



Profea



PASSI

2006

Progressi nelle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Rapporto Azienda per i Servizi Sanitari 1 "Triestina"

Aprile 2007

A cura di:

Riccardo Tominz, Daniela Germano, Silvia Cosmini (*Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina*)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Nancy Binkin, Alberto Perra (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Giuseppina De Lorenzo, Daniela Lombardi, Maria Miceli, Paolo Niutta, Pierluigi Piras, Mauro Ramigni, Gaia Scavia (*Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Ezio Beltrame (*Assessore alla Sanità*)

Giulio Rocco (*Direzione Centrale della Salute e Politiche Sociali*)

Linda Gallo (*Agenzia Regionale della Sanità*)

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei Comuni dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori coinvolti nell'organizzazione dell'inchiesta e nell'esecuzione delle interviste:

Campionamento

Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Intervistatori

Silvia Cosmini, Emanuela Occoni, Daniela Steinbock, Roberta Fedele, Marilena Geretto, Reana Ritossa, Bruna Skabar, Simon Crocco, Luisa Ripa, Barbara Ban (*Dipartimento di Prevenzione*)

Organizzazione interviste

Silvia Cosmini, Matteo Bovenzi (*Dipartimento di Prevenzione*)

Revisione e stesura finale del testo

Luigi Buri, *Responsabile Struttura Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AOTS*

Giuseppe Dell'Acqua, *Responsabile del DSM ASS 1*

Tiziana Del Pio Luogo, *Responsabile U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione DiP ASS1*

Daniela Gerin, *Responsabile dell' Ufficio Coordinamento Consulteri Familiari ASS 1*

Auro Gombacci, *Centro Regionale di Medicina dello Sport*

Giorgio Mustacchi, *Responsabile del Centro Sociale Oncologico ASS 1*

Valentino Patussi, *Responsabile U.O. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro DiP ASS1*

Claudio Pandullo, *Responsabile U.O. Centro Cardiovascolare ASS1*

Claudio Poropat, *Responsabile Centro per la prevenzione e la Cura del Tabagismo ASS1*

Salvatore Ticali, *Responsabile U.O. Dipendenza da Sostanze Legali ASS1*

Fulvio Zorzut, *Responsabile U. F. Profilassi e Vaccinazioni DiP ASS1*

Si ringraziano inoltre tutte le persone che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Riccardo Tominz 040 399 7484 – riccardo.tominz@ass1.sanita.fvg.it

U.F. Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione - via de'Ralli 3 – 34128 Trieste

Sintesi del rapporto

Descrizione del campione aziendale

Nella nostra Azienda è stato intervistato un campione casuale di 240 persone di 18-69 anni, selezionate dalla lista assistiti dell'ASS 1. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini con un'età media di 46 anni (47 per le donne e 45 per gli uomini). Il 54% ha un livello di istruzione alto ed il 68% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato che lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

Nell'ASS 1 il 67% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini e le persone con alto livello d'istruzione.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle classi di età più avanzate e nelle donne.

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica auspicabile alla popolazione: un *buon livello* è effettuato da chi fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; un *livello moderato* da chi fa almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti viene classificato nella categoria *livello scarso o assente*.

Nell'ASS 1 il 59% degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, ma il 28% riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Il 55% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 39% ha ricevuto un consiglio generico a svolgere attività fisica. Risulta, pertanto, importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (prevalentemente a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo e sui benefici dell'astensione e della disassuefazione.

La recente entrata in vigore della norma del divieto di fumo nei locali pubblici rappresenta, inoltre, un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo, importante causa documentata di morbosità.

Un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

Nell'ASS 1 i fumatori rappresentano il 31% degli intervistati, gli ex fumatori il 23% e i non fumatori (coloro che nella vita non hanno mai fumato o hanno fumato meno di 100 sigarette) il 47%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori nella classe 35-49 anni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più basso. Il 49% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Risulta, pertanto, opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 23% tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi, dichiara che il divieto sul luogo di lavoro non viene rispettato.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

L'eccesso alimentare e la dieta sbilanciata sono cause rilevanti di malattia e morte nei paesi industrializzati, rappresentando un importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari, ipertensione, alcuni tipi di neoplasia, obesità e diabete. È riconosciuta, invece, l'efficacia protettiva di frutta e verdura, di cui si raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni al giorno ("five a day").

Nell'ASS 1 la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (93%), anche se solo un'esigua parte (12%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

L'eccesso di peso, definito sulla base del valore del body mass index (BMI), aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete) fino alla morte prematura.

Nell'ASS 1 il 31% degli intervistati è in sovrappeso e il 9% è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati. Nella categoria degli obesi si constata una perfetta coincidenza (100%), che scende all'85% nel gruppo dei normopeso e al 56% nelle persone sovrappeso.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il 31% riferisce di effettuare una dieta e l'84% di praticare attività fisica regolare: appaiono, pertanto, opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

Consumo di alcol

L'alcol, insieme a fumo, attività fisica e alimentazione, sta assumendo un'importanza sempre maggiore in ambito preventivo a causa delle conseguenze che il suo uso eccessivo può avere in termini di mortalità, morbosità, ripercussioni sulle famiglie e la collettività. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, attraverso interventi rivolti principalmente alle persone a rischio (i forti consumatori, coloro che bevono fuori pasto ed i consumatori 'binge').

Nell'ASS 1 si stima che il 20% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Solo il 18% degli intervistati (esclusi gli astemi) riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità. Si stima che il 60% degli incidenti stradali sia conseguente a fattori umani, per cui una rilevante quota del rischio può essere ridotta da sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti e sulla velocità in auto.

Nell'ASS 1 il 100% degli intervistati utilizza sempre il casco e il 93% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (28%).

Il 20% degli intervistati non astemi dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 16% fra tutti gli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortunati domestici

Gli infortunati domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

Nell'ASS 1 il 15% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per l'83% di questi è stata sufficiente una medicazione in casa ma nel 17% dei casi si è fatto ricorso al pronto soccorso senza però necessità di ricovero. Nonostante la frequenza degli infortunati, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 51% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto informazione sugli infortunati domestici da parte di medici o altro personale sanitario è del 5%.

Sicurezza alimentare

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità. Limitatamente alle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezioni alimentari (circa l'80%), spesso accompagnati da gastro-enteriti, sono provocate da comportamenti inidonei presso gli stessi ambienti domestici, scarsamente studiati, che generalmente sfuggono alla valutazione del rischio o a sorveglianza.

Nell'ASS 1 il 64% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti (prevalentemente dolci al cucchiaio, carne e insaccati freschi, pesce e frutti di mare). Il 58% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Oltre il 79% degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette, il 92% la data di scadenza, mentre solamente il 52% la data di produzione, il 39% le modalità di conservazione e il 45% le istruzioni per l'uso. Il 21% degli intervistati ha avuto 1 o più episodi di diarrea nell'ultimo anno.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata alle persone sopra ai 65 anni, a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie e agli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari). In base ai registri vaccinali, nell'ASS 1, si registra una buona copertura (57% nel 2005-2006) nelle persone sopra i 65 anni. Il PASSI non fornisce tuttavia informazioni sugli ultrasessantenni.

Maggiori problemi emergono invece per quanto riguarda la copertura nelle persone sotto i 65 anni portatrici di patologie croniche: solo il 38% degli intervistati nella fascia 18-64 anni, con almeno una patologia cronica, dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza.

Ipertensione

L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare, molto diffuso nella popolazione e responsabile di cospicui costi sia in termini di salute, sia economici.

Nell'ASS 1 si stima che sia iperteso un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni (un terzo sopra i 50 anni); di questi il 68% riferisce di essere in trattamento con farmaci.

La percentuale di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è del 12%.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia costituisce uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare. L'eccesso di rischio aumenta in presenza di altri fattori di rischio come ipertensione, fumo e diabete.

Nell'ASS 1 il 13% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 32% dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (41% sopra ai 50 anni), di cui il 23% riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Punteggio di rischio cardiovascolare

Il punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice ed obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, in base al valore di questi sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Solo il 13% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non è ancora largamente utilizzato da parte dei medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. Lo screening, tramite esecuzione del Pap test, si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati; l'esecuzione del test è raccomandata nelle donne di 25-64 anni ogni tre anni.

Nell'ASS 1 il 92% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e il 76% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap test è stato la lettera ricevuta dell'ASS nel 44%, l'iniziativa personale nel 43% e il consiglio di un sanitario nel 12%.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne.

Nell'ASS 1 l'89% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 76% l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il motivo principale dell'esecuzione dell'ultima mammografia è stato l'iniziativa personale nel 50%, il consiglio di un operatore sanitario nel 28%, la lettera dell'ASS nel 20%.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo quello del polmone negli uomini e della mammella nelle donne. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci o gli esami endoscopici (colonscopia) da eseguirsi ogni due anni nelle persone di 50-69 anni.

Nell'ASS 1, come nel resto della Regione, i programmi di screening sono iniziati nel corso del 2005: per questo solo il 33% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: il 20% ha effettuato l'accertamento negli ultimi due anni come raccomandato.

Sintomi di depressione

L'OMS prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati. I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce che il 7% dei cittadini con età superiore ai 18 anni ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi.

Nell' ASS 1, il 16% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze. La quasi totalità di costoro hanno riferito anche impedimenti alla realizzazione delle normali attività negli ultimi 30 giorni. Fra tutti coloro che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, uno su quattro si è rivolto a un medico ed uno su cinque ha intrapreso un trattamento farmacologico.

Le **tabelle** nelle pagine seguenti sintetizzano i risultati principali.

Tabelle riassuntive dei risultati dello studio PASSI 2006 (dati in %)

Descrizione del campione aziendale	2005	2006
donne	54%	51%
età media (anni)	45	46
18-34	27%	24%
35-49	30%	30%
50-65	43%	46%
titolo di studio		
nessuno	1%	1%
elementare	2%	6%
media inferiore	38%	39%
media superiore	41%	36%
laurea	18%	18%
livello di istruzione*		
alto	60%	54%
stato civile		
coniugati/conviventi	62%	63%
celibi/nubili	29%	25%
separati/divorziati	7%	8%
vedovi/e	2%	4%
lavoro regolare**	66%	68%

* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

** campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	2005	2006
risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute, %	74%	67%
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3	4
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	5	6
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1	2

Attività fisica	2005	2006
livelli di attività fisica secondo linee guida [^]		
buono (<i>Statisticamente significativo</i>)	21%	59%
moderato (<i>Statisticamente significativo</i>)	66%	28%
scarso o assente	13%	13%
chi resta seduto molte ore ^{^^}		28%
consigli dei medici		
chiesto se fa attività fisica	42%	55%
consigliato di fare attività fisica	38%	39%
verificato andamento in altre visite	11%	19%

[^] **buono**: fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; **moderato**: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti **scarso o assente**

^{^^} 6 ore o più trascorse ogni giorno restando seduti

Abitudine al fumo	2005	2006
fumatori*	33%	31%
<u>uomini</u>	31%	33%
<u>donne</u>	34%	29%
ex fumatori**	25%	23%
non fumatori***	42%	47%
consigli dei medici:		
<u>chiesto se fuma</u>	41%	44%
<u>ai fumatori</u>	65%	63%
<u>consigliato di smettere di fumare</u>	61%	49%
come hanno smesso gli ex fumatori:		
<u>da solo</u>	98%	93%
<u>aiuto del medico</u>	1%	0%
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):		
<u>sempre</u>	67%	77%
<u>a volte/mai</u>	16%	23%

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi

** più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

*** meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	2005	2006
popolazione con eccesso ponderale		
<u>sovrappeso</u>	24%	31%
<u>obeso</u>	6%	9%
percezione del proprio peso		
obesi		
<u>troppo alto</u>		100%
<u>giusto</u>		0%
sovrappeso		
<u>troppo alto</u>		56%
<u>giusto</u>		43%
consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario		
obesi		77%
sovrappeso		42%
come viene trattato l'eccesso ponderale: *		
obesi		
<u>dieta</u>		46%
<u>svolgimento di attività fisica (livello ipaq "buono")</u>		53%
sovrappeso		
<u>dieta</u>		27%
<u>svolgimento di attività fisica (livello ipaq "buono")</u>		53%
principali modifiche nell'alimentazione		
<u>meno carboidrati</u>		23%
<u>meno grassi</u>		24%
<u>più frutta e verdura</u>		24%
<u>meno sale</u>		15%
<u>frutta e verdura almeno 1 volta al giorno</u>	91%	93%
<u>5 porzioni di frutta e verdura al giorno</u>	11%	12%

* nel 2005, globalmente, il 41% di obesi/sovrappeso seguiva una dieta ed il 30% praticava attività fisica.

Consumo di alcol	2005	2006
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	77%	70%
bevitori fuoripasto ^{◇◇ §}	24%	9%
bevitori binge ^{◇◇◇}	10%	12%
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	5%	4%
chiesto dal medico sul consumo	15%	18%

◇ una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

◇◇ in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana

◇◇◇ nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

◇◇◇◇ più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

§ differenza 2005 - 2006 statisticamente significativa

Sicurezza stradale	2005	2006
casco sempre*	99%	100%
cintura anteriore sempre	92%	93%
cintura posteriore sempre	29%	28%
guida in stato di ebbrezza**	15%	20%
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza***	21%	16%

* calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

** aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

*** nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

Infortuni domestici	2005	2006
persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno che assistenza sanitaria è stata necessaria:		15%
<i>solo medicazione in casa</i>		83%
<i>ricorso al pronto soccorso</i>		17%
<i>ricovero ospedaliero</i>		0%
percezione del rischio (basso o assente)		51%
quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni		28%

Sicurezza alimentare	2005	2006
quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni) [^]		19%
quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto ^{^^}		58%
quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati		79%
almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi		21%
rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)		24%

[^] consideriamo alto comportamento a rischio chi ha assunto 3 o più cibi crudi nell'ultimo anno

^{^^} a temperatura ambiente

Vaccinazione antinfluenzale	2005	2006
vaccinati 65-69 anni	64%	57%
vaccinati <65 anni	12%	15%
vaccinati <65 con almeno una patologia cronica §	19%	38%

§ differenza 2005 - 2006 statisticamente significativa

Ipertensione arteriosa	2005	2006
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	87%	88%
ipertesi*	22%	24%
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>riduzione consumo di sale §</i>	43%	82%
<i>trattamento farmacologico</i>	50%	67%
<i>riduzione/controllo del peso corporeo §</i>	19%	73%
<i>svolgimento di attività fisica regolare §</i>	29%	76%

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

§ differenza 2005 - 2006 statisticamente significativa

Colesterolemia	2005	2006
misurazione colesterolo almeno una volta	78%	87%
Ipercolesterolemici [^]	29%	32%
Consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:		
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	76%	80%
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	49%	71%
<i>riduzione/controllo del peso corporeo §</i>	36%	65%
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	53%	70%
<i>trattamento farmacologico</i>	18%	23%

[^] sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

§ differenza 2005 - 2006 statisticamente significativa

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	2005	2006
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	10%	13%

coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

Screening neoplasia del collo dell'utero[◇] (donne 25 - 64 anni)	2005	2006
ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni	88%	76%
eseguito almeno un Pap test nella vita	91%	92%
Viene consigliato il Pap test	84%	70%
motivo ultimo Pap test		
<i>lettera ASS</i>	42%	44%
<i>consiglio di un operatore sanitario</i>	19%	12%
<i>propria iniziativa</i>	39%	43%
costi Pap test		
<i>nessuno</i>		61%
<i>pagamento intero</i>		17%
<i>pagamento ticket</i>		22%

◇ eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni)[◇]	2005	2006
ultima mammografia eseguita da non più di due anni §	40%	76%
eseguita almeno una mammografia	65%	89%
viene consigliata mammografia	47%	62%
motivo ultima mammografia		
<i>lettera ASS</i>	11%	20%
<i>consiglio di un operatore sanitario</i>	41%	28%
<i>consiglio di amici/parenti</i>		2%
<i>di propria iniziativa</i>	48%	50%
costi mammografia		
<i>nessuno</i>		65%
<i>pagamento intero</i>		9%
<i>pagamento ticket</i>		26%

◇ eseguita a scopo preventivo

§ differenza statisticamente significativa

Screening neoplasia del colon retto (50 - 69 anni)[#]	2005	2006
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o endoscopia a scopo preventivo, almeno una volta §	13%	33%
eseguito negli ultimi due anni §	6%	20%

eseguita a scopo preventivo

§ differenza statisticamente significativa

Sintomi di depressione	2005	2006
2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi *,**		16%
figure di ricorso per due sintomi di depressione		
<i>nessuno</i>		55%
<i>familiari/amici</i>		3%
<i>medico di famiglia</i>		13%
<i>medico specialista</i>		11%
<i>altri operatori sanitari</i>		18%
assunzione farmaci		27%

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Introduzione

Nel 2005, l'OMS ha confermato che le patologie definite non trasmissibili (malattie cardio-vascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono attualmente responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza all'aumento a causa per esempio dell'epidemia di diabete, e consumano in media il 77% del budget per la salute dei paesi membri.

Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che queste patologie sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli "stili di vita", principalmente come alimentazione, fumo, consumo di alcol, attività fisica. Tutte le strategie a medio e lungo termine, come quella recentemente indicata dall'OMS, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente monitorare da una parte i fattori comportamentali di rischio e dall'altra la penetrazione delle attività di prevenzione all'interno della popolazione.

Questa consapevolezza è andata rafforzandosi anche nel nostro Paese e alla fine del 2004 il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie e le Regioni facenti parte della Commissione "Mattoni" per il Nuovo Sistema Sanitario hanno dato l'incarico al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS, ISS) di testare, in alcune ASS, metodi e procedure in vista di un'eventuale sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione che coinvolgesse tutte le regioni e le ASS italiane.

Una prima volta nel 2005, il CNESPS, con il suo gruppo PROFEA, ha progettato e realizzato il PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno studio trasversale che ha utilizzato un questionario standardizzato somministrato telefonicamente a un campione di popolazione di 18-69 anni rappresentativo delle ASS o regioni partecipanti. Tale studio ha misurato fattori di rischio comportamentali con strumenti già ampiamente usati e validati in altri Paesi (USA, Australia, Finlandia, studi DG SANCO in Europa) testando alcune modalità di campionamento e procedure di coinvolgimento dei gruppi di interesse. L'interesse destato da questa iniziativa nella realtà sanitaria italiana è testimoniato dalla partecipazione di 117 ASS che si sono aggiunte volontariamente (singolarmente o con la propria regione) alle 6 selezionate inizialmente per lo studio. Questo entusiasmo si può giustificare con l'interesse e l'utilità di poter disporre in prospettiva di una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. La stessa base di dati permetterebbe inoltre al livello regionale (e centrale) di confrontare le diverse realtà aziendali fra di loro e seguirne l'evoluzione nel tempo.

Dall'inizio del 2005 tuttavia non solo sono stati segnati dei progressi dal punto di vista tecnico-scientifico, ma contestualmente le strutture politiche e amministrative del Paese hanno gettato delle basi sempre più solide per la messa a regime di una sorveglianza di popolazione. I segni in tal senso sono inequivocabili: il nuovo Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) indica la sorveglianza PASSI come un obiettivo operativo da raggiungere per le regioni italiane e il CCM (del Ministero della Salute e delle Regioni) ha cominciato attraverso il CNESPS un progetto biennale di sperimentazione e sostegno alla messa a regime della sorveglianza di popolazione; la conferenza degli assessori alla sanità ha approvato la sperimentazione di tale sistema per i prossimi 2 anni (2007-2008).

Lo studio PASSI, nella sua versione 2006 ha modificato alcuni moduli (attività fisica, alimentazione) e aggiunto alcuni di nuovi (sicurezza domestica, sicurezza alimentare, sintomi di depressione).

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, infortuni domestici, sicurezza alimentare, sintomi di depressione, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Lo studio realizzato ha prodotto una vasta messe di dati che possono essere usati per una migliore comprensione dei problemi di salute e per una migliore definizione dei gruppi a rischio. In questo rapporto tuttavia sono documentati solo i risultati che sono più pertinenti a un'attività di sorveglianza. Per la valorizzazione degli altri risultati tuttavia il gruppo PROFEA del CNESPS ha messo a disposizione delle ASS partecipanti allo studio un software che permetterà un'analisi più approfondita e un più completo uso dei dati dello studio.

Il presente rapporto nasce dalla necessità di mettere a disposizione delle ASS, che hanno partecipato allo studio, degli strumenti semplici e utili per la comunicazione di alcuni indicatori semplici sui fattori comportamentali di rischio e sui progressi dei programmi di prevenzione delle malattie croniche.

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati.

2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività.

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano un livello di attività fisica buono o moderato;
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà (chi sta seduto più di 6 ore al giorno) ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la proporzione di persone beneficiarie di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari.

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari;
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- stimare la proporzione di popolazione che è convinta di avere consumi alimentari corretti;
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare la proporzione di persone che hanno modificato le proprie abitudini alimentari e quale sia il tipo di cambiamento;
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura).

6. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di consumatori di alcol, distinguendo consumatori modesti e forti;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol;
- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol.

7. Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

8. Infortuni domestici

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver subito infortuni in casa;
- stimare il numero di infortuni domestici e il tipo di intervento sanitario effettuato;
- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico e l'ambiente in cui è più facile subire un infortunio grave;
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

9. Sicurezza alimentare

- stimare la proporzione di persone che mangiano cibi crudi o poco cotti e che utilizzano modalità scorrette di scongelamento del cibo;
- stimare la frequenza della lettura delle etichette dei cibi acquistati;
- stimare la percentuale di persone che dichiara di aver avuto almeno un episodio di diarrea, la percentuale di quanti si sono rivolti ad un operatore sanitario e la prevalenza di persone a cui è stato prescritto l'esame delle feci.

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-69 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

11. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa e la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione.

12. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un Pap test a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia.

13. Sintomi di depressione

- stimare la percentuale della popolazione che riferisce di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività;
- stimare la percentuale della popolazione che ha fatto ricorso a qualche figura per aiuto;
- stimare la percentuale di persone che assumono farmaci e di quali principali tipi.

Metodi

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASS 1 (aggiornato al 31.12.2005). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASS e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASS 1. La dimensione del campione è stata di 200 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Sindaci di tutti i Comuni.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da Assistenti Sanitari del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza solo per la variabile principale.

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. È stata data la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente le finalità dello studio, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte.

Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 156.812 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASS 1 Triestina al 31/12/2005.

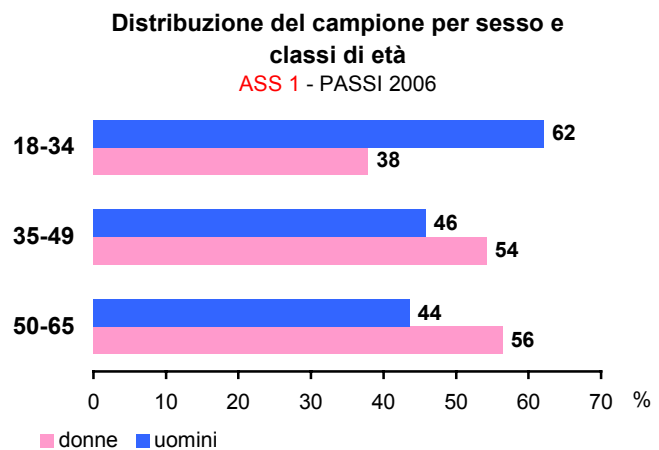
Sono state selezionate 240 persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dall'anagrafe sanitaria. Dei soggetti inizialmente selezionati, 172 persone, pari al 72%, sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 68 sono state sostituite (28%). Lo scorso anno la percentuale di sostituzione è stata del 22%, con un 7% di rifiuti.

Il 53% delle sostituzioni dei titolari ha riguardato assistiti non rintracciabili telefonicamente, il 38% titolari che avevano rifiutato la partecipazione allo studio, infine il 9% alcune persone che non erano più domiciliate nel territorio aziendale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

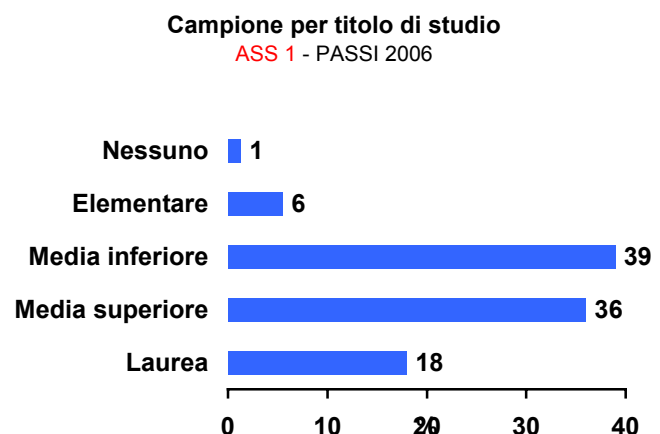
L'età e il sesso

- Nell'ASS 1 il 51,3% del campione intervistato (123 su 240) è costituito da donne.
- Il 24% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 30% in quella 35-49 e il 46% in quella 50-69. Nella fascia 18-34 anni vi è una prevalenza di maschi, mentre nelle altre due fasce sono più numerose le femmine.
- Non esistono comunque differenze statisticamente significative nella composizione per sesso e classi di età fra il campione dello studio e la popolazione generale (Dati anagrafe sanitaria).



Il titolo di studio

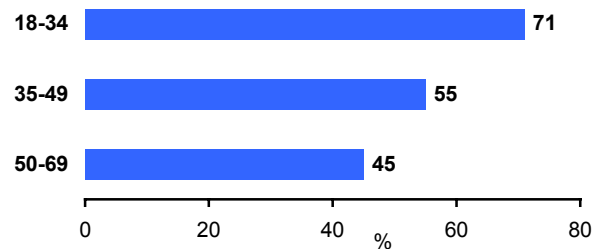
- Nell'ASS 1 l'1% del campione non ha alcun titolo di studio, il 6% ha la licenza elementare, il 39% la licenza media inferiore, il 36% la licenza media superiore, il 18% è laureato.



Il livello di istruzione

- Il 54% del campione osservato nell'ASS 1 presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).

Alto grado d'istruzione* per classi di età
ASS 1 - PASSI 2006

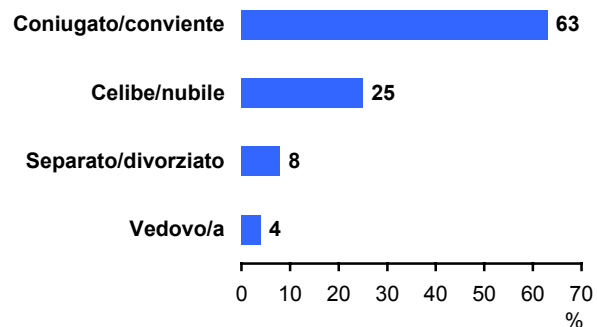


* istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea

Lo stato civile

- Nell'ASS 1 i coniugati/conviventi rappresentano il 63%, i celibi/nubili il 25%, i separati/divorziati l'8%, i vedovi/e il 4%.

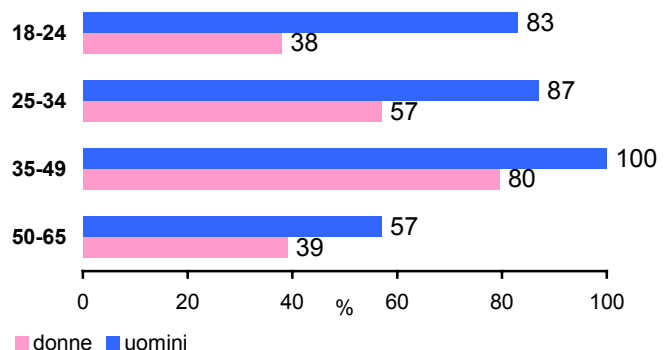
Campione per categorie stato civile
ASS 1 - PASSI 2006



Il lavoro

- Nell'ASS 1 il 68% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (56% contro 80%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze (38%). Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.

% di lavoro regolare per classi di età e sesso
ASS 1 - PASSI 2006



Conclusioni

Il campione dell'ASS 1 è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la bontà del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici, e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nell'ASS 1 il 67% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute.
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente*		
ASS 1 - PASSI 2006		
Caratteristiche demografiche	%	
Totale	66,7 (IC95%: 60,3-72,6)	
Età		
	18 - 34	86,2
	35 - 49	76,4
	50 - 69	50,0
Sesso		
	M	76,1
	F	57,7
Istruzione**		
	bassa	56,9
	alta	74,4
Patologia severa***		
	presente	41,7
	assente	72,9

* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

*** almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Le differenze per età, sesso, stato di salute e livello di istruzione risultano significative dal punto di vista statistico

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

- Nell'ASS 1 le persone intervistate riferiscono una media di poco meno di 4 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e poco meno di 6 per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per più di 1 giorno al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita ASS 1 - PASSI 2006			
Caratteristiche demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,9	5,9	1,6
Età			
18 - 34	3,5	5,2	2,5
35 - 49	2,5	5,8	1,0
50 - 69	5,0	6,1	1,6
Sesso			
M	2,6	4,3	1,3
F	5,2	7,3	2,0

Si osservano differenze statisticamente significative per sesso riguardo il numero medio di giorni percepiti in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici.

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASS, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, per esempio per quella dei sintomi di depressione, alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

E' provato che l'attività fisica svolta con regolarità induce effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie, ed è talvolta indispensabile per il trattamento di patologie conclamate. Inoltre si stima che un'attività fisica regolare possa ridurre del 10% circa la mortalità per tutte le cause.

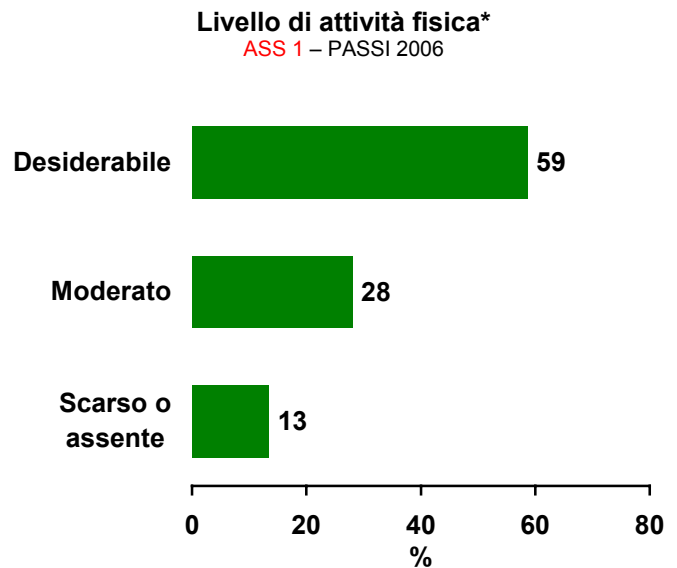
Lo stile di vita sedentario è però in aumento nei paesi sviluppati e, oltre a rappresentare già da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, assieme ad una cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

Per lo Studio PASSI, uno schema di classificazione internazionale (IPAQ, International Physical Activity Questionnaire), basato sulla frequenza e sulla durata dell'attività fisica vigorosa e moderata e del camminare, viene utilizzato per suddividere la popolazione in tre gruppi: con attività fisica buona, moderata, scarsa o assente. Le persone che fanno almeno un'ora al giorno di attività moderata o vigorosa, o che camminano a lungo, vengono classificate come impegnate in buoni livelli di attività fisica; chi effettua almeno mezz'ora di attività moderata o vigorosa in più giorni è classificato come impegnato nei livelli moderati. Il resto della popolazione viene classificato nella categoria "scarsa" o "assente".

È importante che i medici raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) si sono infatti dimostrati utili nell'incrementare l'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASS 1 il 59% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica desiderabile; il 28% svolge una attività fisica moderata; il restante 13% non svolge nessuna fisica o comunque ne fa troppo poca.



* **buono**: fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; **moderato**: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti **scarso o assente**

Chi è che non fa attività fisica o ne fa troppo poca?

- Non ci sono differenze significative tra uomini e donne e tra persone di diversi livelli di istruzione.
- La percentuale di persone con attività nulla/scarsa aumenta con l'età. Da rilevare la differenza con il resto della regione, soprattutto nella classe di età più giovane. Nelle altre ASS, infatti, la percentuale di residenti nella fascia di età 18 - 34 che dichiara attività fisica scarsa o nulla è del 13,3%.
- La frazione di popolazione che percepisce la propria salute come non buona risulta meno attiva, ma tale differenza non è statisticamente significativa.
- Tutti i gruppi di persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica sono meno attivi della popolazione generale (sovrappeso / obesi 16% vs. 11% di normo / sottopeso; ipertesi 16% vs. 12% dei normotesi; ipercolesterolemici 15% vs. 12% dei normocolesterolemici; depressi 15% vs. 12% dei non depressi). (Differenze non statisticamente significative).

Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica ASS 1 – PASSI 2006

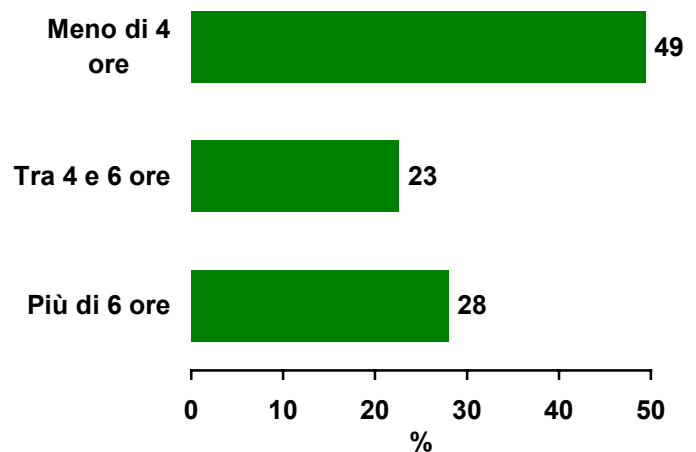
Caratteristiche	%
Totale	13,4 (IC95% 9,3-18,4)
Sesso	
M	12,8
F	13,0
Classi di età *	
18 – 34	3,4
35 – 49	13,9
50 – 69	17,3
Istruzione	
bassa	10,1
alta	15,5
Salute percepita	
buona	11,3
non buona	16,3
Condizioni particolari	
sovrappeso/obesità *	15,6
ipertensione	15,8
ipercolesterolemia	14,9
depressione	14,5

* statisticamente significativi ($p=0,038$)

Chi resta seduto molte ore?

- Il 28% della popolazione riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno e un altro 23% sta seduto tra le 4 e le 6 ore (contro il 23% ed 16%, rispettivamente, del resto della regione).
- Tra i 35-49enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore sale al 43% (29% nel resto della regione); i valori corrispondenti per i 18-34enni e per i 50-69enni sono rispettivamente 26% e 19% (valori sovrapponibili al resto della regione).
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 40% sta seduto più di 6 ore mentre per il gruppo con un basso livello, il valore corrispondente è 15% (differenze statisticamente significative).
- Non ci sono differenze significative tra uomini e donne rispetto a questa caratteristica.

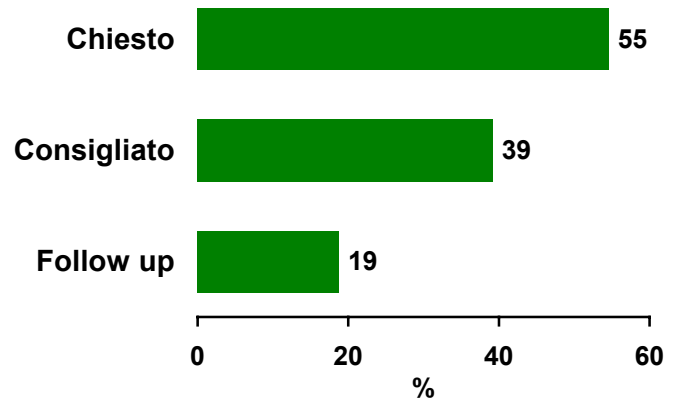
Ore trascorse rimanendo seduti ASS 1 – PASSI 2006



Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nell'ASS 1 il medico chiede se svolge attività fisica solo al 55% delle persone intervistate e consiglia loro di farla regolarmente solo nel 39% dei casi.
- Soltanto al 19% (47% fra quelli che avevano ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica) è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- La percentuale di chi raggiunge un livello desiderabile di attività fisica è maggiore tra le persone cui viene chiesto anche in successivi controlli se svolgono l'attività fisica loro consigliata (60% contro il 44% di coloro che non vengono più seguiti una volta ricevuto il primo consiglio, differenze non statisticamente significative).

Promozione dell'attività fisica
da parte degli operatori sanitari
ASS 1 – PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell'ASS 1 il 59% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, e che il 13% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La frazione di popolazione che non svolge esercizio fisico, o che comunque non ne fa abbastanza, è maggiore tra le persone che ne beneficerebbero di più (obesi o in sovrappeso, ipertesi, ipercolesterolemici, depressi).

Quasi un quarto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Quest'abitudine è più diffusa tra i 35-49enni e tra le persone con alto livello di istruzione. Questi gruppi dovrebbero godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti a sostenere l'attività fisica nella popolazione.

I medici promuovono ancora scarsamente l'attività fisica dei loro pazienti, anche se il loro consiglio, quando poi viene rinforzato in occasione di visite successive, aiuta le persone a raggiungere un livello adeguato di attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini storicamente maggiore si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

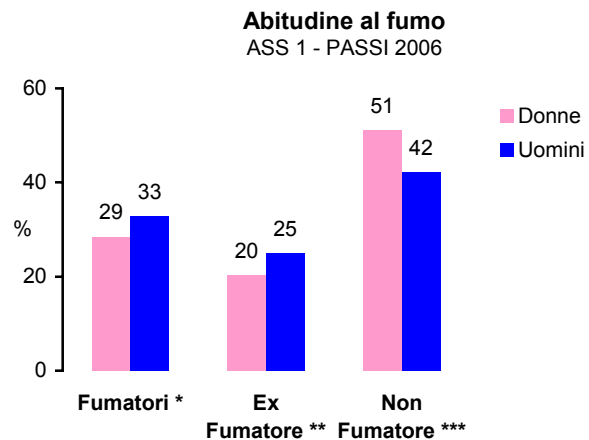
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio tumorale diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell'ASS 1 i fumatori sono pari al 31% della popolazione fra 18 e 69 anni, gli ex fumatori al 23%, e i non fumatori al 47%.
- Nel campione l'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini che tra le donne (33% versus 29%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (51% versus 42%). Tali differenze non sono statisticamente significative.



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

***Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

		Fumatori ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche		%	Fumatori*
Totale		30,5 (IC95%:24,8-36,8)	
<ul style="list-style-type: none"> • Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione. Tuttavia solo in quest'ultimo caso le differenze sono statisticamente significative. 	Età, anni		
	18 - 24	57,1	
	25 - 34	36,4	
	35 - 49	29,2	
	50 - 69	25,7	
<ul style="list-style-type: none"> • In media si fumano circa 15 sigarette al giorno. 	Sesso		
	M	32,8	
	F	28,5	
Istruzione^{^**}			
	bassa	34,9	
	alta	27,1	

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

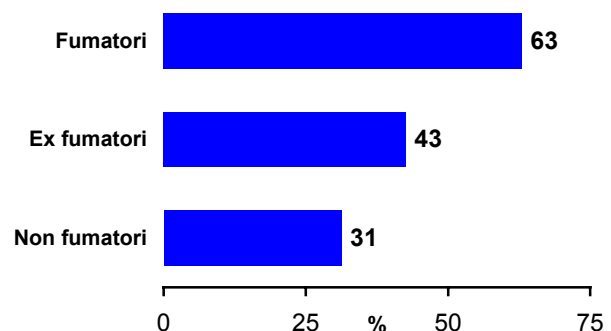
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,00$)

A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

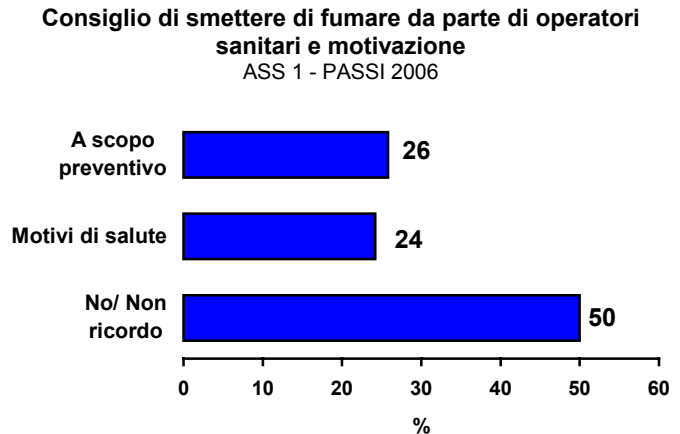
- Nell'ASS 1 circa un intervistato su due (44%) dichiara di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 63% dei fumatori, il 43% degli ex fumatori ed il 31% dei non fumatori.

% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo
ASS 1 - PASSI 2006



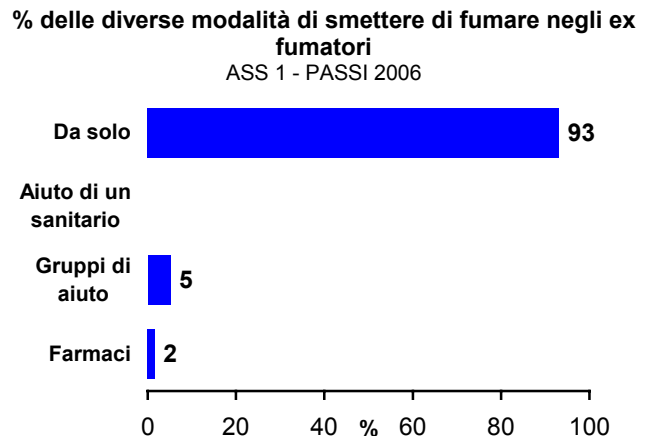
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Il 50% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Le percentuali di persone che hanno ricevuto il consiglio a scopo preventivo o per motivi di salute sono equivalenti (26% e 24% rispettivamente).
- Il 50% dei fumatori non ricorda di aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.



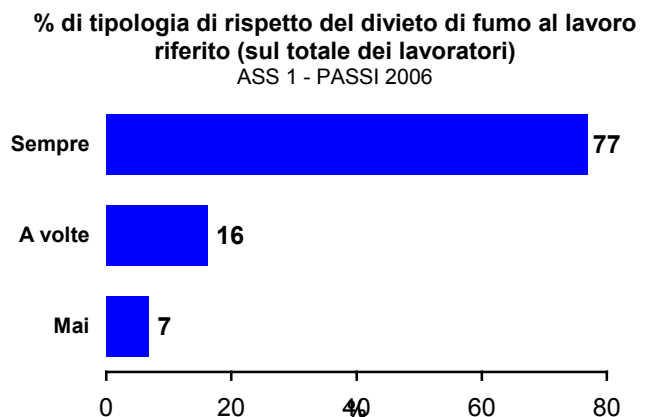
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 93% degli ex fumatori dell'ASS 1 ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario, 5% ha cessato grazie a gruppi di aiuto e 2% con farmaci.



Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre nel 77% dei casi.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 18 - 24enni, dove più della metà degli intervistati riferisce di essere fumatore.

La metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando una discreta attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono inoltre pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci e/o gruppi di aiuto. Nessuno fra gli intervistati riferisce di averlo fatto con l'aiuto di operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare, tenuto anche conto del fatto che la percentuale di successo ad un anno fra coloro che smettono da soli è del 2%-3%, mentre fra quelli che smettono con l'aiuto di un centro per la cura del tabagismo sale al 30%-40%.

Il fumo nei luoghi di lavoro costituisce ancora un problema, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

L'evidenza scientifica a nostra disposizione indica che gli interventi di migliore efficacia nell'abitudine al fumo sono quelli integrati e continui nel tempo.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

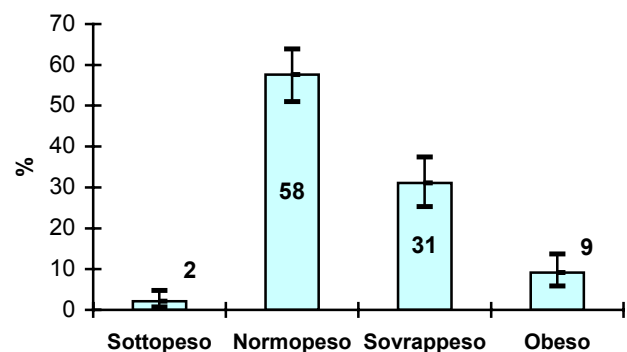
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, body mass index - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI ≥ 30).

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le patologie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai provata per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliata l'assunzione tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Situazione nutrizionale della popolazione
ASS 1 - PASSI 2006 n=240



- Nell'ASS 1 il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 58% normopeso, il 31% sovrappeso ed il 9% obeso.

Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- Nell'ASS 1 si stima che il 40% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce significativamente con l'età, ed è maggiore negli uomini.

Popolazione con eccesso ponderale [^]	
ASS 1 - PASSI 2006 n=91	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	40,3 (IC 95% 34,0 - 46,9)
Età, anni*	
18 – 24	7,1
25 – 34	31,8
35 – 49	45,1
50 – 69	45,0
Sesso**	
M	54,3
F	27,0
Istruzione ***^o	
bassa	42,6
alta	38,8

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

* le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,025$)

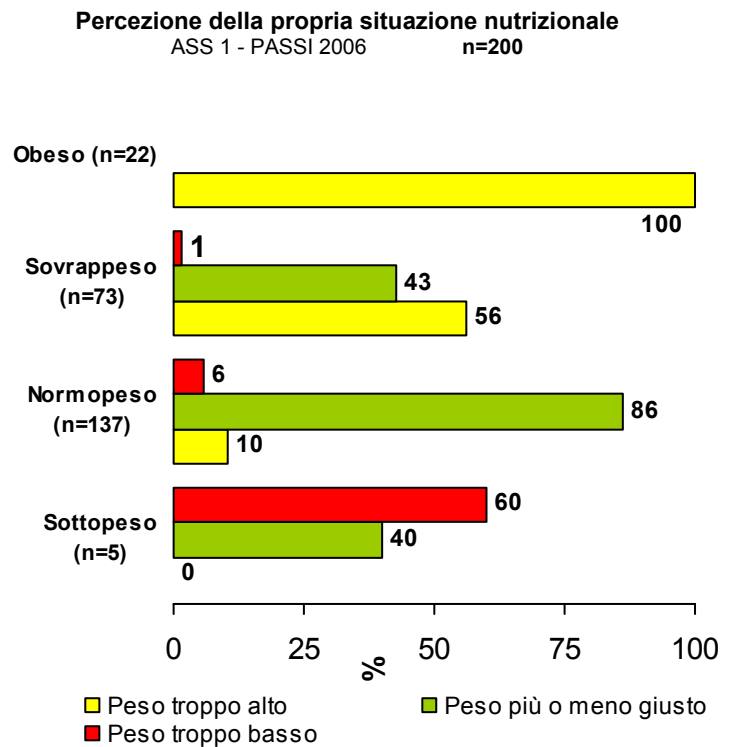
** le differenze risultano statisticamente significative ($p<0,001$)

*** le differenze non risultano statisticamente significative

^o istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

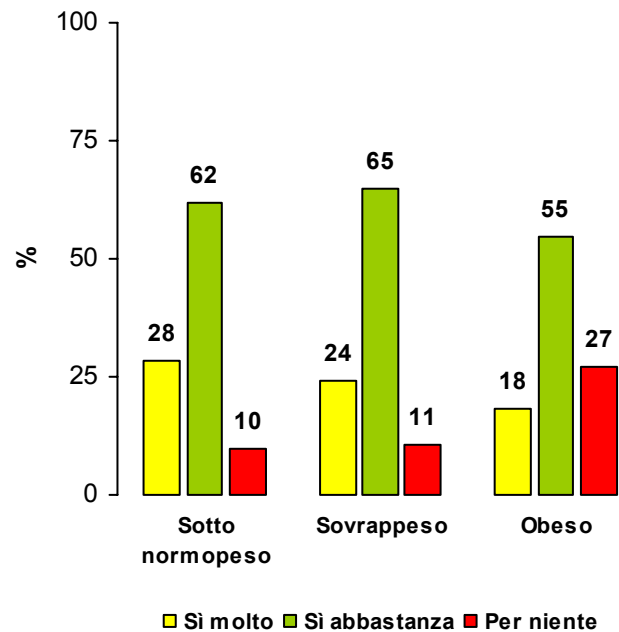
- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Solo nella categoria degli obesi si constata una perfetta coincidenza (100%).
- L'85% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con il BMI; per le persone in sovrappeso scende al 56%.



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASS 1 - PASSI 2006 n=200

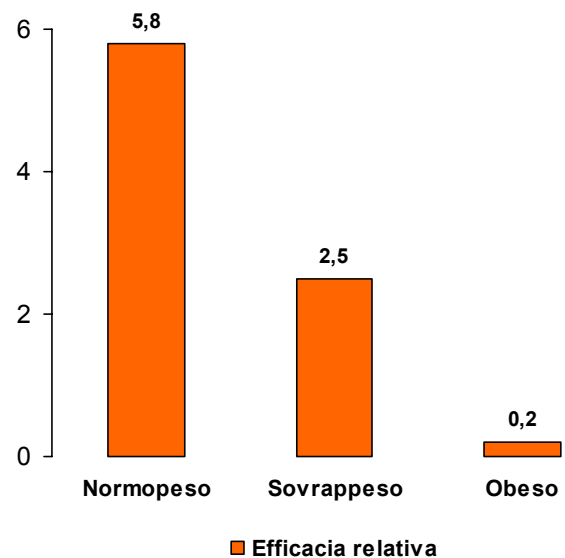
- Nell'ASS 1 mediamente l'88,3% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione adeguata per la propria salute. Più in dettaglio, il 90% nel gruppo dei normopeso-sottopeso, l'89% in quello dei sovrappeso ed il 73% in quello degli obesi.



Quante persone ricevono consigli sulla propria situazione nutrizionale dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Aumento della probabilità di mettersi in dieta a seguito di consiglio dell'operatore sanitario
ASS 1 - PASSI 2006 n=194 non sono considerati i sottopeso

- Nell'ASS 1 ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario il 13% dei normopeso, il 42% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese.
- Segue una dieta per perdere peso il 14% dei normopeso, il 27% dei sovrappeso ed il 46% degli obesi. Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare positivamente l'attuazione della dieta soprattutto nei soggetti normo-sottopeso, meno nei sovrappeso, mentre negli obesi non risulta essere efficace.

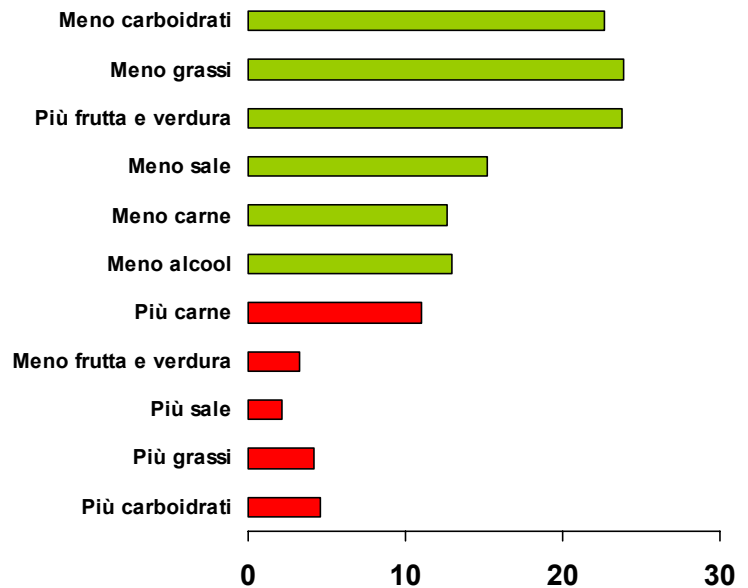


Il consiglio di perdere peso ha un' influenza molto forte nella classe dei normo-sottopeso (RR = 6, p<0,01), un'influenza moderata nella classe dei sovrappeso (RR = 3, p = 0,03) nessuna influenza nella classe degli obesi

Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASS 1 - PASSI 2006 n=238

- Nell'ASS 1 il 54% delle persone intervistate riferisce che negli ultimi 12 mesi ha modificato le proprie abitudini alimentari. I cambiamenti principali riferiti sono prevalentemente in positivo.



NB: Sono indicati in **verde** i cambiamenti positivi ed in **rosso** quelli negativi

Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

Nella tabella che segue vengono riportati dei dettagli sui quattro cambiamenti principali osservati. Le donne hanno riferito una tendenza maggiore degli uomini alla riduzione di carboidrati e all'aumento di frutta e verdura.

Caratteristiche demografiche	Meno carboidrati	Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno sale
Totale	22,7 (IC 95% 17,5 - 28,5)	23,9 (IC 95% 18,7 - 29,9)	23,8 (IC 95% 18,6 - 29,8)	15,2 (IC 95% 10,9 - 20,4)
Età, anni				
18 – 24	7,1	14,3	21,4	21,4
25 – 34	29,5	25,0	34,1	18,6
35 – 49	27,8	27,8	26,4	12,5
50 – 69	18,5	22,2	18,3	14,8
Sesso				
M	21,6	23,3	23,3	13,9
F	23,8	24,6	24,4	16,4
Istruzione				
bassa	22,9	22,9	24,8	16,7
alta	22,7	25,0	22,5	14,1

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
Nessuna differenza risulta essere statisticamente significativa, $p > 0,05$.

Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta o verdura al giorno?

- Nell'ASS 1 il 93% degli intervistati dichiara di mangiare frutta o verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 12% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno di frutta o verdura. Il 54% consuma 1-2 porzioni al giorno e il 28% ne consuma 3-4.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone fra i 50 e i 69 anni e fra le femmine (differenza quest'ultima non statisticamente significativa).
- L'assunzione di frutta e verdura è maggiore nelle persone con istruzione alta (differenza non statisticamente significativa).

		Consumo di frutta o verdura	
		ASS 1 - PASSI 2006	n=238
Caratteristiche demografiche		Adesione al "5 a day" *	
		(%)	
Totale		11,8%	
		(IC95%: 8,0 - 16,6)	
Età			
	18 - 34	7,0	
	35 - 49	11,1	
	50 - 69	14,7	
Sesso			
	uomini	8,6	
	donne	14,8	
Istruzione **			
	bassa	11,0	
	alta	12,5	

* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

La differenza non è statisticamente significativa per nessuna delle categorie, $p > 0,05$

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente il 56% dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto il 27% delle persone obese considera la propria alimentazione non idonea. Fra le misure di prevenzione individuali dell'obesità la dieta è praticata da meno della metà degli obesi e da un quarto dei sovrappeso. La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, oltre un terzo ne assume 3 o più porzioni, anche se solo poco più di 1 persona su 10 ne assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. Tali dati contrastano però con la percezione che la popolazione ha circa la salubrità della propria dieta. Infatti l'88% degli intervistati ritiene di seguire un regime dietetico molto o abbastanza sano.

I risultati mostrano che è necessario promuovere nella popolazione una maggiore consapevolezza del valore della prevenzione. L'ASS dovrà operare per migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione in favore della prevenzione con interventi di promozione sanitaria di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendo l'evoluzione della situazione nutrizionale e delle abitudini alimentari.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso può avere soprattutto per i giovani. Il consumo di alcol può portare a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza), nonché al fumo e/o all'uso di droghe illegali rispetto ai coetanei astemi.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore - al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e coloro che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di informarsi sempre sulle abitudini alcoliche dei propri pazienti, mantenendo un dialogo costante su questo argomento.

Quante persone consumano alcol?

- Nell'ASS 1 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 70%.
- Il 23% di coloro che si sono dichiarati astemi riferisce di aver bevuto in passato con una certa regolarità.
- Si sono osservati tassi lievemente più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni). La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore negli uomini. Non risultano particolari differenze riguardo il livello di istruzione.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica*
Totale (n=237)	70,0 (IC95%:63,8 - 75,8)
Età, anni	
18 - 24	78,6
25 - 34	72,7
35 - 49	67,6
50 - 69	69,4
Sesso[^]	
M	77,4
F	63,1
Istruzione^{**}	
bassa	69,4
alta	70,3

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore -

[^] differenze statisticamente significative ($p=0,024$)

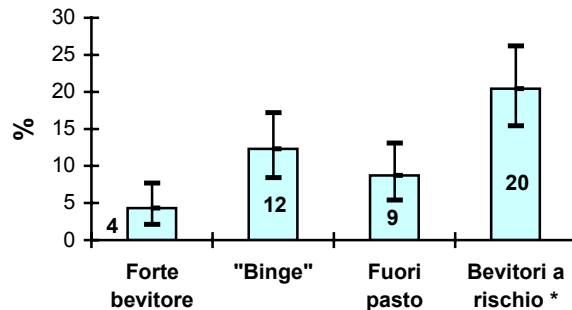
Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 20% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge")
- Il 9% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 12% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

Bevitori a rischio per categorie (su tutta la popolazione)

ASS 1 - PASSI 2006

(E' indicato l'intervallo di confidenza al 95%)



* I bevitori a rischio possono essere contati più volte nelle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol, ritenuto pericoloso, risulta più diffuso tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano significative differenze riguardo il livello di istruzione.

Bevitori "binge"	
ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge"*** %
Totale (n = 29)	12,3% (IC 95% 8,4 - 17,2)
Età, anni[^]	
18 - 24	42,9
25 - 34	27,9
35 - 49	7,0
50 - 69	5,6
Sesso[^]	
M	20,2
F	5,0
Istruzione^{**}	
bassa	12,0
alta	12,8

* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

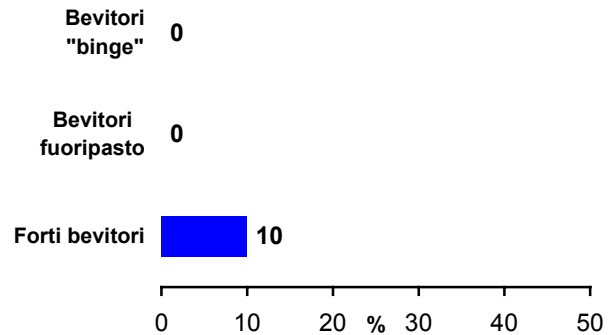
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,01$)

A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nell'ASS 1 solo il 18% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, nessun "binge" (n = 29) e nessun "fuori pasto" (n = 18) riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno. Tale consiglio è stato invece dato a 1 dei 10 forti bevitori che si erano recati dal medico.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)
ASS 1 - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 si stima che 7 persone su 10 tra 18 e 69 anni consumino bevande alcoliche e che 1 su 5 abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

L'indagine dimostra che gli operatori sanitari si informano solo molto di rado sulle abitudini dei loro pazienti in relazione alle abitudini alcoliche e che consigliano raramente di moderarne il consumo.

I rischi associati all'alcol sono sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari. Si rende pertanto necessaria una maggiore sensibilizzazione e formazione degli operatori stessi sull'argomento.

L'intervento breve fatto da operatori sanitari preparati si è rivelato efficace nel modificare lo stile di vita dei bevitori a rischio riducendo le patologie alcol correlate.

Sarebbe opportuno strutturare tale attività e monitorarla adeguatamente nel tempo.

Lo studio PASSI è riuscito a misurare degli indicatori che si sono mostrati utili, in altri contesti, per monitorare il cambiamento nel tempo di questo fattore di rischio.

Sicurezza stradale

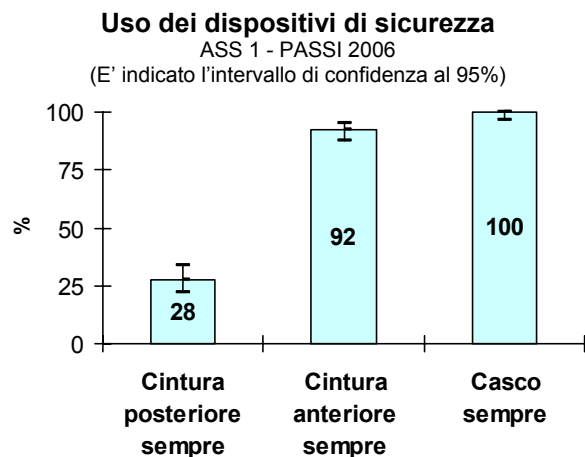
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese. Nel 2003 si sono verificati 225.141 incidenti stradali che hanno causato 6015 morti, mentre ogni anno circa un milione e mezzo di ricoveri al Pronto Soccorso e 20.000 casi di invalidità sono imputabili a incidenti stradali.

La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato a ridurre la guida in stato di ebbrezza e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell'ASS 1 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 100% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 93%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (28%).



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 20% degli intervistati che nell'ultimo mese ha bevuto almeno 1 unità di bevanda alcolica dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e fra i maschi.
- Il 16% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Guida in stato di ebbrezza
ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	20,4 (IC95%: 14,5 - 27,4)
Età	
18 - 34	29,3
35 - 49	23,5
50 - 69	12,9
Sesso[^]	
M	29,1
F	10,5
Istruzione^{**}	
bassa	23,1
alta	18,1

*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] Differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Il problema della guida in stato di ebbrezza costituisce un problema piuttosto diffuso nell'ASS 1.

Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Infortunati domestici

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

A livello nazionale il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni.

Si stima che 1,3 milioni di persone circa (SINIACA, 2004) abbiano fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 siano stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca e le misclassificazioni sono molto frequenti nei diversi studi condotti.

La definizione di caso adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede: la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che l'evento si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

Quante persone si sono infortunate?

- Nell'ASS 1 il 15% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una più elevata frequenza di infortuni tra i giovani. Non si rilevano evidenti differenze per sesso e per livello di istruzione.

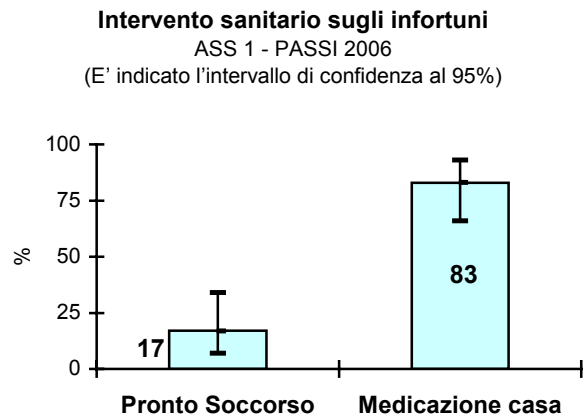
Persone infortunate (ultimi 12 mesi) ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico
Totale (n = 239)	15,1 (IC95%: 10,8 - 20,2)
Età	
18 - 34	20,7
35 - 49	11,1
50 - 69	14,7
Sesso	
M	14,7
F	15,4
Istruzione*	
bassa	11,0
alta	18,6

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Le differenze risultano non statisticamente significative.

Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- Nell'ASS 1 tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 37% ne dichiara uno solo (29% negli uomini, 44% nelle donne), il 14% due, il 49% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per l'83% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 17% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero.



Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- Nell'ASS 1 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico risulta maggiore fra le donne (59,3% lo ritiene alto/molto alto, vs. il 37,9% dei maschi), mentre non si evidenziano differenze né per classi di età né per istruzione.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è risultato essere la cucina (73%), seguita da bagno (9,3%), dalle scale (9%) e dagli ambienti esterni in generale (7%).

Bassa percezione di rischio infortunio domestico
ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
Totale (n = 239)	51,0 (IC95%: 44,5 - 57,5)
Età, anni	
18 - 34	55,2
35 - 49	50,0
50 - 69	49,5
Sesso[^]	
M	62,1
F	40,7
Istruzione^{**}	
bassa	53,2
alta	48,8
Infortunio[§]	
Si	25,0
No	55,7

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

§ aver subito almeno un infortunio nell'ultimo anno

[^] differenze significative dal punto di vista statistico ($p < 0,01$)

Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- Nell'ASS 1 solo il 28% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni utili alla prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni risultano essere le più informate.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto tali informazioni il 23% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi)

ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	27,6% (IC95%: 22,0 - 33,7)
Età, anni[^]	
18 - 34	17,2
35 - 49	18,1
50 - 69	39,4
Sesso	
M	28,4
F	26,8
Istruzione*	
bassa	22,9
alta	31,0
Infortunio	
Si	22,2
No	28,6

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

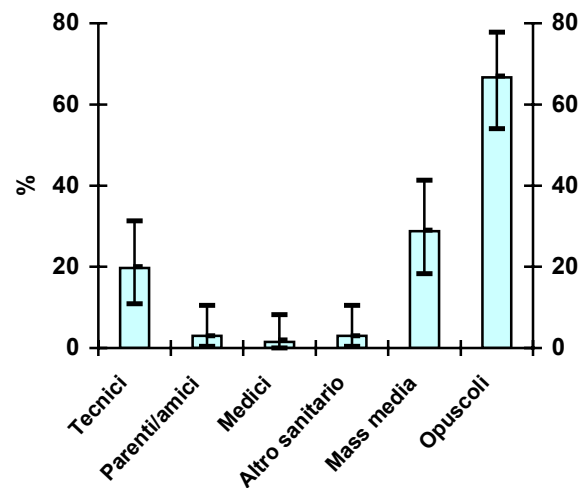
[^] differenze significative dal punto di vista statistico ($p < 0,01$)

Fonti di informazione

ASS 1 - PASSI 2006

(E' indicato l'intervallo di confidenza al 95%)

- Le fonti principali di informazione erano rappresentate da opuscoli, da servizi sui "media" (TV, radio, giornali) e da consigli diretti da parte di tecnici/operai dei servizi di gas acqua elettricità, e dei Vigili del Fuoco. Del tutto marginale il ruolo del personale sanitario e di parenti/amici.



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli infortuni domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di Sanità Pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nell'ASS 1 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante il 15% delle stesse abbia subito in passato un infortunio domestico, anche se di lieve entità. Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non sono inclusi nel campione scelto per lo studio PASSI, e quindi la stima degli incidenti può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Si evidenzia, ciononostante, la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente varato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, sarà in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Sicurezza alimentare

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. I dati relativi all'occorrenza delle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), anche nel nostro Paese sottostimano le dimensioni del fenomeno, ed i sistemi di sorveglianza attuati spesso non consentono nemmeno di ottenere dati sulla reale incidenza (es. reti di sorveglianza di laboratorio). A tale riguardo è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%), sono provocate da comportamenti inadeguati presso gli stessi ambienti domestici.

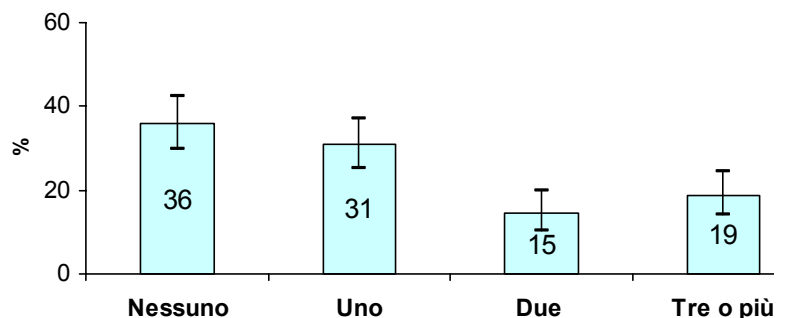
Quante persone mangiano cibi crudi (carne, pesci, uova, dolci, latte)?

Comportamenti a rischio per assunzione di cibi crudi negli ultimi 30 giorni:

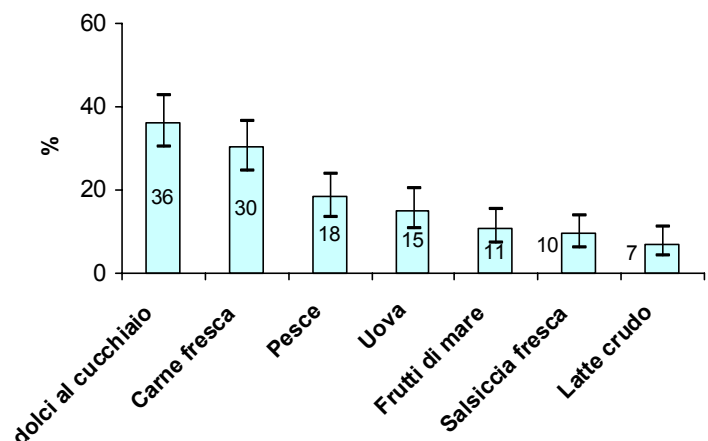
ASS 1 - PASSI 2006 n=200
(E' indicato l'intervallo di confidenza al 95%)

- Nell'ASS 1 il 64% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti.
- Il 19% degli intervistati ha assunto 3 o più tipi di cibi crudi; questa abitudine è più frequentemente riferita nella classe di età 18-34 anni ($p = 0,04$) e nel sesso maschile (differenza non statisticamente significativa).
- Non ci sono differenze nell'assunzione di cibi crudi fra i vari gradi d'istruzione.
- Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio (36%), carne fresca (30%) e pesce. Seguono uova (15%), frutti di mare (11%), salsicce fresche (10%) e latte crudo (7%).
- Quanto allo scongelamento, il 58% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente) favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti.

Range dei comportamenti a rischio per assunzione cibi crudi



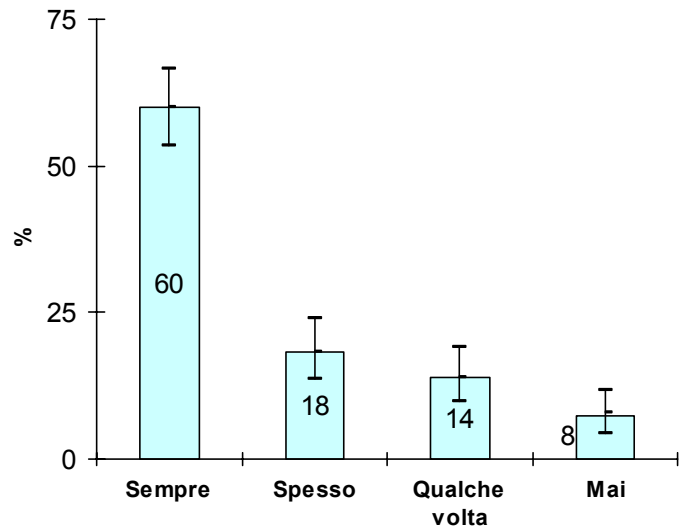
Alimenti ingeriti crudi o poco cotti



Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

Frequenza di lettura delle etichette
ASS 1 - PASSI 2006 n=228
(E' indicato l'intervallo di confidenza al 95%)

- Nell'ASS 1 il 79% degli intervistati legge frequentemente (sempre o spesso) le etichette. Non ci sono differenze nelle classi di età, nel sesso e nel grado di istruzione.
- Fra coloro che acquistano i cibi e leggono frequentemente (sempre o spesso) le etichette, il 92% legge la data di scadenza, mentre solamente il 52% legge la data di produzione, il 39% legge le modalità di conservazione e il 45% legge le istruzioni per l'uso.



Quante persone hanno avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi e quali sono le loro caratteristiche?

- Nell'ASS 1 circa il 21% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno è meno frequente nella classe d'età 50-69 anni, mentre non si rilevano differenze legate al sesso.
- Il rischio di diarrea è maggiore fra coloro che hanno un grado d'istruzione più elevato ($p = 0,026$).
- Non ci sono differenze significative associate ai comportamenti alimentari considerati a rischio (cibi crudi, modalità scorrette di scongelamento, scarso controllo delle etichette) e la frequenza di diarrea.

Caratteristiche demografiche		Episodi di diarrea	
		ASS 1 - PASSI 2006 n=200	
		Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)	
Totale		20,5% (IC95%:15,6 - 26,2)	
Età	18 - 34	24,1	
	35 - 49	25,0	
	50 - 69	15,6	
Sesso	M	20,7	
	F	20,3	
Istruzione**^	bassa	13,8	
	alta	26,4	

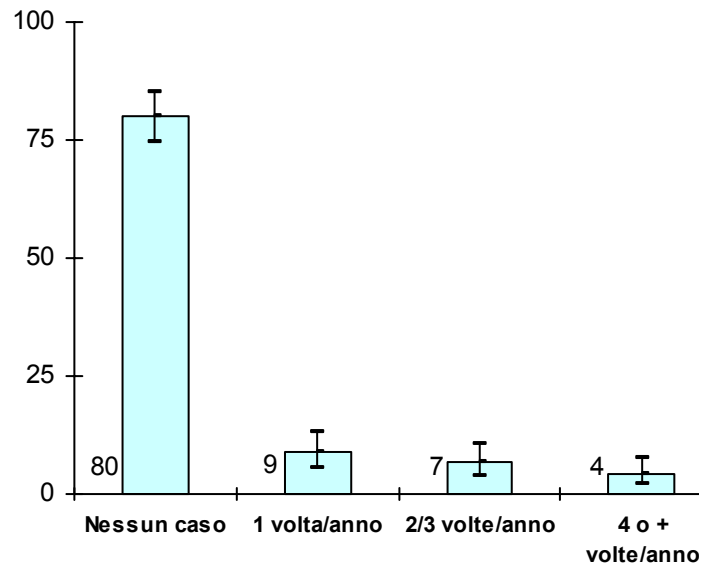
* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ differenze significative dal punto di vista statistico ($p = 0,026$)

Come si distribuisce la frequenza della diarrea e a chi ci si rivolge?

Frequenza degli episodi di diarrea per persona in un anno
ASS 1 - PASSI 2006 n=237
(E' indicato l'intervallo di confidenza al 95%)

- Nell'ASS 1 quasi il 20% degli intervistati dichiara di avere avuto più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il 24% di quelli che hanno avuto almeno un episodio di diarrea si sono rivolti ad un operatore sanitario.
- Al 27% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 è molto diffuso (2 persone su 3) il consumo di cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute. È scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e, mentre 3 persone su 4 prestano attenzione alle etichette, solo 1 persona su 3 legge le modalità di conservazione e poco meno della metà le istruzioni per l'uso.

Per ridurre le tossinfezioni di tipo alimentare, nella nostra realtà gli operatori sanitari di prevenzione incentrano la propria attività in modo particolare sulla verifica della formazione degli addetti al settore alimentare e sulla conoscenza e corretta applicazione dei sistemi di autocontrollo da parte degli stessi. Vengono inoltre tenuti ogni anno corsi di aggiornamento destinati sia a figure sanitarie che agli operatori del settore alimentare.

Risulta inoltre fondamentale l'attività di educazione alla salute ed alle buone pratiche igieniche nella gestione degli alimenti in ambito domestico, come previsto anche dalle normative nazionali ed europee. Questi interventi, rivolti alla popolazione, sono tanto più efficaci quanto più sono semplici ed effettuati sui giovani. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per effettuare tali corsi, soprattutto le elementari e le medie inferiori.

Il sistema di sorveglianza e gli indicatori che sono stati misurati possono costituire un utile strumento per seguire il fenomeno nel tempo e monitorare l'impatto di eventuali interventi.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze soprattutto in soggetti appartenenti a determinate categorie a rischio. Si stima, inoltre, che nei paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive. Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (protezione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale). Pertanto è raccomandata soprattutto ai soggetti per i quali l'influenza può essere particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da particolari patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)
ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	20,0% (IC95%: 15,1 - 25,6)
Età ^	
65 - 69	57,1
<65	15,1
<65 con almeno una patologia cronica	38,2
Sesso	
M	23,1
F	17,1
Istruzione*	
bassa	20,2
alta	19,4

- Nell'ASS 1 il 20% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 57% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 38% risulta vaccinato.

- istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
- ^ Risultano statisticamente significative ($p < 0,01$) le differenze di copertura per classe di età e, limitatamente alla classe di età inferiore, per 'avere almeno una patologia cronica.

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente l'impatto dell'influenza in termini di morbosità, letalità e morbilità è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute con apposita Circolare e le strategie adottate nell'ASS 1 hanno permesso di raggiungere una buona copertura vaccinale, seppure deve tenersi in conto che la copertura è misurata fra i 65 e i 69 anni; ma i risultati sono ancora insoddisfacenti tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie: solo il 38% risulta vaccinata.

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere pertanto ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione anche con i medici specialisti e altre istituzioni territoriali.

Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari. Dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie.

Indagare sulla diffusione di queste patologie nella popolazione è di fondamentale importanza in considerazione della possibilità di effettuare interventi di Sanità Pubblica che possano determinare variazioni negli stili di vita delle persone, riducendo così l'impatto dei fattori di rischio che portano alle patologie cardiovascolari.

In questa sezione dello studio PASSI si va ad indagare l'ipertensione, l'ipercolesterolemia ed il calcolo del punteggio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso. Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione arteriosa non diagnosticata o scarsamente controllata, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione richiedono anche un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

		% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni ASS 1 - PASSI 2006		
Caratteristiche demografiche		% *		
<ul style="list-style-type: none"> Nell'ASS 1 l'88% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il 4% non ricorda o nega di averla avuta. La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione. 	Totale		88,3 (IC95%:83,5 - 92,1)	
	Età, anni			
		18 - 34		84,5
		35 - 49		90,3
		50 - 69		89,0
	Sesso*			
		M		88,8
		F		87,8
	Istruzione **			
		bassa		89,9
	alta		86,8	

* le differenze non sono statisticamente significative

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza non è statisticamente significativa

Quante persone sono ipertese?

- Nell'ASS 1 il 24% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su tre è ipertesa (34%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.

Caratteristiche delle persone con ipertensione
ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	23,8 (IC 95% 19,3 - 30,8)
Età, anni ^	
18 - 34	12,5
35 - 49	18,8
50 - 69	34,9
Sesso	
M	24,1
F	25,2
Istruzione** ^	
bassa	30,5
alta	20,2

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le

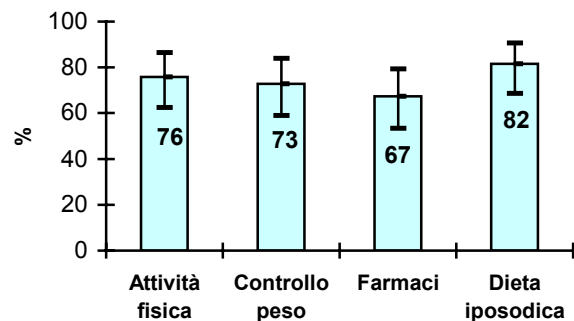
^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 67% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver affrontato l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (82%), controllando il proprio peso corporeo (73%) e svolgendo regolare attività fisica (76%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa*
ASS 1 - PASSI 2006

(E' indicato l'intervallo di confidenza al 95%)



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, un terzo degli ultracinquantenni e circa il 13% dei giovani con meno di 35 anni. Nella fascia di età superiore ai 35 anni 1 intervistato su 10 riferisce di non aver avuto misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi. Tale proporzione sale però a 2 su 10 nella fascia 18 - 34 anni. E' importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione. E' pertanto importante strutturare screening regolari, soprattutto attraverso i MMG, per l'identificazione delle persone con ipertensione. In molti casi, si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, ma questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica, sui quali è possibile tuttavia intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASS 1 l'87% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia. Globalmente il 57% degli intervistati riferisce di essere stato sottoposto a misurazione della lipemia da meno di un anno, il 19% tra 1 e 2 anni fa, il 10% più di 2 anni fa, mentre l'1% non ricorda quando l'ha avuta.
- Solo il 63% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni. Questa percentuale non si differenzia in modo significativo né per sesso né per istruzione.

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	87,4 (IC95%:82,6 - 91,4)
Età, anni ^	
18 - 34	75,9
35 - 49	90,3
50 - 69	91,7
Sesso	
M	84,5
F	90,2
Istruzione*	
bassa	84,4
alta	89,9

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le ^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,01$)

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 32% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte. Non si apprezzano differenze significative fra i due sessi e per livello d'istruzione.

Ipercolesterolemici ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	32,1 (IC 95% 25,8 - 38,8)
Età, anni^	
18 - 34	18,2
35 - 49	27,7
50 - 69	41,0
Sesso	
M	30,6
F	33,3
Istruzione**	
bassa	32,6
alta	31,9

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la colesterolemia

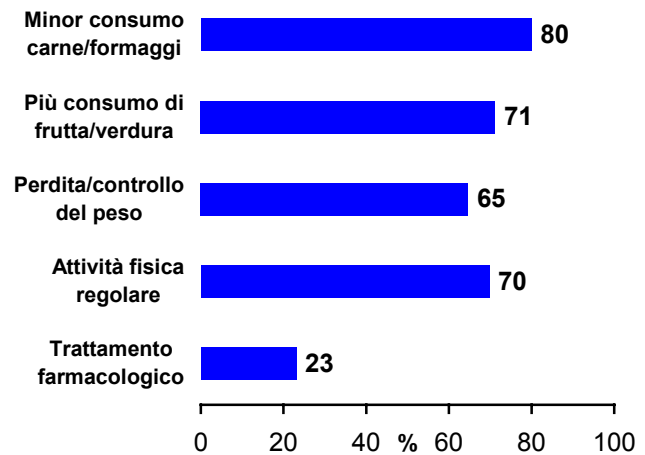
^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,01$)

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASS 1 - PASSI 2006

- Il 23% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Il 80% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 71% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 65% di controllare il proprio peso corporeo e il 70% di svolgere regolare attività fisica.



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nel 13% della popolazione dell'ASS 1 non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, un terzo dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 41% tra le persone di 50-69 anni.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio di counseling più standardizzato e più esteso alla popolazione con questi fattori di rischio.

Punteggio di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa, oltre ai fattori non modificabili: familiarità alla malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Il punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

% persone a cui è stato calcolato
il punteggio di rischio cardiovascolare
ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	%
Totale §	13,0 (IC 95% 8,3 - 19,2)
Età, anni ^	
40 - 49	4,2
50 - 59	13,0
60 - 69	20,3
Sesso	
M	9,9
F	15,6
Istruzione*	
bassa	14,3
alta	11,8

§ dati sui 161 intervistati di età > 40 anni

^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente calcolato ed utilizzato da parte dei medici per la comunicazione del rischio individuale ai pazienti sia nell'ASS 1 sia nelle ASS partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile per lui perché può essere confrontato con quello calcolato nelle visite successive, permettendogli così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio al paziente che avendo saputo dal medico da quali elementi viene estratto il valore numerico che si riferisce al suo livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere il dato seguendo le indicazioni del proprio curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano oltre 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati.

Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

Quante donne hanno eseguito un Pap test in accordo alle linee guida?

- Nell'ASS 1 il 92% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni ha riferito di aver effettuato almeno un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso della vita. Tale percentuale scende al 76% se consideriamo solo gli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si osservano differenze significative sul piano statistico per classi di età e stato civile, mentre fra le donne con livello d'istruzione inferiore il PAP test nell'ultimo triennio risulta meno frequente ($p < 0,05$).

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni) ASS 1 - PASSI 2006		
Caratteristiche demografiche n = 102	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*	
Totale	75,5 (IC95%: 66,0 - 83,5)	
Età	25 - 34	71,4
	35 - 49	87,2
	50 - 64	67,3
Stato civile	coniugata	76,5
	non coniugata	73,5
Istruzione**	^	
	bassa	64,6
	alta	85,2

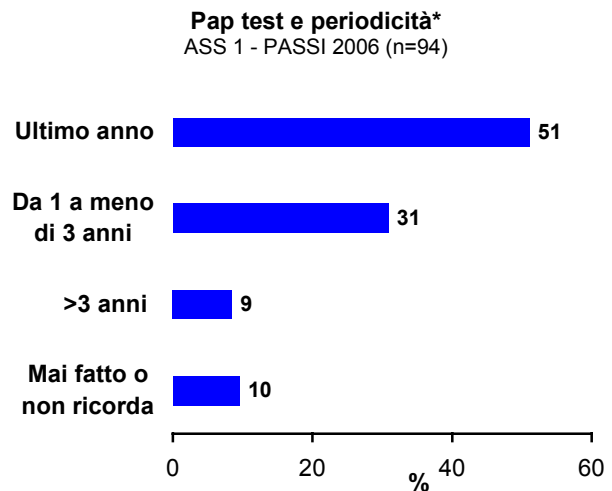
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

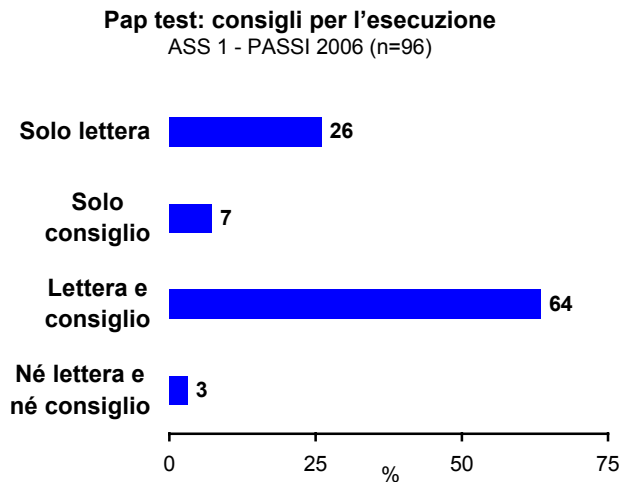
- Nell'ASS 1 il 92% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Il 51% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni ha riferito l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Il 31% riferisce l'esecuzione di un Pap test preventivo da uno a meno di tre anni e il 9% da più di tre anni.
- Il 10% non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.



*Realizzazione di un test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Viene consigliato il Pap test alle donne?

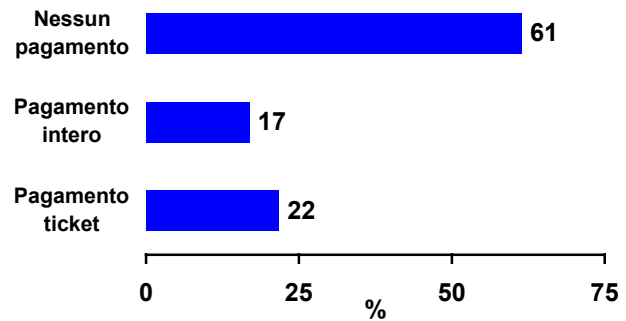
- Nell'ASS 1 il 90% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASS ed il 71% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test. Inoltre, il 64% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 3% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno fatto almeno una volta il Pap test, il motivo principale dichiarato per cui è stato effettuato l'ultimo test è stato per lettera personale ricevuta dall'ASS nel 44%, di propria iniziativa nel 43% e su consiglio di personale sanitario nel 12%.



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nell'ASS 1 il 61% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 22% ha pagato solamente il ticket e il 17% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Circa il 75% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 24% in una struttura privata.

Costi del Pap test per le pazienti
ASS 1 - PASSI 2006 (n= 83)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta, sovrapponibile a quella del resto della regione, probabilmente grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Risulta elevata (76%) anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni), con una adesione del 51% nel corso dell'ultimo anno.

La copertura nella ASS1 è più alta nella fascia di età di 35-49 anni, pur in assenza di differenze significative con le altre 2 classi di età indagate; nel resto della regione si conferma una maggiore sensibilità di questo gruppo etario, che si discosta significativamente dagli altri 2.

Mentre nell'ASS1 si sottopongono di più al pap test donne con livello di istruzione migliore, ma non c'è differenza per stato civile, nel resto della regione rispondono meglio le coniugate e quelle più istruite.

Tre donne triestine su quattro preferiscono la struttura pubblica per l'esecuzione dell'esame, così come accade anche nel resto della regione.

Nel complesso la risposta della popolazione femminile al test sembra buona: i dati sembrerebbero confermati anche dall'affluenza presso le strutture pubbliche dell'ASS 1 relativa all'ultimo triennio, che è di circa 50-60%, mentre l'adesione allo screening su chiamata (lettera) risulta del 45% relativamente al 2006.

Forse si potrebbe auspicare una comunicazione più efficace da parte degli operatori sanitari nella promozione dello screening, dal momento che, nonostante il 71% delle intervistate affermi di essere stata consigliata da un operatore sanitario ad eseguire il test, solo per il 12% delle donne che hanno eseguito l'esame questo risulta il motivo principale di esecuzione.

Sembra opportuno studiare strategie mirate a coinvolgere quella porzione di popolazione che ancora rimane scoperta dallo screening e che alimenta i casi di carcinomi che tuttora si verificano.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con oltre 36.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia in accordo alle linee guida?

- Nell'ASS 1 l'89% delle donne intervistate, di età tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- Il 76% delle donne in età di screening riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si apprezzano differenze significative sul piano statistico per classi di età, stato civile e livello di istruzione.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, inferiore pertanto rispetto a quella alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

Screening cancro della mammella (≥50 anni)	
ASS 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche (n = 62)	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni*
Totale	75,8 (IC95%:63,3 - 85,8)
Età[^]	
50 - 59	68,8
60 - 69	83,3
Stato civile[^]	
coniugata	74,5
non coniugata	80,0
Istruzione^{**^}	
bassa	75,7
alta	76,0

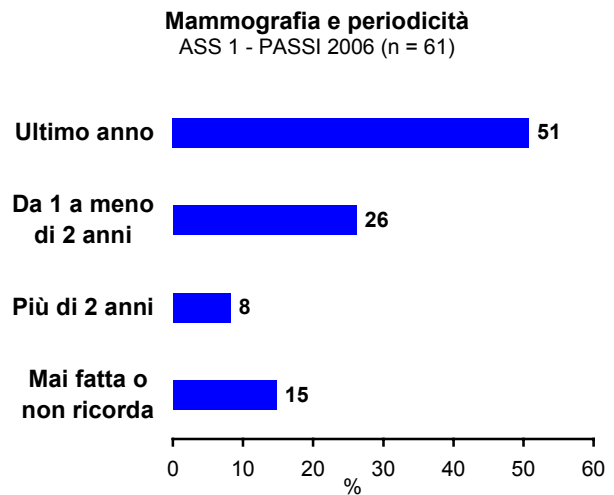
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze non risultano statisticamente significative.

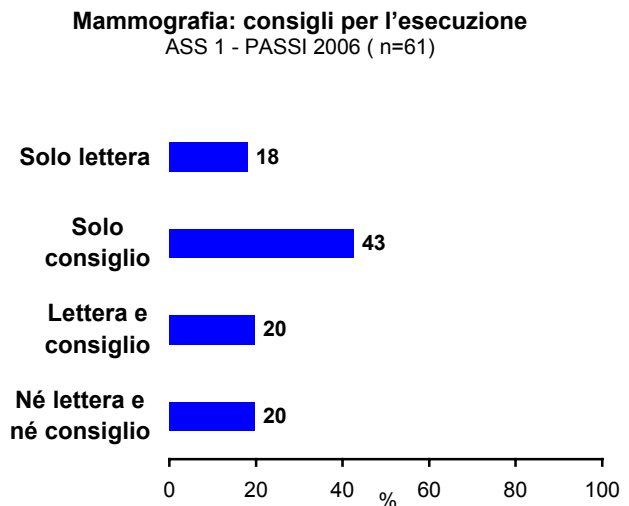
Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- Nell'ASS 1 il 51% delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 26% fra 1 e 2 anni e l'8% più di 2 anni fa.
- Il 15% non ha mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

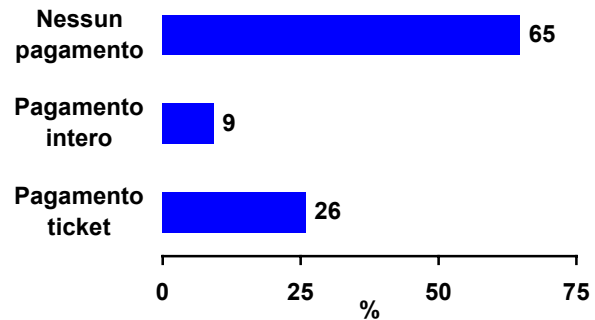
- Nell'ASS 1 il 38% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASS, il 62% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia. Inoltre, il 20% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 20% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultimo esame è stato eseguito nel 28% su consiglio di un operatore sanitario, nel 50% di propria iniziativa e nel 20% in seguito ad una lettera di invito. Il 2% riferisce di averlo fatto su invito di amici/parenti.



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- Nell'ASS 1 l'87% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica, l'11% in una struttura privata.
- Il 65% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 26% ha pagato solamente il ticket e il 9% ha pagato l'intero costo dell'esame.

Costi della mammografia per le pazienti
ASS 1 - PASSI 2006 (n=54)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASS 1 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuata una mammografia a scopo preventivo è 89%, sovrapponibile a quella regionale (87%).

La percentuale di intervistate che riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni) è del 76%, il che significa che, nella popolazione generale, si può affermare con ragionevole certezza che tale percentuale sia compresa tra il 63% e il 86%; la metà delle stesse intervistate ha eseguito l'esame nel corso dell'ultimo anno.

Solo il 38% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASS, probabilmente a causa della recente istituzione di questa pratica a livello locale; tale valore pare basso sia in termini assoluti, sia se confrontato con il resto della regione (55%), da cui si differenzia significativamente. Il 62% delle intervistate è stato consigliato da un medico di eseguire regolarmente l'indagine.

Tra le donne che hanno eseguito almeno una mammografia, l'ultima è stata eseguita nella metà dei casi di propria iniziativa e nel 20% in risposta ad una lettera di invito.

Tali risultati sembrerebbero in contrasto con l'affluenza registrata allo screening su chiamata promosso dalla regione, la cui adesione risulta del 34%.

La struttura pubblica rimane ancora preferenziale rispetto a quella privata (87% vs 11%), analogamente a quanto accade nel resto della regione.

Screening neoplasia del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 37.000 persone con una elevata mortalità (oltre 29.000 decessi).

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la sigmoidoscopia, di cui sono convinti assertori gli anglosassoni, e la ricerca di sangue occulto nelle feci, cui deve far seguito, in caso di positività, la colonscopia.

La combinazione di queste due indagini è in grado di diagnosticare più del 50% di cancri negli stadi più precoci e questo significa possibilità di un intervento chirurgico risolutore nella maggior parte dei casi: 90% per i tumori evidenziati nello stadio Dukes A, 70% per quelli in cui la diagnosi è stata posta nello stadio B (ovvero quando il tumore ha prodotto metastasi linfonodali locoregionali), solo 10- 15% se, al momento della diagnosi, la neoplasia è allo stadio C (che prevede metastasi a distanza).

Complessivamente comunque i piani di screening per le neoplasia colon-rettale hanno dimostrato di poter ridurre la mortalità per questa patologia del 33%, anche tenendo conto che in corso di colonscopia è possibile quasi sempre asportare un eventuale polipo, principale precursore del cancro.

Non bastasse questo, a dar ulteriore importanza ad un programma di screening per questa patologia (sicuramente di sempre maggior riscontro), ci sono notevoli vantaggi economici. Basti solo pensare a quanti interventi chirurgici vengono risparmiati grazie alla polipectomia per via endoscopica.

Il Piano Nazionale per la Prevenzione ha previsto per gli anni 2005-2007 l'attivazione di questi screening in tutto il territorio nazionale. In ambito Regionale, con ogni probabilità, si adotterà come strategia di screening, la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni con frequenza biennale, seguita, in caso di positività, da una colonscopia con ev. rimozione dei polipi.

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto in accordo alle linee guida?

- Nell'ASS 1 il 33% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la retto / colonscopia a scopo preventivo. Non si osservano differenze significative per classi di età, sesso e livello di istruzione.
- Il 18% ha eseguito solo la ricerca del sangue occulto, l'11% si è sottoposto all'esame endoscopico, il 6% ha effettuato entrambi i test.
- Il 20% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007. Il 67% degli intervistati non ha mai fatto alcun test.

Screening cancro colon retto (≥50 anni)
ASS 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche n = 108	% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi
Totale	33,3 (IC95%: 24,6 - 43,1)
Età	
50 - 59	26,4
60 - 69	40,0
Sesso	
M	38,3
F	29,5
Istruzione**	
bassa	31,7
alta	35,4

* sangue occulto o retto/colonscopia

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze non risultano statisticamente significative.

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. I problemi che derivano, però, dal doveroso piano di screening, sono di notevole rilevanza.

Se si considera che la popolazione triestina che verrà coinvolta è stimabile in 60.000 persone, prevedendo una adesione allo screening del 40 - 60%, con una positività del 7-10% circa alla preliminare indagine del sangue occulto, ci si rende conto dell'impegno che una tale organizzazione comporterà.

Per quanto riguarda le colonscopie, ad es., si stima un aumento di 4-5.000 indagini all'anno, da eseguire ovviamente con urgenza, il che comporterà uno sforzo organizzativo ed economico non indifferente, che il Piano Nazionale di Prevenzione ha comunque previsto e finanziato.

Nella regione Friuli Venezia Giulia e nell'ASS 1 il piano è in fase avanzata di progettazione e l'attivazione dovrebbe avvenire entro il 2007.

Sintomi di depressione

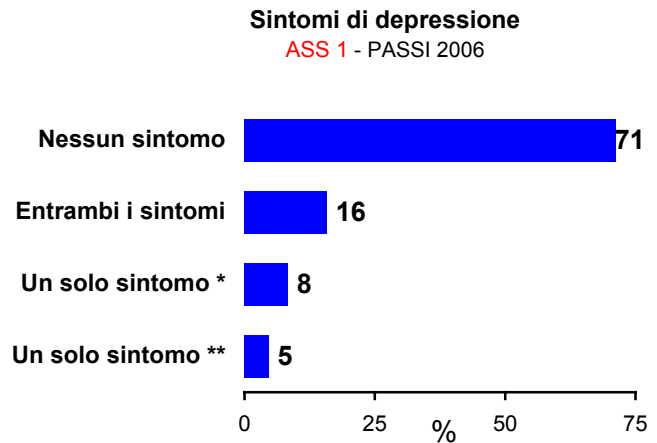
L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale. Le tipologie più frequenti di patologie mentali sono i disturbi legati all'ansia ed alla depressione e, pertanto, il costo socio-sanitario delle patologie mentali è notevole e si valuta attorno al 3-4% del PIL. Si stima che nei Paesi europei, mediamente, circa la metà (44-70%) delle persone colpite da malattie mentali non venga mai curata.

I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese: il 7,3% dei cittadini (con età superiore ai 18 anni) ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi ed, in particolare, il 5,1% ha sofferto di un disturbo d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi depressivi a 12 mesi è stimata nel 3,5%.

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Nell'ASS 1 il 16% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, due sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.
- Se a queste persone si aggiungono quelle che hanno riferito anche uno solo dei due sintomi, si rileva che il 29% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nell'arco dei 12 mesi precedenti l'intervista.



* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Chi riferisce entrambi i sintomi di depressione e quali conseguenze hanno nella loro vita?

- Nell'ASS 1 i 2 sintomi di depressione associati sono più frequenti nelle donne (circa 2 volte più degli uomini).
- Le persone in stato di occupazione instabile risultano anch'esse più colpite da questa sintomatologia rispetto agli occupati stabilmente ed ai non occupati. Risulta inoltre un trend decrescente con l'aumentare dell'età. Tali differenze non risultano però statisticamente significative.
- Il livello d'istruzione non sembra comportare differenze.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 46% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 49% molto o moltissimo difficile.

Sintomi di depressione ASS 1 - PASSI 2006 n = 240	
Caratteristiche demografiche	% di chi ha riferito entrambi i sintomi
Totale	15,8% (IC95%: 11,5 - 21,1)
Età	
18 - 34	20,7
35 - 49	16,7
50 - 69	12,7
Sesso [^]	
M	10,3
F	21,1
Istruzione *	
bassa	16,5
alta	15,5
Occupazione	
presente	15,0
saltuaria	26,3
assente	15,1

[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,05$)

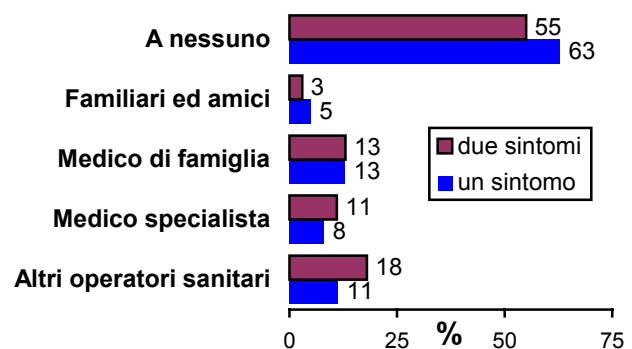
* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico risulta del 21%.
- Fra chi riferisce entrambi i sintomi, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico arriva solo al 24%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione

ASS 1 - PASSI 2006 n = 240*



* persone che riferiscono anche uno solo dei due sintomi di depressione: cioè che ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose e/o si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Tra chi ha sintomi di depressione, quanti assumono farmaci?

- Sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 19% ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.
- Se consideriamo solo coloro che riferiscono entrambi i sintomi, la proporzione di persone che assume farmaci sale al 27%.

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico	
ASS 1 - PASSI 2006 n = 59	
Persone con almeno un sintomo	% tra chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi
Totale	19
Entrambi i sintomi	27
Un solo sintomo *	0
Un solo sintomo **	10

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Conclusioni e raccomandazioni

Sotto l'aspetto metodologico e delle informazioni ricavabili, la sezione del PASSI riguardante i sintomi di depressione ha mostrato di essere utile, valida e di facile applicabilità.

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino una parte considerevole della popolazione in studio, con una distribuzione non omogenea: le donne sono significativamente a maggior rischio, così come, sia pure in maniera non statisticamente significativa, le persone con occupazione saltuaria e quelle più giovani.

Circa la metà degli intervistati che lamenta sintomi di depressione ha dichiarato che tale condizione ha reso la loro vita molto o moltissimo difficile, mentre risulta moderatamente difficile per quasi l'altra metà.

La notevole percentuale di intervistati nella popolazione triestina che riferisce di aver sofferto di due sintomi di depressione (16%) sembra congruente con la realtà locale, ed è pienamente sovrapponibile al dato regionale.

I risultati del PASSI evidenziano inoltre, relativamente ai disturbi mentali, un utilizzo limitato dei servizi sanitari, che potrebbe essere interpretato come presenza di un certo grado di bisogno insoddisfatto. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una parte importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

Valutazione della sperimentazione della sorveglianza di popolazione - Studio Passi

Introduzione

La valutazione di processo dello studio Passi 2006 ha avuto l'obiettivo di rendere disponibili informazioni sull'accettabilità, fattibilità ed utilità di metodi e procedure utilizzate nella realizzazione di questo studio trasversale. Attraverso il confronto con i risultati derivati dal processo valutativo del PASSI 2005, si sono ottenute indicazioni utili al passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione.

Di seguito si riportano alcuni risultati ottenuti.

Metodi

La valutazione della sperimentazione si è avvalsa di un approccio quantitativo.

Ai partecipanti al Passi 2006 è stato inviato un questionario semistrutturato che ricalcava ampiamente quello messo a punto nel 2005, costruito a sua volta, sulla scorta di indicazioni ottenute dalla valutazione propedeutica. Tale fase aveva consentito di raccogliere e testare le domande relative ai bisogni conoscitivi, espressi dai diversi gruppi di interesse coinvolti nello studio.

Il questionario, inviato nel mese di maggio 2006, inoltre, permetteva di ottenere informazioni aggiuntive su alcuni ambiti che si erano rivelati critici nel 2005 quale, ad esempio, il grado di aggiornamento delle anagrafi sanitarie utilizzate per il campionamento.

La scelta di utilizzare lo stesso questionario derivava principalmente dalle seguenti considerazioni:

- Il suo utilizzo consentiva di avvalersi di uno strumento ampiamente validato (oltre 120 ASS nel 2005).
- Il medesimo questionario si era rivelato adatto al raggiungimento degli obiettivi conoscitivi
- Apportava un valore aggiunto in termini informativi derivante dal confronto dei dati 2005 - 2006.

Risultati

Tempistica dello studio

La preparazione dell'indagine è durata in media 19 giorni e le interviste sono state realizzate nell'arco di 49 giorni.

Risorse e formazione

Una ASS su quattro ha lamentato difficoltà nel reperire risorse materiali ed una su due per quanto riguarda il reperimento di risorse umane dedicate.

Il dato relativo all'impiego inappropriato di medici per la realizzazione delle interviste risulta in calo rispetto al 2005, evidenziando un migliore utilizzo delle risorse disponibili.

L'attività formativa ed il materiale didattico fornito dall'ISS per l'addestramento del personale sono stati giudicati adeguati dalla quasi totalità delle ASS partecipanti.

Campionamento ed interviste

Le liste delle anagrafi sanitarie, che costituiscono la base per il campionamento PASSI, sono risultate aggiornate nella metà delle ASS mentre nelle restanti è stata individuata una quota media di persone iscritte all'anagrafe sanitaria, in realtà non più residenti nel territorio della ASS oppure decedute, pari al 2%.

Solo per il 30% delle persone campionate le liste anagrafiche fornivano i numeri di telefono e gli indirizzi. Attraverso la consultazione di elenchi telefonici, liste anagrafiche comunali ed il rilevante contributo dei MMG, tale quota ha raggiunto il 93%.

Nella fase di somministrazione del questionario per telefono, non è stato possibile rintracciare il 7% delle persone campionate nonostante lo sforzo degli intervistatori; infatti, 1 intervista su 5 è stata eseguita al di fuori dell'orario di lavoro (sera, prefestivo e festivo).

A fronte di un maggiore coinvolgimento dei MMG per contattare le persone da intervistare rispetto al 2005, il 13% ha rifiutato l'intervista. Complessivamente è stato sostituito il 26% di titolari campionati; tale dato è leggermente più elevato rispetto a quanto rilevato nel 2005 (24%).

Il questionario si è rivelato appropriato e mediamente accettabile. Qualche operatore e alcuni intervistati hanno ritenuto fosse troppo impegnativo, in particolare per le sezioni riguardanti attività fisica, alimentazione, sicurezza alimentare, sicurezza domestica e consumo di alcol.

Infine, secondo i coordinatori del PASSI, le attività più critiche risultavano essere quelle relative alla sostituzione dei titolari campionati, la validazione dei questionari ed il recupero dei recapiti.

Conclusioni

I risultati ottenuti dalla valutazione di processo nel 2006 sono ampiamente sovrapponibili a quanto emerso nel 2005.

I principali punti di forza della sperimentazione riguardano:

- Semplicità e flessibilità: l'inserimento delle nuove sezioni di indagine del PASSI 2006 non ha creato particolari difficoltà al completamento dell'indagine
- Tempestività nella produzione dei dati: il cronogramma dell'indagine è stato complessivamente rispettato
- Disponibilità e flessibilità del personale tecnico coinvolto e dei MMG
- Efficacia del percorso e strumenti formativi.

Le criticità emerse, ancora una volta, rimangono:

- Reperimento risorse umane e materiali
- Reperimento recapiti telefonici e reclutamento degli intervistabili, anche a fronte di un maggiore coinvolgimento dei MMG
- Elevato tasso di sostituzione: può comportare una scarsa rappresentatività della popolazione.

In merito a quest'ultimo punto, nonostante il maggiore coinvolgimento dei MMG, non solo il tasso complessivo di sostituzione è rimasto elevato (1 persona su 4), ma, addirittura, la quota dei rifiuti da parte degli intervistati è cresciuta notevolmente (5% nel 2005 vs 13% nel 2006), con conseguente rischio di introduzione di bias di selezione nello studio.

Possono giocare a favore dell'incremento del tasso di rifiuto da un lato il calo di entusiasmo partecipativo da parte degli operatori sanitari già coinvolti nell'indagine 2005, dall'altro il crescente uso dell'indagine telefonica, anche per altri fini, cui è sottoposta la popolazione in generale.

Sulla soluzione di queste criticità e sulle difficoltà connesse alle attività di campionamento e sostituzione sarà opportuno un approfondimento in vista della transizione dello studio PASSI verso un sistema di sorveglianza della popolazione.

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

Salute e qualità di vita percepita

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Alimentazione

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992

Alcol

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Sicurezza stradale

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Infortuni domestici

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
- Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA , Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Databse Syst Rev 2003

Sicurezza alimentare

- Kendall PA, Elsbernd A, Sinclair K, Schroeder M, Chen G., Bergmann V, Hillners VN, Medeiros LC. Observation versus self-report: validation of consumer food behavior questionnaire. J Food Prot (2004) 67:11 2578-2586
- Bremer V, Bocter N, Rehmet S, Klein G, Breuer T, Ammon A. Consumption, knowledge, and handling of raw meat: a representative cross-sectional survey in Germany, March 2001. J Food Prot (2005) 68 785-78
- Medeiros LC, Hillers VN, Kendall PA, Mason A. Food safety education: what should we be teaching to consumers? J Nutr Educ. (2001) 33:2 108-113
- Mitakakis TZ, Sinclair MI, Fairley CK, Lightbody PK, Leder K, Hellard ME Food safety in family homes in Melbourne, Australia. J Food Prot. (2004) 67:4 :818-822
- Meer RR, Misner SL. Food safety knowledge and behavior of expanded food and nutrition education program participants in Arizona. J Food Prot. (2000) 63:12,1725-1731
- Yang S, Angulo FJ, Altekrose SF Evaluation of safe food-handling instructions on raw meat and poultry products. J Food Prot. (2000) 63:10, 1321-1325
- Hillers VN, Medeiros L, Kendall P, Chen G, DiMascola S. Consumer food-handling behaviors associated with prevention of 13 foodborne illnesses. J Food Prot. (2003) 66:10,1893-1899.

- Altekruze SF, Street DA, Fein SB, Levy AS. Consumer knowledge of foodborne microbial hazards and food-handling practices. *J Food Prot.* 1996 59:3, 287-294
- Federal Register Notices (2002) 67:188, 61109-61110 FoodSafety Survey Advisory Council on Food and Environmental Hygiene. On-line: http://www.hwfb.gov.hk/en/committees/board/paper2001_26.html. Accessed 10/01/2006
- Food Safety Survey: Summary of Major Trends in Food Handling Practices and Consumption of Potentially Risky Foods. On-line <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fssurvey.html>. accessed 10/01/2006
- Batz MB, Doyle MP, Morris G Jr, Painter J, Singh R, Tauxe RV, Taylor MR, Lo Fo Wong DM; Food Attribution Working Group. Attributing illness to food. *Emerg Infect Dis.* 2005 Jul;11(7):993-9.
- Voetsch AC, Van Gilder TJ, Angulo FJ, Farley MM, Shallow S, Marcus R, Cieslak PR, Deneen VC, Tauxe RV; Emerging Infections Program FoodNet Working Group. FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States. *Clin Infect Dis.* 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S127-34.
- Scallan E, Majowicz SE, Hall G, Banerjee A, Bowman CL, Daly L, Jones T, Kirk MD, Fitzgerald M, Angulo FJ. Prevalence of diarrhoea in the community in Australia, Canada, Ireland, and the United States. *Int J Epidemiol.* 2005 Apr;34(2):454-60. Epub 2005 Jan 19.
- Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, Scallan E, Fitzgerald M, Adak GK, Sockett P, Ellis A, Hall G, Gargouri N, Walke H, Braam P. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. *Clin Infect Dis.* 2005 Sep 1;41(5):698-704. Epub 2005 Jul 22.

Rischio cardiovascolare

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. *Ital Heart J*; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, *BMJ*, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial *JAMA* 2003 30;289 (16):2083 - 93

Screening oncologici

- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)

Sintomi di depressione

- "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)

- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - *European Neuropsychopharmacology*. 15 (2005): 357-376
- "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH (*"European Study on the Epidemiology of Mental Disorders"*, realizzato nell'ambito della *WHO World Mental Health Survey Initiative*)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

Indice

RINGRAZIAMENTI	2
SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE	2
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI	6
INTRODUZIONE	11
OBIETTIVI	12
METODI	14
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	15
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	18
ATTIVITA' FISICA	20
ABITUDINE AL FUMO	23
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	27
CONSUMO DI ALCOL	32
SICUREZZA STRADALE	35
INFORTUNI DOMESTICI	37
SICUREZZA ALIMENTARE	41
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	44
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	45
Ipertensione	45
Colesterolemia	47
Punteggio di rischio cardiovascolare	49
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO	51
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA	54
SCREENING NEOPLASIA DEL COLON RETTO	57

SINTOMI DI DEPRESSIONE	59
VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE DELLA SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE	62
BIBLIOGRAFIA	64