica e sociale volte a tutelare la popolazione sana da una possibile insorgenza di patologie, mentre la Promozione della Salute si impegna a sostenere le persone e le aiuta a non ammalarsi. La Promozione della Salute efficace rafforza le abilità e la capacità degli individui di adottare comportamenti salutari e la capacità di gruppi o comunità di agire collettivamente, per esercitare un controllo sui determinanti della salute, influenzando di conseguenza sull'*empowerment*²⁵.

1.5.5 Concetti di Prevenzione

Considerando che i fattori di rischio per le malattie cronico degenerative sono riconducibili agli stili di vita e al comportamento che ne derivano, è chiaro che nell'ambito della promozione di stili di vita salutari, assumano un'importanza strategica i programmi di comunicazione e formazione, sia rivolti al singolo individuo, che alla popolazione nel complesso o a gruppi come ad esempio i lavoratori. Parallelamente alla promozione della salute, è in continua evoluzione e d'interesse internazionale anche il concetto di prevenzione. L'OMS ha definito i principi che stanno alla base della prevenzione delle malattie cronico-degenerative, degli eventi lesivi e dei comportamenti a rischio considerati non diversi da quelli che informano la prevenzione delle malattie da cause microbiche. Gli interventi di sanità pubblica sono suddivisi in tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

²⁵ Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica S. Barbuti, G.M. Fara, G. Giammanco. Capitolo 10 pagina 130,131,132

La prevenzione primaria ha l'obiettivo generale di evitare le malattie e gli eventi lesivi mediante la rimozione delle cause e dei fattori di rischio. È rivolta all'insieme della popolazione o a particolari gruppi specificatamente esposti e va attuata prima che il danno, anche inapparente, possa concretizzarsi. Un esempio di intervento di prevenzione primaria nell'ambito delle malattie infettive come l'infezione da Covid-19 è la vaccinazione e la notifica dei casi. Mentre, per quanto riguarda le malattie cronico degenerative, un esempio di intervento di prevenzione primaria si identifica nell'educazione alimentare e nella lotta al fumo di sigaretta.

La prevenzione secondaria si identifica nel complesso delle attività tese ad individuare nell'uomo i sintomi di primissimo insorgere della malattia. Si rivolge all'uomo portatore di alterazioni individuate con indagini particolari che ancora non determinano disturbi soggettivi, ma che possono contribuire alla fase clinica della malattia. La prevenzione secondaria è diretta a particolari gruppi di popolazione individuati secondo criteri o comunque che risultano esposti a rischi manifesti, e mette a fuoco delle strategie di intervento che vanno ad interrompere i meccanismi di rischio. L'esempio per eccellenza della prevenzione secondaria sono gli screening, il cui obiettivo principale è quello di modificare la storia naturale della malattia e prevenire le manifestazioni cliniche e le complicanze o evitare la morte.

La prevenzione terziaria si identifica con la cura e la riabilitazione, in quanto tende ad impedire il progredire di una malattia conclamata e di limitazioni fisiche e psichiche oltre che ad impedire la morte. È diretta ad impedire il rischio di ricadute cercando di assicurare il massimo della vivibilità e di benessere compatibili con la condizione patologica di base. Gli interventi di prevenzione terziaria sono quelle misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare sociale e lavorativo del soggetto malato con il conseguente miglioramento della sua qualità di vita come, ad esempio, le misure di riabilitazione motoria e supporto psicologico dopo un periodo di assenza da lavoro una malattia. In particolar modo la prevenzione terziaria richiede delle competenze specialistiche²⁶.

Nell'ambito della prevenzione non si può attuare un intervento imposto dall'alto, questo risulterebbe di poche o nulle probabilità di successo, mentre potrà essere più facilmente recepito se si è in grado di coinvolgere, sia razionalmente che emotivamente, la maggior parte delle persone a cui esso è diretto. Questo perché la maggior parte di programmi di prevenzione rivolti alla

²⁶ Igiene e sanità pubblica. I fondamentali della prevenzione di F. Auxilia, M. Pontello. Piccin- Nuova Libreria edizione 2011

rimozione dei fattori di rischio mira a modificare comportamenti ed abitudini che sono radicati nello stile di vita delle singole persone, che oppongono ovvie resistenze ai cambiamenti se non sono fortemente motivate o coinvolte²⁷.

L'importanza della tematica della prevenzione, così come quella della promozione della salute, sono integrate tra di loro e vengono ampiamente trattate sia nel Piano di Prevenzione Nazionale sia nel Piano di Prevenzione Nazionale Regionali. Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) è parte integrante del Piano Sanitario Nazionale ed è stato ratificato il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome. Il Piano Nazionale al suo interno riporta quelle che sono le priorità e i macro-obiettivi da raggiungere entro il periodo a cui fa riferimento²⁸. Esso mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora. Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, adottato Conferenza Stato Regioni il 6 agosto 2020, sottolinea come alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da Covid-19, sia indispensabile una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata ed integrata tra le diverse strutture e attività presenti sul territorio²⁹.

Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare *l'Health Literacy* e ad accrescere *l'engagement* attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile. Il PNP 2020-2025 ribadisce inoltre l'approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza, per *setting* come ad esempio scuola, ambiente di lavoro, servizi sanitari, città, come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione al fine di migliorare l'appropriatezza ed il sistematico orientamento all'equità degli interventi³⁰.

Nell'attuale PNP sono contenuti sei macro-obiettivi uno dei quali fa riferimento a infortuni e incidenti sul lavoro: malattie professionali che continuano a rappresentare un pesante onere sia per

²⁷ <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/aspetti-fondamentali/prevenzione/mezzi-di-prevenzione>

²⁸ <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/menuContenutoPrevenzione.jsp?lingua=italiano&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>

²⁹ <https://www.salute.gov.it/>

³⁰ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3605>

l'entità dei costi economici e assicurativi ma soprattutto per costi sociali e umani in termini di disabilità e morti evitabili.

Nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della regione Veneto, è stato inserito un capitolo dedicato ai luoghi di lavoro che promuovono salute, il cui macro-obiettivo principale risulta essere la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili³¹.

I luoghi di lavoro si configurano spesso come situazioni dove gli operatori possono essere esposti a sostanze inquinanti di varia natura associate ad una o più fonti di esposizione³², per cui può risultare difficile assegnare un rischio specifico a ciascuna esposizione. Risulta perciò necessario agire preventivamente su tutti i fattori di rischio, sia lavorativi che extra-lavorativi. I lavoratori che partecipano ai programmi di promozione della salute devono quindi essere incentivati ad adottare comportamenti sicuri per sé e per gli altri e ad agire responsabilmente controllando i rischi. L'ambiente di lavoro rappresenta il contesto ideale nel quale mettere in pratica le varie azioni definite nei programmi.

Le attività di promozione della salute in ambiente di lavoro sono particolarmente rivolte alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, che sono la principale causa di mortalità e morbosità in Europa e hanno un forte impatto sulla speranza di vita vissuta in buona salute. Inoltre, incidono sulla retribuzione, sulla capacità di lavorare, sul *turnover* lavorativo e sui livelli di disabilità.

1.6 Evidenze in letteratura di promozione della salute nei luoghi di lavoro

I comportamenti in generale e quindi le abitudini dannose per la salute risentono molto di determinanti e dinamiche di tipo relazionale. Gli ambienti di lavoro rappresentano uno dei contesti privilegiati per la Promozione della Salute, essendo il luogo dove gran parte della popolazione trascorre la maggior parte della propria giornata, dove entrano in gioco importanti dinamiche relazionali e dove è possibile coinvolgere un gran numero di soggetti difficilmente raggiungibili in altri ambiti o in altri momenti.

³¹ https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Veneto/DGR_1858_2021_Allegato_A_veneto.pdf

³² <https://www.puntosicuro.it/sanita-servizi-sociali-C-12/rischio-chimico-ci-sono-metodi-di-valutazione-del-rischio-cumulativo-AR-19775/>

I lavoratori che operano nello stesso ambiente di lavoro possono anche essere considerati una piccola comunità per la quale si intende un insieme di individui differenziati tra di loro da fattori che allo stesso tempo ne determinano una coesione. I fattori sono di natura biologica, etnica, religiosa, territoriale e linguistica. La comunità è caratterizzata da un forte senso di appartenenza e solidarietà da parte dei suoi membri, la cui unione si fonda su valori e obiettivi di carattere empatico. Nei luoghi di lavoro un lavoratore è portato a crearsi un proprio *habitat* definito nel 1948 dall'antropologo Harskovits come “*il territorio nel quale una determinata cultura esiste*”.³³ Lo stesso ambiente di lavoro è formato da un tessuto di relazioni sociali create su diversi livelli e un'interconnessione di idee.

La promozione della salute sul luogo di lavoro può essere realizzata attraverso una combinazione di interventi che prevedano sia un sostegno allo sviluppo personale che il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, includendo la promozione della partecipazione attiva, dove viene definito che lo stile di vita “*deve essere scelto consapevolmente dal singolo soggetto: diventa quindi essenziale motivare le persone al cambiamento*”³⁴. Gli interventi suggeriti dalla letteratura sono molteplici, come ad esempio cambiamenti minimi nella disponibilità e nella scelta di alimenti nutrienti, o proposte combinate di interventi di educazione alimentare e di prescrizione di esercizio fisico. Possono essere previsti anche momenti di *counselling* individuale o di gruppo per incoraggiare i lavoratori a perseguire stili di vita salutari.

Oltre, a questa tipologia d'intervento, risulta importante e di maggiore organizzazione un progetto *Workplace Health Promotion* (WHP), il quale rappresenta un percorso che porta un'azienda a diventare un luogo di lavoro che favorisce le scelte di salute attraverso la realizzazione graduale di buone pratiche³⁵. Esso rappresenta, oltre al risultato di sforzi congiunti dei datori di lavoro e delle società interessate al miglioramento di salute e benessere, la finalità di prevenire le malattie croniche attraverso la promozione di cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro, al fine di rendere gli ambienti favorevoli all'adozione consapevole di stili di vita sani³⁶.

³³ <https://www.sapere.it/enciclopedia/>

³⁴ TECHNICAL ASSESSMENT SIMLII: Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro. Nuova Editrice Berti 2011

³⁵ <https://retewhpbergamo.org/whp/>

³⁶ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3533>

Le buone pratiche sono interventi, attività o programmi che “*in armonia con i principi, i valori, le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione*”³⁷.

Per essere definita tale, una buona pratica deve rispondere ad alcuni criteri specifici:

1. deve esserne dimostrata l'efficacia pratica, cioè la capacità di raggiungere obiettivi prefissati,
2. la trasferibilità, cioè l'analisi delle condizioni per le quali un programma può essere ritenuto efficace,
3. la sostenibilità, cioè la capacità di mantenere i propri vantaggi per la comunità e le popolazioni oltre alla fase iniziale di implementazione. Le azioni da realizzare devono tenere conto della sostenibilità, cioè dei limiti finanziari, infrastrutturali, di risorse naturali e della partecipazione dei portatori d'interesse.

Un esempio di buona pratica messa in atto nel territorio nazionale, riguarda l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Bergamo ovest nei Presidi di Treviglio e di Romano di Lombardia, che ha attuato un progetto di WHP denominato “Promozione di una alimentazione corretta e attività fisica” aperta a tutti i 1463 dipendenti aziendali: operatori sanitari e amministrativi, operanti su turni o su giornata. Gli obiettivi ultimi del progetto sono stati: migliorare il livello di salute nell'ambiente del lavoro e della vita sociale, rendendo i dipendenti dell'Azienda buoni *testimonial* e migliori promotori di stili di vita salutari presso i cittadini/utenti/familiari. Il progetto ha previsto una parte teorica di corso frontale sui temi del progetto, seguita da una parte pratica, con un corso di cucina, che si è svolta negli spazi della mensa aziendale, permettendo l'utilizzo di apparecchiature e attrezzature. Il progetto è stato pubblicizzato con una locandina informativa pubblicata sul portale aziendale. Nella valutazione dei risultati sono stati coinvolti 60 dipendenti che hanno dimostrato un gradimento elevato, con richieste dai partecipanti di riorganizzare corsi simili. L'unica misura di *outcome* riportata è stata la dichiarazione da parte del personale di aver acquisito maggiori informazioni in campo alimentare³⁸.

³⁷ <http://buonepratiche.agenas.it/>

³⁸ <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/>

Altro esempio di progetto divenuto una buona pratica, messo in atto nella regione Piemonte tra i dipendenti del Dipartimento di Prevenzione, è quello denominato “Promuovere chi previene”. Si tratta di un progetto interaziendale il cui scopo era incrementare il benessere degli operatori dei dipartimenti di prevenzione, attuando iniziative ad adesione volontaria. Si è inteso esplorare, come concausa di malattie del sistema cardiovascolare, l’abitudine al fumo, la scorretta alimentazione e l’insufficiente attività motoria. Si è voluto inoltre valutare la presenza, dimensione e connotazione di problemi di natura psico-sociale (*stress, burn-out, mobbing*) derivanti da condizioni organizzative laboratoriali. Relativamente alla promozione della sana alimentazione sono state sfruttate le seguenti iniziative: incontri d’informazione sui corretti stili di vita dal punto di vista dell’alimentazione e dell’attività motoria in orario di servizio. Nell’attività sono stati proposti percorsi agevolati presso il servizio offerto dallo sportello di nutrizione e *counseling* del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, disponibilità di una saletta nel seminterrato per il consumo di pasti portati dai dipendenti, utilizzo di *poster* prodotti dai bambini delle scuole che hanno aderito al progetto “Mens Sana in Corpore Sano”, azioni che favoriscano il consumo di alimenti quali frutta e verdura, in particolare informando i ristoratori della zona sul progetto e contattando i gestori di distributori automatici di frutta da installare nella sala d’aspetto del dipartimento³⁹.

A livello europeo, un esempio sono le raccomandazioni del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) introdotte già nel 2006 per la prevenzione dell’obesità nei luoghi di lavoro del Regno Unito⁴⁰. L’azione ha avuto un impatto non solo nella salute dei lavoratori, ma anche in termini di risparmio delle aziende. Le raccomandazioni NICE erano rivolte ai manager e operatori che si occupano della salute e sicurezza occupazionale, organizzazione dei lavoratori e camere di commercio, sindacati e rappresentanti dei lavoratori, lavoratori nell’ambito della salute professionale delle aziende. Le azioni suggerite dal NICE vanno nella direzione di assicurare delle politiche che incoraggino sia l’attività motoria sia la sana alimentazione. Tra queste possiamo annoverare la realizzazione di parcheggi sicuri per le biciclette, il miglioramento delle scale per incoraggiare il loro uso, la fornitura di cibo salutare nel luogo di lavoro, l’uso di cartelli, o poster che incoraggino le scelte salutari.

³⁹ <https://www.retepromozionesalute.it/>

⁴⁰ www.nice.org

1.7 Obiettivi dello studio

Dato che il fenomeno della pandemia è un evento di forte impatto sia nella popolazione generale, nei lavoratori inseriti nei diversi contesti professionali ma soprattutto per lavoratori inseriti nell'ambito di sanità pubblica, risulta interessante e studiare e conoscere quale è stato l'impatto che l'infezione da Covid-19 ha avuto sulla salute, sui comportamenti giornalieri e sugli stili di vita del personale inserito nel Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana che comprende l'intera provincia di Rovigo con l'aggiunta di comune confinante di Boara Pisani, appartenente però alla provincia di Padova⁴¹.

⁴¹ <https://www.aulss5.veneto.it/Azienda>

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Problema

La pandemia da COVID-19 ha condizionato per molti aspetti la vita quotidiana e lavorativa di ogni persona negli ultimi due anni. In particolare, a causa delle procedure messe in atto con l'obiettivo di contrastare la diffusione del virus, l'ambito lavorativo di qualsiasi genere è stato chiamato ad un cambio di approccio e organizzazione. Per la prima volta si è dovuto rispettare un *lockdown* di carattere nazionale e di conseguenza sono state introdotte anche nuove modalità di lavoro.

Da marzo 2020 per i lavoratori dei Dipartimenti di Prevenzione, si è modificata pesantemente l'attività lavorativa ordinaria, trovandosi a svolgere mansioni aggiuntive e in continua evoluzione, allo scopo di riuscire a contrastare il contagio e la malattia. Dapprima si è vista l'introduzione del *contact tracing*, cioè un impiego di risorse adibite al tracciamento della popolazione positiva al virus, raccogliendo informazioni sui contatti stretti e sottoponendo a isolamento anche questi ultimi, nel rispetto delle regole in vigore. di interazione con i positivi e con i loro contatti permetteva anche di fornire informazioni sulle modalità di esecuzione dei tamponi, di verificare il rispetto dell'isolamento e di raccogliere informazioni sullo stato di salute dell'interessato. Il contatto telefonico, seppur breve, dava anche la possibilità di fornire indicazioni utili a supporto dell'utenza.

Dalla fine dell'anno 2020, con l'arrivo della vaccinazione, si è dovuto far fronte ad un ulteriore carico di lavoro determinato dall'apertura dei centri di vaccinazione di massa, l'organizzazione delle sedute vaccinali, la distribuzione e la gestione della somministrazione del vaccino su tutto il territorio. Tale attività, anche se di carico minore, è tutt'ora attiva. Con l'aumento del numero di persone che hanno aderito alla vaccinazione e a seguito del rallentamento delle misure di restrizione, i dipendenti dei Dipartimenti di Prevenzione, sono stati chiamati alla ripresa e al recupero delle attività lasciate in sospeso o in arretrato a causa dell'emergenza.

A tali difficoltà, si aggiunge anche il fatto che anche il personale dipendente è stato esposto all'infezione da Covid-19.

Dati questi presupposti, ci si aspetta che i cambi continui di mansione possano aver influito sui lavoratori e che ci possa essere stato un impatto rilevante sui loro stili di vita. Ci si riferisce in particolare a possibili modifiche delle abitudini alimentari e a una riduzione del tempo dedicato all'attività fisica, determinati da una variazione dei turni di lavoro. Un aggravio dei turni di

lavoro può inoltre aver contribuito ad una diminuzione del benessere psicologico. Tutto ciò esula da quello che viene definito uno stile di vita sano.

2.2 Scopo dello studio

Questo studio si propone di approfondire come una pandemia di tale entità possa aver influito sugli stili di vita, abitudini giornaliere e sulla salute dei dipendenti di un Dipartimento di Prevenzione della Regione Veneto.

Gli obiettivi specifici che hanno guidato lo studio eseguito sono:

- Il confronto dei comportamenti, abitudini e stili di vita del personale del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana, durante la pandemia rispetto al periodo pre-pandemico;
- L'individuazione delle competenze della figura dell'Assistente Sanitario in merito alla promozione di stili di vita sani all'interno dei luoghi di lavoro;
- La determinazione delle aree di intervento per la promozione ed educazione alla salute all'interno degli ambienti di lavoro.

Definiti gli obiettivi, i quesiti di ricerca dedotti sono:

- Quali differenze ci sono tra i comportamenti, abitudini e stili di vita del campione di riferimento in periodo pre e post Covid-19?
- Come il campione percepisce e valuta il proprio benessere psicofisico e le risorse personali, in risposta all'evento stressogeno determinato dalla pandemia?
- Quali sono le evidenze scientifiche relative all'impatto della pandemia sugli stili di vita nei lavoratori della sanità pubblica?
- Quali sono le possibili strategie efficaci per migliorare la salute dei lavoratori del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana?

2.3 Revisione in letteratura

La revisione bibliografica è stata realizzata mediante l'uso del motore di ricerca Google. La ricerca ha portato all'individuazione di siti italiani istituzionali, per lo più riconosciuti scientificamente da Associazioni, Enti e Istituzioni come Dors, Regione Veneto, Ministero della Salute e la rete di promozione della salute delle regioni Lombardia e Piemonte. Altre indagini sono state svolte

mediante l'uso di "Google Scholar", attraverso la ricerca di articoli riguardanti la pandemia, il virus circolante e gli effetti della pandemia nella popolazione. La ricerca ha dato come risultati diversi articoli molto recenti.

La ricerca in "Pub Med" ha preso avvio utilizzando come parole chiave *health public workers, Covid-19 e lifestyle*, senza l'utilizzo di nessun filtro. L'indagine ha portato a pochi articoli ma tutti molto recenti, i quali hanno fornito una base di conoscenza utile nonostante la metà degli articoli avesse come riferimento la salute mentale dei lavoratori durante la pandemia, piuttosto che gli stili di vita.

Nella seconda ricerca effettuata in "Pub Med", le parole chiave utilizzate sono state *counselling programs, infection Covid-19, health public workers* senza l'utilizzo di alcun filtro. L'uso di tali parole chiave ha portato al risultato di 23 articoli. La documentazione trovata è risultata ancora poco numerosa e l'argomentazione protagonista rimaneva la salute mentale dei lavoratori. Da questo si può dedurre e comprendere che la salute mentale e il benessere psicologico sono fondamentali e si trovano anch'essi alla base di abitudini e stili di vita sani.

Nella ricerca successiva le parole chiave utilizzate sono state *health promotion, health workers, lifestyles, Covid-19*, senza l'utilizzo di filtri. Gli articoli sono risultati poco numerosi, alcuni dei quali facevano riferimento ad un campione diverso da quello ricercato, ma che sono risultati comunque interessanti e utili come base di confronto.

2.4 Considerazioni della ricerca

Il materiale recuperato nel corso delle ricerche è relativamente vario e non del tutto inerente agli obiettivi dello studio; tuttavia, gli articoli forniscono una buona base panoramica nei diversi contesti.

Gli studi sono svolti infatti su ampie categorie di lavoratori, non soltanto quelli inseriti in un contesto di sanità pubblica, ma anche lavoratori autonomi o appartenenti ad altre mansioni. Trattandosi di una pandemia, si sono registrate ripercussioni e conseguenze in tutte le categorie di lavoratori e in ogni settore lavorativo. Essendo un fenomeno degli ultimi due anni, tutti gli articoli e studi trovati sono molto recenti.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

Il progetto di studio è stato strutturato attraverso un'analisi sintetizzata sulla sinossi (Allegato 1).

3.1 Materiali

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di tesi è stato auto-redatto un questionario rivolto ai professionisti della sanità pubblica inseriti nel contesto dipartimentale⁴².

Il questionario, elaborato nei mesi di giugno e luglio con il supporto di Relatore e Correlatrice, è stato approvato con apposita firma, il giorno 25 luglio 2022, dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Polesana.

Il questionario è stato quindi distribuito, a partire dal 26 luglio 2022, in modalità cartacea, con un supporto attraverso un *link* di collegamento inviato per indirizzo di posta elettronica. Il giorno 9 settembre 2022 è stata interrotta la possibilità di compilazione. In tale data erano stati raccolti in totale 107 questionari su 136 dipendenti suddivisi nei vari servizi componenti il Dipartimento di Prevenzione di Rovigo.

Il questionario non prevedeva che venissero riportati dati identificativi del soggetto; pertanto, le informazioni raccolte sono state trattate in forma anonima e hanno garantito il rispetto della *privacy* e della riservatezza delle informazioni, come definito secondo il D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” integrato con le modifiche del D.lgs. 10 agosto 2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

L'informativa sulla *privacy* e sul trattamento dei dati è stata inserita nella sezione introduttiva del questionario con la presentazione della laureanda e dell'obiettivo di ricerca. In tale sezione si è anche lasciato l'indirizzo di posta elettronica per eventuali informazioni o chiarimenti e la possibilità di consultare i risultati al termine dello studio mettendo a disposizione i dati per tutti coloro che hanno partecipato alla compilazione del questionario.

⁴² Corbetta P.; Metodologia e tecniche della ricerca sociale; Il Mulino; Bologna, 2014.

3.2 Il questionario

Il questionario è composto da 32 domande totali distribuite in sei sezioni (Allegato 2).

- Sezione A – Profilo Socio-Demografico

È costituita da otto domande, di cui sette strutturate e una a risposta libera. Tale sezione ha lo scopo di determinare le caratteristiche del rispondente indagando sulla Unità Operativa di appartenenza, il profilo professionale, l'anno di nascita, il genere, la nazionalità, titoli di studio conseguiti, stato civile e numero di persone che compongono il nucleo familiare.

Per chiarire ai partecipanti i periodi temporali a cui si riferiscono le domande delle Sezioni successive, è stata inserita una tabella dove sono stati definiti tre differenti periodi di tempo.

Tabella 1: Riferimenti dei tre periodi temporali contenuti nel questionario.

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Periodo pre Covid | 6 mesi prima di marzo 2020 |
| Periodo Covid | Da marzo 2020 a dicembre 2021 |
| Periodo attuale | Da gennaio 2022 ad oggi |

- Sezione B – Abitudini alimentari

Tale sezione è stata composta da sei domande, di cui una con scala di valori 1 a 10 dove 1 significa “per niente” e 10 “molto”, la quale ha permesso di indagare quanto il tema dell'alimentazione viene considerato importante per la salute. Delle due domande strutturate, una indaga se il peso corporeo attuale risulta inalterato, diminuito o aumentato rispetto al peso nel periodo precedente il Covid, mentre l'altra è volta a valutare se le abitudini alimentari attuali sono cambiate rispetto al periodo precedente il Covid.

Due domande aperte hanno permesso di conoscere il peso corporeo e l'altezza, allo scopo di definire l'indice di massa corporea. Con l'ultima domanda della sezione è stato chiesto di definire se, rispetto al periodo pre-pandemico e al primo anno di Covid, il consumo di diversi alimenti era stabile, aumentato o diminuito.

In accordo con la Correlatrice ed il Relatore, si è definito di non inserire domande sulla tematica del consumo di bevande alcoliche, in quanto il questionario è stato distribuito all'interno di un luogo di lavoro e tra tutte sarebbe risultata una tematica molto delicata e personale, dato che potrebbe essere anche associato a dipendenza.

- Sezione C – Attività fisica

È costituita da quattro domande, di cui una con scala di valori da 1 a 10 che ha avuto lo scopo di indagare quanto il tema dell'attività fisica è ritenuto importante per la salute. Due le domande strutturate: una con l'obiettivo di indagare se attualmente ci si considera un soggetto attivo, l'altra per conoscere se rispetto al periodo Covid il soggetto si ritiene più o meno attivo. Anche in questa sezione si è inserita una tabella per specificare l'intensità e la frequenza dell'attività fisica svolta.

- Sezione D – Abitudine al fumo

La sezione in tutto è composta da quattro domande, che indagano quanto l'abitudine al fumo viene considerata rischiosa per la propria salute, la storia di abitudine al fumo (in particolare relazione al periodo Covid) e la situazione attuale del soggetto, l'eventuale intenzione di smettere. Un'ultima domanda è stata dedicata solo a coloro che hanno smesso di fumare, chiedendo con quale modalità o supporto esterno sono riusciti a smettere.

- Sezione E – Stati d'animo

In questa sezione è stata inserita un'unica domanda, che aveva lo scopo di conoscere quali erano i principali stati d'animo vissuti durante il periodo Covid.

- Sezione F – Percezione sulla qualità della vita

Questa ultima sezione era composta da nove domande. Le prime tre indagavano la percezione dello stato di salute nei tre periodi di tempo considerati nello studio. Due domande hanno indagato il livello di interesse rispetto alle iniziative sulla tematica di salute proposte da parte dell'Azienda ULSS 5 Polesana. Un'altra domanda chiedeva più nello specifico quali fossero gli argomenti che si desidererebbe venissero approfonditi. Infine, è stato chiesto se il soggetto che compilava il questionario avesse mai preso parte ad altre iniziative riguardanti la promozione della salute prima dell'arrivo della pandemia, e se avesse partecipato a un'eventuale proposta promossa dall'Azienda Sanitaria. Un'ultima domanda aperta consentiva di esprimere liberamente alcune riflessioni sulle tematiche affrontate.

3.3 Metodi

L'elaborazione dei dati ha preso avvio grazie al *file* "Tracciato record" nel quale ogni singola risposta è stata codificata con un numero. Il numero successivamente è stato riportato in una matrice costruita in Excel Office 365.

I dati, in fase di elaborazione, sono stati discussi con il Relatore al fine di identificare i risultati sui quali focalizzare il progetto di ricerca. Sulla base dei risultati si è deciso di riportare separatamente le categorie che presentavano almeno sei occorrenze, mentre per valori inferiori si è proceduto a creare delle variabili aggregate. Per l'impostazione dei grafici si sono utilizzate le tabelle Pivot, le quali hanno permesso il confronto tra risposte di due o più quesiti insieme.

Il contesto nel quale si è svolta la distribuzione e la raccolta dei questionari è stato il Dipartimento di Prevenzione. Il quale rappresenta una delle tre strutture operative delle ULSS insieme al Distretto e all'Ospedale. È stato introdotto attraverso l'articolo 7 della Riforma Sanitaria bis avvenuta attraverso il D.lgs. 502/1992⁴³. Ad oggi il Dipartimento di Prevenzione ha una propria autonomia organizzativa e contabile, opera nell'ambito del Piano Attuativo Locale ed è organizzato in centri di costo e centri di responsabilità. Il Dipartimento è definito come la struttura preposta alla promozione nel territorio di competenza della tutela della salute delle popolazioni. È articolato in servizi atti a garantire la prevenzione delle malattie e disabilità e il miglioramento della qualità di vita. Sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantisce funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche di supporto dell'autorità sanitaria locale.

Le funzioni del Dipartimento di Prevenzione sono:

- Prevenzione delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita;
- Tutela della collettività e dei singoli da rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- Sanità pubblica veterinaria comprendente sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali con profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria;

⁴³https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=099G0301&art.idArticolo=7&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&art.progressivo=0

igiene delle produzioni zootecniche e tutela igienico sanitaria degli alimenti provenienti da animali;

- Tutela igienico sanitaria degli alimenti annessa alla sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- Promozione della salute e prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con altri servizi e dipartimenti aziendali.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

Dal momento della distribuzione dei questionari, che è iniziata il 26 luglio 2022, si è assistito ad una buona adesione di compilazione con un picco di adesione che è andato poi a stabilizzarsi nei giorni successivi. Sono stati raccolti in tutto 107 questionari compilati tra i 136 dipendenti del Dipartimento di Prevenzione di Rovigo comprendente il Distretto 1 composto dalle sedi di Rovigo e Trecenta e dal Distretto 2 che è rappresentato dalla sede di Adria. L'adesione complessiva è stata del 78,68%.

All'interno del contesto dipartimentale dell'ULSS 5 Polesana operano in tutto 136 dipendenti, due in meno rispetto all'inizio dello studio⁴⁴. Il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana comprende quattro Unità Operative Complesse (UOC): Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) e Servizio Veterinario di sanità animale (SVET). È inoltre presente una Unità Operativa Semplice e Dipartimentale (UOSD) comprendente il Servizio di Medicina Legale e Commissione Patenti.

4.1 Analisi dei risultati

I questionari raccolti sono stati 107, tra i quali si è registrata una lieve prevalenza femminile (51,4%) rispetto a quella maschile (48,8%) (Tabella II). Il campione in studio risulta invece molto vario se si prende in considerazione la fascia d'età: la fascia 25-34 anni rappresenta il 34,6% della popolazione in studio; le fasce centrali (35-44 e 45-54 anni) sono le meno numerose (rispettivamente il 15,9% e il 17,8% del totale). La classe di età più elevata, compresa tra i 55-65 anni di età, è la seconda più numerosa con 34 dipendenti i quali rappresentano il 31,8% del campione in studio.

⁴⁴ Dato aggiornato al 09/09/2022 attraverso l'Unità Operativa delle Risorse Umane dell'ULSS 5 Polesana

Tabella 2: Presentazione delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione in studio.

| Variabile | Codifiche | Numero | Percentuale |
|-----------------------|------------------------------|--------|-------------|
| Totale | | 107 | 100 |
| Servizio appartenenza | SISP | 38 | 35,5 |
| | SIAN | 16 | 15,0 |
| | SPISAL | 21 | 19,6 |
| | SVET | 12 | 11,2 |
| | Altro | 20 | 18,7 |
| Profilo professionale | Medico/dirigente medico | 19 | 17,8 |
| | Medico Veterinario e Legale | 10 | 9,3 |
| | Assistente Sanitario | 18 | 16,8 |
| | Tecnico della Prevenzione | 25 | 23,4 |
| | Amministrativi | 22 | 20,6 |
| | Altro | 13 | 12,1 |
| Fasce di età | 25-34 | 37 | 34,6 |
| | 35-44 | 17 | 15,9 |
| | 45-54 | 19 | 17,8 |
| | 55-65 | 34 | 31,8 |
| Genere | Maschio | 52 | 48,6 |
| | Femmina | 55 | 51,4 |
| Studio | Scuola media inferiore | 2 | 1,9 |
| | Scuola media superiore | 24 | 22,4 |
| | Laurea/diploma universitario | 73 | 68,2 |
| | Dottorato di ricerca | 8 | 7,5 |
| Stato civile | Celibe/nubile | 52 | 48,6 |
| | Coniugato/a | 44 | 41,1 |
| | Divorziato/a | 11 | 10,3 |
| | Vedovo/a | 0 | 0,0 |

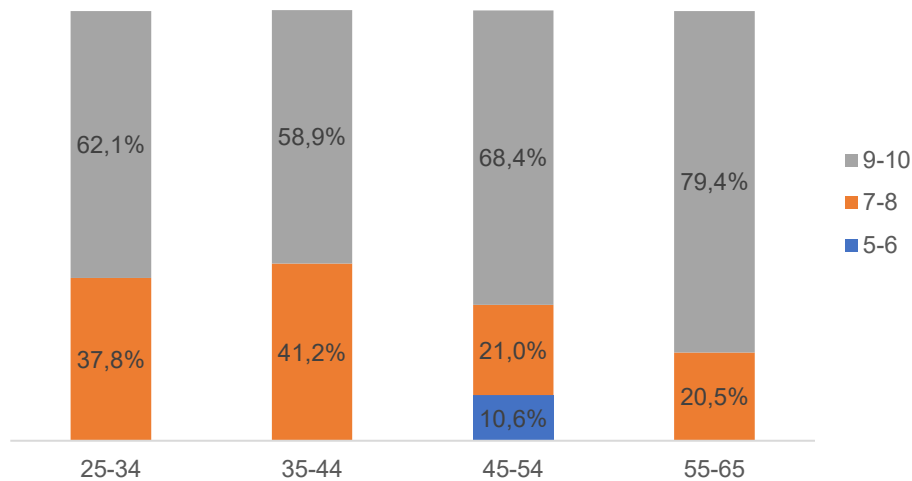
Le quattro UOC del Dipartimento di Prevenzione sono rappresentate con un numero di rispondenti compreso tra 12 casi (SVET) e 38 (SISP). Le professionalità più rappresentate sono i Tecnici della prevenzione (n.25) e gli Amministrativi (n.22).

Per un'analisi approfondita sull'impatto della pandemia sugli aspetti associati all'**alimentazione**, si è richiesto quanta importanza, su una scala da 1 a 10, viene attribuita alla tematica dell'alimentazione in un'ottica di salute.

La maggior parte degli intervistati (68,2%) ha risposto con un giudizio compreso tra il punteggio 9 e 10 mentre solo l'1,9% del totale ha espresso un giudizio compreso tra i valori 5 e 6. Il restante 29,9% ha attribuito un'importanza compresa tra valori 7 e 8. Giudizi inferiori a cinque non sono stati registrati. Lo stesso dato è stato valutato per le diverse fasce d'età; l'età, infatti rappresenta la variabile che più differenzia il campione in studio.

Considerando le fasce d'età, si può osservare che la fascia compresa tra i 45-54 anni d'età è l'unica ad aver attribuito un valore d'importanza dell'alimentazione compreso tra cinque e sei (Grafico I). La fascia compresa tra i 55-65 anni d'età è quella che ha attribuito una maggiore importanza alla tematica (79% tra nove e dieci) rispetto alle altre fasce. Nel complesso più della metà di ogni fascia d'età ha attribuito un valore di importanza dell'alimentazione compreso tra nove e dieci.

Grafico 1: Percentuale del valore attribuito all'importanza dell'alimentazione in ottica di salute a confronto con le fasce d'età.

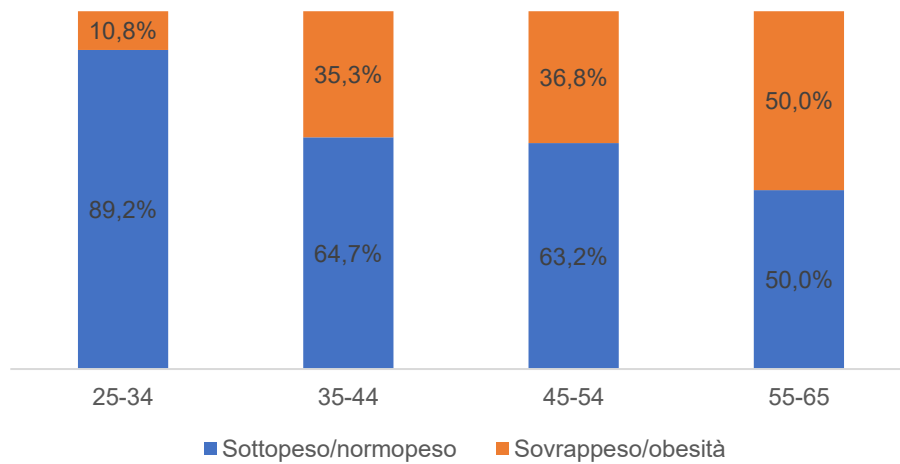


Tramite i dati di peso e altezza si è potuto calcolare il *Body Mass Index* (BMI), il quale è stato aggregato per categorie: una comprendente i valori sottopeso e normopeso (solamente una persona è risultata avere un BMI inferiore a 18) e la seconda categoria che comprende i valori sovrappeso e obesità (per la stessa motivazione, in quanto solo due dei questionari raccolti presentavano un valore di BMI superiore a 30, e risultava riduttivo trattarli separatamente).

È risultato che il 68,2% degli intervistati presenta un BMI con valori riferiti alla prima categoria e il 31,8% presenta valori riferiti alla seconda.

Tale indicatore, messo a confronto con le fasce d'età, fa comprendere come la popolazione in studio si differenzia, in particolare, nella fascia d'età compresa tra i 55-65 anni d'età, che per metà è composta da persone in sovrappeso od obese. Nella fascia d'età compresa tra i 25-34 anni solo il 10,8% presenta un BMI con valori riferiti al sovrappeso e obesità. (Grafico 2)

Grafico 2: BMI suddiviso per fasce d'età.



Rimanendo nella tematica dell'alimentazione è stato anche registrato il dato relativo alla variazione del peso corporeo attuale, rispetto al peso corporeo registrato nel periodo precedente alla pandemia da Covid-19.

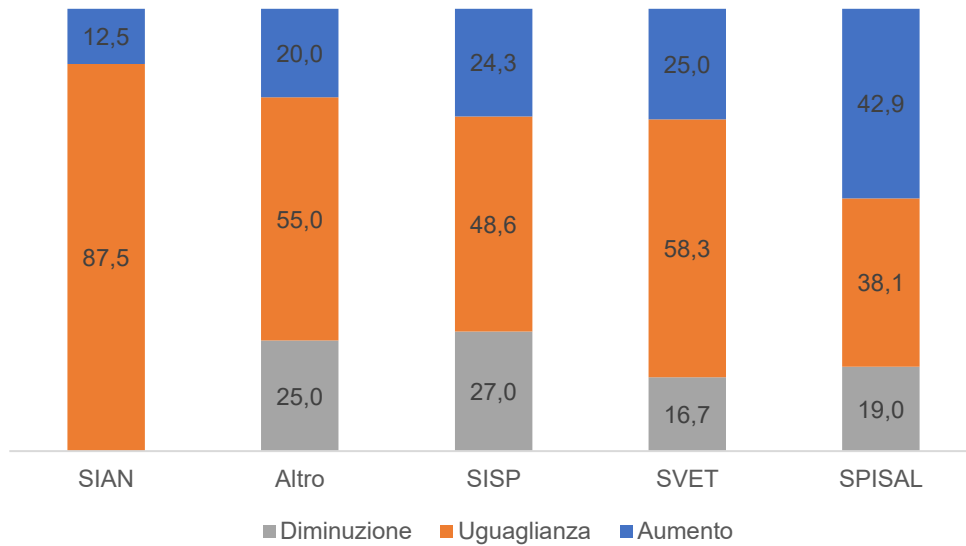
Più della metà (55,1%), ha riferito di non aver registrato nessuna variazione significativa di peso, mentre il 25,2% ha riferito un aumento di peso, e il restante 19,6% una diminuzione.

Tale dato è stato poi analizzato insieme alle diverse variabili studiate nel campione, in modo da comprendere al meglio il comportamento adottato dalla popolazione in studio.

Con riferimento al Servizio di appartenenza, si evince che all'interno del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione si sono registrate meno modifiche rispetto agli altri servizi; non è stata dichiarata nessuna diminuzione di peso e solo il 12,5% hanno espresso un aumento di peso.

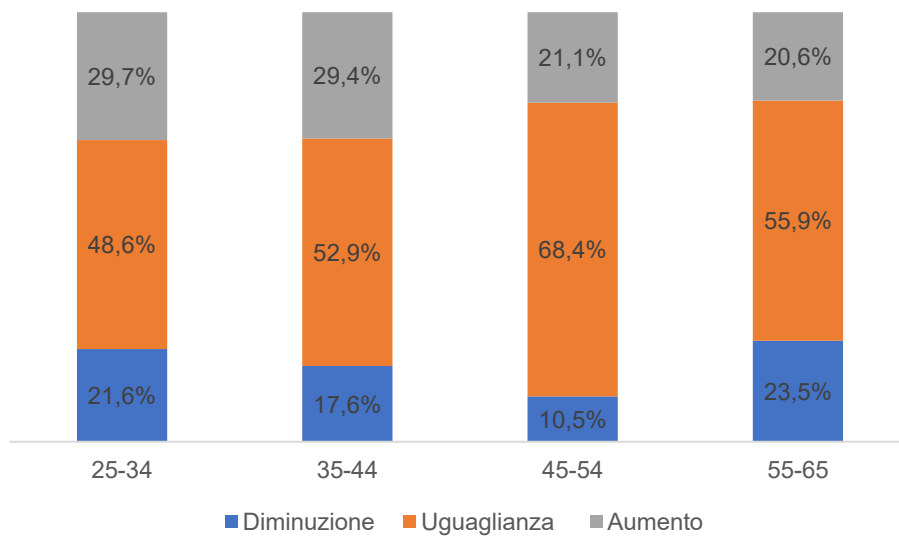
Il Servizio nel quale si sono registrati maggiori aumenti di peso è stato lo SPISAL, mentre il Servizio con maggiore diminuzione di peso è stato il SISP (Grafico 3)

Grafico 3: Variazione del peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per servizio di appartenenza.



Valutando lo stesso dato per fascia d'età, si evince che la fascia compresa tra i 44-54 anni, è con il 68,4% del suo totale, la classe che ha mantenuto maggiormente un peso corporeo uguale, nei due periodi di tempo di riferimento. La classe che ha aumentato maggiormente il suo peso corporeo è quella compresa tra i 55-65 anni di età. Al contrario, quelle che hanno diminuito maggiormente il peso corporeo, sono quelle comprese tra i 25-34 anni con 29,7%, e la classe dei 35-44 con 29,4% dei suoi componenti che dichiarano essere diminuiti di peso (Grafico 4).

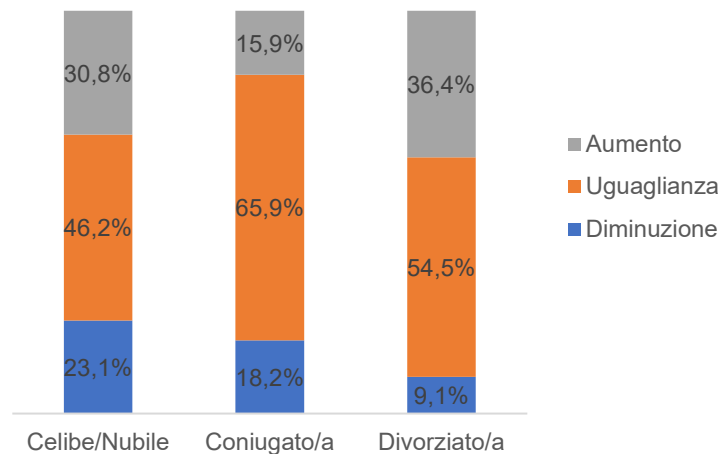
Grafico 4: Variazione del peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per fascia d'età.



Il peso corporeo analizzato in correlazione allo stato civile dei dipendenti, fa emergere che i dipendenti celibi e nubili sono coloro che hanno dichiarato una diminuzione di peso più elevata (23,1%) rispetto alle altre categorie di stato civile. I dipendenti divorziati, invece, sono coloro che hanno dichiarato un maggiore aumento del peso corporeo, rispetto alle altre categorie.

Il 65,9% dei soggetti coniugati ha mantenuto invariato il proprio peso corporeo. (Grafico 5)

Grafico 5: Variazione peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per stato civile

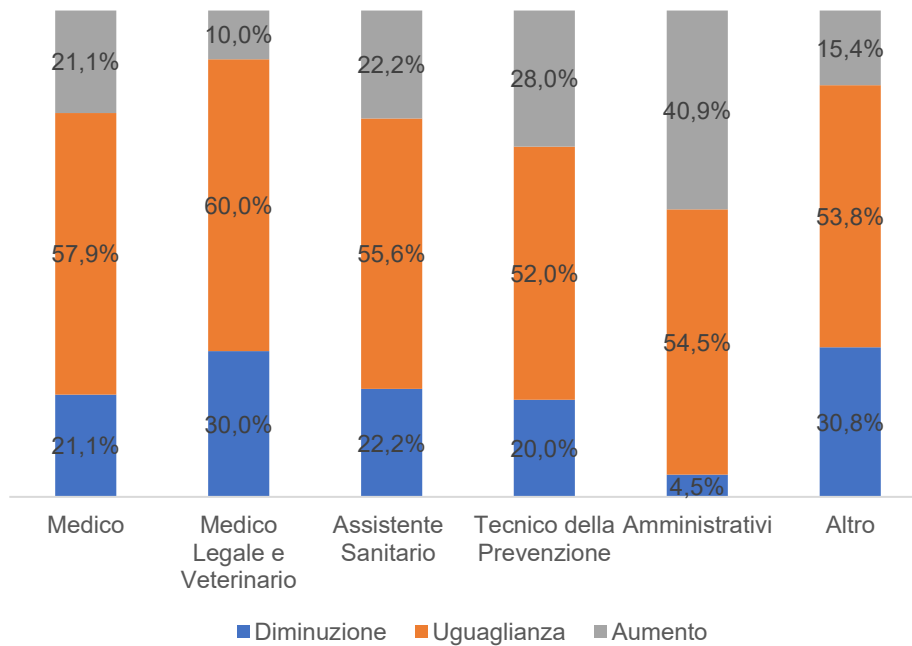


In relazione al genere di appartenenza, emerge che il 26,9% dei dipendenti maschi hanno aumentato il loro peso corporeo, mentre il 15,4% degli stessi ne ha dichiarato una diminuzione.

La situazione è analoga per le dipendenti femmine tra le quali, il 23,6% dichiara un aumento di peso e il 23,6% ne esprime una diminuzione.

In relazione al profilo professionale, sono soprattutto gli Amministrativi ad aver dichiarato un aumento di peso (40,9%) (Grafico 6).

Grafico 6: Variazione peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per profilo professionale



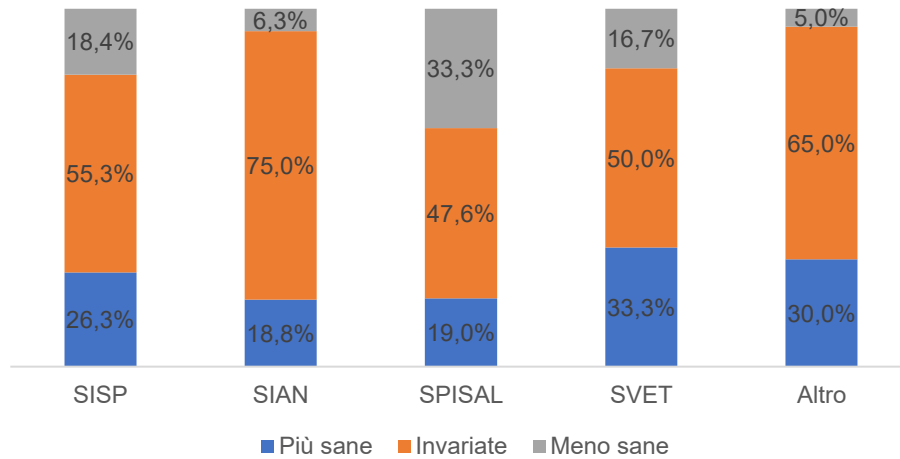
Successivamente, è stato quindi analizzato come i dipendenti hanno modificato le loro abitudini alimentari rispetto al periodo precedente allo scoppio della pandemia. Considerando la totalità della popolazione, il 25,2% considera le proprie abitudini “più sane”, il 57,9% dichiara di non aver modificato le proprie abitudini alimentari, e il restante 16,8% di avere abitudini alimentari “meno sane”.

Rispetto al Servizio di appartenenza, dal Grafico 8 si osserva come il personale inserito nei servizi SISP e SPISAL ha maggiormente modificato le proprie abitudini alimentari, acquisendo abitudini dichiarate “meno sane”, rispetto al periodo precedente il Covid-19, con una percentuale pari al 33,3% per lo SPISAL e 18,4% per gli appartenenti al Servizio SISP.

La più alta percentuale, che ha mantenuto le proprie abitudini alimentari invariate è il Servizio SIAN con 75%.

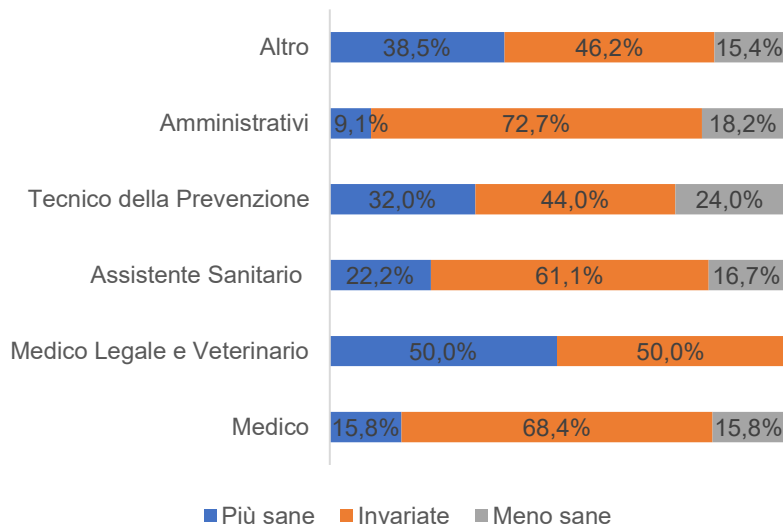
Il 33,3% degli appartenenti al Servizio SVET ha modificato le sue abitudini alimentari in dichiarandole “più sane”, risulta il servizio che ha modificato le sue abitudini in “più sane” rispetto a tutti gli altri.

Grafico 7: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per il servizio di appartenenza



Osservando le abitudini alimentari in relazione ai diversi profili professionali, presenti nel Dipartimento, si osserva che la metà tra i Medici Legali e Veterinari dichiara di avere attualmente abitudini alimentari “più sane”. Nessuno tra quest’ultimo profilo professionale dichiara di aver modificato le proprie abitudini alimentari in “meno sane”, al contrario dei Tecnici della Prevenzione, di cui il 24% afferma di aver attualmente abitudini alimentari meno sane rispetto al periodo pre- Covid.

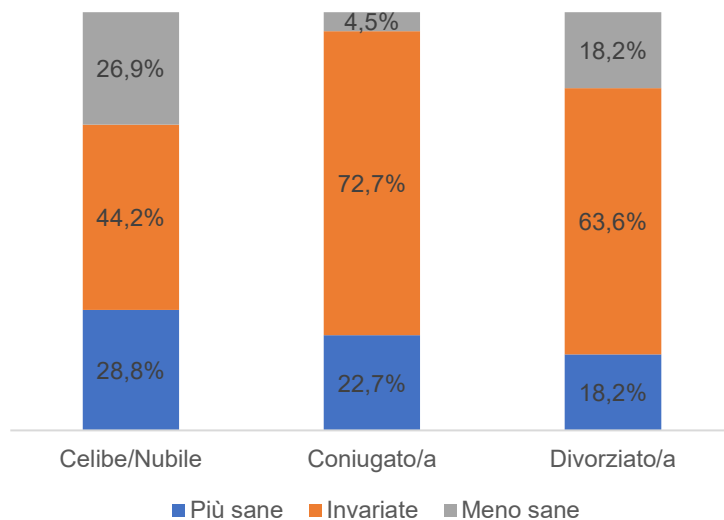
Grafico 8: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per profilo professionale.



Il 61,5% dei dipendenti maschi, inseriti nella realtà dipartimentale, afferma di non aver modificato le proprie abitudini alimentari. Il 23,1% degli stessi invece afferma di avere attualmente abitudini “meno sane” e il restante 15,4% di avere attualmente abitudini “più sane”. Mentre, il 54,5% del genere femminile non ha registrato nessuna variazione, il 34,5% delle dipendenti femmine, dichiarano delle abitudini alimentari “più sane” e il restante 10,9% di loro una variazione in abitudini “meno sane”.

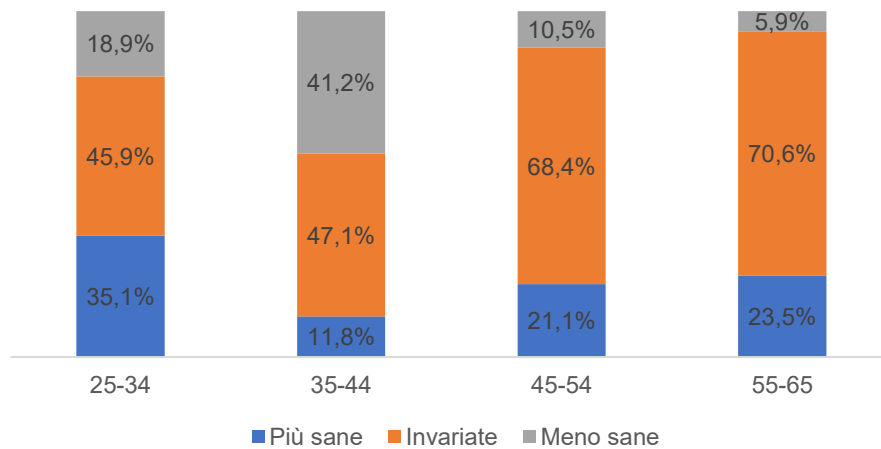
In riferimento al dato sullo stato civile dei dipendenti, emerge che tra i dipendenti che i dipendenti celibi e nubili sono quelli che hanno meno mantenuto le proprie abitudini alimentari invariate: il 28,8% dichiara di avere abitudini alimentari “più sane”, mentre il 26,9% di loro di averle “meno sane”. Solo il 4,5% tra i dipendenti coniugati avrebbe peggiorato le proprie abitudini alimentari (Grafico 11).

Grafico 9: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per stato civile



Lo stesso dato, infine, si è confrontato con le diverse classi di età. Come dimostra il Grafico 12, la classe di età compresa tra 45-54 anni è quella che in più alta percentuale (68,4%) ha mantenuto invariate le sue abitudini alimentari rispetto al periodo pre-Covid. La classe che ha modificato le proprie abitudini alimentari in “meno sane” è stata quella di età compresa tra i 35-44 anni con 41,2% del suo totale.

Grafico 10: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per fascia d'età



Nella Tabella 3 si riportano i risultati sulle variazioni dei singoli alimenti consumati attualmente rispetto al periodo precedente il Covid.

È risultato che i due alimenti che hanno subito maggiori modifiche sono il consumo di frutta e di ortaggi, nei quali si è registrato rispettivamente un aumento del 18,7% e del 19,7%. Il consumo si è modificato anche nel pesce, il quale ha subito un aumento del consumo pari al 13,1%. Si è invece ridotto il consumo di *snack* salati (-11,2%), di dolci in generale (-10,3%) e, infine, delle bibite zuccherate (-8,4%).

Tabella 3: Modifica del consumo di diverse categorie di alimenti nel primo anno di pandemia da Covid e attuale, rispetto al periodo pre-pandemico (la tabella riporta i valori percentuali).

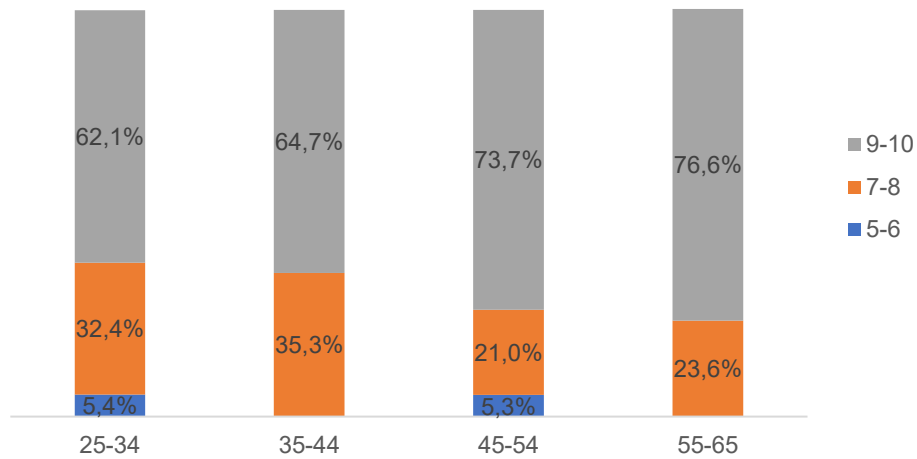
| ALIMENTO | PERIODO | AUMENTATO | UGUALE | DIMINUITO |
|-------------------|---------|-----------|--------|-----------|
| FRUTTA | COVID | 12,1 | 59,8 | 28,1 |
| | ATTUALE | 30,8 | | 9,3 |
| ORTAGGI | COVID | 12,1 | 57 | 30,8 |
| | ATTUALE | 31,8 | | 12,1 |
| PATATE | COVID | 12,1 | 66,4 | 21,5 |
| | ATTUALE | 15,9 | | 17,8 |
| CARNI FRESCHE | COVID | 18,7 | 57 | 24,3 |
| | ATTUALE | 23,4 | | 19,6 |
| CARNI TRASFORMATE | COVID | 28 | 50,5 | 21,5 |
| | ATTUALE | 26,2 | | 23,4 |
| PESCE | COVID | 8,4 | 66,4 | 25,2 |
| | ATTUALE | 21,5 | | 12,1 |
| LATTICINI | COVID | 14 | 62,6 | 23,4 |
| | ATTUALE | 16,8 | | 20,6 |
| UOVA | COVID | 12,1 | 71 | 16,8 |
| | ATTUALE | 15,9 | | 12,1 |
| LEGUMI | COVID | 15,9 | 67,3 | 16,8 |
| | ATTUALE | 13,1 | | 19,6 |
| SNACK SALATI | COVID | 29,9 | 44,9 | 25,2 |
| | ATTUALE | 18,7 | | 36,4 |
| DOLCI | COVID | 30,8 | 46,7 | 22,4 |
| | ATTUALE | 20,6 | | 32,7 |
| BIBITE ZUCCHERATE | COVID | 23,4 | 57 | 19,6 |
| | ATTUALE | 14 | | 28 |
| CEREALI | COVID | 19,6 | 66,4 | 14 |
| | ATTUALE | 16,8 | | 15,9 |

L'attenzione si è poi concentrata sul tema dell'**attività fisica**. Anche a questa viene attribuita grande importanza in ottica di salute: il 68,2% ha risposto con un giudizio compreso tra il punteggio 9 e 10, mentre solo l'1,9% del totale ha espresso un giudizio uguale a 5 o 6. Il restante 29,9% ha attribuito un'importanza compresa tra valori 7 e 8.

Indagando all'interno delle singole fasce d'età (Grafico 7), l'importanza subisce qualche variazione, in particolare con l'aumentare dell'età si osserva un progressivo aumento delle persone che vi attribuiscono la massima importanza.

Più del 60% di ogni singola classe ha comunque attribuito valori di importanza compresi tra nove e dieci

Grafico 11: Valore attribuito all'importanza dell'attività fisica in ottica di salute, confronto con le fasce d'età



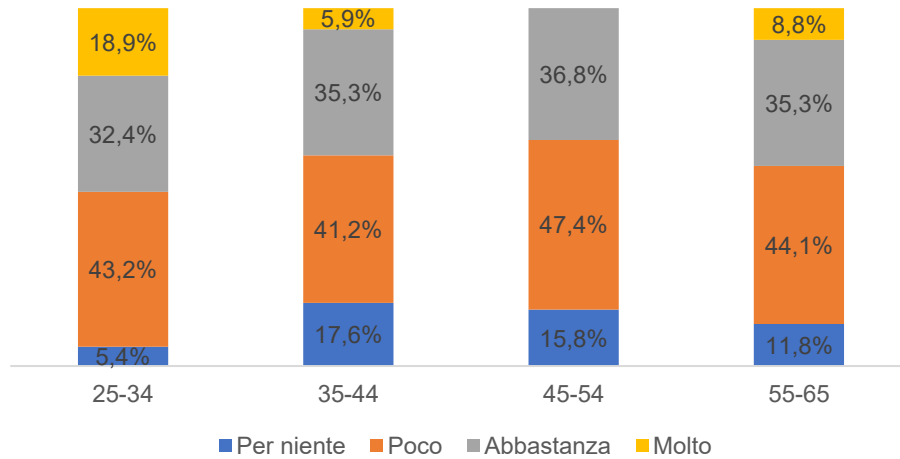
Per comprendere al meglio le abitudini attuali riguardanti l'attività fisica, si è posta la domanda "attualmente, si ritiene un soggetto fisicamente attivo?".

La maggior parte delle persone, il 43,9%, si sono identificate come soggetto "poco attivo", mentre il 34,6% ha riferito di esserlo "abbastanza".

In relazione alla fascia d'età, si evidenzia che nessun appartenente alla classe d'età compresa tra i 45-54 anni si considera "molto attivo", a differenza del 18,9% degli appartenenti alla fascia 25-34 anni, i quali risultano coloro i quali si considerano soggetti "molto" attivi fisicamente.

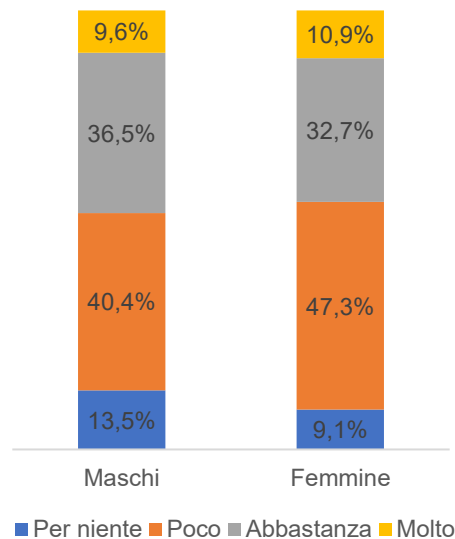
La fascia di età 35-44 è quella che dichiara una maggiore percentuale (17,6%) come soggetti "per niente" attivi fisicamente (Grafico 14).

Grafico 12: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per fascia d'età



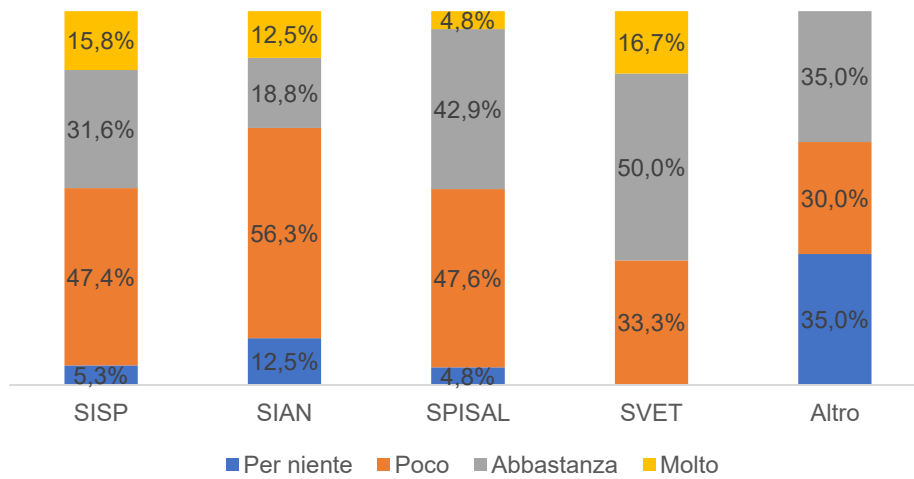
In riferimento al genere, non si osservano differenze rilevanti (Grafico 15).

Grafico 13: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per genere



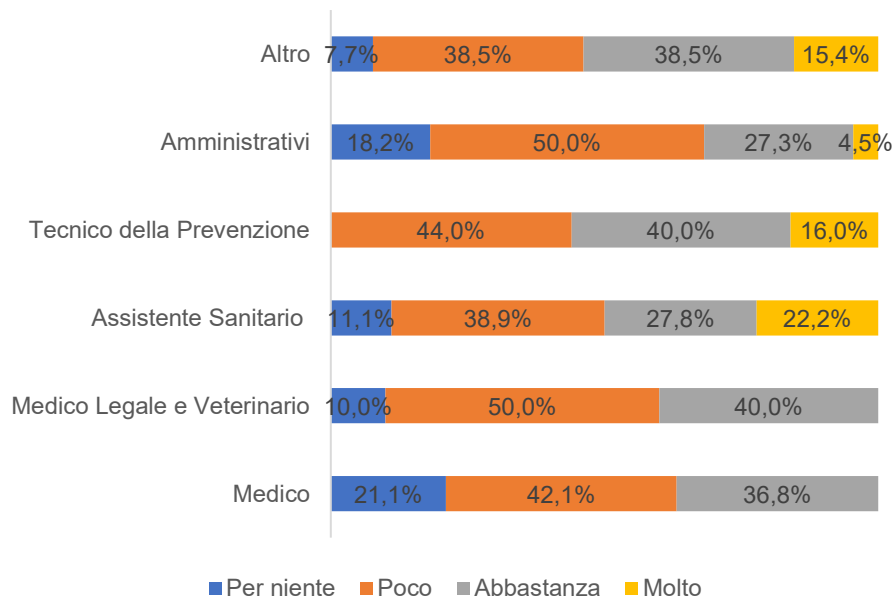
Lo stesso dato è stato relazionato con il servizio di appartenenza. Dal Grafico 16, si evince che la quota di soggetti che si ritengono attivi è particolarmente bassa nel SIAN (31%), mentre è massima tra i dipendenti dello SVET (67%).

Grafico 14: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per Servizio di appartenenza.



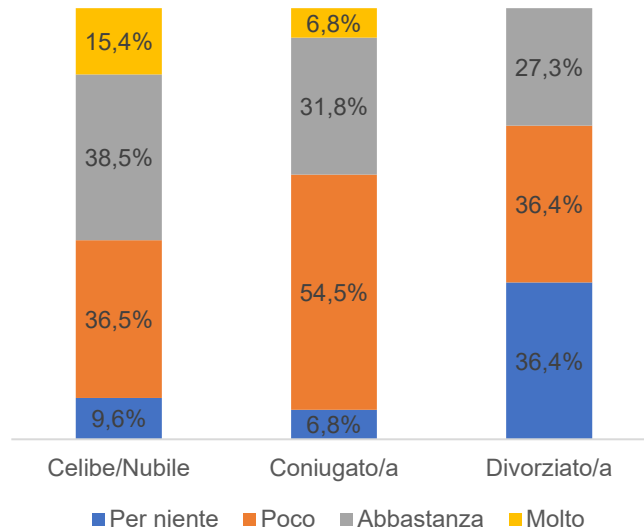
Tra le figure professionali, la quota di soggetti scarsamente attivi è particolarmente bassa tra gli amministrativi (32%) (Grafico 17).

Grafico 15: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per profilo professionale



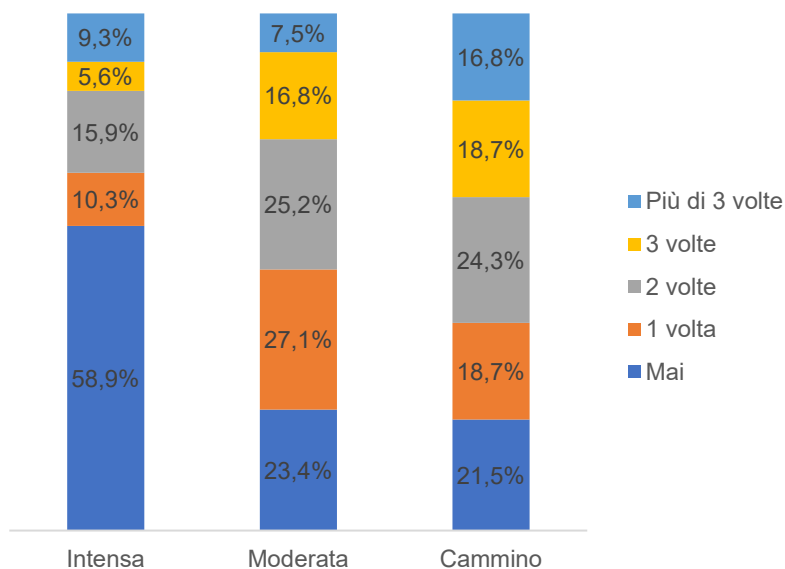
Con riferimento allo stato civile emerge che il 15,4% dei soggetti celibi e nubili si considera “molto” attivo a differenza dei soggetti divorziati di cui nessuno di loro ha espresso di ritenersi “molto” attivo fisicamente. Tra questi ultimi il 36,4% dichiara invece di essere “per niente” attivo.

Grafico 16: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per stato civile.



Per approfondire ulteriormente l’attività fisica svolta, si è richiesto di indicare quante volte alla settimana durante il periodo caratterizzato dalla pandemia, si è svolta attività fisica intensa, moderata e l’attività di cammino.

Grafico 17: Pratica di attività fisica intensa, moderate e di cammino nell’arco di una settimana durante il periodo Covid

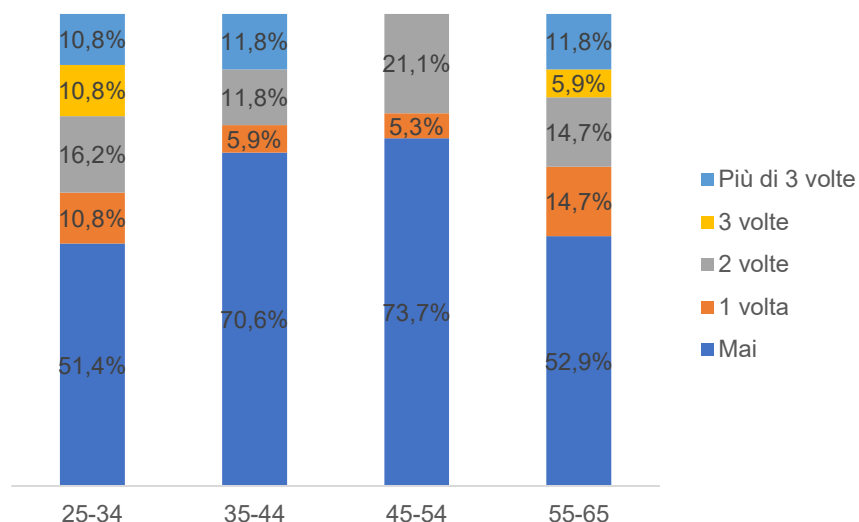


Dai risultati emerge che circa il 60% della popolazione in studio non ha “mai” svolto attività intensa nell’arco di una settimana, a fronte di un 16% che l’ha praticata per due volte a settimana ed un ulteriore 16% per tre volte o più. Per quanto riguarda la pratica dell’attività fisica moderata, il 27,1% dichiara di averla praticata per una volta alla settimana, mentre il 25,2% dichiara invece per due volte nell’arco di una settimana, nel periodo caratterizzato dalla presenza del Covid.

In riferimento alla camminata, il 24,3% del campione dichiara di aver praticato tale attività due volte nel corso della settimana in periodo Covid. Il 21,5% dichiara invece di non aver mai svolto camminate durante la settimana nel periodo pandemico.

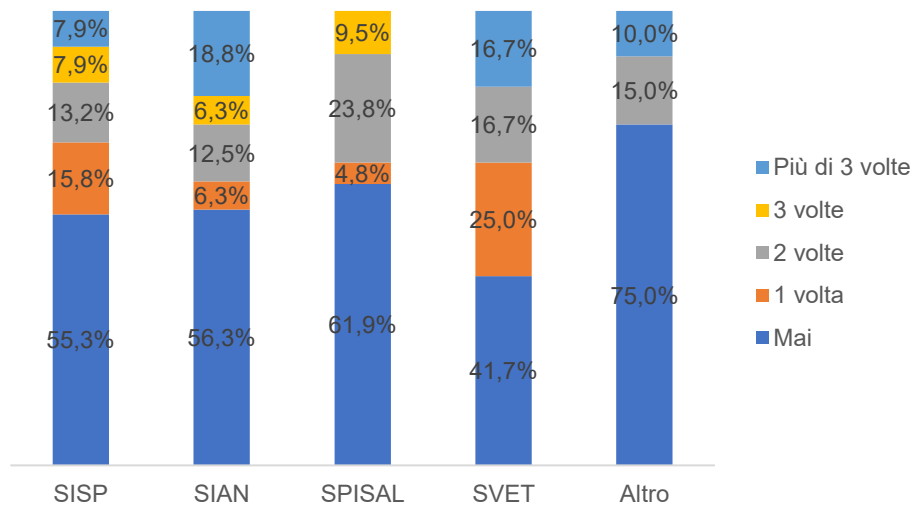
L’attività intensa in relazione all’età mostra un aumento dei soggetti che non la dichiarano mai con l’aumentare dell’età, fino al 73,5% nei 45-54enni. Fa eccezione la fascia più anziana, in cui quasi metà degli intervistati ha dichiarato di praticarla almeno una volta a settimana (Grafico 21).

Grafico 18: Pratica di attività fisica intensa nell’arco di una settimana durante il periodo Covid, per fasce d’età.



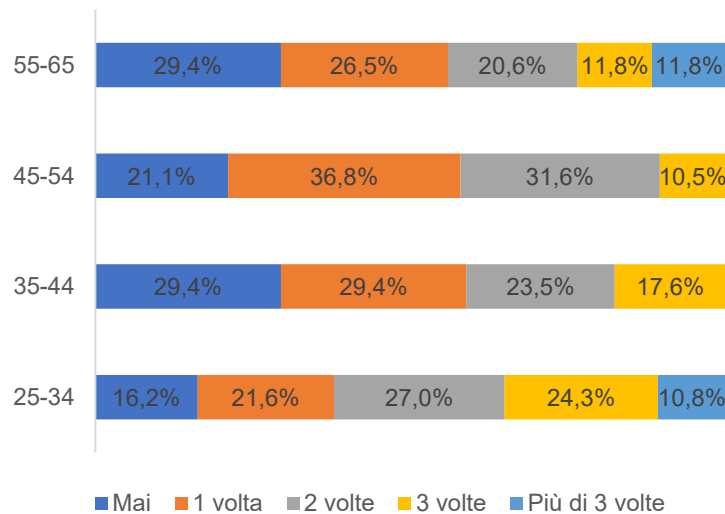
Valutando i diversi Servizi, emerge che il personale dello SVET ha una percentuale sensibilmente più bassa di persone che non hanno mai svolto attività fisica intensa (41,7%), rispetto agli altri Servizi. (Grafico 22)

Grafico 19: Pratica di attività fisica intensa nell'arco di una settimana durante il periodo Covid, per Servizio di appartenenza.



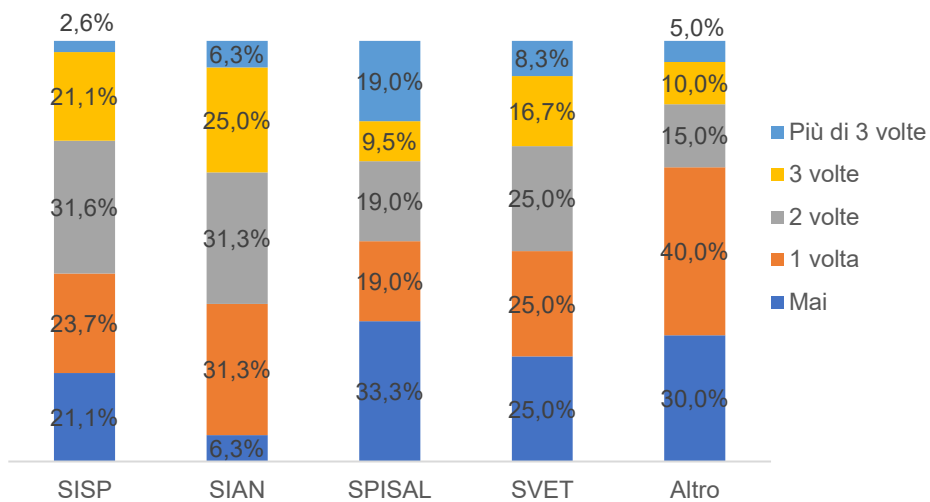
Considerando l'attività fisica di tipo moderato, la classe di età più giovane si dimostra complessivamente quella che la riporta con maggiore frequenza (Grafico 23).

Grafico 20: Pratica di attività fisica moderata, nell'arco di una settimana durante il periodo Covid, per fasce d'età.



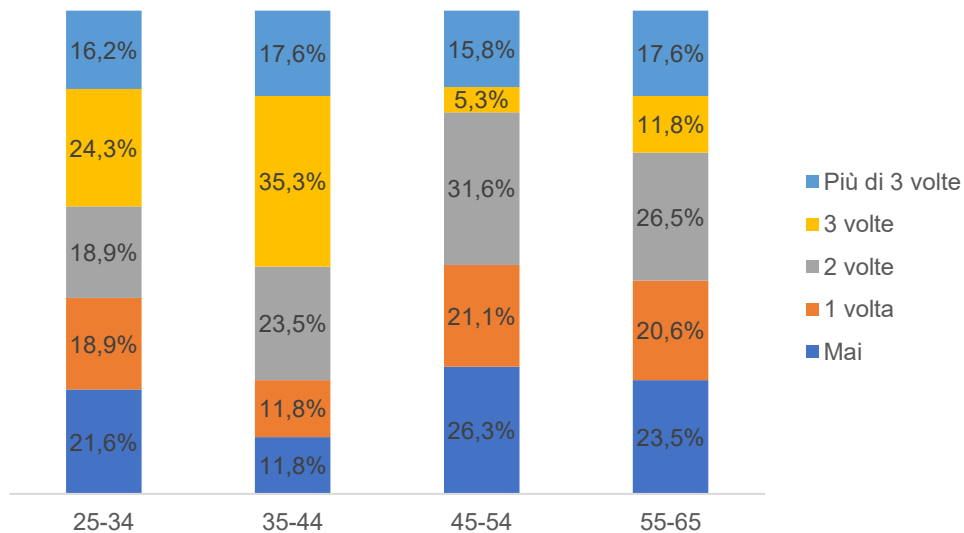
Per servizio di appartenenza, si evince che l'attività fisica moderata, non è stata “mai” svolta dal 33,3% degli appartenenti allo SPISAL, mentre il 19% degli stessi l'hanno dichiarata per “più di tre volte” a settimana (Grafico 24). I dipendenti del Servizio SIAN sembrano scostarsi da quelli degli altri Servizi: soltanto nel 6,3% non hanno “mai” svolto attività fisica moderata, e più del 60% l'ha svolta almeno “una volta” a settimana.

Grafico 21: Attività fisica moderata, per Servizio di appartenenza.



L'attività di cammino nel periodo Covid, se analizzata prendendo in considerazione la fascia d'età porta alla luce numerose differenze. Dal Grafico 25 si può osservare come la fascia 35-44 anni si discosti dalle altre, con percentuali più elevate di soggetti che hanno praticato il cammino due o più volte nell'arco della settimana.

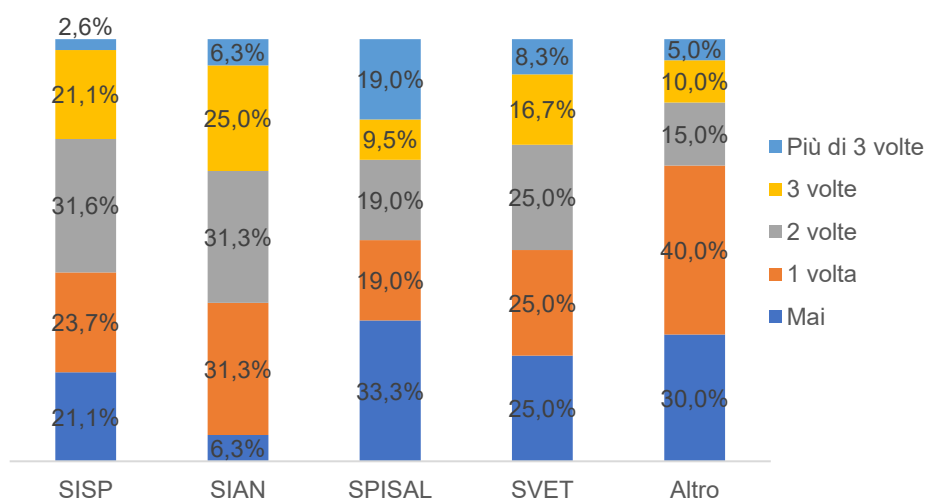
Grafico 22: Attività di cammino nell'arco di una settimana nel periodo Covid, per fasce di età



L'attività di cammino in una settimana Covid è stata presa in considerazione anche nella diversa disposizione per servizio di appartenenza. Si può osservare come nel servizio SIAN, si sia registrato il valore più basso nell'alternativa di risposta "mai" (6,3%). Nello stesso servizio, risulta, inoltre

che quasi un terzo degli operatori ha praticato l'attività di cammino tre o più volte alla settimana durante il periodo Covid. Il servizio SPISAL registra al suo interno il 33,3% di persone, che non hanno svolto tale attività durante il periodo Covid.

Grafico 23: Attività di cammino nell'arco di una settimana nel periodo Covid, per Servizio di appartenenza



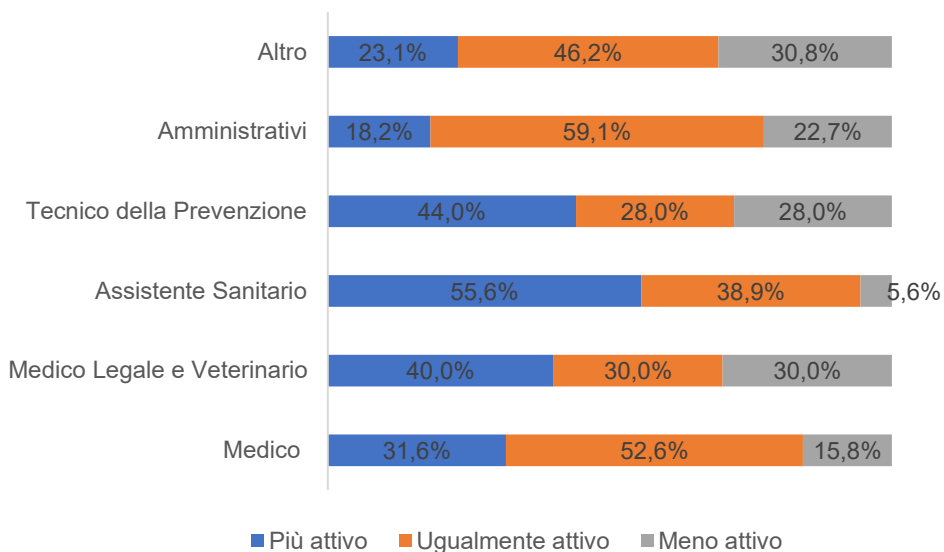
Attualmente, il 57% dichiara di aver modificato le sue abitudini relative attività fisica, rispetto al periodo caratterizzato dal Covid. Tra questi il 35,5% dichiara di essere più attivo fisicamente e di svolgere più attività fisica ora, mentre il restante 21,5% dichiara di muoversi di meno e di essere meno attivo.

Analizzando le abitudini fisiche in relazione al profilo professionale di appartenenza, si evidenzia che tra gli Assistenti Sanitari più della metà (il 55,6%) dichiara di essere più attivo attualmente rispetto al periodo Covid, mentre il 5,6% degli stessi affermano di essere meno attivo.

Il 44% dei Tecnici della Prevenzione, afferma di essere maggiormente attivo, ora rispetto al periodo Covid.

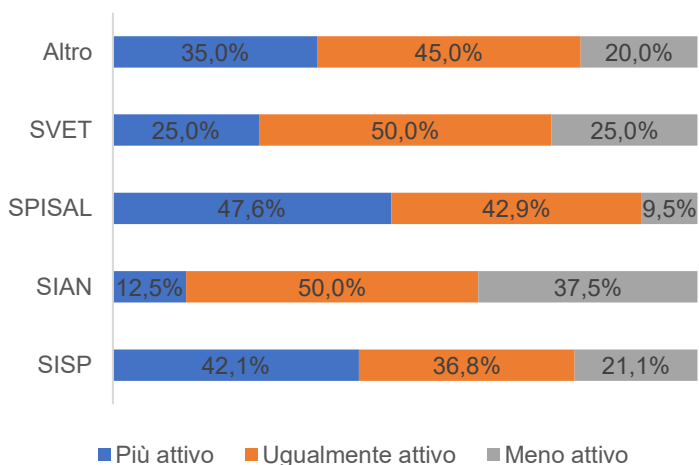
In generale il 43% della popolazione totale in studio afferma di non aver avuto nessuna variazione sulle abitudini fisiche giornaliere attuali rispetto al periodo Covid.

Grafico 24: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per profilo professionale



Lo stesso dato, analizzato in correlazione con il Servizio di appartenenza, evidenzia come i dipendenti del Servizio SPISAL sembrano scostarsi da quelli degli altri Servizi: il 47,6% si ritiene “più attivo” fisicamente rispetto al periodo pandemico e solamente il 9,5% dichiara di essere “meno attivo”, rispetto al 37,5% dei dipendenti inseriti nel Servizio SIAN. (Grafico 28)

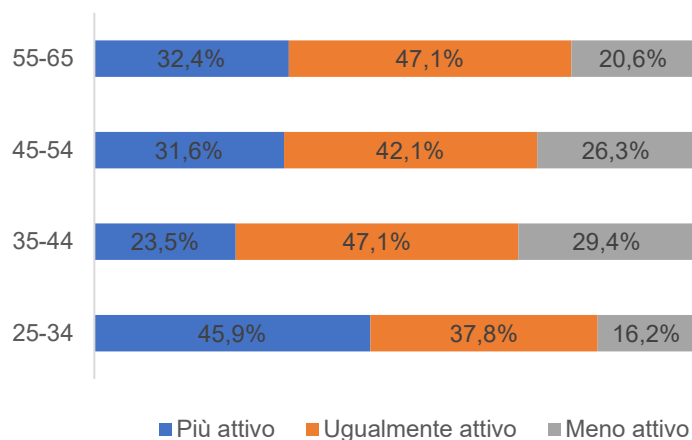
Grafico 25: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per Servizio di appartenenza.



In riferimento allo stesso dato, il 47,3% del genere femminile dichiara di essere “più attivo” attualmente, rispetto al 14,5% che dichiara invece di essere “meno attivo” fisicamente. Il 23,1% dei maschi si definisce “più attivo” contro il 28,8% che si dichiara invece “meno attivo” fisicamente.

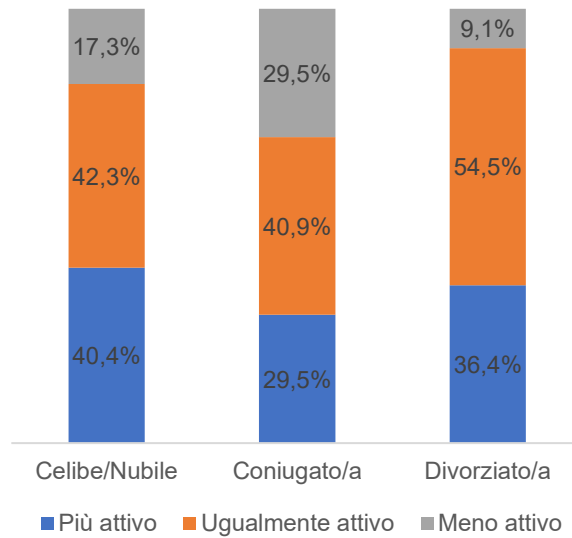
Per quanto riguarda le fasce d’età, si evidenzia come il 46% degli appartenenti alla classe d’età 25-34 anni dichiarino di ritenersi più attivi, e solo nel 16% viene riportata una diminuzione dell’attività fisica (Grafico 29). Le altre tre categorie di età riportano valori abbastanza omogenei. La classe d’età compresa tra i 35-44 anni, risulta essere quella che ha diminuito più delle altre l’attività fisica rispetto al periodo Covid.

Grafico 26: Autopercezione dell’attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per fascia d’età



In riferimento allo stato civile, lo stesso dato evidenzia che il 40,4% dei dipendenti celibi e nubili si definiscono “più attivi”. Solo il 9,1% dei soggetti divorziati si considera “meno attivo”, condizione che invece riguarda quasi il 30% dei coniugati (Grafico 30).

Grafico 27: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per stato civile



Si è indagato poi sull'**abitudine al fumo** dei dipendenti del Dipartimento di Prevenzione di Rovigo. È risultato che 33 persone su 107 fumano, con una percentuale di fumatori in poco meno del 31% degli intervistati. Risulta inoltre, che sono più i maschi rispetto alle femmine ad avere l'abitudine al fumo (34,7% rispetto al 27,3%).

Delle 33 persone fumatrici, 15 hanno l'intenzione di smettere nel prossimo periodo (46%), mentre 11 di loro non ne presenta l'intenzione (33%).

Tabella 4: Caratteristiche della popolazione sulla tematica del fumo

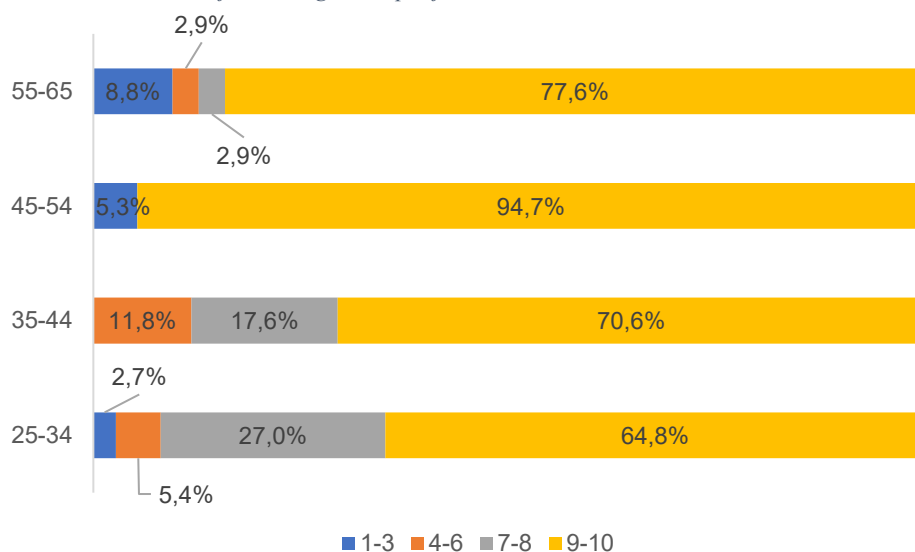
| Stato | N | % |
|---|----|------|
| Non fumatore | 55 | 51,4 |
| Fumatore ma con intenzione di smettere | 15 | 14,0 |
| Fumatore che ha provato a smettere ma senza riuscirci | 7 | 6,5 |
| Fumatore ma senza intenzione di smettere | 11 | 10,3 |
| Ex fumatore | 19 | 17,8 |

Nella popolazione totale si è richiesto quanto venisse considerato rischioso, su una scala da 1 a 10 per la propria salute, il fumo di sigaretta e l'abitudine al fumo. La popolazione totale ha riferito una percezione del rischio per il 77,6% con un valore compreso tra nove e dieci. Il 3,7% ha riferito una percezione del rischio pari a uno, considerata cioè "per niente" rischiosa.

È stato analizzato come i soggetti fumatori percepiscono il rischio dell'abitudine al fumo per la loro salute. Dai dati è emerso che il 48,5% dei singoli soggetti fumatori, percepisce un rischio con valori compresi tra nove e dieci. Il 36,4% dei fumatori attribuisce un rischio pari a valori sette e otto, mentre il restante 15,1% dei fumatori percepisce un rischio pari a valori cinque e sei.

In riferimento alle classi di età, dal Grafico 32 si evince che la classe di età compresa tra i 45-54 anni si discosta dalle altre, in quanto al suo interno la quasi totalità della popolazione ritiene che il fumo di sigaretta sia molto rischioso per la salute.

Grafico 28: Percezione del rischio del fumo di sigaretta, per fasce d'età

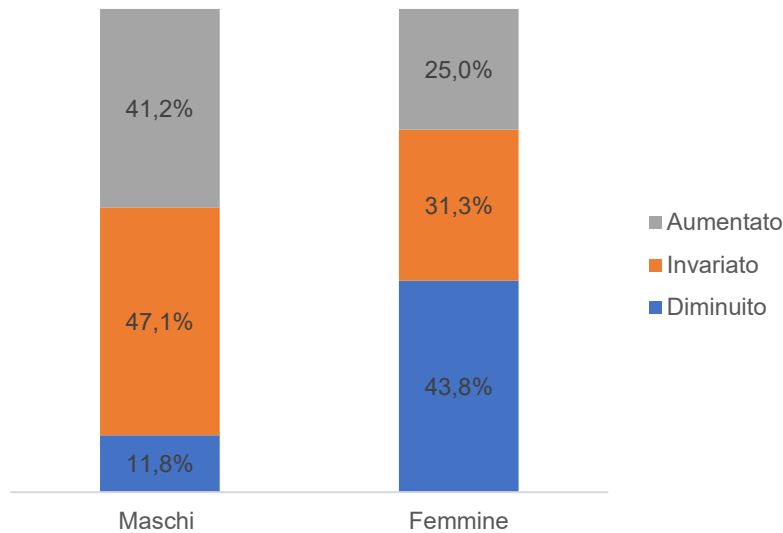


Ai 33 fumatori si è chiesto se hanno modificato la frequenza del numero di sigarette fumate, tra il periodo attuale rispetto al periodo Covid. Tra questi, la maggior parte (n. 13) afferma di non aver modificato la sua abitudine al fumo, un terzo del totale (n. 11) dichiara di aver aumentato il numero di sigarette fumate, mentre 9 loro ne hanno diminuito la frequenza.

Messo a confronto con il genere, risulta che il 43,8% del genere femminile ha dichiarato una diminuzione del numero di sigarette rispetto al periodo Covid. Il 25% di loro ne registra però un aumento.

Tra i maschi si è registrato un aumento del fumo nel 41,2% e una diminuzione solo nell'11,8% (Grafico 33).

Grafico 29: Percentuali valori di aumento o diminuzione del consumo di sigarette differenziati per maschi e femmine



Negli ex fumatori, si è indagato sulla modalità utilizzata per liberarsi dall'abitudine al fumo. Dai dati raccolti, risulta che in 15 su 33 non hanno utilizzato nessun ausilio o supporto, mentre 4 hanno fatto uso di farmaci e cerotti. Solo una persona ha partecipato ad iniziative e corsi proposti da Aziende Sanitarie.

In riferimento agli **stati d'animo** vissuti durante il periodo Covid, circa metà degli intervistati (50,5%) ha riferito di non aver mai provato lo stato d'animo di "Iperattività", ed il 42,1% il "Senso di solitudine e abbandono".

Alcuni stati d'animo a valenza negativa sono stati riportati come particolarmente presenti, quali "Cambi d'umore" dal 20,6%, "Senso di impotenza" nel 19,6% e "Rabbia ed irritabilità" nel 17,8% del campione.

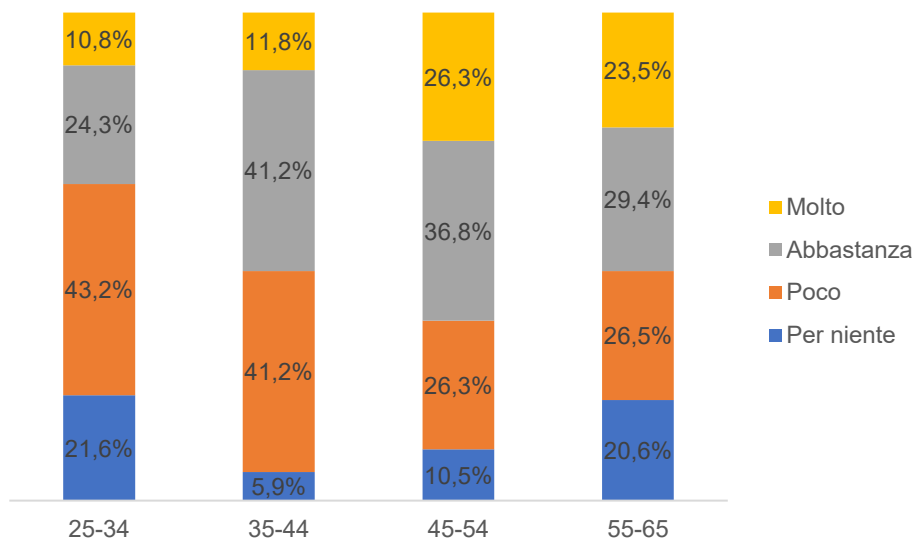
Quasi nessuno degli intervistati ha dichiarato di aver percepito in maniera importante le sensazioni di "Tranquillità e serenità". (Tabella 5)

Tabella 5: Stati d'animo percepiti durante il periodo Covid

| Stati d'animo | Per niente | Poco | Abbastanza | Molto |
|---|------------|------|------------|-------|
| Noia | 28 | 38,3 | 24,3 | 9,3 |
| Cambi d'umore | 23,4 | 29 | 27,1 | 20,6 |
| Frustrazione | 20,6 | 30,8 | 33,6 | 15 |
| Senso di impotenza | 22,4 | 29,9 | 28 | 19,6 |
| Malinconia e tristezza | 23,4 | 40,2 | 25,2 | 11,2 |
| Senso di solitudine e abbandono | 42,1 | 37,4 | 11,2 | 9,3 |
| Rabbia e irritabilità | 16,8 | 34,6 | 30,8 | 17,8 |
| Iperattività | 50,5 | 31,8 | 12,1 | 5,6 |
| Tranquillità e serenità | 24,3 | 39,3 | 35,5 | 0,9 |
| Sensazione di realizzazione e di essere utile | 27,1 | 30,8 | 38,4 | 3,7 |

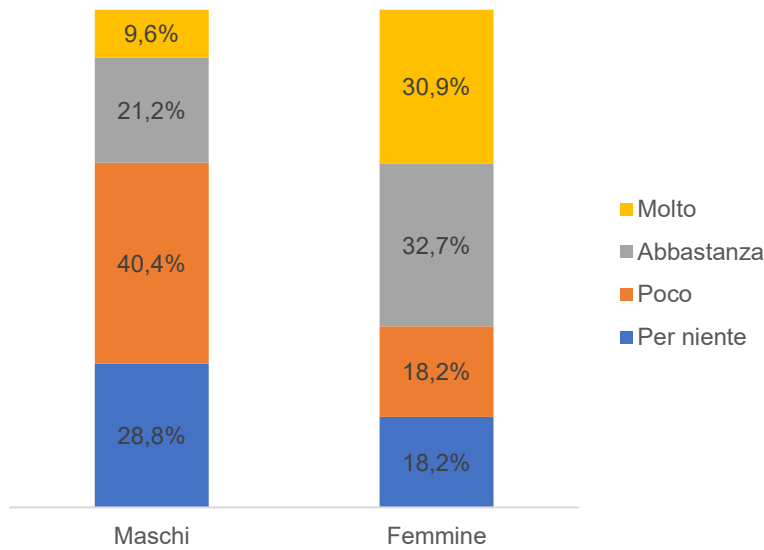
Tra gli stati d'animo citati precedentemente è stato confrontato lo stato d'animo "Rabbia e irritabilità" per fascia d'età. Dal Grafico 30 è emerso che nelle fasce più giovani (in particolare nei 25-34enni) sono state riportate frequenze minori dell'aver percepito questo stato d'animo, a differenza delle altre fasce d'età.

Grafico 30: Stato d'animo "Rabbia ed irritabilità", per fascia d'età.



Infine, è stato confrontato lo stato d'animo "Cambi d'umore" con il genere di appartenenza. È risultato che questo sono risultati molto più frequenti tra le donne (Grafico 31).

Grafico 31: Stato d'animo "Cambi d'umore", per genere.



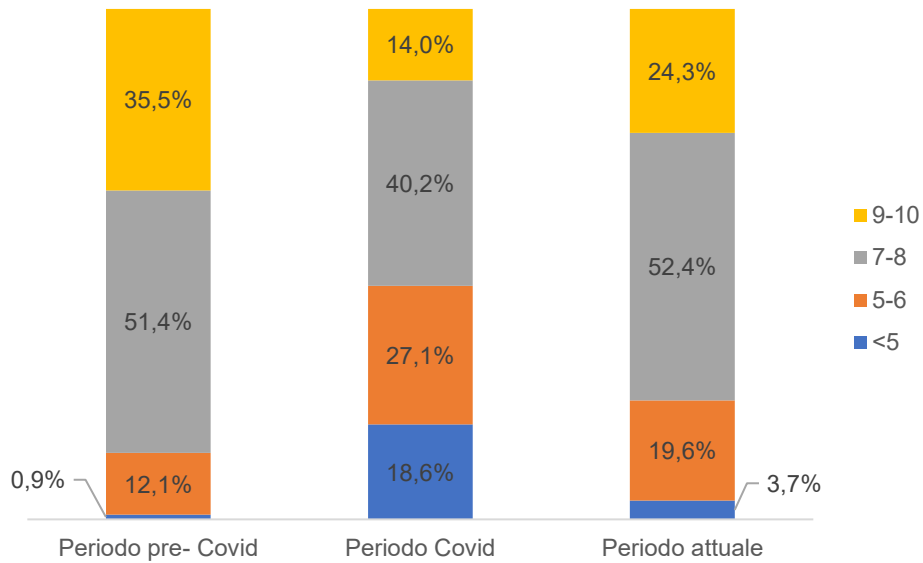
Oltre agli stati d'animo è stata indagata anche la **percezione del proprio stato di salute** nei tre periodi di tempo di riferimento. Per tutti e tre si è richiesto di indicare un valore da 1 a 10, dove uno significa "scadente" e dieci "eccellente".

In riferimento al periodo precedente al Covid, più della metà dei rispondenti (51,4%) ha attribuito un valore al proprio stato di salute compreso tra 7 e 8, mentre il 35,5% ha riportato valori 9-10.

Durante il periodo Covid, è aumentata in maniera importante la quota di soggetti che attribuivano un punteggio più basso al proprio stato di salute: minore di 5 nel 18,6% e tra 5 e 6 nel 27,1% dei casi.

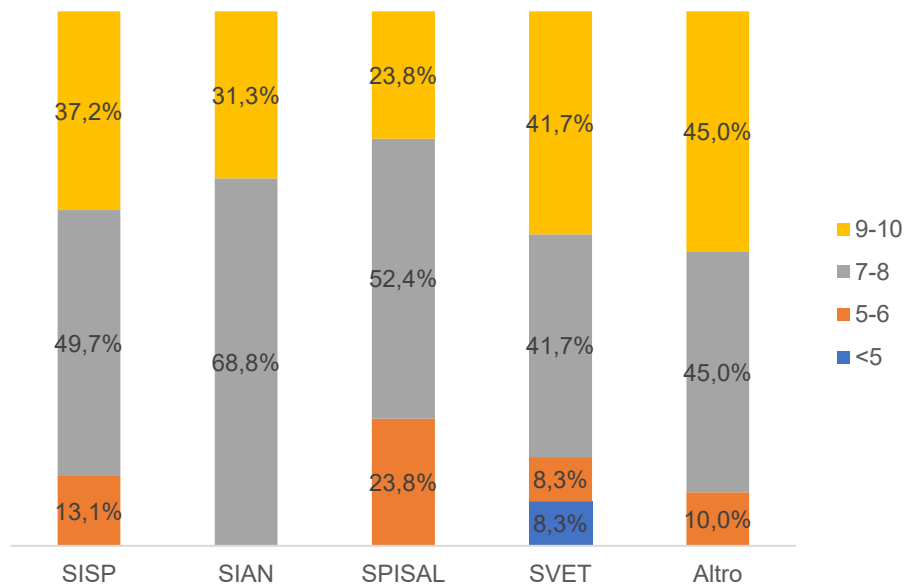
Nel periodo attuale, il 3,7% ha dato un giudizio per la propria salute inferiore a cinque, mentre il 52,4% ha riportato valori compresi tra 7 e 8 e il 24% tra 9 e 10 (Grafico 32).

Grafico 32: Giudizio sul proprio stato di salute nei tre periodi di riferimento.



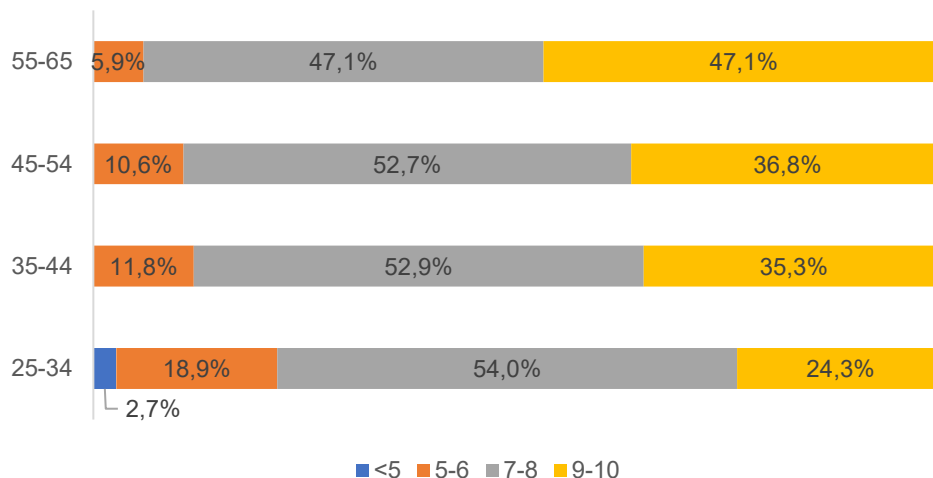
Prendendo in considerazione lo stato di salute nel periodo precedente lo scoppio della pandemia, si è messo in correlazione con il dato relativo al Servizio di appartenenza e con la fascia d'età. Dal primo confronto risulta una valutazione complessivamente peggiore tra i dipendenti dello SPISAL (Grafico 33).

Grafico 33: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo pre- Covid, per Servizio di appartenenza.



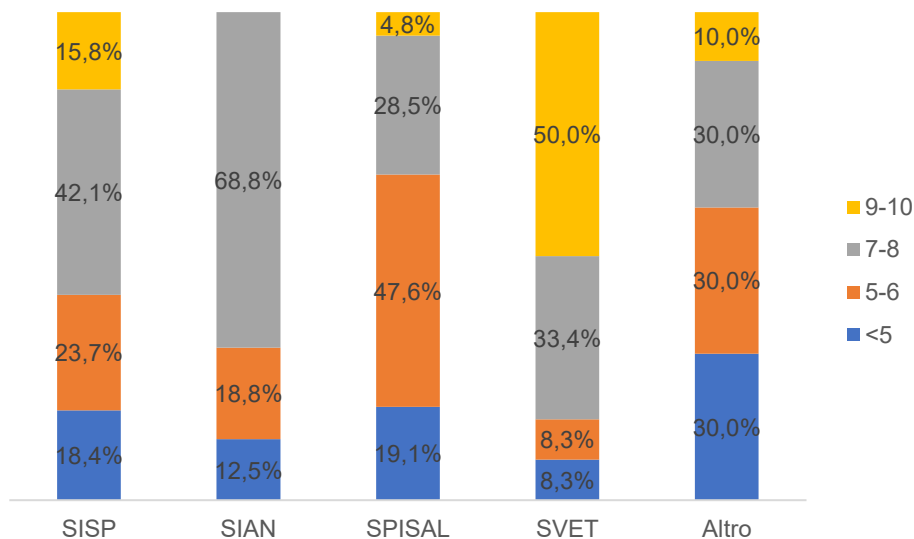
Se messo a confronto con le diverse fasce d'età, si osserva che con l'aumentare dell'età è aumentata anche la percezione del valore attribuito alla propria salute in riferimento al periodo precedente alla pandemia (Grafico 34).

Grafico 34: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo pre- Covid, per fascia d'età.



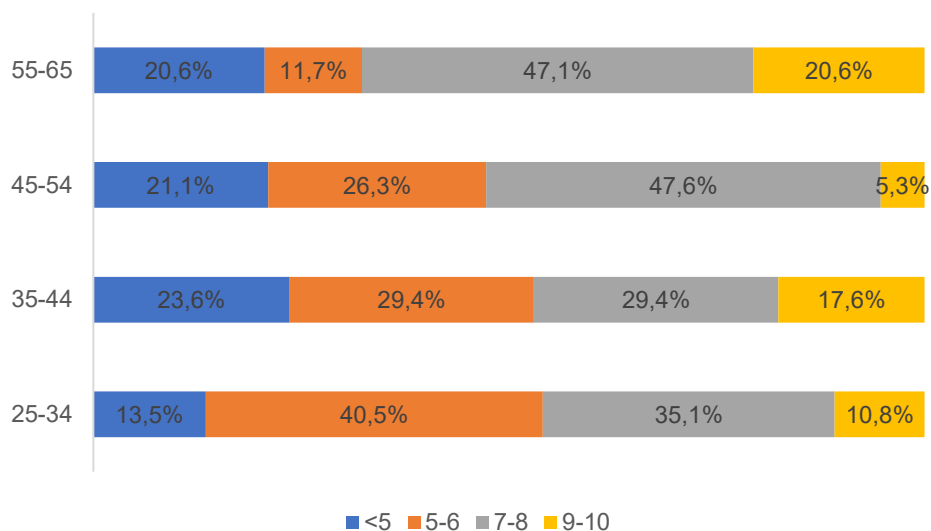
Prendendo in considerazione il periodo Covid, si evince che i dipendenti di tutti i Servizi del Dipartimento di prevenzione hanno dichiarato un peggioramento dello stato di salute, mentre si sono radicalmente ridotte le percentuali di intervistati che si attribuivano un giudizio ottimale (Grafico 35).

Grafico 35: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo pandemico, per Servizio di appartenenza



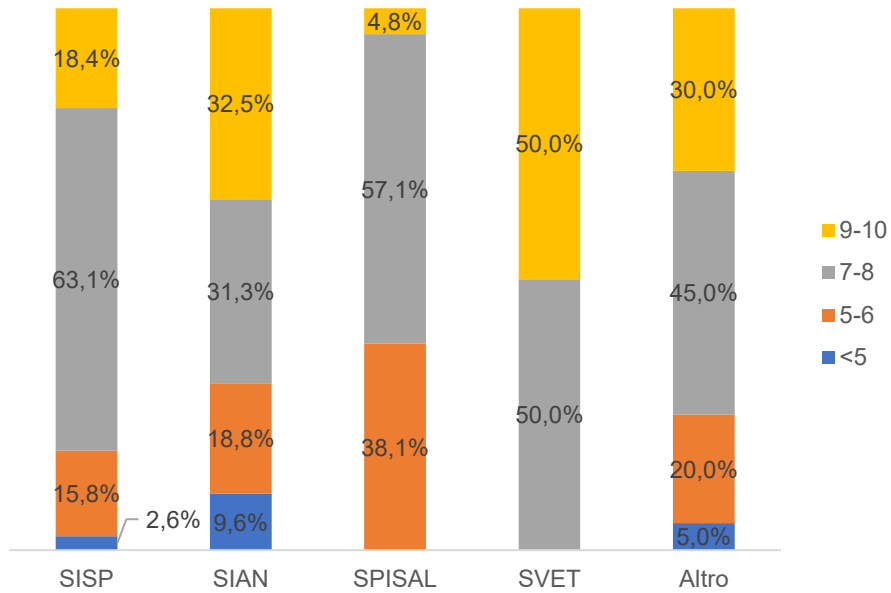
Tra le diverse fasce d'età, la più anziana (55-65 anni) sembra caratterizzarsi per aver limitato maggiormente gli effetti negativi della pandemia: meno di un terzo degli intervistati infatti ha assegnato al proprio stato di salute un punteggio inferiore a 7, rispetto a più di metà nelle altre fasce (Grafico 36).

Grafico 36: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo Covid nelle diverse fasce d'età.



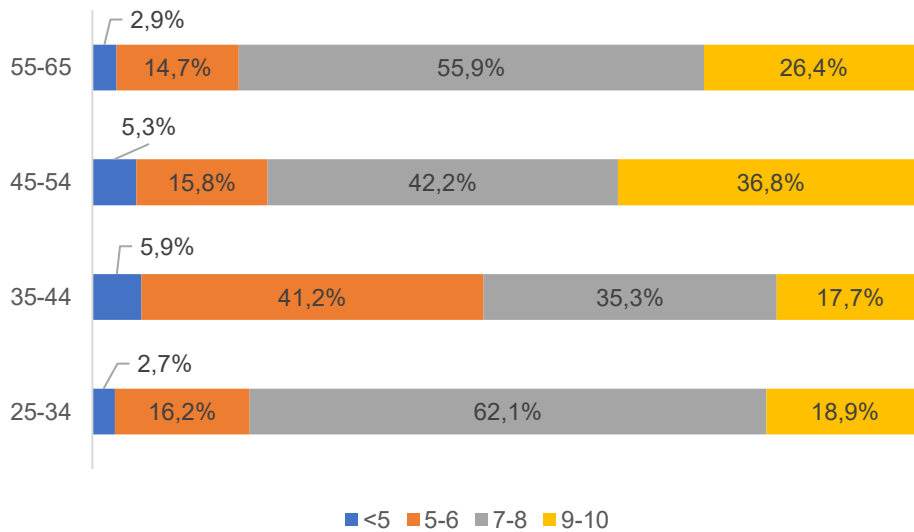
Gli stessi dati sono stati confrontati per il periodo attuale. In tutti i Servizi si è osservato un miglioramento della percezione del proprio stato di salute che però, ad eccezione dello SVET, non è tornato ai livelli dichiarati per il periodo pre-pandemico (Grafico 37).

Grafico 37: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo Covid, per Servizio di appartenenza.



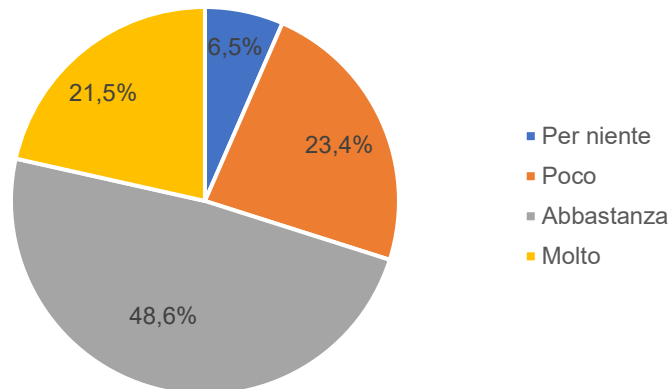
Il paragone tra le diverse fasce d'età mette in evidenza una sofferenza in particolare per i soggetti 35-44enni, che in quasi metà dei casi ha dato un giudizio inferiore a 7 (Grafico 38).

Grafico 38: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo attuale, per fascia d'età.



Si è infine chiesto il punto di vista dei dipendenti, su quanto considerano importanti le proposte di **iniziative su tematiche degli stili di vita sani**, proposti dal proprio luogo di lavoro. La maggior parte degli intervistati ha dichiarato abbastanza importanti tali iniziative (48,6%). Il 6,5% non le considera per niente importanti.

Grafico 39: Importanza attribuita alle iniziative proposte dall'ULSS 5 Polesana.

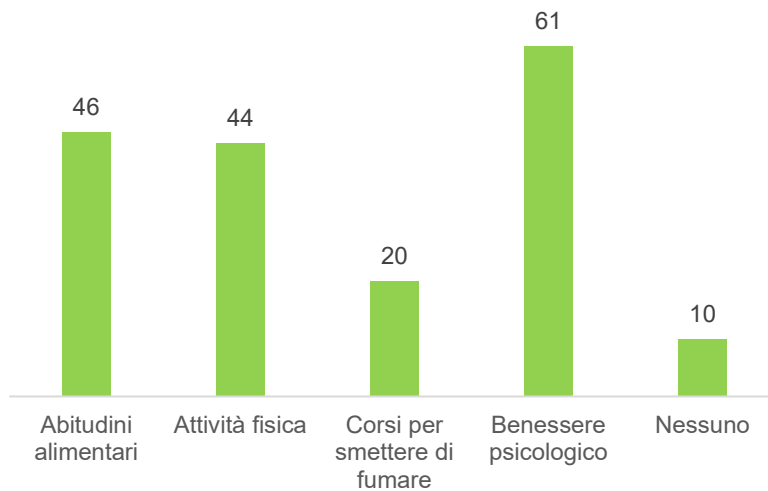


Si è poi richiesto chi avesse preso parte ad iniziative di questo tipo prima della pandemia. Dai risultati è emerso che tra i 107 rispondenti, 35 avevano partecipato ad incontri (37,4%). In corrispondenza, è stata anche posta la domanda “Se l’Azienda si attivasse con programmi di promozione della salute e corretti stili di vita, sarebbe interessato alla partecipazione?”. Nel totale dei lavoratori, è emerso che 83 persone sarebbero disponibili e disposte a prendervi parte.

Ai 24 soggetti che hanno dichiarato di non voler partecipare, è stata richiesta la motivazione e la maggior parte (n. 11) ha espresso di non partecipare per mancanza di tempo. Sette hanno dichiarato di non essere interessati alla partecipazione, mentre due hanno espresso la preferenza ad aderire ad iniziative organizzate da altri Enti. Le restanti quattro persone hanno dichiarato di essere già informate sulle tematiche o di essere in grado di ricavare le informazioni in autonomia nel caso si presentasse la necessità.

Alla domanda “Quale tematica vorrebbe approfondire tramite iniziative promosse dall’Azienda?”, la voce maggiormente indicata è stata quella riguardante gli stati d’animo e il benessere psicologico, seguita dalle abitudini alimentari corrette. Alcuni dipendenti hanno segnalato l’interesse per l’attuazione di iniziative pratiche come lo *yoga*, danza, tecniche di rilassamento e camminate di gruppo.

Grafico 40: Preferenze su temi da approfondire attraverso iniziative proposte all'interno dell'ULSS 5 Polesana.



CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE

5.1 Quadro generale

La scarsità di ricerche che evidenzino l'impatto avuto dalla pandemia su stili di vita di dipendenti che operano per prevenire le infezioni e malattie nella comunità, ha stimolato la necessità di intraprendere uno studio, finalizzato anche a comprendere come un luogo di lavoro possa intervenire per educare e aiutare i propri dipendenti ad uno stile di vita sano.

Dalla letteratura sembra infatti che un intervento di promozione della salute in un luogo di lavoro, per essere realmente efficace, debba utilizzare tecniche definite di cambiamento di un comportamento. La letteratura fornisce una base utile per effettuare confronti, alcuni anche molto lontani nel tempo, per comprendere come la salute e il benessere dato da stili di vita, abitudini quotidiane e lavorative sane possano promuovere la salute. La specificità e peculiarità della professione svolta e il contesto nel quale i dipendenti sono inseriti, rende queste tematiche uniche ed essenziali per le mansioni svolte.

L'indagine iniziale ha portato in evidenza la prevalenza di fasce d'età comprese tra i 25-34 e 55-65 anni di età.

Oltre alla suddivisione appena citata, si è individuato il diverso profilo professionale dei dipendenti sono rappresentati dai Tecnici della Prevenzione, i quali sono in totale 25 e dai dipendenti Amministrativi che risultano in tutto 22. Il campione è rappresentato dal Servizio SISP con 38 rispondenti al questionario.

Si è richiesto il genere di appartenenza e si registra una lieve prevalenza femminile con 51,4% rispetto a quella maschile con 48,8%. Si è indagato sullo stato civile dei dipendenti, e il campione risulta rappresentato dal 48,6% di dipendenti che sono celibi e nubili, 41,1% risulta coniugato/a e il restante 10,3% divorziato/a. Infine, richiedendo il titolo di studio è emerso che il 68,2% risulta in possesso di un diploma di laurea o di una laurea, il 22,4% in possesso di un diploma di scuola media superiore.

Si auspica che lo studio offra, al personale inserito in ambito dipartimentale e sanitario, un maggiore riconoscimento e valore agli stili di vita sani, che conceda l'opportunità di riflettere sulle proprie competenze, i limiti del proprio sapere e sull'eventuale necessità di approfondirle. Inoltre, la conoscenza del livello delle proprie competenze, si potrebbe tradurre in un potenziale lavoro su

di esse al fine di avere una pratica di promozione della salute efficace e di qualità, attuata *ad hoc* per i bisogni e le necessità emerse dallo studio. Come viene affermato che, “*I programmi di promozione della salute hanno un maggior successo se sono integrati nella vita quotidiana della comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti dai membri della comunità stessi*”⁴⁵.

Allo stesso tempo, dallo studio risulta necessario sottolineare che sono stati presi in esame i risultati e delle domande con scala *likert* (valutazioni espresse con indici da 1 a 10), formando delle categorie di valori, con la consapevolezza che i rispondenti ai questionari si sono posizionati spesso sull'*item* centrale o alto a seconda della tipologia di domanda. I pochi studi precedenti hanno costituito una prima panoramica generale della situazione pur non rappresentativa di un panorama regionale e nemmeno nazionale. Sebbene l'impatto della pandemia da una prospettiva multidimensionale e a lungo termine debba ancora essere descritto, con questo studio si potrebbero identificare gli effetti a breve termine sul peso, sulle abitudini alimentari generali e sulla frequenza e attività fisica, sulla salute e benessere a livello psicologico.

5.2 Significato e implicazioni dei risultati ottenuti

Tutti i profili professionali hanno saputo orientarsi positivamente sui concetti di stili di vita sani.

Uno studio condotto in tre diversi centri sanitari del Vietnam⁴⁶, ha evidenziato come nei professionisti sanitari il Covid, abbia influito negativamente, in particolare sulla qualità della vita associata all'**alimentazione**. Lo studio aveva come obiettivo quello di indagare l'impatto dell'alfabetizzazione alimentare sana e i comportamenti alimentari in relazione alla paura dell'avanzamento della pandemia da Covid-19.

A differenza invece, dello studio condotto nella realtà polesana, il quale ha fatto emergere che la maggior parte dei soggetti in studio (68,2%) ha espresso valori di importanza del tema dell'alimentazione compresi tra nove e dieci. Si nota come l'importanza al tema dell'alimentazione aumenta di valore, all'aumentare dell'età. Questa valutazione fa interpretare come il personale

⁴⁵ <https://www.iuhpe.org/>

⁴⁶ Vu DN, Phan DT, Nguyen HC, Le LTH, Nguyen HC, Ha TH, Dao HK, Trinh MV, Do TV, Nguyen HQ, Nguyen TTP, Le TT, Tran CQ, Tran KV, Duong TT, Pham HX, Le VT, Van Duong T. Impacts of Digital Healthy Diet Literacy and Healthy Eating Behavior on Fear of COVID-19, Changes in Mental Health, and Health-Related Quality of Life among Front-Line Health Care Workers. *Nutrients*. 2021 Jul 30;13(8):2656. doi: 10.3390/nu13082656. PMID: 34444814; PMCID: PMC8398620

inserito in un ambito dipartimentale, sia ben informato e consapevole di quanto sia importante mantenere un'alimentazione sana, quindi congrua ed equilibrata, per tutelare la salute e il benessere fisico. Un'alimentazione congrua deve soddisfare i bisogni calorici dell'organismo sulla base del dispendio energetico della singola persona. Un'alimentazione equilibrata invece, deve fornire tutti i nutrienti nella giusta proporzione per il soddisfacimento del ricambio metabolico⁴⁷.

Questa definizione è fondamentale venga rispettata in tutte le fasce d'età e le varie fasi della vita, allo scopo di essere in salute e attraverso l'alimentazione sviluppare un fattore protettivo nei confronti di malattie croniche – degenerative associate ad una scorretta alimentazione o all'eccesso di peso.

Il BMI rappresenta l'indicatore di riferimento per studi epidemiologici e *screening* di obesità. È utile per gli studi di popolazione ma rappresenta un limite, in quanto, non è in grado di valutare la reale composizione corporea, di conseguenza, non riesce a conoscere la distribuzione del grasso corporeo⁴⁸. Attraverso questo semplice indicatore si sono raccolti dati della popolazione in studio dal quale è emerso che il 68,2% della popolazione risulta avere un valore di BMI riferito al normopeso, mentre il restante 31,8% è risultato sovrappeso.

Il BMI se confrontato con le fasce d'età ha fatto emergere che il valore cresce all'aumentare dell'età, nella fascia più giovane, i dipendenti in sovrappeso risultano il 10,8%, mentre nella fascia d'età più anziana il sovrappeso è calcolato nel 50% degli appartenenti alla fascia d'età.

Questo risultato viene confermato dal dato Nazionale⁴⁹, dal quale emerge che l'eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età, in particolare, il sovrappeso passa dal 14% nella fascia 18-24 anni, al 46% tra i 65-74 anni. Per le stesse fasce l'obesità passa dal 2,3% al 15,3%. Ulteriore conferma emerge dal dato Regionale, raccolto però in epoca precedente la pandemia, nel 2019, in Veneto il 30,9% degli adulti, 18-69 anni, risultavano sovrappeso e l'11,1% di loro presentava obesità⁵⁰.

A differenza di uno studio condotto in Libano su 500 infermieri rispetto ai quali il 70,6% aveva espresso di aver modificato le proprie abitudini alimentari e il 68,6% ha espresso un cambiamento

⁴⁷ <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/alimentazione/>

⁴⁸ <https://www.epicentro.iss.it/obesita/>

⁴⁹ <https://www.epicentro.iss.it/obesita/epidemiologia-italia#:~:text=Statistiche%20correnti&text=La%20percentuale%20di%20popolazione%20in,le%20stesse%20fasce%20di%20et%C3%A0.>

⁵⁰ <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1>

sfavorevole per la propria salute⁵¹, dalla realtà Polesana emerge che la popolazione, ha sviluppato abitudini alimentari “più sane” per il 25,2% dei dipendenti, rispetto al periodo precedente la pandemia. Il 57,9% dei dipendenti ha inoltre affermato di aver mantenuto le proprie abitudini alimentari invariate rispetto al 16,8% che dichiara invece abitudini “meno sane”. La percentuale di popolazione (25,2%) che dichiara abitudini “più sane” è la stessa ottenuta alla dichiarazione di aumento di peso corporeo attuale rispetto al periodo precedente la pandemia.

Nonostante il 55,1% non dichiarò nessuna variazione, il 19,6% rivela una diminuzione del peso corporeo.

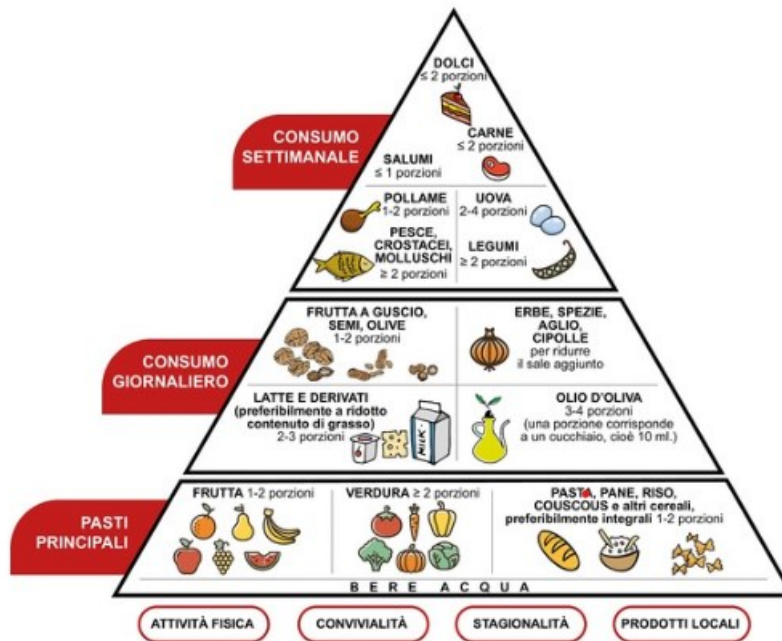
Dalla richiesta di indicazione della frequenza degli alimenti consumati nei tre periodi di riferimento, è emerso però, che la frequenza di cibi “sani” come frutta, ortaggi, pesce sono aumentati, mentre il consumo di *snack* salati, dolci in generale e bibite zuccherate è diminuito nel complesso. Tale variazione è stata confermata anche da uno studio condotto in Italia nel 2020, dal quale è emerso che il *lockdown* è stato associato ad una maggiore aderenza alla dieta mediterranea rispetto al periodo precedente la pandemia, con un maggiore controllo degli alimenti consumati e delle quantità⁵².

I dati raccolti portano a smentire quanto pensato inizialmente, cioè l’idea che la pandemia, il carico di lavoro, lo svolgimento di mansioni diverse potesse aver influito negativamente sugli stili di vita alimentari e sull’aumento di peso corporeo. Dalla popolazione in studio emerge che la maggior parte ha risposto positivamente allo stimolo negativo della pandemia, dal punto di vista dell’alimentazione, diminuendo la frequenza del consumo di cibi considerati “poco sani” e aumentando il consumo di cibi che stanno invece considerati “sani” e che stanno alla base della piramide alimentare.

⁵¹ Nurses' eating habits in Lebanon during the economic and health crises: a cross-sectional study. PMID: 35031067. PMID: PMC8758992 DOI: 10.1186/s13690-021-00775-1

⁵² Cervera-Martínez J, Atienza-Carbonell B, Mota JC, Bobes-Bascarán T, Crespo-Facorro B, Esteban C, García-Portilla MP, Gomes-da-Costa S, González-Pinto A, Jaén-Moreno MJ, Sarramea F, Vieta E, Zorrilla I, Tabarés-Seisdedos R, Kapczynski F, De Boni RB, Balanzá-Martínez V. Lifestyle changes and mental health during the COVID-19 pandemic: A repeated, cross-sectional web survey. *J Affect Disord.* 2021 Dec 1;295:173-182. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.020. Epub 2021 Aug 24. PMID: 34469856; PMID: PMC8418875

Figura 2: Piramide alimentare



La piramide alimentare è un riferimento a cui ricorrere per la scelta degli alimenti, essa è l'unico ausilio riconosciuto per indirizzare la scelta in funzione sia dei bisogni nutrizionali, sia della promozione della salute e della riduzione del rischio di malattie cronico – degenerative⁵³. La piramide alimentare è ispirata alla dieta mediterranea, già citata precedentemente, la quale prevede la riduzione dalla base al vertice della quantità e del numero di porzioni giornaliere ma evidenzia anche l'importanza dell'attività fisica, consumo di prodotti locali e della stagionalità degli stessi contemplando anche la convivialità cioè al piacere di mangiare cibi sani ma anche buoni. L'importante è tenere presente che tutti i gruppi di alimenti sono importanti per una buona alimentazione e dalla base al vertice diminuiscono solo le frequenze delle scelte o le porzioni, risulta infatti errato pensare che solo gli alimenti posti alla base siano essenziali, in quanto tutti gli alimenti devono contribuire al totale dell'apporto di energia e nutrienti e alla varietà della dieta (Figura 2).

La stessa importanza per uno stile di vita sano è stata anche attribuita all'**attività fisica** svolta. Risulta che il 43,9% della popolazione in studio, si considera un soggetto fisicamente "poco

⁵³ <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/alimentazione/>

attivo”. È fondamentale intraprendere uno stile di vita libero dalla sedentarietà, in quanto questa, in tutte le fasce d’età può comportare a lungo termine, dei rischi per la salute e il benessere fisico. Il poco movimento, infatti, aumenta il rischio di sviluppare patologie come cardiovascolari, diabete, obesità, ipertensione, ma anche lo sviluppo di neoplasie⁵⁴. Un’emergente problematica collegata alla tematica dell’attività fisica è anche il lavoro sedentario, per il quale si intende stare seduto o in piedi a lungo tempo, come chi lavora al computer, guida la macchina, fa lavori manuali senza sforzi fisici. Questa tipologia di lavoro favorisce uno stile di vita poco attivo e alla sedentarietà⁵⁵. Sulla base di questo argomento l’OMS afferma *“Uno stile di vita sedentario aumenta le cause di mortalità, raddoppia il rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari e diabete, favorisce sovrappeso e obesità, aumenta il rischio di sviluppare tumori, pressione alta, osteoporosi e disturbi del metabolismo, depressione e ansia”*⁵⁶. L’OMS, inoltre, raccomanda per gli adulti 150 minuti alla settimana di attività fisica di intensità moderata⁵⁷. Dai dati raccolti si può affermare che questi concetti è stato preso in considerazione dal 35,5% dei dipendenti in quanto, affermano di essere “più attivi” fisicamente ora rispetto al periodo caratterizzato dalla presenza del Covid, rispetto però al 21,5% il quale dichiara di muoversi di meno ed essere “meno attivo” fisicamente. Lo stesso studio citato precedentemente ha preso in esame anche la variazione dell’attività fisica durante il periodo pandemico. Dallo studio emerge che i partecipanti si dichiarano meno attivi fisicamente e che *“associano la minor attività fisica ad un calo del benessere soggettivo e minor livello della qualità di vita”*⁵⁸.

Le tipologie di attività sulle quali si è indagato con il questionario sono l’attività fisica intensa, attività moderata e attività di cammino. L’attività fisica intensa fa riferimento a quell’attività che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come per esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica⁵⁹. Per attività moderata, si intende quella attività fisica che per quantità, durata e

⁵⁴ <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/attivita-fisica/sedentarieta-e-cancro>

⁵⁵ <https://medicolavoro.org/rischio-lavoro-sedentario-soluzioni/>

⁵⁶ https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/linee-guida-oms-2020

⁵⁷ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf

⁵⁸ Cervera-Martínez J, Atienza-Carbonell B, Mota JC, Bobes-Bascarán T, Crespo-Facorro B, Esteban C, García-Portilla MP, Gomes-da-Costa S, González-Pinto A, Jaén-Moreno MJ, Sarramea F, Vieta E, Zorrilla I, Tabarés-Seisdedos R, Kapczinski F, De Boni RB, Balanzá-Martínez V. Lifestyle changes and mental health during the COVID-19 pandemic: A repeated, cross-sectional web survey. *J Affect Disord.* 2021 Dec 1;295:173-182. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.020. Epub 2021 Aug 24. PMID: 34469856; PMCID: PMC8418875

⁵⁹ <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/attivita%20fisica>

intensità comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come per esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti.⁶⁰

Come ultima attività si è indagato sulla camminata, per la quale le indicazioni sono di camminare almeno trenta minuti al giorno con un passo sostenuto⁶¹. Per questa attività il 24,3% ha affermato di aver camminato per due volte alla settimana nel periodo Covid. Rimangono però elevate le percentuali di popolazione in studio che afferma di non aver “mai” svolto attività fisica intensa nel periodo Covid (58,9%), attività moderata (23,4%) e attività di cammino (21,5%).

Quest'ultima percentuale coincide anche con coloro i quali affermano di essere “meno attivo” ora rispetto al periodo Covid, nel quale le percentuali di sedentarietà erano elevate.

Dalla sezione abitudine al **fumo** è emerso che il 31% della popolazione in studio presenta tale abitudine. I fumatori percepiscono un rischio elevato per la loro salute per il 48,5% dei singoli soggetti fumatori, ma nonostante questo il 33% di loro non presenta l'intenzione di smettere di fumare. In generale la maggior parte della popolazione in studio (63,6%) ha riferito che per la propria salute, le conseguenze del fumo di sigaretta sono molto rischiose. Tale dato va a conferma del fatto che l'intera popolazione in studio, per la formazione e probabilmente anche per il ruolo e la professione svolta, sono ben formati e consapevoli sui rischi che il fumo di sigarette attivo e passivo portano alla salute.

Rispetto al periodo caratterizzato dalla pandemia da Covid-19, uno studio presente in letteratura e condotto in Svezia⁶², ha evidenziato come la rapida e mutevole dinamica che si è instaurata con il progredire della pandemia da Covid-19, ha fatto maggiormente comprendere la dinamica delle conseguenze dell'abitudine al fumo di sigaretta e più in generale sui fattori di rischio.

Dallo studio di sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)⁶³, è risultato che in Veneto, nell'anno 2020-2021, i fumatori sono pari al 22,4% della popolazione totale

⁶⁰ <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/attivita%20fisica>

⁶¹ https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/Mappe-Salute

⁶² Blom V, Lönn A, Ekblom B, Kallings LV, Väisänen D, Hemmingsson E, Andersson G, Wallin P, Stenling A, Ekblom Ö, Lindwall M, Salier Eriksson J, Holmlund T, Ekblom-Bak E. Lifestyle Habits and Mental Health in Light of the Two COVID-19 Pandemic Waves in Sweden, 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 23;18(6):3313. doi: 10.3390/ijerph18063313. PMID: 33806951; PMCID: PMC8005136

⁶³ <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

con una percentuale del 24,5% in riferimento al dato Nazionale⁶⁴. Il fumo aumenta il rischio di sviluppare a lungo termine malattie respiratorie non neoplastiche, precoce danno renale diabetico, sviluppo di tumori tra tutti il tumore polmonare, cavo orale, gola, esofago e pancreas⁶⁵.

Nell'anno 2018, i primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati nella ULSS 5 proporzionali sul totale dei tumori e suddivisi per sesso, vedeva al terzo posto nella classifica generale di maschi e femmine, il tumore al polmone con 178 casi per anno. Anche nelle classifiche differenziate per sesso, la tipologia del tumore al polmone si trova sempre nei primi tre posti: nei maschi con 131 casi per anno, mentre nelle femmine con 47 casi per anno⁶⁶.

Dagli **stati d'animo** maggiormente evidenziati nello studio emerge che la maggior parte della popolazione in studio ha riportato di non aver “per niente” rilevato lo stato d'animo di “iperattività” (50,5%) e la “sensazione di solitudine di abbandono” (42,1%).

Al contrario, sono state riportate alla frequenza “molto” lo stato d'animo di “cambi d'umore” (20,6%), “senso di impotenza” (19,6%) e “rabbia ed irritabilità” (17,8%). Quasi nessuno degli intervistati ha dichiarato di aver percepito in maniera importante le sensazioni di “Tranquillità e serenità” (0,9%).

Gli stati d'animo riportati alla frequenza “molto” possono essere presi in esame in correlazione ad un articolo, sull'impatto della pandemia da Covid-19 sulla salute mentale di bambini, adulti e anziani⁶⁷. Prendendo in esame solo i risultati della popolazione adulta, *target* di riferimento dello studio, è emerso che gli adulti e lavoratori, lamentavano in particolar modo rabbia e sensazioni di essere impreparati nell'affrontare una situazione nuova e minacciosa. Tali stati d'animo vengono confermati anche dalla rilevazione nella realtà dipartimentale Polesana.

Prendendo in considerazione un altro articolo, il quale fa riferimento a 112 infermieri reclutati in Paesi diversi, ha riferito che solo l'1,6% ha dichiarato di essersi sentito bene, tranquillo e sereno nello svolgimento del suo lavoro durante la fase di *lockdown* e quando le misure restrittive erano molto più rigide. Il restante 98,4% ha riportato sintomi riconducibili ad ansia, depressione con

⁶⁴ <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>

⁶⁵ <https://www.salute.gov.it/portale/fumo>

⁶⁶ https://gecoopendata.registrotumoriveneto.it/incidenza_asl.php?asl=5

⁶⁷ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3585>

effetti anche sulla qualità del sonno esprimendo quanto la loro condizione lavorativa e non, sia peggiorata rispetto a come si sentivano prima della pandemia⁶⁸.

Un altro studio importante condotto dalla Società Italiana Di Assistenza Sanitaria (SIDAS)⁶⁹, su personale sanitario inserito in contesto pubblico e privato, ha indagato sulle relazioni sociali e sullo stato di benessere degli operatori sanitari. Da questo studio si può affermare che gli operatori sanitari hanno più problematiche relative alla salute mentale rispetto alla popolazione in generale. Lo studio ha individuato nel Senso di Coerenza (SOC) *“un elemento che contribuisce al mantenimento della salute mentale in un ambiente stressante e diversi livelli di SOC possono incidere significativamente nel mantenimento dello stato psicofisico”*⁷⁰. Dallo studio emerge inoltre, che gli individui di età compresa tra i 20-29 anni di età hanno un rischio di molto superiore di avere una SOC bassa rispetto ai soggetti con un’anzianità di servizio superiore.

La letteratura ha infine offerto un articolo, il quale racchiude tutte e quattro le tematiche appena analizzate. Lo studio fornisce un quadro delle osservazioni fatte oltre trecento anni fa, alla luce delle attuali problematiche di attualità in particolare allo stile di vita legato alla pandemia da Covid-19. Fa riferimento a Bernardino Ramazzini, considerato a tutti gli effetti il padre della “Medicina del Lavoro”, che fu il primo ad individuare come causa di patologia anche lo stress⁷¹. L’articolo sottolinea, come aspetti principali del suo lavoro consistono in descrizioni di disturbi legati ai rischi ambientali, suggerimenti per misure di prevenzione e protezione e le raccomandazioni per uno stile di vita sano⁷². Nonostante fosse un tempo di gravi carestie, Ramazzini ha ricordato alle persone più ricche che coloro che conducevano una vita sobria e semplice avrebbero vissuto di più e sofferto meno di obesità. Considerava già allora il fumo di tabacco una cattiva abitudine, ha affermato che un’assunzione irregolare di vino era dannosa per la salute sia in termini di danno psicologico che fisico. Da questi avvertimenti si può dimostrare di considerare i luoghi di lavoro come un luogo privilegiato per coinvolgere attivamente i lavoratori nella promozione della salute programmi con

⁶⁸ Hickling MT, Barnett SD. Psychological impact of COVID-19 on nursing personnel: A regional online survey. J Adv Nurs. 2022 Jun 30. doi: 10.1111/jan.15339. Epub ahead of print. PMID: 35774030

⁶⁹ <https://www.sidas-assistenzasanitaria.it/>

⁷⁰ <https://www.sidas-assistenzasanitaria.it/2022/06/14/limpatto-della-pandemia-da-covid-19-studio-cross-sectional-sulle-relazioni-sociali-e-lo-stato-dibenessere-degli-operatori-sanitari/>

⁷¹ <https://ilbolive.unipd.it/it/news/medicina-padova-nei-secoli-bernardino-ramazzini>

⁷² Franco G. Bernardino Ramazzini's De Morbis Artificum Diatriba on Workers' Health-the Birth of a New Discipline. J UOEH. 2021;43(3):341-348. doi: 10.7888/juoeh.43.341. PMID: 34483193

l'obiettivo di migliorare il proprio benessere affrontando uno stile di vita sedentario, mancanza di fisico esercizio fisico, assunzione di cibo e libertà dalle dipendenze.

5.3 Iniziative a sostegno per gli operatori sanitari

Le iniziative già validate e presentate dalla letteratura sono molteplici e possono fornire un adeguato aiuto e supporto per quei luoghi in cui vengono applicate. La popolazione al 31/12/2020 residente nella regione Veneto risulta essere pari a 4.852.453 con un tasso di attività pari al 55,7%. La popolazione attiva, da un punto di vista lavorativo, costituisce un importante *target* per i programmi di promozione della salute.⁷³

In Piemonte, in riferito all'ambito dipartimentale, è già presente dal 2014 il progetto “*Promuovere chi previene*”⁷⁴. Tale progetto si propone di incrementare il benessere degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, tenendo conto della loro multiprofessionalità, mettendo in atto iniziative a adesione volontaria su azioni del piano dell'organizzazione del lavoro in ottica di stili di vita sani che promuovano la salute.

Con tale progetto si intende esplorare, come concausa di malattie cronico – degenerative, la scorretta alimentazione, l'insufficiente attività motoria, dipendenze in senso lato e indagare su problemi di natura psico sociale come *stress, burn out, mobbing* che possono derivare da condizioni organizzative. Con questo progetto è fondamentale che ci si impegni con incontri tenuti da esperti di alimentazione, medicina dello sport e di problematiche di dipendenza e percorsi agevolati di accesso agli ambulatori di diabetologia. Si prevede anche l'avvio di iniziative sempre su base volontaria di corsi di attività motoria, corretta alimentazione, comunicazione e gestione dei conflitti. Le azioni intraprese discenderanno dagli esiti di informazioni acquisite con appositi strumenti di rilevazione dei bisogni di salute (*focus, questionari, interviste, brain storming*). Il progetto si integra con la mission dell'azienda e risulterà utile anche al fine di un mantenimento e miglioramento della *performance* professionale, questione assai importante anche in relazione al recente innalzamento dell'età pensionabile.

Altra iniziativa destinata ai lavoratori e trasferibile anche nella realtà dipartimentale del Polesine, è un piano per la *Workplace Health Promotion* (WHP), il quale ha come obiettivo la prevenzione

⁷³ <https://www.istat.it/it/uffici-territoriali/veneto>

⁷⁴ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=548>

delle malattie cronico – degenerative attraverso la promozione di cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro, al fine di renderli ambienti favorevoli alla adozione consapevole di stili di vita sani⁷⁵.

Tale progetto fornisce un supporto metodologico al gruppo di lavoro, informazioni sulle opportunità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari; ne fanno parte il trattamento per il tabagismo, gli ambulatori dietologici, i servizi per il trattamento delle dipendenze e i programmi di *screening*⁷⁶.

Dall'adesione al programma l'azienda godrebbe di molteplici vantaggi, tra cui il miglioramento della salute dei lavoratori e di conseguenza delle loro famiglie, accreditamento annuale come luogo di lavoro che promuove salute e crescita del senso di appartenenza e della produttività⁷⁷.

Tale progetto prevede lo sviluppo di attività, buone pratiche, in sei aree tematiche:

1. Alimentazione;
2. Contrasto al fumo;
3. Attività fisica;
4. Mobilità sicura e sostenibile;
5. Contrasto alle dipendenze;
6. Benessere e conciliazione di vita – lavoro.

Per il funzionamento del programma è consigliabile la costituzione di un piccolo Gruppo di Lavoro formato da persone motivate, il più possibile rappresentativo delle diverse aree aziendali. L'obiettivo del Gruppo di Lavoro è attuare il programma coinvolgendo il più possibile la partecipazione dei lavoratori nelle Buone Pratiche scelte⁷⁸.

Il progetto prevede in tutto tre anni per il raggiungimento e per lo sviluppo di tutte le aree tematiche⁷⁹: nel primo si richiede di lavorare su due aree tematiche, dalle preferenze indicate dallo studio eseguito, le prime due tematiche potrebbero essere il benessere e conciliazione di vita e lavoro psicologico e l'alimentazione, dati i voti di preferenza registrati. **Come Buona Pratica il programma propone l'attivazione di uno sportello di ascolto destinato ai dipendenti sulle tematiche**

⁷⁵ <https://www.iresfvg.org/corso/programma-whp-per-creare-luogo-di-lavoro-che-promuove-salute/>

⁷⁶ <https://www.epicentro.iss.it/lavoro/WorkplaceHealthPromotion2014>

⁷⁷ <http://www.enwhp.org>

⁷⁸ <https://buonepratiche.agenas.it/>

⁷⁹ <https://www.ausl.mo.it/dsp/promozionesalutelavoro>

dell'anno. Sulla base dei bisogni emersi e dichiarati dagli incontri di sportello, possono essere programmati degli interventi di mediazione, organizzati per Servizio di appartenenza, per favorire la collaborazione positiva e la gestione dei conflitti. Possono essere pensate in equipe multidisciplinare delle attività di formazione sui concetti di conciliazione benessere casa-lavoro, benessere organizzativo, motivazione dei lavoratori, responsabilità degli stessi, prevenzione dello stress e promozione della salute mentale all'interno del luogo di lavoro⁸⁰.

Tra le preferenze indicate dai dipendenti del Dipartimento di Prevenzione, è emerso anche il bisogno di iniziative sulla tematica della corretta alimentazione. Le proposte di Buone Pratiche trasferibili all'interno del Dipartimento di Prevenzione possono essere la formazione dei lavoratori, ma anche degli addetti alla mensa, sulle corrette porzioni e alimenti da consumare quotidianamente. A questa pratica, si potrebbe integrare un'attività di comunicazione, con messaggi promozionali sull'alimentazione quali la piramide alimentare, messaggi sulle tovagliette o vassoi delle mense aziendali o nelle bacheche, con possibilità di avere a disposizione del materiale informativo⁸¹. Infine, si prevede anche la disponibilità per alcune ore alla settimana di un dietista che in collaborazione con un Medico Competente, possono monitorare peso corporeo individuale dei lavoratori che aderiscono, visti alcuni aumenti durante il periodo pandemico, e della percentuale di popolazione in studio con BMI con valori sovrappeso, in modo da acquisire comportamenti alimentari corretti.⁸²

Nel secondo anno dovranno essere sviluppate altre due tematiche attuando delle Buone Pratiche e mantenendo quelle del primo. Infine, il terzo anno sviluppare le due tematiche rimanenti. Dal quarto anno in poi, se restano attive almeno due delle Buone Pratiche presenti in ciascuna delle sei aree tematiche, si potrà godere dell'accREDITAMENTO.

5.4 Partecipazione dell'Assistente Sanitario

Le iniziative e Buone Pratiche sopraelencate risultano tutte in linea con i principi che definiscono la figura professionale dell'Assistente Sanitario, in quanto considerato la figura elettiva della promozione della salute.

⁸⁰ <http://www.enwhp.org>

⁸¹ <https://www.ats-brescia.it/luoghi-di-lavoro-che-promuovono-salute-rete-whp-lombardia>

⁸² <http://www.dors.it>

Secondo il Decreto del 17 Gennaio 1997 il numero 69, il Ministero della Sanità⁸³ identifica nell'Assistente Sanitario (A.S) l'operatore sanitario che si rivolge alla persona, alla famiglia e alla collettività per contribuire alla diffusione di una cultura basata sulla prevenzione, allo sviluppo della promozione della salute e al successo delle relative strategie⁸⁴.

Nel contesto di un intervento che prevede il coinvolgimento di una comunità (intesa anche come gruppo di lavoratori), la figura dell'A.S. aiuta i partecipanti ad esprimere e indirizzare i bisogni sanitari, come scritto all'interno del suo profilo professionale: *“Identifica i bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali, individua i fattori biologici e sociali di rischio ed è responsabile dell'attuazione, della soluzione e degli interventi”*⁸⁵. Le sue competenze acquisite, gli permettono anche di “progettare, programmare, attuare e valutare interventi di educazione alla salute in tutte le fasi della vita di una persona”. Il lavoro dell'A.S. all'interno di un contesto ampio e diversificato, come un luogo di lavoro, è un lavoro di equipe, in cui più professionalità collaborano insieme nella pianificazione, progettazione, valutazione e rendicontazione, specificato anche nel profilo al quale fa riferimento *“Agisce sia individualmente per quanto di sua competenza, sia in collaborazione con altri operatori sanitari, sociali, scolastici”*⁸⁶ (...).

⁸³ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1997:69;>

⁸⁴ https://www.sidas-assistenzasanitaria.it/assistente_sanitario/

⁸⁵ <https://www.asnas.it/index.php/professione/profilo-professionale>

⁸⁶ <https://www.asnas.it/index.php/professione/profilo-professionale>

CAPITOLO 6 - CONCLUSIONE

In concomitanza al periodo pandemico, si è registrata una evoluzione degli stili di vita.

A fronte di ciò è auspicabile che la società, insieme di enti, istituzioni e persone, si orienti sempre di più sulla prevenzione di queste patologie per diventare promotrice di uno stile di vita sano. Per i temi appena discussi, si propone l'estensione dello studio a livello aziendale con lo scopo di ottenere una rappresentazione significativa del panorama colpito dalla pandemia. L'applicazione di iniziative come le Buone Pratiche proposte citate al capitolo precedente, non risulterebbero efficaci se l'intera comunità non partecipa attivamente al processo di cambiamento, riconoscendo in esse una risorsa. La popolazione coinvolta deve essere protagonista del proprio essere, delle proprie potenzialità, e solo in tal modo si riuscirà a ridurre la frattura tra percezione del rischio e la vera applicazione delle corrette misure per contrastarlo e fare in modo che non rappresenti un danno per la salute.

Come riportato da un articolo presente in letteratura⁸⁷, date le circostanze pandemiche, nell'assistenza sanitaria contemporanea è fondamentale che il personale sia supportato e che i datori di lavoro mettano in atto adeguate procedure per offrire aiuto qualora i dipendenti ne abbiano bisogno. Con l'obiettivo principale di creare un Sistema Sanitario Nazionale in cui il personale, oltre a garantire servizi sanitari all'utenza, sia esso stesso promotore di salute e stili di vita sani⁸⁸.

Se tutto ciò venisse applicato nelle diverse realtà sanitarie, attuando un intervento con il coinvolgimento dei lavoratori, verrebbero rispettate le raccomandazioni dell'OMS, il quale sollecita la sanità pubblica alla realizzazione di interventi di prevenzione sugli stili di vita sani.

⁸⁷ Glasper A. Strategies to promote the emotional health of nurses and other NHS staff. *Br J Nurs*. 2020 Feb 27;29(4):248-249. doi: 10.12968/bjon.2020.29.4.248. PMID: 32105533.

⁸⁸ Glasper A. Improving support systems to safeguard the mental health of NHS nurses. *Br J Nurs*. 2019 Mar 28;28(6):398-399. doi: 10.12968/bjon.2019.28.6.398. PMID: 30925255

BIBLIOGRAFIA:

- Estratto di Microbiologia medica III edizione 2017- CEA. I Coronaviridae https://online.universita.zanichelli.it/antonellimicro-3ed/files/2020/03/Antonelli_Coronavir_18-03-2020.pdf consultato in data 17/08
- Infodemia: nuova sfida per la sanità pubblica <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867421012861> Sylvie C. Briand, Matteo Cinelli, Tim Nguyen, Rosamund Lewis, Dimitri Prybylski, Carlo M. Valensise, Vittoria Colizza, Alberto Eugenio Tozzi, Nicola Perra, Andrea Baronchelli, Michele Tizzoni, Fabiana Zollo, Antonio Scala, Tina Purnat, Christine Czerniak, Adam J. Kucharski, Akhona Tshangela, Lei Zhou, Walter Quattrocioni, Infodemics: A new challenge for public health, Pages 6010-6014, ISSN 0092-8674
- Interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa https://www.dors.it/documentazione/testo/201509/Ottawa_1986_ita.pdf consultato in data 28/08
- Atlante concettuale della salutogenesi <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=1314> consultato in data 29/08
- Salutogenesi https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf consultato in data 01/09
- Carta di Bangkok https://www.dors.it/alleg/0204/Carta_Bangkok_2005_ita.pdf consultato in data 29/08
- I determinanti di salute Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica S. Barbuti, G.M. Fara, G. Giammanco. Capitolo 10 pagina 128,129
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3605>
- Determinanti di salute: Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021 Oct;199:20-24. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34534885
- Igiene e sanità pubblica. I fondamentali della prevenzione di F. Auxilia, M. Pontello. Piccin- Nuova Libreria edizione 2011 Pagina 127-128-129 consultato in data 25/08
- Promozione alla salute nei luoghi di lavoro Lombardia <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3533> consultato in data 03/09

- Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica S. Barbuti, G.M. Fara, G. Giammanco. Capitolo 10 pagina 130,131,132 consultato in data 17/09
- Corbetta P.; Metodologia e tecniche della ricerca sociale; Il Mulino; Bologna, 2014. Consultato in data 26/09
- Attività moderata raccomandata adulti https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf consultato in data 11/10
- Strategie per creare ambienti favorevoli alla salute: Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica S. Barbuti, G.M. Fara, G. Giammanco. Capitolo 10 pagina 134-135. Consultato in data 17/10
- Coronavirus e promozione alla salute <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3605> consultato in data 27/08
- Luoghi di lavoro e promozione della salute TECHNICAL ASSESSMENT SIMLII: Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro. Nuova Editrice Berti 2011
- Malattie croniche e stili di vita sani <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3533> consultato in data 03/09
- Impatto della pandemia: Vu DN, Phan DT, Nguyen HC, Le LTH, Nguyen HC, Ha TH, Dao HK, Trinh MV, Do TV, Nguyen HQ, Nguyen TTP, Le TT, Tran CQ, Tran KV, Duong TT, Pham HX, Le VT, Van Duong T. Impacts of Digital Healthy Diet Literacy and Healthy Eating Behavior on Fear of COVID-19, Changes in Mental Health, and Health-Related Quality of Life among Front-Line Health Care Workers. *Nutrients*. 2021 Jul 30;13(8):2656. doi: 10.3390/nu13082656. PMID: 34444814; PMCID: PMC8398620
- Abitudini alimentari infermiere operanti in Libano: Nurses' eating habits in Lebanon during the economic and health crises: a cross-sectional study. PMID: 35031067. PMCID: PMC8758992 DOI: 10.1186/s13690-021-00775-1
- Cambiamento stili di vita e salute mentale durante la pandemia da Covid-19: Cervera-Martínez J, Atienza-Carbonell B, Mota JC, Bobes-Bascarán T, Crespo-Facorro B, Esteban C, García-Portilla MP, Gomes-da-Costa S, González-Pinto A, Jaén-Moreno MJ, Sarramea F, Vieta E, Zorrilla I, Tabarés-Seisdedos R, Kapczinski F, De Boni RB, Balanzá-Martínez V. Lifestyle changes and mental health during the COVID-19 pandemic: A repeated, cross-sectional web survey. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:173-

182. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.020. Epub 2021 Aug 24. PMID: 34469856; PMCID: PMC8418875

- Ministero della Salute: Informativa sull'attività fisica https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf consultato in data 09/10
- Effetti della pandemia sugli stili di vita in Svezia 2020: Blom V, Lönn A, Ekblom B, Kallings LV, Väisänen D, Hemmingsson E, Andersson G, Wallin P, Stenling A, Ekblom Ö, Lindwall M, Salier Eriksson J, Holmlund T, Ekblom-Bak E. Lifestyle Habits and Mental Health in Light of the Two COVID-19 Pandemic Waves in Sweden, 2020. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 23;18(6):3313. doi: 10.3390/ijerph18063313. PMID: 33806951; PMCID: PMC8005136
- Webinar OMS: impatto della pandemia sulla salute mentale di bambini, adulti e anziani <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3585> consultato in data 16/10
- Impatto sulla salute mentale infermieri: Hickling MT, Barnett SD. Psychological impact of COVID-19 on nursing personnel: A regional online survey. J Adv Nurs. 2022 Jun 30. doi: 10.1111/jan.15339. Epub ahead of print. PMID: 35774030
- Studio trasversale impatto della pandemia sulle relazioni sociali e il benessere degli operatori sanitari <https://www.sidas-assistenzasanitaria.it/2022/06/14/limpatto-della-pandemia-da-covid-19-studio-cross-sectional-sulle-relazioni-sociali-e-lo-stato-dibenessere-degli-operatori-sanitari/>
- Articolo paragone periodo attuale e i tempi di Bernardino Ramazzini: Franco G. Bernardino Ramazzini's De Morbis Artificum Diatriba on Workers' Health-the Birth of a New Discipline. J UOEH. 2021;43(3):341-348. doi: 10.7888/juoeh.43.341. PMID: 34483193
- Progetto “Promuovere chi previene” <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=548> consultato in data 18/10
- Strategie per creare luoghi che promuovono salute: Igiene Medicina Preventiva Sanità Pubblica S. Barbuti, G.M. Fara, G. Giammanco. Capitolo 10 pagina 134-135 consultato in data 18/10

- Interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa
https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf consultato in data 21/08
- Piano Regionale della Prevenzione
https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/Veneto/DGR_1858_2021_Allegato_A_veneto.pdf consultato in data 27/08
- Gasper A. Improving support systems to safeguard the mental health of NHS nurses. Br J Nurs. 2019 Mar 28;28(6):398-399. doi: 10.12968/bjon.2019.28.6.398. PMID: 30925255
- Gasper A. Strategies to promote the emotional health of nurses and other NHS staff. Br J Nurs. 2020 Feb 27;29(4):248-249. doi: 10.12968/bjon.2020.29.4.248. PMID: 32105533

SITOGRAFIA:

- Pandemia da Sars Cov-2 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2> consultato in data 08/08
- Popolazione residente comune di Codogno <https://www.tuttitalia.it/lombardia/20-codogno/> consultato in data 16/08
- Popolazione residente comune di Vò Euganeo <https://www.tuttitalia.it/veneto/42-vo/> consultato in data 16/08
- Storia della pandemia da Covid-19 <https://www.wired.it/scienza/medicina/2021/02/21/coronavirus-primo-caso-italia-codogno/> consultato in data 16/08
- Modalità di trasmissione Covid-19 <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/> consultato in data 17/08
- Archivio registro mortalità da Covid-19 <https://www.epicentro.iss.it/mortalita/2020> consultato in data 17/08
- Territorio dell'ULSS 5 Polesana <https://www.aulss5.veneto.it/Azienda> consultato in data 17/08
- Speranza di vita alla nascita nazionale, regionale e provinciale <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283#> consultato in data 20/08
- Malattie cronico degenerative <https://www.epicentro.iss.it/croniche/> consultato in data 20/08
- Definizione salute 1948 <https://www.salute.gov.it/> consultato in data 20/08
- Articolo 32 della Costituzione Italiana <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge.> consultato in data 20/08
- Aaron Antonovsky <http://cespes.unipg.it/> consultato in data 20/08
- Promozione della salute <https://www.dors.it/> consultato in data 03/09
- Epicentro ISS, Sorveglianza passi 2012-2015. www.epicentro.iss.it/passi/ consultato in data 24/08
- Programmi di prevenzione <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/aspetti-fondamentali/prevenzione/mezzi-di-prevenzione> consultato in data 26/08

- Macro-obiettivi Piano Nazionale Prevenzione
<https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/menuContenutoPrevenzione.jsp?lingua=italiano&area=prevenzione&menu=obiettivi2020> consultato in data 26/08
- Approvazione Piano Nazionale Prevenzione <https://www.salute.gov.it/> consultato in data 26/08
- Testo Unico Salute e Sicurezza Luoghi di Lavoro <https://tussl.it/titolo-i-principi-comuni/capo-iii-gestione-della-prevenzione-nei-luoghi-di-lavoro/sezione-i-misure-di-tutela-e-obblighi/art-25> consultato in data 28/08
- NICE 2006 www.nice.org consultato in data 29/08
- Decreto Legislativo 19 settembre numero 626
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/11/12/094G0610/sg> consultato in data 01/09
- Popolazione attiva residente in Veneto anno 2020 <https://www.istat.it/it/uffici-territoriali/veneto> consultato in data 01/09
- Decreto Legislativo 81/2008
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/04/30/008G0104/sg> consultato in data 01/09
- Definizione cultura <https://www.sapere.it/enciclopedia/> consultato in data 03/09
- Promozione alla salute nei luoghi di lavoro Bergamo <https://retewhpbergamo.org/whp/> consultato in data 05/09
- Task Force on Community Preventive Service www.thecommunityguide.org consultato in data 07/09
- Buone pratiche <http://buonepratiche.agenas.it/> consultato in data 04/09
- Programmi di promozione alla salute <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/> consultato in data 04/09
- Rete Promozione alla salute Bergamo <https://www.retepromozionesalute.it/> consultato in data 10/09
- Dichiarazione stato di emergenza da parte dell'OMS
<https://www.agenziacoesione.gov.it/covid19-atti-emergenza-epidemiologica/> consultato in data 17/09
- IUPHE <https://www.iuhpe.org/> consultato in data 01/10
- Superamento visione negativa della salute
<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali>

- [zionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D.](#) consultato in data 17/09
- Definizione rischio cumulativo negli ambienti di lavoro <https://www.puntosicuro.it/sanita-servizi-sociali-C-12/rischio-chimico-ci-sono-metodi-di-valutazione-del-rischio-cumulativo-AR-19775/> consultato in data 17/09
 - Dipartimento di Prevenzione
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=099G0301&art.idArticolo=7&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1999-07-16&art.progressivo=0 consultato in data 03/10
 - Bernardino Ramazzini <https://ilbolive.unipd.it/it/news/medicina-padova-nei-secoli-bernardino-ramazzini> consultato in data 03/10
 - Definizioni e indicatori attività fisica
<https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/attivita%20fisica> consultato in data 04/10
 - Definizione Body Mass Index <https://www.epicentro.iss.it/obesita/> consultato in data 05/10
 - Definizione alimentazione sana, congrua ed equilibrata
<https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/alimentazione/> consultato in data 10/10
 - Sedentarietà associata allo sviluppo di malattie <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/attivita-fisica/sedentarieta-e-cancro> consultato in data 11/10
 - Rischi lavoro sedentario, problema emergente <https://medicolavoro.org/rischio-lavoro-sedentario-soluzioni/> consultato in data 11/10
 - Affermazione OMS sedentarietà https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/linee-guida-oms-2020 consultato in data 11/10
 - Statistiche obesità Italia per fasce d'età
<https://www.epicentro.iss.it/obesita/epidemiologia-italia#:~:text=Statistiche%20correnti&text=La%20percentuale%20di%20popolazione%20in,le%20stesse%20fasce%20di%20et%C3%A0>. Consultato in data 15/10

- Statistiche PASSI sovrappeso regione Veneto
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> consultato in data 16/10
- Piramide alimentare <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/piramide-alimentare> consultato in data 17/10
- Alimentazione come fattore protettivo <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/alimentazione/> consultato in data 17/10
- Salute mentale e impatto pandemia [Salute globale Archivi | SaluteInternazionale](#) consultato in data 16/10
- Iniziative per operatori sanitari, promozione della salute [Dors | Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte](#) consultato in data 17/10
- Società Italiana Di Assistenza Sanitaria <https://www.sidas-assistenzasanitaria.it/> consultato in data 17/10
- Decreto n.69 1997 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1997;69;> consultato in data 07/10
- Assistente Sanitario https://www.sidas-assistenzasanitaria.it/assistente_sanitario/ consultato in data 07/10
- Importanza dell'attività fisica <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/attivita-fisica/sedentarieta-e-cancro> consultato in data 08/10
- Rischio del lavoro sedentario <https://medicolavoro.org/rischio-lavoro-sedentario-soluzioni/> consultato in data 08/10
- OMS importanza attività fisica https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/linee-guida-oms-2020 consultato in data 09/10
- Indicatori attività fisica <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/attivita%20fisica> consultato in data 10/10
- Dati fumatori Italia e Regione Veneto <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo> consultato in data 15/10
- Portale dati fumo <https://www.salute.gov.it/portale/fumo> consultato in data 15/10
- Incidenza tumori ULSS 5
https://gecoopendata.registrotumoriveneto.it/incidenza_asl.php?asl=5 consultato in data 15/10

- Profilo professionale Assistente Sanitario
<https://www.asnas.it/index.php/professione/profilo-professionale> consultato in data 08/10
- Tasso di attività regione Veneto <https://www.istat.it/it/uffici-territoriali/veneto> consultato in data 17/10
- WHP <https://www.iresfvg.org/corso/programma-whp-per-creare-luogo-di-lavoro-che-promuove-salute/> consultato in data 19/10
- WHP Europa <http://www.enwhp.org> consultato in data 19/10
- Progetto WHP <https://www.epicentro.iss.it/lavoro/WorkplaceHealthPromotion2014> consultato in data 19/10
- Buone pratiche <https://buonepratiche.agenas.it/> consultato in data 20/10

ICONOGRAFIA:

| | |
|---|----|
| Figura 1: I determinanti di salute. Dahlgren and Whitehead,1993 | 14 |
| Figura 2: Piramide alimentare | 71 |

ELENCO TABELLE:

| | |
|--|----|
| Tabella 1: Riferimenti dei tre periodi temporali contenuti nel questionario. | 30 |
| Tabella 2: Presentazione delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione in studio. | 36 |
| Tabella 3: Modifica del consumo di diverse categorie di alimenti nel primo anno di pandemia da Covid e attuale, rispetto al periodo pre-pandemico (la tabella riporta i valori percentuali). | 45 |
| Tabella 4: Caratteristiche della popolazione sulla tematica del fumo | 56 |
| Tabella 5: Stati d'animo percepiti durante il periodo Covid | 59 |

ELENCO GRAFICI:

| | |
|--|----|
| Grafico 1: Percentuale del valore attribuito all'importanza dell'alimentazione in ottica di salute a confronto con le fasce d'età. | 37 |
| Grafico 2: BMI suddiviso per fasce d'età. | 38 |
| Grafico 3: Variazione del peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per servizio di appartenenza. | 39 |
| Grafico 4: Variazione del peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per fascia d'età. | 39 |
| Grafico 5: Variazione peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per stato civile | 40 |
| Grafico 6: Variazione peso corporeo rispetto al periodo pre-pandemico, per profilo professionale | 41 |
| Grafico 7: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per il servizio di appartenenza | 42 |
| Grafico 8: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per profilo professionale | 42 |
| Grafico 9: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per stato civile | 43 |
| Grafico 10: Considerazione del cambiamento delle abitudini alimentari, per fascia d'età | 44 |
| Grafico 11: Valore attribuito all'importanza dell'attività fisica in ottica di salute, confronto con le fasce d'età | 46 |
| Grafico 12: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per fascia d'età | 47 |

| | |
|---|----|
| Grafico 13: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per genere | 47 |
| Grafico 14: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per Servizio di appartenenza. | 48 |
| Grafico 15: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per profilo professionale | 48 |
| Grafico 16: Autopercezione di ritenersi attivo fisicamente, per stato civile. | 49 |
| Grafico 17: Pratica di attività fisica intensa, moderate e di cammino nell'arco di una settimana durante il periodo Covid | 49 |
| Grafico 18: Pratica di attività fisica intensa nell'arco di una settimana durante il periodo Covid, per fasce d'età. | 50 |
| Grafico 19: Pratica di attività fisica intensa nell'arco di una settimana durante il periodo Covid, per Servizio di appartenenza. | 51 |
| Grafico 20: Pratica di attività fisica moderata, nell'arco di una settimana durante il periodo Covid, per fasce d'età. | 51 |
| Grafico 21: Attività fisica moderata, per Servizio di appartenenza. | 52 |
| Grafico 22: Attività di cammino nell'arco di una settimana nel periodo Covid, per fasce di età | 52 |
| Grafico 23: Attività di cammino nell'arco di una settimana nel periodo Covid, per Servizio di appartenenza | 53 |
| Grafico 24: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per profilo professionale | 54 |
| Grafico 25: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per Servizio di appartenenza. | 54 |
| Grafico 26: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per fascia d'età | 55 |
| Grafico 27: Autopercezione dell'attività fisica condotta attualmente rispetto al periodo Covid, per stato civile | 56 |
| Grafico 28: Percezione del rischio del fumo di sigaretta, per fasce d'età | 57 |
| Grafico 29: Percentuali valori di aumento o diminuzione del consumo di sigarette differenziati per maschi e femmine | 58 |
| Grafico 30: Stato d'animo "Rabbia ed irritabilità", per fascia d'età. | 59 |
| Grafico 31: Stato d'animo "Cambi d'umore", per genere. | 60 |
| Grafico 32: Giudizio sul proprio stato di salute nei tre periodi di riferimento. | 61 |

| | |
|---|----|
| Grafico 33: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo pre- Covid, per Servizio di appartenenza. | 61 |
| Grafico 34: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo pre- Covid, per fascia d'età. | 62 |
| Grafico 35: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo pandemico, per Servizio di appartenenza | 62 |
| Grafico 36: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo Covid nelle diverse fasce d'età. | 63 |
| Grafico 37: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo Covid, per Servizio di appartenenza. | 64 |
| Grafico 38: Giudizio sul proprio stato di salute nel periodo attuale, per fascia d'età. | 64 |
| Grafico 39: Importanza attribuita alle iniziative proposte dall'ULSS 5 Polesana. | 65 |
| Grafico 40: Preferenze su temi da approfondire attraverso iniziative proposte all'interno dell'ULSS 5 Polesana. | 66 |

ALLEGATO 1:

| | | |
|---|---|---|
| ARGOMENTO DI TESI | IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULLE ABITUDINI E COMPORTAMENTI GIORNALIERI DEI DIPENDENTI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELL'ULSS 5 POLESANA | |
| TIPOLOGIA DI TESI | Teorico-pratica | |
| FRAMEWORK E PROBLEMA | <p>Gli ultimi due anni sono stati caratterizzati dalla presenza di una pandemia che ha condizionato per molti aspetti la vita di ogni persona. Risulta interessante studiare e conoscere gli effetti che il periodo ha avuto sugli stili di vita e abitudini dei lavoratori del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Ulss 5 Polesana, la cui attività lavorativa ordinaria è stata modificata pesantemente dalle risposte messe in campo per contrastare la pandemia da COVID-19. Inizialmente è stata organizzata l'attività di <i>contact tracing</i>, cioè il tracciamento della popolazione positiva al virus e il controllo del rispetto dell'isolamento. Successivamente, nell'anno 2021, con l'arrivo della vaccinazione si è dovuto far fronte ad un ulteriore carico di lavoro determinato dall'apertura di centri di vaccinazione di massa per la distribuzione del vaccino su tutto il territorio. Infine, arrivando al periodo attuale, i dipendenti del Dipartimento di Prevenzione sono chiamati al recupero dell'attività lasciata in sospeso o in arretrato a causa dell'emergenza. A questo si aggiunge il fatto che il personale dipendente è stato a sua volta oggetto dell'infezione.</p> <p>Il setting del lavoro rappresenta un contesto privilegiato per la promozione della salute, come indicato anche nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (PRP) negli ambienti di lavoro risulta necessario intervenire attraverso la creazione di ambienti che promuovono salute, rafforzando il counselling da parte dell'operatore e creando dei percorsi per la presa in carico per il contrasto delle fragilità allo scopo di diminuire l'insorgenza di malattie croniche. All'interno del PRP, alla voce Programmi Predefiniti in Luoghi di lavoro che promuovono salute si evidenzia che <i>"la prevenzione e promozione di stili di vita sani sono l'arma più valida per combattere le malattie croniche"</i>. Si rende necessario quindi comprendere come un luogo di lavoro possa intervenire per educare i propri dipendenti ad uno stile di vita sano.</p> <p>Nel 2018 l'Azienda Ulss 5 Polesana vantava 3000 dipendenti, mentre allo stato attuale (dato aggiornato al 30/06/2022), si contano 3264 dipendenti, di cui 138 dipendenti sono inseriti nel Dipartimento di Prevenzione.</p> | |
| QUESITI DI TESI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ci sono differenze di comportamenti, abitudini, stili di vita del personale del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana in periodo pre e post COVID-19? 2. Come il campione percepisce e auto valuta il proprio benessere psicofisico e le risorse personali in risposta all'evento stressogeno determinato dal COVID-19? 3. Quali sono le evidenze scientifiche relative all'impatto della pandemia sugli stili di vita nei lavoratori della sanità? 4. Quali sono possibili strategie efficaci per migliorare la salute dei dipendenti del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana? | |
| OBIETTIVI DI TESI | <p>OBIETTIVO GENERALE: Rilevare l'impatto che ha avuto la pandemia da COVID-19 sulla salute dei Dipendenti del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana, in particolare sugli stili di vita e abitudini giornaliere.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confrontare comportamenti, abitudini, stili di vita del campione in oggetto in periodo pre e post COVID-19 2. Evidenziare la percezione e l'auto valutazione degli stati d'animo e risorse personali per far fronte all'evento stressogeno della pandemia da COVID-19 3. Rilevare progetti e iniziative attivati a supporto del personale dall'ULSS durante la pandemia. 4. Individuare le competenze dell'Assistente Sanitario in merito alla promozione di stili di vita sani. 5. Individuare le aree di intervento per la promozione e educazione alla salute. | |
| MATERIALI E METODI | CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO | Dipendenti del Dipartimento di Prevenzione di Rovigo del Distretto 1, comprendente Rovigo e Trecenta e del Distretto 2 di Adria, di tutte le professionalità, di entrambi i generi, di tutte le nazionalità e fasce età. |
| | STRUMENTI | <ul style="list-style-type: none"> • Questionario auto redatto con supervisione dei docenti e operatori, somministrato in cartaceo con eventuale supporto WhatsApp. • Eventuali dati per confronto, raccolti da operatori sanitari che lavorano in reparti ospedalieri. |
| | DURATA | Da luglio a ottobre 2022 |
| METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI | I dati verranno raccolti attraverso l'utilizzo di questionario cartaceo e trattati in formato Excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni complessive e per sottogruppi del campione. | |
| UU.OO. COINVOLTE | Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 5 Polesana comprendente Distretto 1 e Distretto 2: <ul style="list-style-type: none"> • UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione. • UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione. • UOC Servizio per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro del Dipartimento di Prevenzione. • UOC Servizio Veterinario e Sanità Animale del Dipartimento di Prevenzione | |

ALLEGATO 2:



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Gentile lavoratore, sono una studentessa del corso di laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova. Per la tesi di laurea sto conducendo una ricerca sull'impatto che ha avuto la pandemia da COVID-19 sugli stili di vita e sui comportamenti giornalieri tra i dipendenti del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

A questo scopo, Le chiedo cortesemente di compilare un breve questionario.

I quesiti sono posti esclusivamente a scopo di conoscenza scientifica. Non esistono risposte giuste o sbagliate.

I dati saranno raccolti in **forma anonima** e garantiscono il rispetto della privacy e la riservatezza delle informazioni secondo il D.Lgs 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” integrato con le modifiche del D.Lgs 10 agosto 2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

I dati, inoltre, saranno utilizzati in forma aggregata; pertanto, non sarà in alcun modo possibile poterLa identificare. Al termine dello studio, i risultati della ricerca saranno messi a disposizione di tutti coloro che hanno partecipato.

Se desidera avere maggiori informazioni può contattarmi tramite e-mail al seguente indirizzo: laura.tegani@studenti.unipd.it

Il questionario richiede pochi minuti. La ringrazio anticipatamente per la collaborazione.

Laura Tegani

QUESTIONARIO CONOSCITIVO SUGLI STILI DI VITA

SEZIONE A: DATI SOCIO DEMOGRAFICI

A01: Indichi in quale Unità Operativa Complessa (UOC) lavora:

1. UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione.
2. UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione.
3. UOC Servizio per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro del Dipartimento di Prevenzione.
4. UOC Servizio Veterinario e Sanità Animale del Dipartimento di Prevenzione
5. Altro(specificare)_____

A02. Indichi qual è il suo profilo professionale:

1. Medico
2. Medico Veterinario
3. Assistente Sanitario
4. Tecnico della Prevenzione
5. Altro
(specificare)_____

A03. Anno di nascita: _____

A04. Genere:

- a. Maschio
- b. Femmina

A05. Nazionalità:

1. Italiana
2. Altro (specificare) _____

A06. Titolo di studio:

1. Licenza di scuola media inferiore
2. Diploma di scuola media superiore
3. Laurea/diploma universitario
4. Dottorato di ricerca

A07: Stato civile:

1. Celibe/Nubile
2. Coniugato/a
3. Divorziato/a
4. Vedovo/a

A08. Indichi da quante persone è composto il suo nucleo familiare:

1. Vive da solo
2. Da 2 a 3 persone
3. Da 3 a 4 persone
4. Da 5 persone o più

SEZIONE B: ABITUDINI ALIMENTARI

Per rispondere alle domande successive si faccia riferimento a tre periodi di tempo distinti in:

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Periodo PRE Covid | 6 mesi prima di marzo 2020 |
| Periodo Covid | Da marzo 2020 a dicembre 2021 |
| Periodo attuale | Da gennaio 2022 ad oggi |

B01. Quanto ritiene importante l'alimentazione per la Sua salute?

Per niente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Molto*

B02. Il Suo peso corporeo attuale, rispetto al periodo PRE-Covid:

1. È diminuito
2. È aumentato
3. È rimasto uguale

B03: Indichi il Suo peso in kg: _____

B04 Indichi la Sua altezza in cm: _____

B05. Le Sue abitudini alimentari attuali rispetto al periodo PRE Covid, ritiene siano:

1. Più sane
2. Meno sane
3. Non sono cambiate

B06. Indichi come è cambiato il consumo dei seguenti alimenti nel periodo Covid e attualmente, rispetto al periodo PRE Covid

Riporti i seguenti simboli nelle diverse caselle.

| Simbolo | Significato |
|----------------|----------------------------------|
| + | Se il consumo è aumentato |
| = | il consumo è invariato |
| - | il consumo è diminuito |

| | Periodo COVID-19 | Adesso |
|--|------------------|--------|
| Frutta fresca | | |
| Ortaggi e verdura (incluse zuppe e passati di verdure) | | |
| Patate | | |
| Carni fresche | | |
| Carni trasformate <i>Es: prosciutto, salame</i> | | |
| Pesce o altri prodotti della pesca | | |
| Latticini <i>Es. latte, yogurt, formaggi</i> | | |
| Uova | | |
| Legumi <i>Es: fagioli, lenticchie, ceci</i> | | |
| Snack salati <i>Es. patatine, pop-corn</i> | | |
| Dolci <i>Es. torte, merendine confezionate, gelato, marmellata</i> | | |
| Bibite confezionate zuccherate <i>Es. tè, aranciata, succhi di frutta</i> | | |
| Cereali e derivati <i>Es. pasta, riso, pane, pizza, farro</i> | | |

SEZIONE C: ATTIVITA' FISICA

C01. Quanto ritiene importante l'attività fisica per la Sua salute?

Per niente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Molto*

C02. Attualmente, si ritiene un soggetto attivo fisicamente?

1. Molto
2. Abbastanza
3. Poco
4. Per niente

C03. Durante il periodo Covid ha compiuto attività fisica:

| ATTIVITÀ FISICA | Mai | Una volta alla settimana | Due volte alla settimana | Tre volte alla settimana | Più di tre volte alla settimana |
|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Intensa Es: <i>correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica, sport agonistici</i> | | | | | |
| Moderata <i>Es: lavoro in casa, ginnastica dolce, giardinaggio</i> | | | | | |
| Cammino | | | | | |

C04. Attualmente, rispetto al periodo Covid, Si ritiene:

1. Più attivo fisicamente
2. Meno attivo fisicamente
3. Le abitudini rispetto all'attività fisica non sono state modificate

SEZIONE D: ABITUDINE AL FUMO

D01. Quanto considera rischiosa l'abitudine al fumo per la Sua salute?

Per niente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Molto*

D02. Rispetto alle affermazioni riportate di seguito, in quali si riconosce?

1. Non ho mai fumato (il provare a fumare non è da considerare)
2. Sono fumatore ma prossimamente proverò a smettere
3. Sono fumatore e ho già provato a smettere ma senza riuscirci
4. Sono fumatore ma non ho intenzione di smettere
5. Ero fumatore ma ho smesso

Se non ha mai fumato, passi direttamente alla Sezione E del questionari

SOLO PER I FUMATORI:

D03. Rispetto al periodo PRE Covid, attualmente, il numero di sigarette che fuma:

1. È diminuito
2. È aumentato
3. È rimasto uguale

SOLO PER CHI HA SMESSO DI FUMARE

D04. Come è riuscito a smettere di fumare?

1. Partecipando ad incontri o corsi che aiutano a smettere di fumare organizzati dalle Aziende Sanitarie
2. Partecipando a incontri o corsi organizzati da Enti o Associazioni diverse da Aziende Sanitarie
3. Assumendo farmaci o facendo uso di cerotti
4. Altri metodi o supporti. Es: *counselling* motivazionale, opuscoli... 5. Senza nessun ausilio o supporto

SEZIONE E: STATI D'ANIMO

E01. Quanto sono stati rilevanti i seguenti stati d'animo durante il periodo Covid?

| | Per niente | Poco | Abbastanza | Molto |
|--|------------|------|------------|-------|
| Noia | | | | |
| Cambi d'umore | | | | |
| Frustrazione | | | | |
| Senso di impotenza | | | | |
| Malinconia, tristezza | | | | |
| Senso di solitudine, isolamento | | | | |
| Rabbia, irritabilità | | | | |
| Iperattività | | | | |
| Tranquillità, serenità | | | | |
| Sensazione di realizzazione, di essere utile | | | | |

SEZIONE F: PERCEZIONE SULLA QUALITÀ DELLA VITA:

F01. Come definisce, in una scala da 1 a 10, il Suo stato di salute nel periodo PRE COVID?
Scadente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Eccellente*

F02. Come definisce, in una scala da 1 a 10 il Suo stato di salute nel periodo COVID?
Scadente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Eccellente*

F03. Come definisce, in una scala da 1 a 10 il Suo stato di salute nel periodo ATTUALE?
Scadente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Eccellente*

F04. Quanto considera importante la proposta di iniziative sulla tematica dello stato di salute e sugli stili di vita da parte dell'Azienda ULSS5?

1. Molto
2. Abbastanza
3. Poco
4. Per niente

F05. Prima della pandemia, ha mai partecipato a iniziative riguardanti la promozione della salute e dei corretti stili di vita, promosse dall'Azienda ULSS 5?

- a. Sì
- b. No

F06. Quale dei seguenti argomenti vorrebbe approfondire tramite iniziative promosse dalla Azienda ULSS 5?

1. Abitudini alimentari corrette
2. Attività fisica
3. Abitudine al fumo/corsi per smettere di fumare
4. Stati d'animo e benessere psicologico
5. Nessuno
6. Altro
(specificare) _____

F07. Se l'Azienda ULSS 5 si attivasse con programmi di promozione alla salute e corretti stili di vita, sarebbe interessato a partecipare?

1. SÌ
2. NO

Se no, per quale motivo?

- a. Preferisco aderire ad iniziative organizzate da altri Enti
- b. Non ho tempo
- c. Non sono interessato
- d. Altro, specificare _____

F08. Esprima liberamente eventuali riflessioni sulle tematiche trattate.

IL QUESTIONARIO É CONCLUSO, GRAZIE PER IL SUO CONTRIBUTO!

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare innanzitutto, il mio relatore il Professor Manuel Zorzi, per la sua disponibilità, l'attenzione e professionalità senza mai trascurare la gentilezza, dimostratami durante tutto il periodo di stesura della tesi. Lo ringrazio per aver accettato la proposta della mia tesi e di avermi dedicato il suo tempo. Ringrazio la Correlatrice per avermi offerto numerosi spunti e approfondimenti sulla tematica e per la pazienza e gentilezza nei miei confronti.

Ringrazio la Dottoressa Carmela Russo e la Dottoressa Valeria Nascimben, la cui presenza e preparazione è stata sempre di grande aiuto e supporto durante i tre anni accademici, dimostrandosi sempre disponibili ad incontri e confronti.

Ringrazio la mia famiglia, che con il loro sostegno, sia morale che economico, mi hanno permesso di arrivare fino a qui, contribuendo alla mia formazione personale. Li ringrazio per aver appoggiato la mia scelta e di averci creduto insieme a me.

Ringrazio Lorenzo, punto fermo nella mia vita ormai da molti anni. A lui vanno i miei più grandi ringraziamenti per esserci sempre stato, per avermi supportata e supportata in ogni situazione, aiutandomi ad affrontare le difficoltà incontrate durante il percorso. Ha sempre creduto in me, incoraggiandomi a dare sempre il meglio ad impegnarmi nelle cose in cui credo. Il suo punto di vista e la sua presenza sono stati, e saranno sempre, fondamentali.

Vorrei ringraziare anche chi ha vissuto questo percorso con me ogni giorno, agli amici che mi sono stati vicini anche da lontano e agli amici conosciuti durante il percorso universitario. In questi tre anni la loro presenza è stata fondamentale e li ringrazio di cuore uno per uno.

Infine, ringrazio gli Assistenti Sanitari che ho avuto l'occasione di incontrare e conoscere durante i percorsi di tirocinio, i quali mi hanno fatto un regalo prezioso: il loro tempo per la mia formazione. Sono stati tutti una guida, un esempio da seguire e un traguardo da raggiungere.

