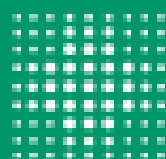


PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

PASSI
Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

Emilia-Romagna

Indagine 2005

contributi

45



Regione Emilia-Romagna

Redazione e impaginazione a cura di

Nicoletta Bertozzi – Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL di Cesena
Paola Angelini, Erika Massimiliani, Rossana Mignani – Direzione Generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2006

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti – Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Sistema comunicazione, formazione, documentazione
Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna
e-mail: fsarti@regione.emilia-romagna.it



A cura di:

Nicoletta Bertozzi, Patrizia Vitali, Sabrina Guidi, Elizabeth Bakken, Francesca Righi, Nunzio Molino, Elisa Prati, Mauro Palazzi (Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda USL di Cesena) Alba Carola Finarelli, Alessia Furini, Paola Angelini, Rossana Mignani, Giuliano Carrozzi, Carlo Alberto Goldoni, Cinzia Del Giovane, Daniele Agostini, Paolo Pandolfi (Gruppo di coordinamento regionale PASSI)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

a livello nazionale

Nancy Binkin, Alberto Perra, Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti, Paola Scardetta (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità) Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito (Gruppo PROFEA Istituto Superiore di Sanità)

a livello regionale

Pierluigi Macini, Alba Carola Finarelli, Alessia Furini, Paola Angelini, Rossana Mignani (Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna)

a livello aziendale

Ausl di Piacenza:	Anna Rita Sacchi (referente); Maria Braga, Elena Cammi, Maria Adele Ceresa, Concetta La Corte, Anna Mori, Cristina Sartori
Ausl di Parma:	Marella Zatelli (referente), Stefania Copelli, Emanuela Rocca, Angela Ulvani
Ausl di Reggio Emilia:	Anna Maria Ferrari (referente), Patrizia Fontanili, Marco Gentili, Pasquina Giammartini, Rossella Saetti, Sandra Santacroce, Giorgio Teggi, Igina Truzzi
Ausl di Modena:	Giuliano Carrozzi (referente), Lara Bolognesi, Maria Giulia Gatti, Erika Magri, Carlo Rossi, Federica Rossi, Luana Floren Pecone, Alessandra Schiavi, Ada Tebaidi
Ausl di Bologna:	Paolo Pandolfi (referente), Daniele Agostini, Monica Alberghini, Gloria Belletti, Alessandra Calzolari, Sara De Lisio, Franca Franchi, Roberta Lullini, Paola Navacchia, Sandra Sandri, Aldo Trotta
Ausl di Imola:	Renata Raspanti (referente), Gabriele Peroni, Maria Pia Martignani, Renata Raspanti
Ausl di Ferrara:	Pietro Ricci Bitti (referente), Aldo De Togni, Vitaliana Grandi, Silvia Morelli, Cinzia Settimo
Ausl di Ravenna:	Michela Morri, Giuliano Silvi (referenti), Carla Bianco, Elena Biondi, Sonia Coveri, Silvia Gargiulo, Franca Ghiselli, Elisa Lazzarini, Stefania Loddo, Emanuela Montanari, Elena Rambelli, Magda Salmaso, Teresa Samorè, Federica Zangirolami
Ausl di Forlì:	Oscar Mingozi (referente), Emilia Biguzzi, Daniela Biondi, Elisa Cirillo, Vilma Fabbroni, Roberta Farneti, Maria Lamberti, Paola Orlati
Ausl di Cesena:	Nicoletta Bertozzi (referente), Elizabeth Bakken, Giampiero Battistini, Cristina Barducci, Antonella Bazzocchi, Raffaella Casadei, Gabriella Dall'ara, Silvana Fiuzzi, Ilaria Fogolin, Marinella Franceschini, Sabrina Guidi, Cristina Loddo, Lara Maldini, Benedetta Montagner, Luana Pieri, Gabriele Quadrelli, Vannia Ricci, Franca Ruffilli, Patrizia Vitali, Renata Zanchini
Ausl di Rimini:	Pierluigi Cesari (referente), Marina Casadei, Roberto Foglietta, Mirca Guerra, Anna Totarello

Un ringraziamento particolare alle persone intervistate e ai loro medici di medicina generale per la preziosa collaborazione offerta.

Il sistema di sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia – in sigla PASSI - rappresenta un approccio innovativo alla sorveglianza in quanto è in grado di fornire, in modo sistematico e tempestivo, dati sui principali fattori di rischio e sulla penetrazione all'interno della comunità delle attività di prevenzione realizzate dal sistema salute, permettendo al tempo stesso lo sviluppo di strumenti e la crescita tecnica e culturale delle strutture coinvolte sul territorio.

PASSI nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali, esigenza che è emersa in numerosi contesti, e in modo particolare nel Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, definito nell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005. Si ispira al Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) un metodo di sorveglianza periodica dei fattori di rischio comportamentali messo a punto negli Stati Uniti e ad analoghi approcci adottati in altri Paesi come il Canada, l'Australia, la Finlandia.

Attraverso interviste telefoniche, con somministrazione di un questionario standardizzato a persone scelte casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria, lo studio PASSI si propone, in sostanza, un monitoraggio costante e una verifica delle modifiche nei comportamenti della popolazione in relazione alle azioni di sensibilizzazione e sorveglianza poste in essere dal sistema salute.

Nel 2005, su proposta del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, l'Istituto superiore di sanità e le Regioni hanno portato avanti lo studio PASSI interessando oltre la metà delle Aziende sanitarie del Paese.

L'Emilia-Romagna, con tutte le undici Aziende Usl, ha partecipato a PASSI con un campione rilevante di oltre 2.000 persone. In sette Aziende Usl il campione è stato di dimensioni tali da permettere stime con rappresentatività aziendale per le principali variabili.

Nelle pagine che seguono sono illustrati i risultati dello studio nella nostra regione. Ne emerge un quadro molto significativo, tale da costituire una preziosa fonte informativa per impostare programmi di sanità pubblica basati sull'analisi di stili di vita o fattori di rischio pericolosi per la salute.

L'obiettivo che ora ci poniamo è quello di passare da una fase di rilevazione periodica ad un sistema di sorveglianza vero e proprio, che comporta la rilevazione in continuo dei dati per misurare nel tempo i cambiamenti dei fenomeni osservati.

Nel ringraziare tutti gli operatori dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl che hanno contribuito alla realizzazione dello studio, desidero ricordare il contributo determinante fornito dal Dipartimento di sanità pubblica dell'Azienda Usl di Cesena per il ruolo di coordinamento che ha svolto anche a livello nazionale.

Giovanni Bissoni

Assessore alle politiche per la salute

INDICE

Sintesi del rapporto	pag.	9
Introduzione	pag.	12
Obiettivi dello studio	pag.	13
Metodi	pag.	15
Descrizione del campione	pag.	18
Percezione dello stato di salute	pag.	21
Attività fisica	pag.	23
L'abitudine al fumo	pag.	25
Stato nutrizionale	pag.	30
Abitudini alimentari	pag.	31
Consumo di alcol	pag.	33
Sicurezza stradale	pag.	37
Iperensione arteriosa	pag.	39
Colesterolemia	pag.	42
Carta del rischio cardiovascolare	pag.	45
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	47
Vaccinazione antirosolia	pag.	49
Diagnosi precoce neoplasie del collo dell'utero	pag.	51
Diagnosi precoce neoplasie della mammella	pag.	54
Diagnosi precoce neoplasie del colon retto	pag.	58
Valutazione dello Studio PASSI: i risultati di una sperimentazione su 92 delle 123 Aziende	pag.	60
Risultati dello studio PASSI: tabella riassuntiva	pag.	62
Appendice	pag.	67
Bibliografia	pag.	94

Sintesi del rapporto

Percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e sia correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio. In Emilia-Romagna il 66% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni) 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 di circa il 10% la mortalità per tutte le cause e diminuisca 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 da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

In Emilia-Romagna il 13% degli intervistati conduce uno stile di vita sedentario (prevalentemente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello d'istruzione) ed il 37% non pratica sufficiente attività fisica.

Il 42% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 45% ha ricevuto un consiglio generico di svolgere attività fisica; solo il 12% degli intervistati ha ricevuto consigli più dettagliati (tipo, frequenza e durata dell'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.

In Emilia-Romagna i fumatori rappresentano il 28% degli intervistati, gli ex fumatori il 22% e i non fumatori il 50%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori tra i giovani (18-45 anni), gli uomini e le persone con livello di istruzione più basso. Il 59% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario. 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 39% degli intervistati dichiara che nelle proprie abitazioni si fuma e il 18% che il divieto sul luogo di lavoro non viene rispettato.

Stato nutrizionale

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

In Emilia-Romagna il 33% degli intervistati è in sovrappeso e il 10% è obeso.

Tra le persone in eccesso ponderale solo 28% riferisce di effettuare una dieta e il 29% di praticare attività fisica regolare: appaiono pertanto opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

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 se ne raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni al giorno ("five a day").

In Emilia-Romagna la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (91%), anche se solo un'esigua parte (14%) consuma le cinque porzioni giornaliere consigliate.

Il 53% degli intervistati dichiara di conoscere il 'five a day' e solo il 16% negli intervistati ha ricevuto l'informazione da un operatore sanitario.

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 su famiglie e 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 (forti consumatori, bevitori fuori pasto e consumatori 'binge').

In Emilia-Romagna si stima che circa il 20% degli intervistati abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio. Solo il 15% degli intervistati 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 attraverso sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti e della velocità. In Emilia-Romagna il 97% degli intervistati utilizza sempre il casco e l'87% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine di utilizzare sempre la cintura posteriore (25%).

Il 13% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 13% di essere stato trasportato da chi guidava in questa condizione.

Ipertensione

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

In Emilia-Romagna si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni (42% sopra i 50 anni); il 71% degli ipertesi 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 15%.

Colesterolemia

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

In Emilia-Romagna il 16% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo nel sangue; tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 26% dichiara di avere livelli elevati (37% sopra ai 50 anni). Il 22% delle persone con alti livelli di colesterolo riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Carta del rischio cardiovascolare

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

Solo al 4% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento sia solo minimamente ancora utilizzato da parte dei medici.

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 nelle persone sopra ai 65 anni, nelle persone con patologie croniche e negli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari).

In Emilia-Romagna, in base ai dati dei registri vaccinali, si ha una buona copertura nelle persone sopra ai 65 (71% nel 2004).

Nella fascia 18-64 anni solo il 29% delle persone intervistate con almeno una patologia cronica dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in età fertile in quanto l'infezione, contratta in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). La strategia, mostratasi più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'assicurare la copertura vaccinale nelle donne in età fertili ancora suscettibili. Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia deve essere superiore al 95%. In Emilia-Romagna il 60% delle donne di 18-45 anni intervistate è protetto nei confronti della rosolia (48% vaccinate e 12% non vaccinate, ma con rubeotest positivo) ed il 4% è suscettibile all'infezione (non vaccinate e con rubeotest negativo); in circa una donna su tre (36%) lo stato immunitario nei confronti della rosolia è sconosciuto.

Diagnosi precoce delle neoplasie 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 ogni tre anni nelle donne di 25-64 anni.

In Emilia-Romagna il 90% delle donne di 25-64 anni intervistate ha eseguito almeno un Pap-test e l'83% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap-test è stato la lettera ricevuta dell'Ausl nel 51% dei casi, l'iniziativa personale nel 26% e il consiglio di un medico nel 22%.

Diagnosi precoce delle neoplasie 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 tra i 50 e i 69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità.

In Emilia-Romagna il 90% delle donne di 50-69 anni intervistate ha effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo e l'80% l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il motivo principale di esecuzione dell'ultima mammografia è stata una lettera d'invito dell'Ausl nel 68% dei casi, l'iniziativa personale nel 18% e il consiglio di un medico nel 14%.

Diagnosi precoce delle neoplasie 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 e la colonscopia da eseguirsi ogni due anni nelle persone di 50-69 anni.

In Emilia-Romagna i programmi di screening sono iniziati in tutte le Ausl nel corso del 2005: per questo solo il 13% degli ultracinquantenni intervistati ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo e solo il 7% negli ultimi due anni.

Introduzione

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 affronta il tema della prevenzione sanitaria e della promozione della salute, dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza che la popolazione adulta effettui periodici controlli e test di screening. L'adozione di stili di vita non corretti viene considerata un'emergenza sanitaria, comportando l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, che insieme rappresentano le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta. Tra gli obiettivi primari del Piano della Prevenzione 2005-2007 viene pertanto indicata la prevenzione del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete e l'implementazione dei programmi di screening oncologici.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, riconosce tra i propri obiettivi strategici quello di sostenere il Paese nell'adozione di stili di vita sani, attraverso l'individuazione dei programmi operativi più efficaci e la verifica degli obiettivi di salute raggiunti. Il Ministero della Salute e le diverse Regioni hanno identificato la necessità di testare un sistema di sorveglianza su alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione italiana, sui fattori di rischio comportamentali e sui programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare comportamenti a rischio.

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto. Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolti a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo svolte dall'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali. Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute in un'Azienda Sanitaria comporti una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

Obiettivi dello studio

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 attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone che ha ricevuto 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
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

5. Abitudini alimentari

- stimare le prevalenze di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi tramite il calcolo del Body Mass Index (BMI).
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari favorevoli per la salute (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni per farlo (dieta, attività fisica)

6. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori moderati e forti
- stimare la frequenza di consumo a rischio (forte consumo, 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. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia 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 (es.assunzione di farmaci, controllo del peso e effettuazione di attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il punteggio di rischio cardiovascolare sulla carta di rischio di recente introduzione

9. Vaccinazioni in età adulta

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza.
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-64 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

10. Diagnosi precoce di alcune neoplasie

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

Metodi

Tipo di studio

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è stata costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della regione Emilia-Romagna (complessivamente 4.151.335 persone al 31 dicembre 2004); i criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio di competenza delle Ausl e la disponibilità di un recapito telefonico, mentre criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Campionamento

Si è effettuato un *campionamento casuale semplice* dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale; la dimensione del campione regionale base è stata calcolata in 600 persone, usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali col fine di ottenere una stima con un buon grado di approssimazione (intervallo di confidenza al 95%). Il campione base è stato suddiviso tra le 11 Ausl della regione in maniera proporzionale alla numerosità della rispettiva popolazione; oltre a questo campione con rappresentatività regionale, 7 Ausl (Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna e Cesena) hanno scelto anche di ampliare il campione fino a raggiungere le 200 persone per ottenere stime con rappresentatività aziendale per le principali variabili.

Sono stati inoltre aggiunti campioni suppletivi di donne nella fascia 50-69 anni per indagare lo screening mammografico con maggiore precisione statistica: 125 donne di 59-69 anni a livello regionale e 100 donne di 59-69 anni in 4 Ausl (Reggio Emilia, Bologna, Cesena, Ravenna); Piacenza ha aumentato il campione dello screening con 54 donne.

Il campione complessivo dell'Emilia-Romagna è risultato pertanto costituito da 2.061 persone, così suddivise per Ausl:

Ausl	Campione 18-69 anni	Campione suppletivo donne 50-69 anni Screening Mammografico
Piacenza*	200	54
Parma	59	12
Reggio Emilia*	200	100
Modena*	201	20
Bologna*	200	100
Imola	18	4
Ferrara*	200	12
Ravenna*	200	100
Forlì	25	6
Cesena*	200	100
Rimini	42	8
Totale Emilia-Romagna	1.545	516

*= rappresentatività aziendale

A livello nazionale hanno partecipato all'indagine 123 Aziende Sanitarie (appartenenti a tutte le Regioni italiane) e sono state effettuate circa 16.000 interviste telefoniche.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nel periodo aprile-maggio 2005. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

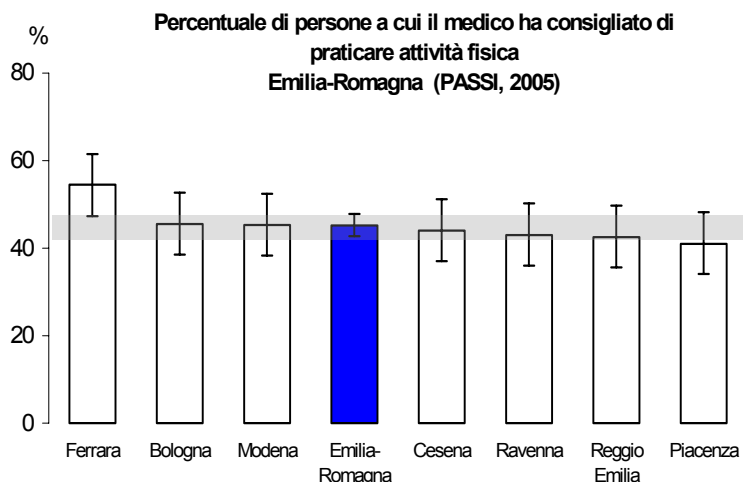
La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario 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. L'analisi a livello regionale è stata condotta utilizzando il metodo della pesatura in quanto 7 Ausl hanno effettuato un numero di interviste maggiore per ottenere una rappresentatività aziendale; questo sovracampionamento potrebbe influenzare le stime rispetto al campionamento regionale inizialmente progettato. La pesatura supera questo limite, migliorando la precisione delle stime in termini di accuratezza, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale.

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. I confronti tra le Ausl regionali sono stati fatti condotti per le 7 Ausl con 200 interviste ciascuna, in quanto, solo in questo caso, il campione permette di ricavare stime attendibili e confrontabili a livello aziendale.

In alcuni casi sono stati utilizzati grafici (vedi esempio sotto riportato) che mettono a confronto il dato regionale con quello delle 7 Ausl con campione rappresentativo, introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza per la variabile considerata. L'intervallo di confidenza considerato è al 95% (IC 95%) ed esprime la probabilità del 95% che l'intervallo individuato includa il vero valore della variabile nella popolazione. La fascia orizzontale colorata esprime l'IC 95% della variabile considerata a livello regionale preso come riferimento per il confronto.



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. E' stata richiesta 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 obiettivi dello studio, vantaggi e 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 pertanto più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione

In Emilia-Romagna sono state intervistate 1.545 persone (età 18-69 anni) selezionate con campionamento casuale dall'anagrafe sanitaria (popolazione di riferimento: 4.151.335 persone al 31.12.04); a questo campione base è stato aggiunto un campione suppletivo di 516 donne (età 50-69 anni), alle quale sono state rivolte solo le domande presenti nella sezione dedicata allo screening mammografico.

Le interviste telefoniche sono state condotte da 75 operatori sanitari, appartenenti in prevalenza ai Dipartimenti di Sanità Pubblica, durante i mesi di maggio e giugno 2005.

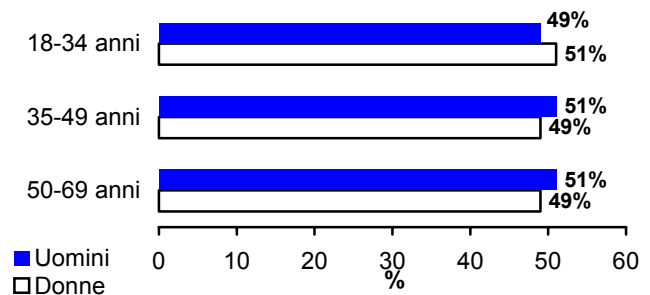
Rispetto alle 2.061 persone complessivamente selezionate, 1.784 (87%) sono state intervistate, mentre 277 (13%) sono state sostituite. La maggior parte delle sostituzioni (9%) riguarda assistiti non rintracciabili dopo i tentativi telefonici previsti in fasce orarie e giorni diversi o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. I tassi di risposta regionali (in linea con quelli nazionali) appaiono alti rispetto a quelli rilevati in studi analoghi condotti a livello internazionale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

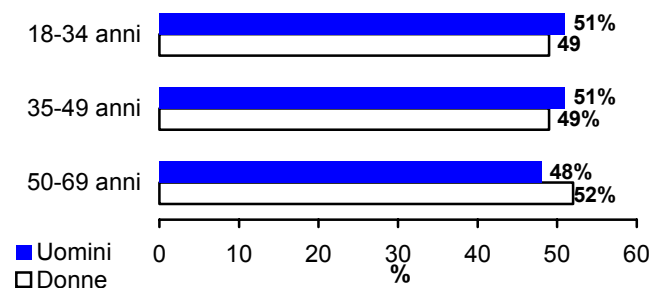
L'età e il sesso

- In Emilia-Romagna il 49% del campione intervistato (1.545 persone) è costituito da donne.
- Il 28% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 32% in quella 35-49 e il 40% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione per sesso nelle classi d'età:
campione Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

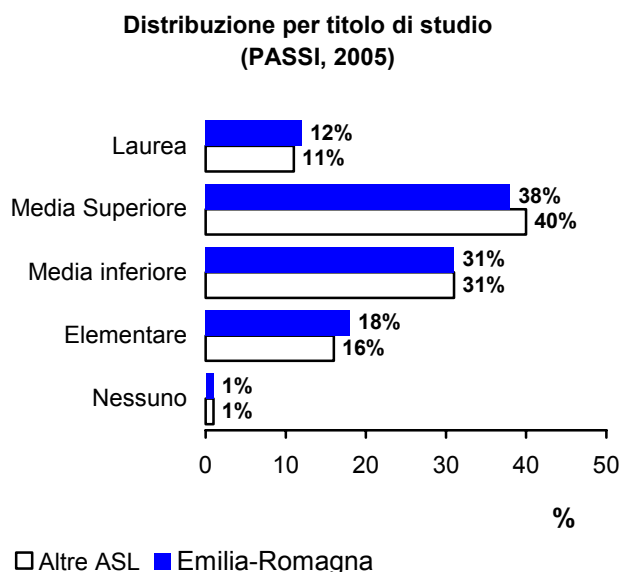


Distribuzione per sesso nelle classi d'età:
popolazione Emilia-Romagna



Il titolo di studio

- In Emilia-Romagna l'1% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 18% ha la licenza elementare, il 31% la media inferiore, il 38% la media superiore ed il 12% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale.

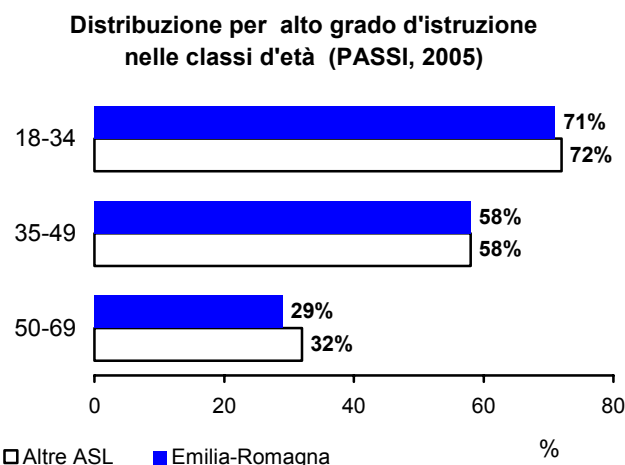


Il livello di istruzione

Gli intervistati sono stati classificati per livello di istruzione secondo i seguenti criteri:

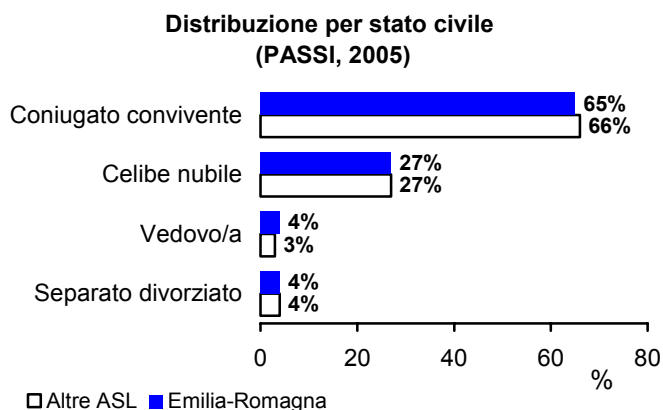
- *bassa istruzione*: nessun titolo di studio, licenza elementare o licenza media inferiore
- *alta istruzione*: scuola media superiore o laurea.

- In Emilia-Romagna il 50% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore o laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Questa distribuzione è sovrapponibile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale.



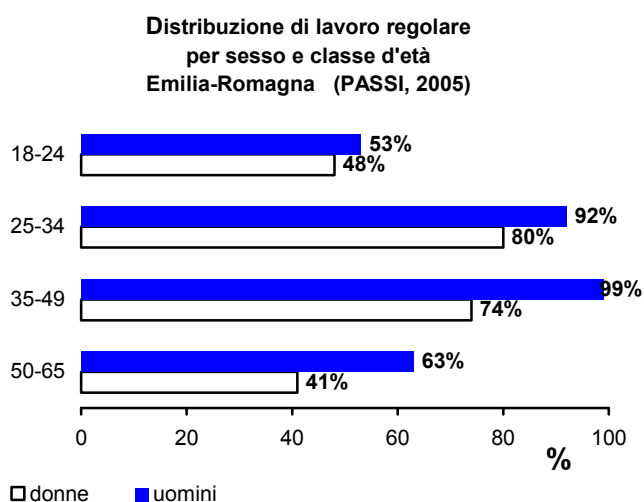
Lo stato civile

- In Emilia-Romagna i coniugati/conviventi rappresentano il 65% del campione, i celibi/nubili il 27%, i vedovi/e il 4% ed i separati/divorziati il 4%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti a livello nazionale.



Il lavoro

- In Emilia-Romagna il 71% del campione (nella fascia 18-65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (62% vs 81%).
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale riferisce di lavorare regolarmente il 63% degli intervistati (74% degli uomini e il 51% delle donne).



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione selezionato casualmente per la regione Emilia-Romagna appare rappresentativo della popolazione di riferimento per quanto riguarda sesso ed età.

Per quanto concerne le principali caratteristiche socio-demografiche non si evidenziano differenze rilevanti tra il campione regionale e l'insieme di tutte le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, tranne che per l'occupazione regolare più alta in Emilia-Romagna.

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 mortalità e 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 indicatori: stato di salute riferito, numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle abituali attività per motivi fisici e/o mentali.

Quanti cittadini hanno una buona percezione del proprio stato di salute ?

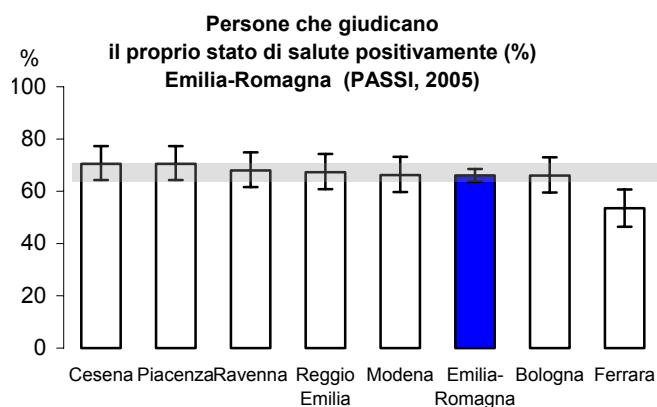
Stato di buona salute percepito
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

- In Emilia-Romagna il 66% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni (84%)
 - gli uomini (72%)
 - le persone con alta istruzione (77%)
 - le persone senza patologie severe (72%).

Caratteristiche Demografiche	%
Totale	66,1 (IC95% 63,7-68,5)
Età, anni	
18 - 34	84,3
35 - 49	71,8
50 - 69	48,8
Sesso	
uomini	71,9
donne	60,2
Istruzione	
bassa	55,6
alta	76,7
Patologia severa*	
presente	38,9
assente	72,0

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

- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale; solo Ferrara presenta un valore più basso (54%) statisticamente significativo.
- Tra tutte le ASL partecipanti a livello nazionale, il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.



Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese?

- In Emilia-Romagna le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1,3 giorni al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con limitazioni nelle abituali attività è maggiore nella fascia 50-69 anni.
- Le donne riferiscono un numero maggiore di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e sono maggiormente limitate nelle loro abituali attività.

Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
Totale	3,1	3,3	1,3
Età, anni			
18 - 34	1,9	2,6	0,8
35 - 49	2,7	2,8	1,0
50 - 69	4,5	4,2	1,9
Sesso			
uomini	2,0	2,1	1,0
donne	4,4	4,5	1,7

- Tra le Ausl della Regione con campione rappresentativo, Ferrara presenta i valori di giorni in cattiva salute più elevati (4,4 giorni per motivi fisici, 4,6 per motivi psicologici e 2,5 con limitazioni), mentre Reggio Emilia quelli più bassi (1,9 giorni per motivi fisici, 1,2 per motivi psicologici e 0,8 con limitazioni).
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale, il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,2 per motivi fisici, 3,3 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 giorni al mese. Anche in queste ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Conclusioni e raccomandazioni

Come atteso sia dai dati di letteratura sia dall'Indagine Multiscopo dell'Istat, anche a livello regionale la percezione del proprio stato di salute è peggiore nelle donne, nelle persone più anziane e in quelle con un livello di istruzione basso. Il monitoraggio dell'andamento della percezione del proprio stato di salute, in particolare nelle fasce più a rischio, potrà essere un utile elemento per valutare lo stato di salute della propria popolazione.

Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1.9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

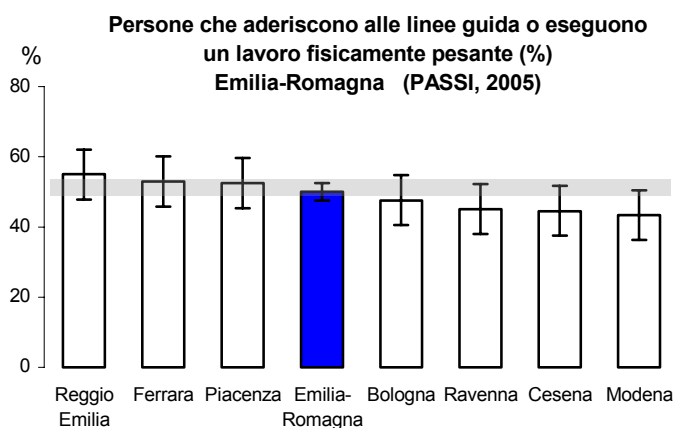
I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con interventi su altri determinanti quali quelli sociali ed ambientali) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- In Emilia-Romagna il 50% delle persone intervistate effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica, il 37% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 13% è completamente sedentario.
- Le persone completamente sedentarie sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone attive in linea con le raccomandazioni (range dal 55% di Reggio Emilia al 43% di Modena).
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 42% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

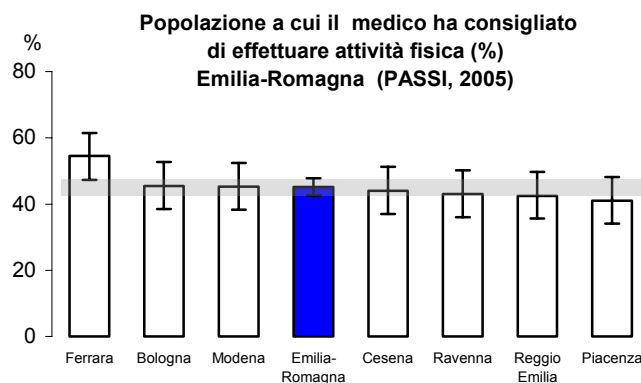
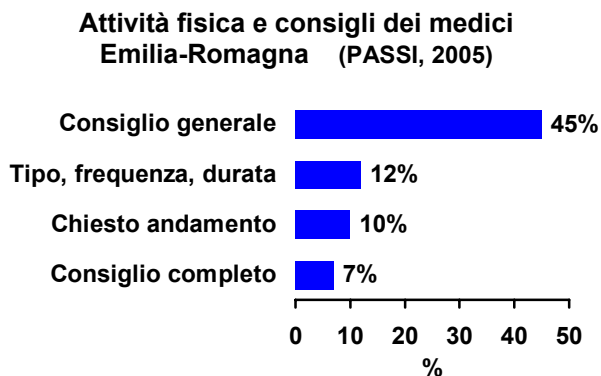
Sedentarietà Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
Totale	13,3 (IC95%:11,7-15,2)
Età, anni	
18 - 34	8,2
35 - 49	13,9
50 - 69	16,6
Sesso	
uomini	12,9
donne	13,8
Istruzione	
bassa	15,1
alta	11,6

* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante



Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro pazienti

- In Emilia-Romagna il 42% degli intervistati riferisce che il medico si è informato in merito al livello di attività fisica praticata ed il 45% che ha raccomandato di fare regolare attività fisica.
- Il 12% degli intervistati ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere (il 26% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Al 10% di tutti gli intervistati è stato chiesto l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata (al 48% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Solo il 7% degli intervistati dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata (il 15% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo la percentuale di popolazione che ha ricevuto consigli dal medico sull'attività fisica, eccetto Ferrara con una percentuale più elevata (55%).



- Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale, il 38% degli intervistati riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla: il 10% degli intervistati ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata e il 10% la verifica in occasione di visite successive. Solo il 7% degli intervistati riferisce di aver ricevuto i consigli completi.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che quasi la metà della popolazione dell'Emilia-Romagna pratica attività fisica in linea con le raccomandazioni; rimane pertanto un'ampia fascia di popolazione che svolge un'attività fisica insufficiente o non l'effettua affatto. Pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle altre ASL partecipanti a livello nazionale allo studio PASSI, rimane un ampio margine per incrementare la quota di persone che pratica attività fisica.

Solo in circa la metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti; la percentuale dei medici che danno consigli più dettagliati è molto bassa. Appare pertanto opportuno aumentare le possibilità del medico di intervenire in questo ambito di promozione della salute.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, istruttori sportivi, ecc.) ed interventi ambientali per un'efficace promozione dell'attività fisica nelle fasce di popolazione più sedentaria.

L'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 il maggiore 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 diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono di metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

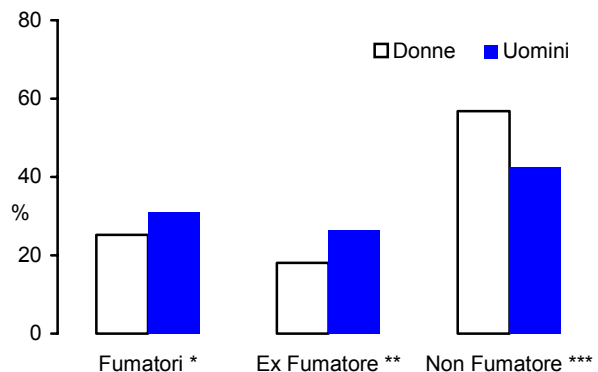
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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?

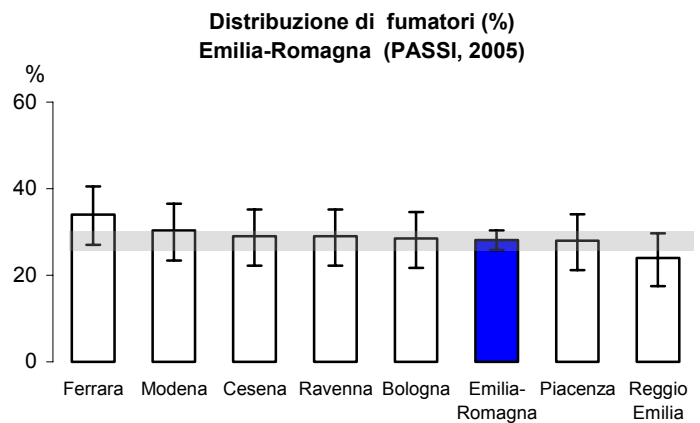
- Il 50% delle persone intervistate riferisce di non fumare, il 28% di fumare e il 22% di essere un ex fumatore.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (31% versus 25%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (57% versus 43%).

Distribuzione abitudine al fumo per sesso
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



*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

- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 34% di Ferrara al 24% di Reggio Emilia).
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.



Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- I tassi più alti di fumatori si sono osservati nelle classi d'età più giovani (dai 18 ai 49 anni), negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'abitudine al fumo è sempre più alta tra gli uomini che tra le donne: a Reggio Emilia la differenza è minima (2%), mentre a Ravenna è maggiore (16%).
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo nel campione è risultata di circa 18 anni.
- In media si fumano circa 14 sigarette al giorno.
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini, così come rilevato in Emilia-Romagna. Non sono emerse differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	28,1 (IC95%:25,9-30,4)
Età, anni	
18 - 24	33,3
25 - 34	32,2
35 - 49	31,0
50 - 69	24,2
Sesso ^	
uomini	30,9
donne	25,2
Istruzione ^^	
bassa	32,6
alta	23,7

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

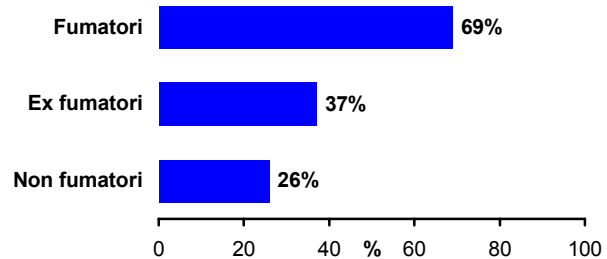
^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

^^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

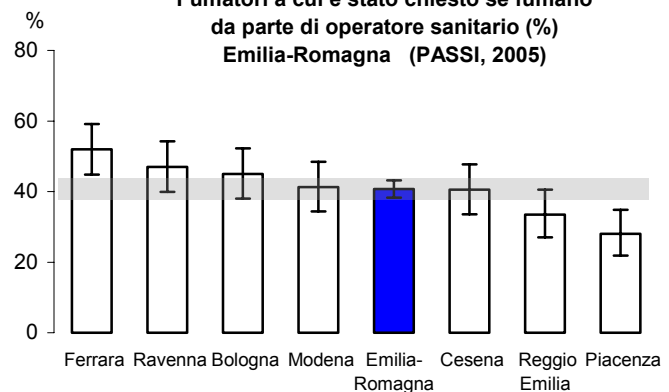
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Il 41% delle persone intervistate riferisce che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 69% dei fumatori, il 37% degli ex fumatori e il 26% dei non fumatori.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate più alta è a Ferrara (52%) e la più bassa a Piacenza (28%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce di essere stato interpellato sulla propria abitudine al fumo da un operatore sanitario è risultata pari al 39% (65% nei fumatori, 36% negli ex fumatori e 26% nei non fumatori).

Persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



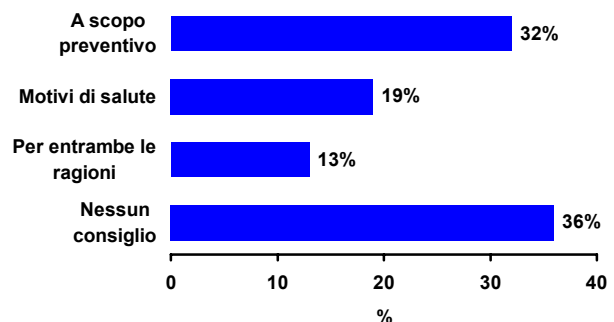
Fumatori a cui è stato chiesto se fumano da parte di operatore sanitario (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



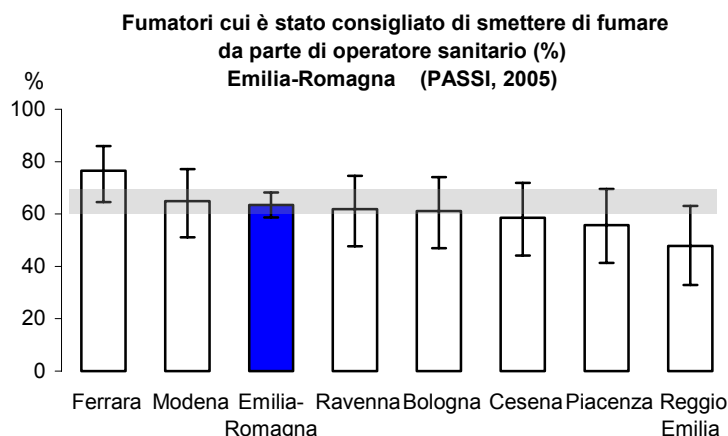
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Circa due fumatori su tre (64%) riferiscono di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (32%).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare varia dal 77% di Ferrara al 48% di Reggio Emilia.

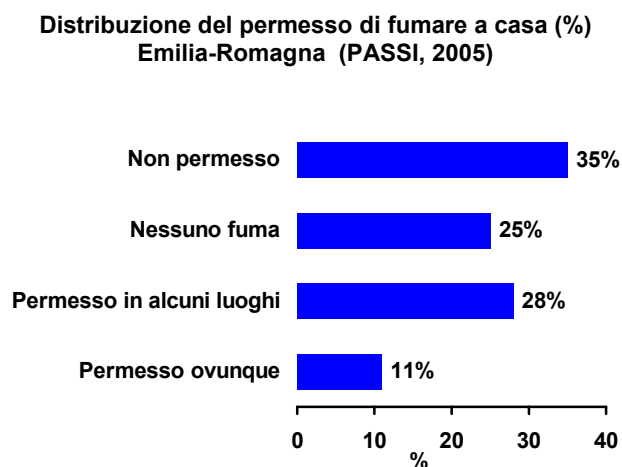


Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- In Emilia-Romagna il 95% degli ex fumatori intervistati ha smesso di fumare da solo; solo l'1% riferisce di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Su questo aspetto non emergono differenze significative tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti a livello nazionale confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

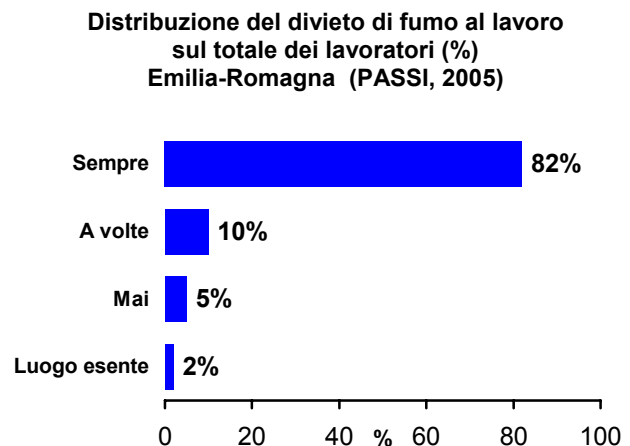
Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- In Emilia-Romagna gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 60% dei casi (35% non permesso; 25% nessuno fuma), con un range dal 71% di Piacenza al 48% di Modena. Solo l'11% riferisce che è possibile fumare ovunque in casa.
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 62% i casi (37% on permesso; 25% nessuno fuma).



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

- Nell'82% dei casi il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.
- Non emergono differenze statisticamente significative nelle 7 Ausl della regione con campione rappresentativo (range dall'86% di Reggio Emilia al 76% di Ferrara).
- Tra le ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale il 76% degli intervistati dichiara che il divieto di fumare nel luogo di lavoro viene sempre rispettato.



Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo continua ad essere un fattore di rischio ad alta prevalenza (circa una persona su tre); la diversa distribuzione per classi d'età e sesso consente di individuare target di popolazione a cui indirizzare specifici interventi mirati.

Circa due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. I fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'aiuto di operatori sanitari, gruppi di auto-aiuto o all'ausilio di farmaci sono risultati molto pochi. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità per smettere di fumare, anche in considerazione del fatto che l'intervento è molto efficace. In Emilia-Romagna sono infatti presenti 37 Centri antifumo (la maggiore offerta a livello nazionale in rapporto alla popolazione residente); il tasso di cessazione al fumo ad un anno è pari al 40-50% degli iscritti ai Corsi, in linea con i protocolli nazionali.

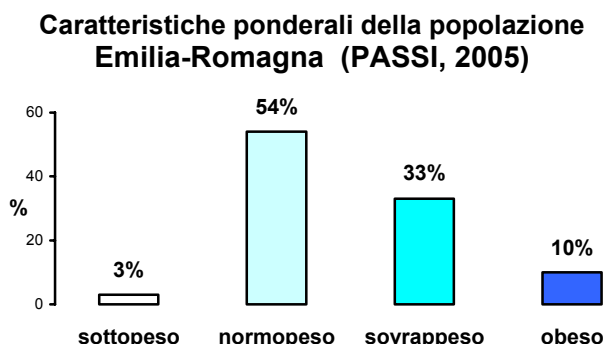
L'esposizione al fumo nell'ambiente domestico rimane consistentemente presente; il rispetto del divieto nei luoghi di lavoro è maggiore, anche se permane un margine di miglioramento.

Stato nutrizionale

L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura. Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al valore di Body Mass Index o BMI (peso in Kg / altezza² in m) e classificate in 4 categorie: sottopeso (BMI < 20), normopeso (20-24.9), sovrappeso (25-29.9) ed obeso (>30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Emilia-Romagna il 3% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 54% normopeso, il 33% sovrappeso e il 10% obeso.



Quante persone sono in eccesso ponderale e cosa fanno per perdere peso?

- Si stima che il 44% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso), senza rilevanti differenze tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo.
- L'eccesso di peso cresce con l'età, (poco meno di due persone su tre sopra ai 50 anni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale solo il 29% pratica attività fisica ed il 28% segue una dieta per perdere peso.
- Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi solo il 23% fa attività fisica ed il 28% svolge una dieta per perdere peso.

**Popolazione con eccesso ponderale *
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)**

Caratteristiche demografiche	%
Totale	43,9 (IC 95% 41,4-46,4)
Età, anni[^]	
18 – 24	14,9
25 – 34	27,2
35 – 49	39,8
50 – 69	61,6
Sesso^{^^}	
uomini	51,8
donne	35,9
Istruzione	
bassa	54,7
alta	33,2

* popolazione in sovrappeso od obesa (BMI>25)
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)
^{^^} le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna l'eccesso ponderale rappresenta un fattore di rischio ampiamente diffuso nella popolazione, in particolare sopra ai 50 anni. La maggior parte delle persone in eccesso ponderale riferisce di non seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso. Appare importante pertanto implementare a livello locale gli interventi raccomandati per ridurre la prevalenza del sovrappeso.

Abitudini alimentari

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai 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 riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: le raccomandazioni internazionali prevedono il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno ("five a day")?

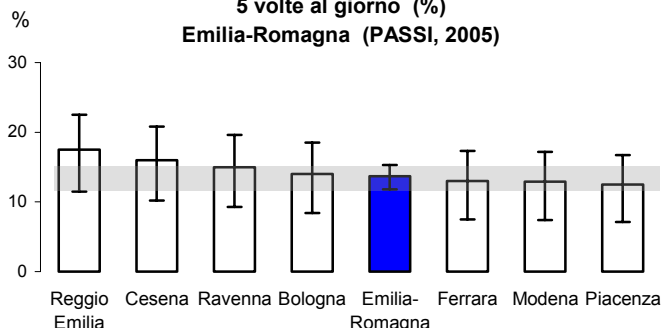
- In Emilia-Romagna il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 14% aderisce però alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa sana abitudine è più diffusa in due fasce d'età (18-24 e 50-69 anni) e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti legate al grado di istruzione.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che consuma frutta nelle quantità raccomandate (range dal 18% di Reggio Emilia al 12% di Piacenza).
- Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI al livello nazionale, la percentuale di chi aderisce al "five a day" risulta pari al 13%, più alta tra i 50-69enni e più diffusa tra le donne.

Consumo di 5 porzioni di frutta o verdura al giorno ("five a day")
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	(%)
Totale	13,7 (IC95%:12,1-15,6)
Età, anni	
18 - 24	17,9
25 - 34	8,7
35 - 49	9,5
50 - 69	18,7
Sesso [^]	
uomini	9,1
donne	18,4
Istruzione	
bassa	15,0
alta	12,5

[^] Le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,0001$)

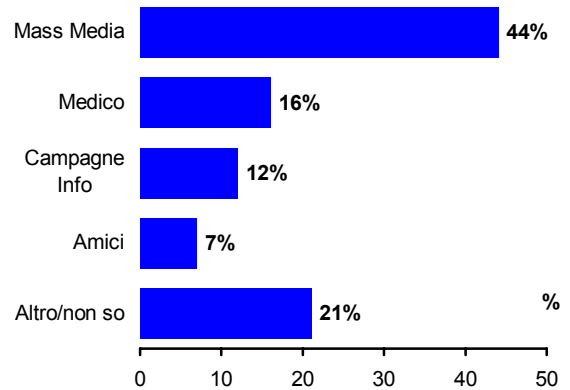
Persone che mangiano frutta e verdura 5 volte al giorno (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Quanti conoscono il “five a day”? E da chi ne hanno sentito parlare?

- In Emilia-Romagna il 53% degli intervistati riferisce di conoscere il “five a day” (in linea col 56% delle ASL partecipanti allo studio).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo il 16% degli intervistati riferisce di averla ricevuta da un medico.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di conoscenza del “five a day” varia dal 62% di Modena al 49% di Bologna.

Provenienza dell'informazione sul 'five a day' (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo una piccola percentuale (14%) mangia le cinque porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti solo la metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, promuovendo la collaborazione tra servizi di prevenzione e i medici di medicina generale.

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 eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate e violenza) nonché al fumo e/o all'uso di droghe 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.

Si considerano "consumatori a rischio" tre tipologie di bevitori: i 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), i bevitori fuori pasto e coloro che effettuano grandi bevute o *binge drink* (consumo almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Quante persone consumano alcol?

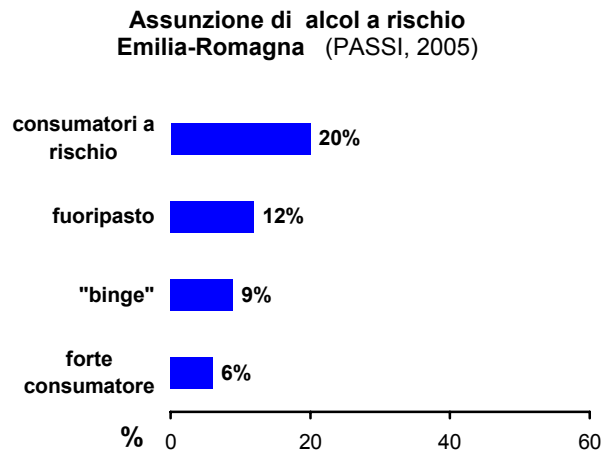
- In Emilia-Romagna il 72% degli intervistati riferisce di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore).
- Il consumo di alcol è più frequente nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), negli uomini in maniera rilevante rispetto alle donne e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 75% di Piacenza al 65% di Ferrara).
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 64% degli intervistati ha consumato almeno un'unità alcolica, con valori più alti nei uomini (79% vs 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% vs 60%). Non emergono differenze nel consumo per classi d'età.

Consumo di alcol Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Persones che hanno bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese (%)
Totale	71,5 (IC95%:69,2-73,7)
Età, anni	
18 - 24	76,3
25 - 34	73,2
35 - 49	74,0
50 - 69	67,6
Sesso[^]	
uomini	85,6
donne	57,1
Istruzione^{^^}	
bassa	67,8
alta	75,2

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)
^{^^} le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Il 12% degli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana nell'ultimo mese.
- Il 9% 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 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Valutando le tre modalità di assunzione dell'alcol a rischio (forte consumo, consumo fuori pasto o "binge"), il 20% degli intervistati è un considerevole "consumatore a rischio".
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 12% beve fuoripasto, l'8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.



Quali sono le caratteristiche dei consumatori a rischio?

- Le modalità di assunzione di alcol considerate a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge") risultano più diffuse tra i giovani (specialmente nelle fasce 18-24 e 25-34 anni), negli uomini in maniera rilevante e nelle persone con più alto livello di istruzione.

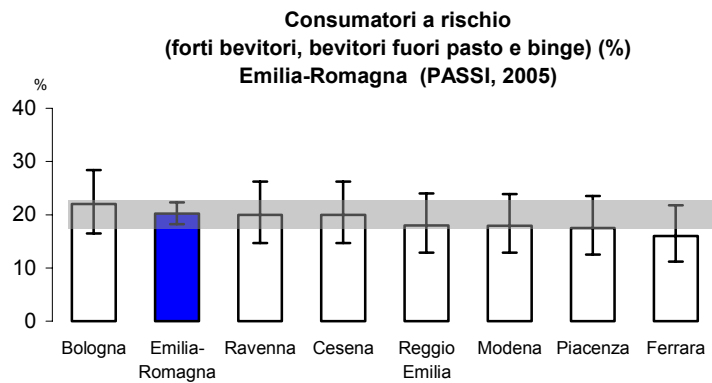
Consumatori a rischio*	
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Consumatori a rischio (n=297)
Totale	20,2 (IC 95%: 18,2-22,3)
Età, anni	
18 - 24	40,8
25 - 34	29,2
35 - 49	15,5
50 - 69	15,1
Sesso ^	
uomini	31,7
donne	8,5
Istruzione ^^	
bassa	18,1
alta	22,3

* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica fuori pasto o più di tre unità/giorno per gli uomini e più di due per le donne o 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.

^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,0001$)

^^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,04$)

- Nelle 7 Asl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di “consumatori a rischio” non mostra differenze significative (range dal 22% di Bologna al 16% di Ferrara).



Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questa modalità di assunzione di alcol ritenuta particolarmente a rischio (anche perché strettamente correlata con la sicurezza stradale) riguarda il 9% degli intervistati e risulta più diffusa tra i giovani (nelle fasce 18-24 e 25-34 anni) e negli uomini in maniera rilevante; non vi sono differenze particolari in base al livello d’istruzione.

Bevitori “binge”
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	Bevitori “binge”* (%) (n=121)
Totale	9,1 (IC 95%: 7,8-10,7)
Età, anni	
18 - 24	14,0
25 - 34	14,4
35 - 49	7,4
50 - 69	6,8
Sesso[^]	
uomini	15,8
donne	2,3
Istruzione	
bassa	8,4
alta	9,9

* 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.

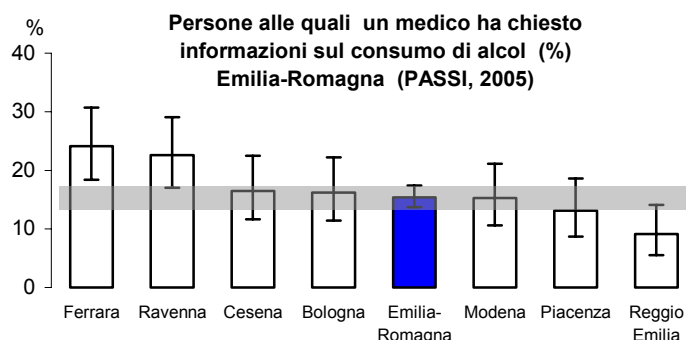
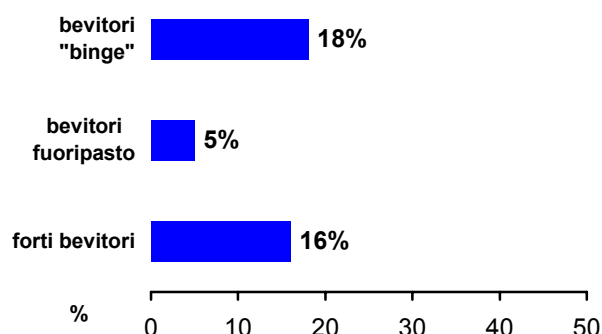
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di bevitori “binge” è risultata pari all’8%, con valori più alti nei 18-24enni (15%) e negli uomini (14% vs 2%); non si apprezzano differenze per livello d’istruzione.

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

- In Emilia-Romagna il 15% degli intervistati riferisce di aver ricevuto (negli ultimi 12 mesi) da un operatore sanitario domande relative ai propri comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- In particolare solo il 18% dei “binge, il 5%” di chi beve fuori pasto ed il 16% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra alcune differenze statisticamente significative: i valori sono più alti a Ferrara (24%) e Ravenna (23%), i più bassi a Reggio Emilia (9%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 14% degli intervistati riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei “binge”, al 7% dei bevitori fuoripasto e all'11% dei forti bevitori.

Bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna si stima che un quinto della popolazione tra i 18 ed i 69 anni abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio o per la quantità o per le modalità di assunzione. Gli operatori sanitari si informano poco sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderare il consumo dell'alcol.

I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.

Sicurezza stradale

Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

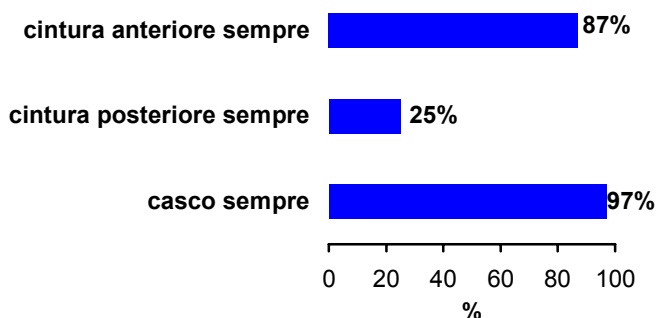
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

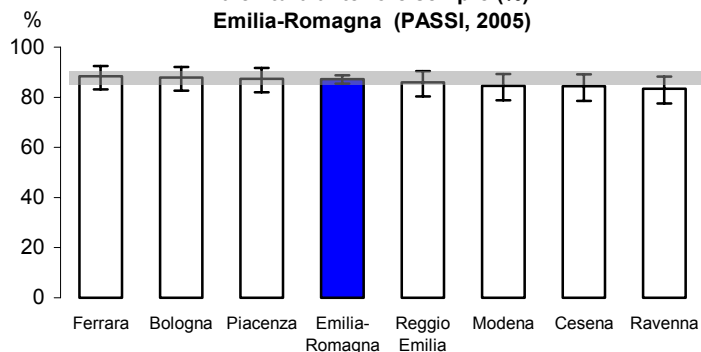
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Emilia-Romagna l'87% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (25%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 97% riferisce di usare sempre il casco.
- Tra le 7 Ausl con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale le percentuali sono risultate inferiori e sono le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

Uso dei dispositivi di sicurezza
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Persone che usano
la cintura anteriore sempre (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

(in questo studio si intende in "stato di ebbrezza" coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica)

- Il 13% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questo comportamento è più diffuso tra le persone comprese nella fascia di età 25-49 anni, negli uomini (in maniera rilevante) e nelle persone con un maggior livello d'istruzione.
- Il 13% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da una persona che guidava in stato di ebbrezza almeno una volta nell'ultimo mese.
- Nelle 7 Ausl con campione rappresentativo, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato in stato di ebbrezza varia dal 17% di Modena al 12% di Ferrara e Bologna.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11%. La classe di età con percentuali più elevate è quella 18-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (19% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	12,9 (IC95%:11,3-14,7)
Età, anni	
18 - 24	11,8
25 - 34	16,8
35 - 49	14,6
50 - 69	9,8
Sesso[^]	
uomini	23,1
donne	2,5
Istruzione^{^^}	
bassa	10,9
alta	14,9

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

^{^^} le differenze risultano statisticamente significative (p<0,02)

Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili anteriori e del casco. Rimangono ampi livelli di miglioramento per l'utilizzo della cintura posteriore.

Il problema della guida in stato di ebbrezza risulta particolarmente diffuso tra gli uomini giovani (25-34 e 35-49 anni).

Alla luce di queste considerazioni risulta importante continuare e rafforzare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di vigilanza da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione anche al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione 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 non diagnosticata o scarsamente controllata, con un altissimo 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.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati necessita di un trattamento farmacologico per ridurre i valori pressori; a questo obiettivo contribuiscono efficacemente l'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Emilia-Romagna l'85% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni ed il 7% più di 2 anni fa. Il restante 8% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate negli ultimi due anni cresce con l'età (91% sopra ai 50 anni), non si differenzia tra i sessi ed è più alta nelle persone con un livello di istruzione più basso.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni varia dal 92% di Piacenza all'82% di Bologna.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'81% con un andamento per età, sesso e livello di istruzione sovrapponibile a quello regionale.

Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	%
Totale	84,7 (IC95%:82,8-86,4)
Età, anni	
18 - 34	76,4
35 - 49	84,4
50 - 69	90,8
Sesso	
uomini	85,5
donne	83,9
Istruzione	
bassa	87,1
alta	82,3

Quante persone riferiscono di essere ipertese?

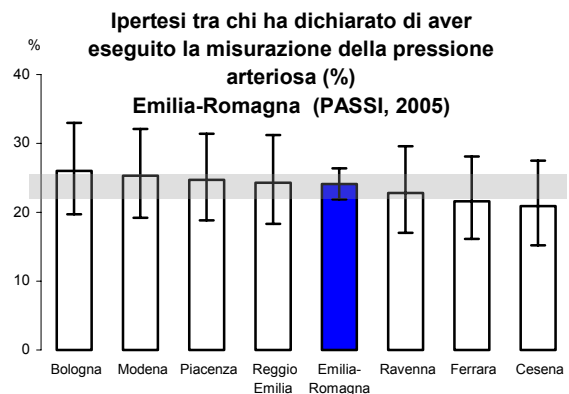
- In Emilia-Romagna circa un intervistato su quattro (24%) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- Questa percentuale cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni (42%); non emergono differenze significative per sesso, mentre il valore è sensibilmente più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 26% di Bologna al 21% di Cesena).
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone sopra ai 50 anni, negli uomini e tra le persone meno istruite.

Persone che riferiscono di essere ipertese (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	24,1 (IC 95% 21,9-26,4)
Età, anni ^	
18 - 34	4,6
35 - 49	17,2
50 - 69	41,7
Sesso	
uomini	25,0
donne	23,1
Istruzione	
bassa	29,4
alta	18,6

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

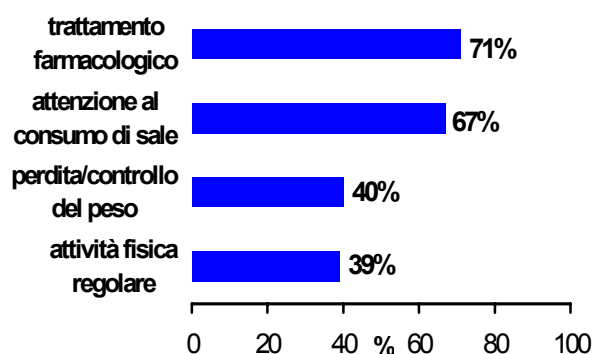
^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,001$)



Come viene trattata l'ipertensione?

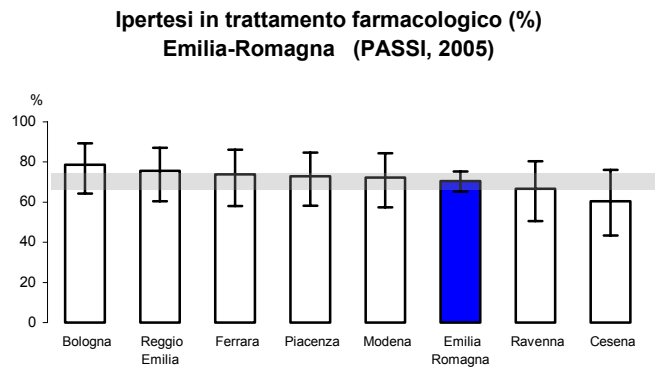
- Il 71% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (67%), controllando il proprio peso corporeo (40%) e svolgendo regolare attività fisica (39%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione* Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



* ognuna considerata indipendentemente

- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di ipertesi che riferiscono di essere in trattamento farmacologico varia dal 79% di Bologna al 61% di Cesena.



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni. La proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è modesta: tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non “best practice”, in particolare nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi si può controllare l’ipertensione attraverso un’attività fisica regolare, una dieta iposodica ponendo attenzione al peso corporeo; in altri è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, pur senza 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 intervenire. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipidemia (generalmente misurata come livello serico) e coronarosclosi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- In Emilia-Romagna l'84% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Questa percentuale cresce con l'età (arrivando a circa il 91% sopra ai 50 anni) ed è maggiore nelle donne. Non vi sono differenze rilevanti legate al livello d'istruzione.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno effettuato la colesterolemia varia dal 91% di Piacenza al 80% di Bologna.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 79% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.

Persone a cui è stata misurato almeno una volta il colesterolo (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	83,7 (IC95%:81,8-85,5)
Età, anni	
18 - 34	73,2
35 - 49	83,4
50 - 69	91,4
Sesso	
uomini	80,5
donne	87,0
Istruzione	
bassa	90,2
alta	87,5

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In Regione tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 26% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte (sopra i 50 anni si sale al 37%) e nelle persone con livello di istruzione più basso, mentre non si apprezzano differenze fra i due sessi.

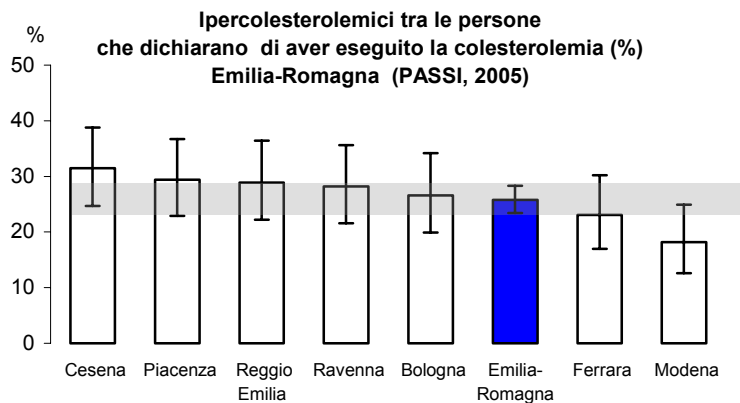
Ipercolesterolemici (%) Emilia-Romagna Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	25,8 (IC 95%23,4-28,3)
Età, anni[^]	
18 - 34	9,7
35 - 49	22,4
50 - 69	37,3
Sesso	
uomini	25,7
donne	25,8
Istruzione ^{^^}	
bassa	30,7
alta	20,7

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

^{^^} le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

- Tra le 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone con ipercolesterolemia varia dal 32% di Cesena al 18% di Modena.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è analogo a quello regionale.

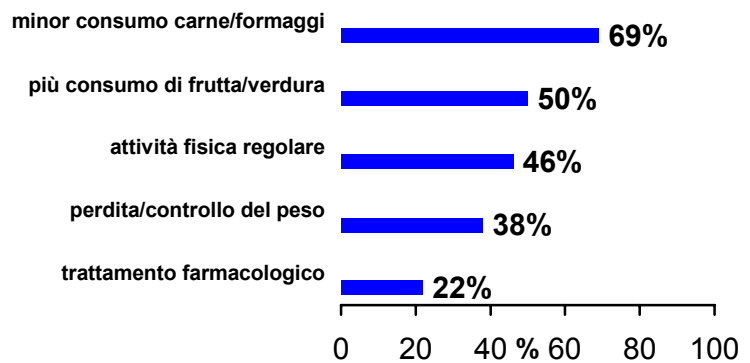


Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

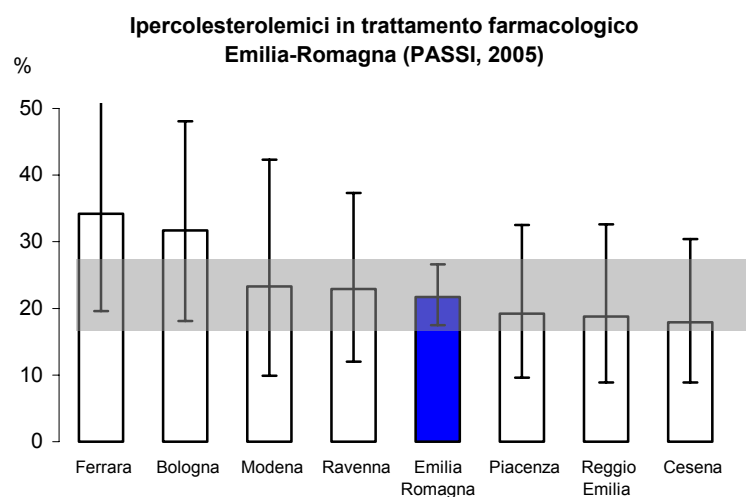
Il 22% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.

- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici controllano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (69%), aumentando il consumo di frutta e verdura (50%), svolgendo regolare attività fisica (46%) e riducendo il peso (38%).
- Nelle 7 Ausl con campione rappresentativo, la percentuale di ipercolesterolemici che riferisce di essere in trattamento farmacologico varia dal 34% di Ferrara al 18% di Cesena.

Modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia* Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



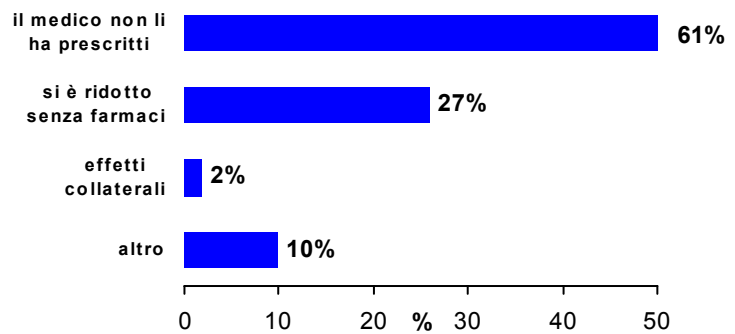
* ognuna considerata indipendentemente



Quali sono i motivi per cui una parte degli ipercolesterolemici non assume farmaci ?

- Il 61% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 27% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Solo il 2% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci antiipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

**Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)**



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna una piccola percentuale di persone intervistate non è mai effettuato una verifica della colesterolemia (16%); tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, quarto della popolazione nella fascia 18-69 anni e più di un terzo sopra ai 50 anni dichiara di avere l'ipercolesterolemia.

Una particolare attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. In questi campi d'intervento è possibile un ampio margine di miglioramento.

Carta del 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 alla 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.

La carta 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. La carta del rischio cardiovascolare si utilizza a partire dai 40 anni.

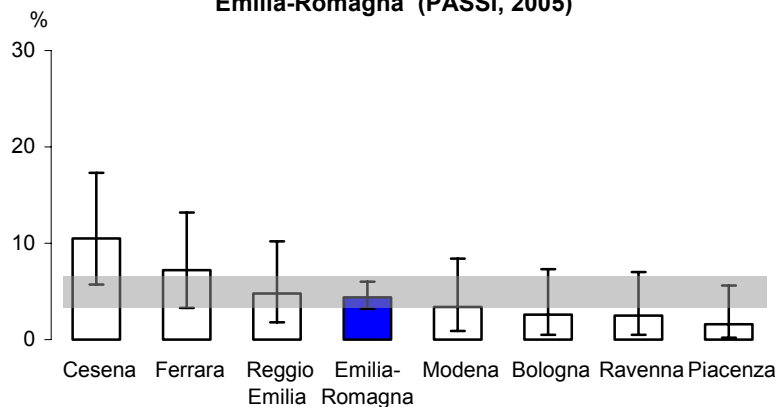
A quante persone è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare?

- In Emilia-Romagna il 4% degli intervistati nella fascia d'età 40-69 anni riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo questa percentuale varia dall'11% di Cesena al 2% di Piacenza.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è pari al 9%.

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	%
Totale	4,4 (IC 95%3,2-6,0)
Età, anni	
40 - 49	2,6
50 - 59	5,5
60 - 69	5,1
Sesso	
uomini	5,8
donne	3,0
Istruzione	
bassa	3,4
alta	5,9

Persone oltre i 40 anni cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici. Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed impiegato molto più frequentemente in quanto aumenta la consapevolezza degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione e cura intraprese. Uno specifico progetto regionale, in linea con le indicazioni nazionali, è stato predisposto all'interno del Piano Regionale della Prevenzione.

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).

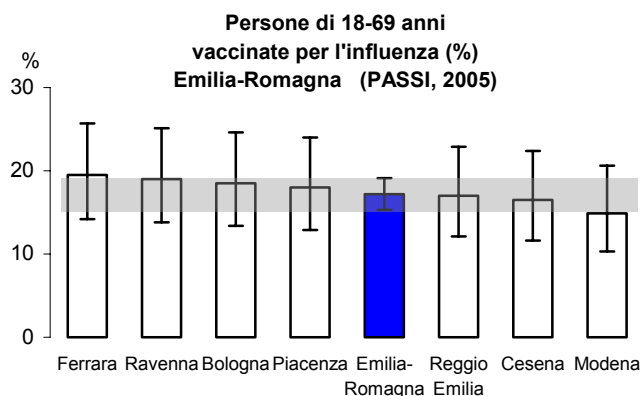
La frequenza con cui insorgono i casi di influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività.

La vaccinazione, mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia, è raccomandata a persone con età maggiore di 64 anni e a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie.

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- In Emilia-Romagna il 17% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 52% tra i 65-69 anni.
- Nelle persone sotto i 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica solo il 29% risulta vaccinato.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate (range dal 20% di Ferrara al 15% di Modena).
- La percentuale più alta di vaccinati nella fascia 65-69 anni è a Modena (71%), quella di persone con meno di 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica a Bologna (39%).
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica.

Caratteristiche demografiche		Vaccinati
Totale		17.2 (IC95%:15,3- 19,1)
Età	≥65	52,3
	<65	13,3
	<65 con almeno una patologia cronica	28,6
Sesso	uomini	18,1
	donne	16,1
Istruzione	bassa	22,5
	alta	11,8



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate, in particolare la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale, hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie meno di una su tre risulta vaccinata e la copertura per il gruppo di età 65-69 anni richiede un miglioramento.

Appare pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

I risultati della campagna vaccinale 2005-2006 confortano sul fatto che si sta procedendo in questa direzione: l'incremento delle persone vaccinate sotto i 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica è stato del 17% rispetto alla campagna precedente.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto l'eliminazione della rosolia congenita attraverso la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide.

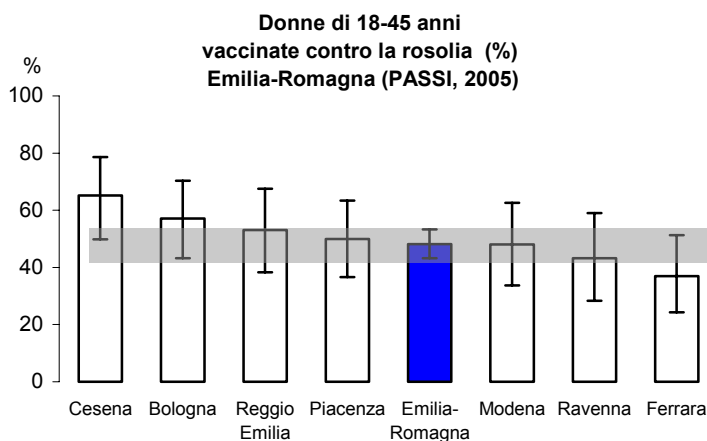
La strategia mostratasi più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'assicurare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile ancora suscettibili. Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 48% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 59% tra 18-24 anni al 41% tra 35-45 anni); non emergono differenze legate al livello d'istruzione.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, verosimilmente per la bassa numerosità campionaria (range dal 65% di Cesena al 37% di Ferrara).
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di donne vaccinate è risultata più bassa (31%).

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=392) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

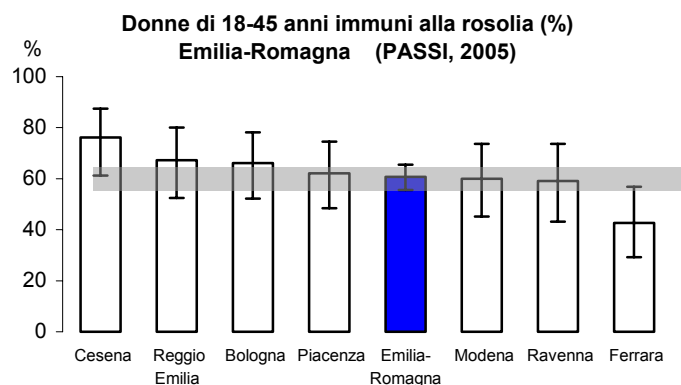
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	48,2 (IC95%: 43,2 – 53,3)
Età	
18-24	59,2
25-34	51,1
35-45	41,4
Istruzione	
bassa	49,4
alta	47,7



Quante donne sono immuni, suscettibili o non conoscono il loro stato vaccinale rispetto alla rosolia?

- In Emilia-Romagna il 60% circa delle donne di 18-45 anni è immune alla rosolia o per la vaccinazione (48%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (12%).
- Il 4% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 36% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate immuni alla rosolia è a Cesena (76%), la più bassa a Ferrara (43%) in linea con la copertura vaccinale rilevata.
- Tra le ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale la percentuale di donne immuni è pari al 53%.

Stato immunitario per la rosolia (donne 18-45 anni; n=392) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)		%
Immuni		60.7
- vaccinate		48.2
- non vaccinate con rubeotest positivo		12.5
Suscettibili/Stato sconosciuto		39.3
- non vaccinate con rubeotest negativo		2.8
- non vaccinate con rubeotest effettuato, ma con esito non noto		3.9
- non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato		32.6



Conclusioni e raccomandazioni

Quasi due donne su tre in Emilia-Romagna sono stimate immuni alla rosolia; in un terzo delle donne circa non si conosce lo stato immunitario nei confronti della rosolia.

Per raggiungere i livelli di copertura vaccinale raccomandati appare opportuno programmare interventi per recuperare le donne in età fertili suscettibili all'infezione con il coinvolgimento di varie figure professionali, tra le quali principalmente medici di famiglia, ginecologi ed ostetriche.

Diagnosi precoce delle neoplasie 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. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno.

In Emilia-Romagna il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1997-2003 è stato di 11/100.000 donne residenti; nel 2006 si stimano 208 nuovi casi. In Regione la mortalità relativa a tutti tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione, registrando un tasso standardizzato (Italia '91) di 10.2/100.000 nel 1994 e 7.6 nel 2004; nel 2005 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 76. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 70%. Si stima che a gennaio 2003 fossero circa 1.500 le donne viventi in Emilia-Romagna, con una diagnosi di tumore invasivo del collo dell'utero nei dieci anni precedenti.

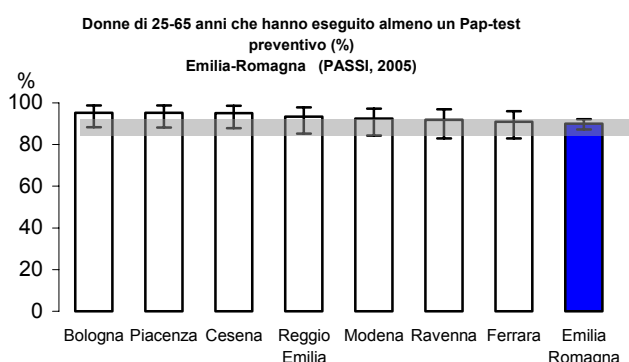
Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme. In Emilia-Romagna il programma è partito tra il 1995 e il 1997 in tutte le Aziende Sanitarie.

Quante donne hanno eseguito un Pap-test?

- In Emilia-Romagna il 90% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato il Pap-test in assenza di segni e sintomi; la percentuale più alta si registra nella fascia 35-49 anni e nelle donne coniugate.
- L'età media del primo Pap-test effettuato a scopo preventivo è di 31 anni.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il Pap-test preventivo è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 95% di Bologna al 90% di Ferrara).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine solo il 78% delle donne di 25- 64 anni riferisce di aver eseguito il Pap-test a scopo preventivo.

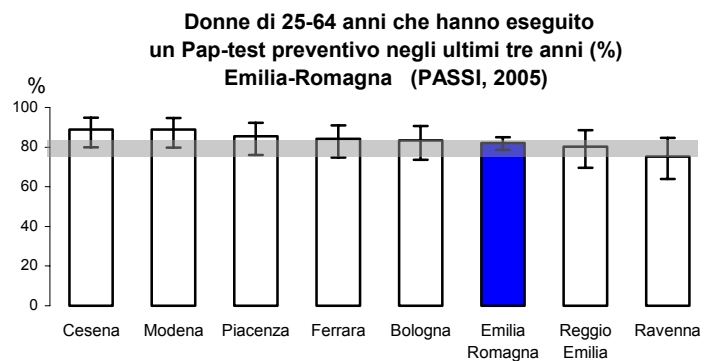
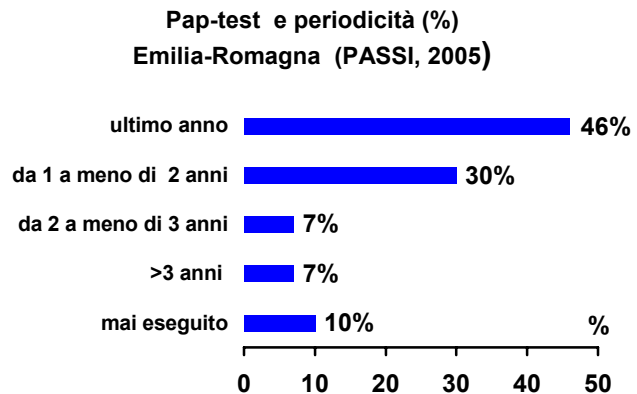
Diagnosi precoce neoplasie collo dell'utero (25-64 anni) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Pap-test effettuato * (%)
Totale	90,0 (IC95%:87,3-92,2)
Età, anni	
25 - 34	78,7
35 - 49	97,4
50 - 64	90,1
Stato civile	
coniugata	92,9
non coniugata	82,7
Istruzione	
bassa	90,4
alta	89,7

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



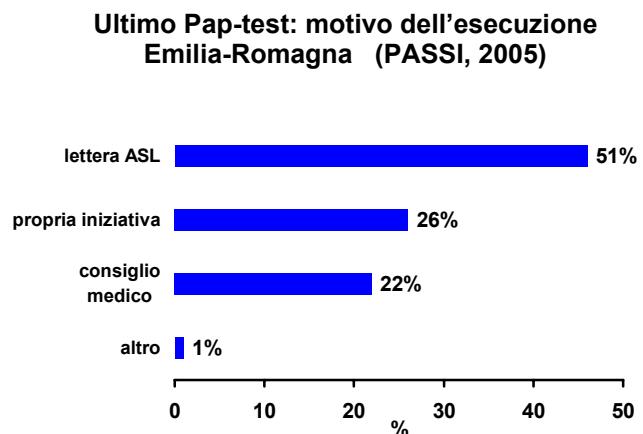
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- In Emilia-Romagna l'83% delle donne di 25-64 anni riferisce di aver eseguito l'ultimo Pap-test negli ultimi tre anni, in linea con le raccomandazioni; il 46% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Il 10% non ha mai eseguito un Pap-test a scopo preventivo.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dall'89% di Cesena al 75% di Ravenna).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un Pap-test entro i tre anni precedenti e il 22% non l'ha mai eseguito.



Viene consigliato il Pap- test alle donne?

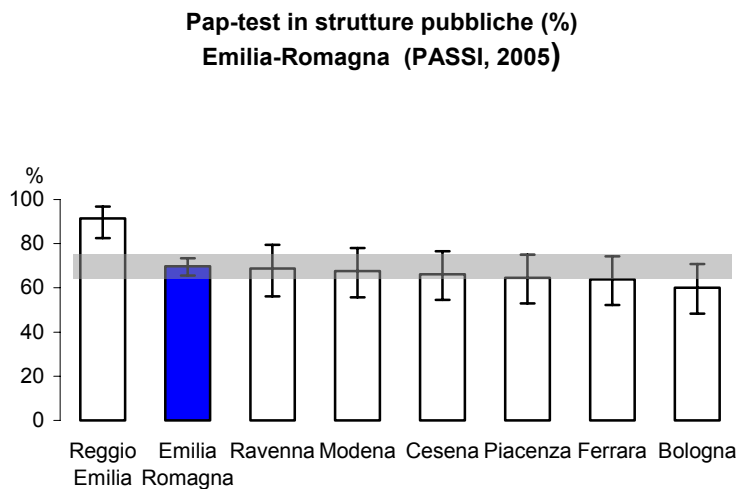
- In Emilia-Romagna il 90% delle donne dichiara di aver ricevuto una lettera di invito ed il 74% il consiglio del medico di eseguire con regolarità il Pap-test.
- L'ultimo Pap-test è stato effettuato per la lettera invito ricevuta dall'Ausl nel 51% dei casi, su propria iniziativa nel 26% e su consiglio medico nel 22%.



- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il Pap-test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo Pap-test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito nel 25%.

Dove è stato effettuato l'ultimo Pap-test?

- In Emilia-Romagna la percentuale di Pap-test eseguiti nella struttura pubblica è pari al 70% (range dal 91% di Reggio Emilia al 60% di Bologna).



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato un Pap-test a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening consolidato a livello di tutte le Ausl regionali; è elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap-test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); più della metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi all'anno.

Si stima che nel 2006 in Emilia-Romagna saranno diagnosticati circa 3.500 nuovi casi (circa 175 casi per 100.000 donne residenti). Il 16% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasie della mammella (circa 45 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 87%. Si stima che all'inizio del 2003 fossero 25.000 le donne in Emilia-Romagna affette da tumore della mammella diagnosticato negli ultimi dieci anni.

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. In Emilia-Romagna il programma è stato attivato in tutte le Ausl tra il 1994 e il 1998.

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia preventiva?

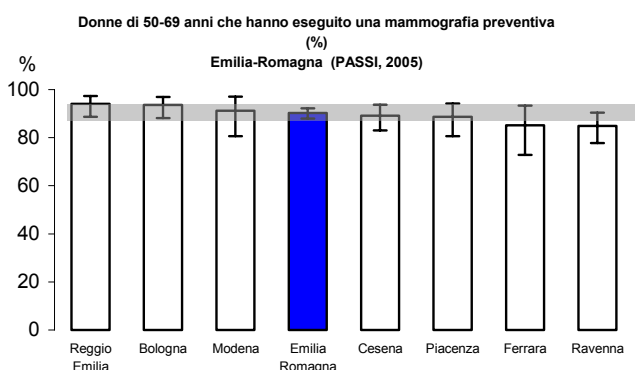
- In Emilia-Romagna il 90% delle donne intervistate nella fascia 50-69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi.
- Questa percentuale non varia con l'età, mentre è maggiore nelle donne coniugate e con bassa istruzione.
- L'età media della prima mammografia preventiva è di 46 anni.
- Tra le 7 Ausl regionali con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di donne che riferisce di aver effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo (range dal 94% di Bologna e Reggio Emilia all'85% di Ferrara e Ravenna).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 75% delle donne ha eseguito una mammografia a scopo preventivo.

Diagnosi precoce neoplasie della mammella (donne di 50-69 anni)

Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia* (%)
Totale		90,3 (IC95%:88,0-92,2)
Età, anni	50 - 59	91,9
	60 - 69	89,0
Stato civile	coniugata	91,5
	non coniugata	86,9
	Istruzione	
	bassa	91,9
	alta	86,0

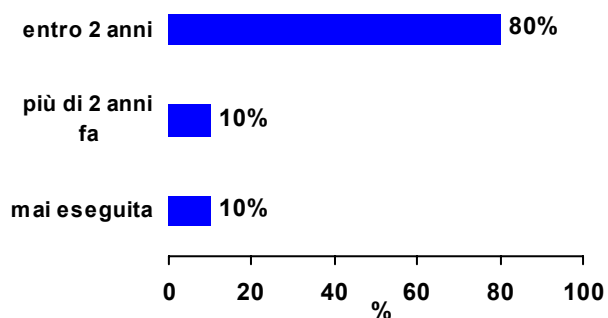
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo



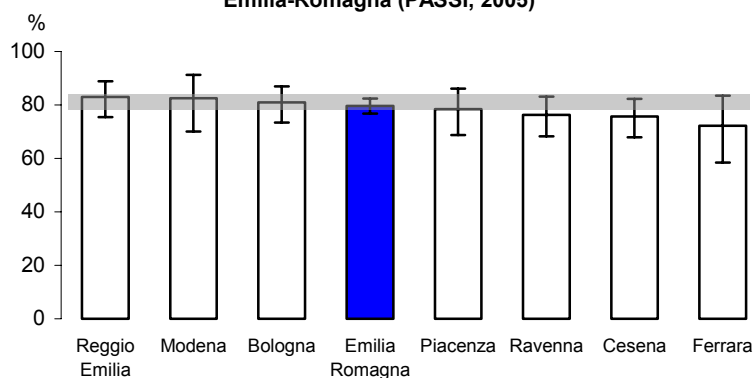
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- In Emilia-Romagna l'80% delle donne nella fascia 50-69 anni riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 10% più di 2 anni fa. Il 10% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di donne che riferisce di aver effettuato la mammografia entro i 2 anni (range dall'83% di Reggio Emilia e Modena al 72% di Ferrara).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

**Mammografia e periodicità
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)**



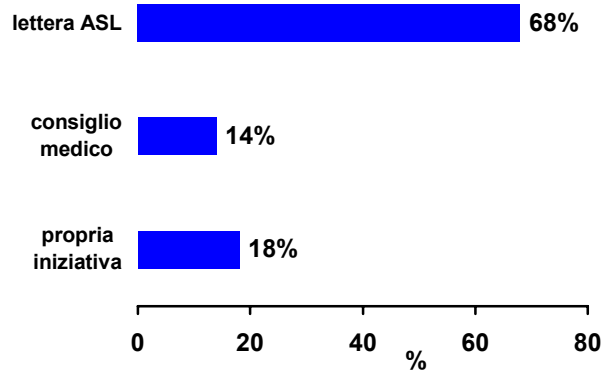
**Donne di 50-69 anni che hanno eseguito una
mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)**



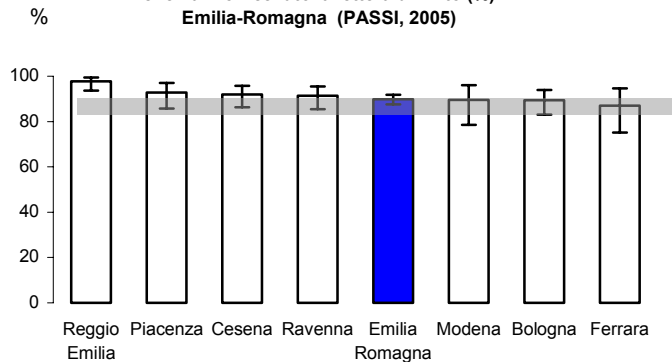
Viene consigliata la mammografia alle donne?

- In Emilia-Romagna il 90% delle donne intervistate di 50-69 anni dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dalla azienda Sanitaria ed il 67% di essere stata consigliata da un medico di effettuare con periodicità la mammografia.
- Il 60% riferisce di aver ricevuto sia la lettera sia il consiglio del medico.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 68% dei casi in seguito ad una lettera di invito dell'Ausl, nel 18% di propria iniziativa e nel 14% su consiglio medico.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze significative nella percentuale di donne che riferiscono di aver ricevuto la lettera d'invito e il consiglio del medico ad effettuare la mammografia.
- Nelle ASL partecipanti allo studio l'ultima mammografia è stata eseguita nel 39% in seguito a lettera, nel 32% del propria iniziativa e nel 29% su consiglio del medico.

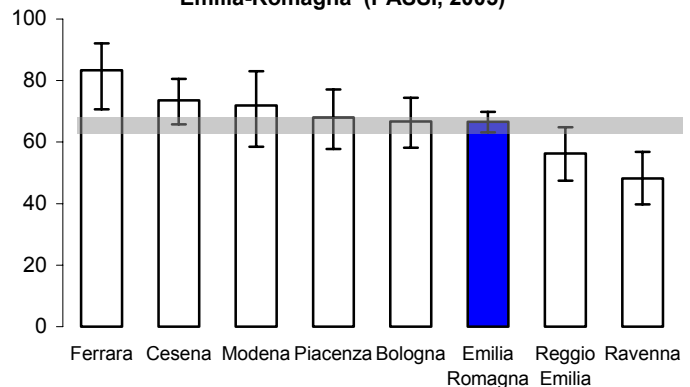
Ultima mammografia: consigli e motivo dell'esecuzione Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Donne di 50-69 anni che hanno ricevuto la lettera d'invito (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

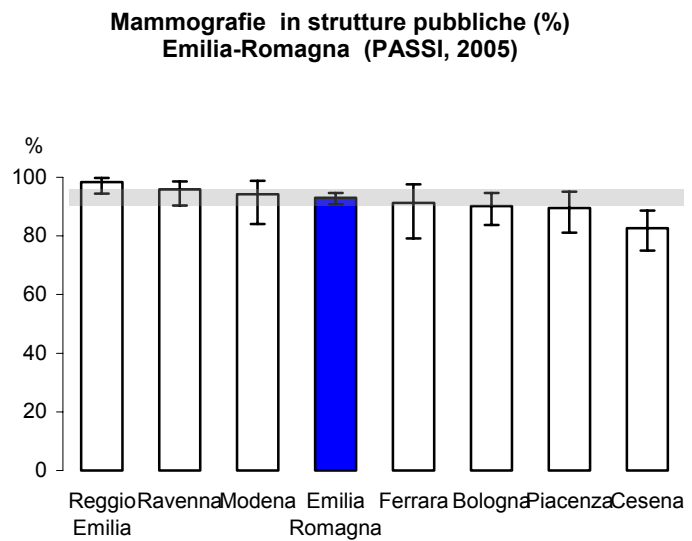


Donne di 50-69 anni cui è stato consigliato di eseguire una mammografia (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Dove è stato effettuata l'ultima mammografia?

- In Emilia-Romagna la percentuale di mammografie effettuate nella struttura pubblica è pari al 93% (range dal 98% di Reggio Emilia all'83% di Cesena).



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening consolidato a livello di tutte le Aziende Sanitarie presenti; è elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni).

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

I tumori del colon-retto rappresentano 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 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500.

In Emilia-Romagna gli ultimi dati disponibili (2002) indicano 3.800 nuovi casi all'anno (107/100.000 negli uomini e 81 nelle donne). Queste neoplasie sono responsabili dell'11-12% dei decessi per tumore, pari a 1.510 nel 2004. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 58%. Si è stimato che nel 2003 le persone viventi in Emilia-Romagna con diagnosi di tumore al colon-retto effettuata negli ultimi 10 anni fossero circa 15.500.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. In Emilia-Romagna i programmi di screening sono stati avviati in tutte le Ausl nel marzo 2005.

Quanti hanno effettuato un test per i tumori del colon-retto?

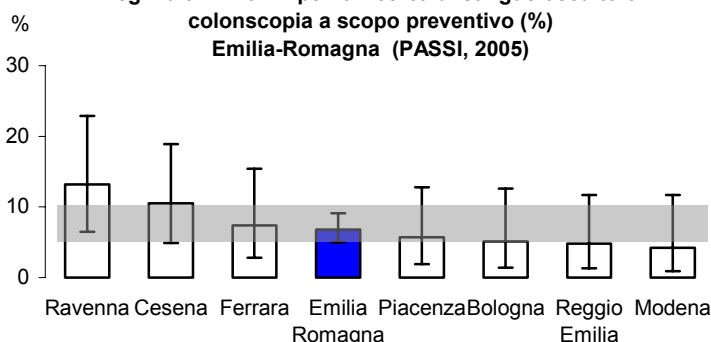
- In Emilia-Romagna il 13% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la colonscopia a scopo preventivo; il 7% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-07.
- Tra le 7 Ausl della Regione con campionamento rappresentativo, Ravenna ha testato il 25% persone (il 13% negli ultimi due anni); tra le altre Aziende non emergono differenze rispetto al riferimento regionale.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale, la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Diagnosi precoce neoplasie del colon-retto (50-69 anni)

Emilia-Romagna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi (%)
Totale	12,6 (IC95%: 10,2-15,5)
Età	
50 - 59	9,8
60 - 69	15,6
Sesso[^]	
uomini	14,1
donne	11,1
Istruzione	
bassa	12,3
alta	13,3

* sangue occulto o colonscopia

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito un test negli ultimi 2 anni per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle Ausl della Regione Emilia Romagna è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Valutazione dello Studio PASSI: i risultati di una sperimentazione su 92 delle 123 Aziende

Introduzione

La possibilità di sperimentare una raccolta di dati sui comportamenti legati a stili di vita che mettono a rischio la salute della popolazione e sull'andamento di interventi di salute nazionali, regionali o aziendali è un progetto che affascina gli operatori sanitari che, per missione, ricercano e utilizzano dati per migliorare l'azione in salute pubblica. Il Ministero della Salute e le regioni che promuovono il cambiamento del sistema di informazione sanitario del nostro Paese, hanno chiesto all'Istituto Superiore di Sanità di sperimentare un approccio che producesse i dati in maniera tempestiva e valida per poter orientare l'azione a livello locale (ASL) e regionale. Lo studio PASSI è stato quindi valutato durante tutto l'arco della sua realizzazione per produrre evidenza sulla validità, fattibilità, utilità della raccolta dei dati, per rispondere a gruppi di interesse e finanziatori, alla comunità e identificare materiali e metodi per preparare il passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza.

Metodi

Prima di iniziare lo studio, è stata condotta una valutazione propedeutica con l'intento di testare procedure e metodi e di inventariare le domande di valutazione dei gruppi di interesse (Ministero della Salute, Regioni, responsabili politici e tecnici di Aziende Sanitarie, operatori nell'ambito della prevenzione, società scientifiche dei medici di medicina generale, ISTAT) utilizzando focus group e interviste strutturate e semi-strutturate. La valutazione di processo invece, è stata conclusa nel giugno 2005 utilizzando un questionario autocompilato dai coordinatori aziendali.

Risultati

La *valutazione propedeutica* ha evidenziato che lo studio PASSI ha suscitato interesse per la possibilità di colmare un vuoto informativo sugli stili di vita, sulla diffusione di alcuni interventi preventivi e la loro efficacia. Vengono però espressi alcuni dubbi e critiche:

- sulla potenza statistica che in alcuni casi non permette la stratificazione per alcune variabili quali l'età e il livello socioeconomico,
- la mancanza di alcuni argomenti quali aspetti legati alla professione/rischi lavorativi
- una possibile duplicazione con dati provenienti da altre fonti informative.

Inoltre, si sono espresse perplessità sull'utilizzo del personale delle ASL in quanto senza nessuna esperienza su come si fanno le interviste tramite telefono.

Nella *valutazione del processo*, è emerso che la raccolta dati è durata in media due mesi e mezzo, mentre la fase interviste è durata 45 giorni; il 92% degli intervistatori erano assistenti sanitari o affini, riducendo ad un numero esiguo l'utilizzo inappropriato di medici.

Il *campionamento* è stato eseguito a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie; delle persone campionate solo per il 27% erano disponibili numeri di telefono ed indirizzi, in quanto le liste sono incomplete e a volte non aggiornate. Tale percentuale è salita all'88%, dopo una ricerca tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali. In totale quindi sono stati sostituiti il 12% di persone campionate. Nella fase di somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 5% di rifiuti e l'11% di persone non rintracciate. Quando interpellati i medici di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità di fiducia ecc).

La disponibilità di *linee telefoniche*, cellulari aziendali e carte telefoniche prepagate si è rivelato un elemento essenziale sia per non penalizzare il lavoro di routine dei dipartimenti di prevenzione, che per poter fare le telefonate fuori orario di lavoro. Resta il problema del riconoscimento delle ore di straordinario per gli intervistatori.

Il *questionario* è stato ritenuto appropriato, accettabile (da parte degli operatori e degli intervistati) e un buon strumento nelle sue parti, anche se è stato rilevato che complessivamente aveva troppe

domande; le sezione sul consumo di alcol e quella sull'attività fisica contengono alcune domande poco chiare.

L'*utilità* della raccolta di dati sperimentata dal PASSI è stata stimata su alcune qualità richieste a un buon sistema di sorveglianza:

- Semplicità: l'azienda utilizzando le proprie risorse e conoscenze è riuscita a completare l'indagine
- Flessibilità: è stato possibile inserire nel questionario e quindi nell'analisi di dati alcuni argomenti aggiuntivi (es. incidenti domestici) che in alcune aziende sanitarie era stato oggetto di uno specifico intervento
- Qualità dei dati: i questionari prodotti incompleti o con errori sono al di sotto del 5% e i dati raccolti sono in linea con altre indagini campionarie o demoscopiche (per esempio ISTAT)
- Sensibilità e valore predittivo positivo: in accordo con dati di altri Paesi, poiché si tratta di dati autoriferiti, ci si può attendere perlopiù una sottostima di molti fenomeni misurati
- Rappresentatività: il campione selezionato e intervistato è risultato rappresentativo della popolazione in studio. Le sostituzioni per mancanza del numero telefonico (12%) e le sostituzioni per rifiuto (5%) rimangono a livelli ragionevolmente bassi per possibili rischi di bias di selezione; tuttavia si può migliorare la performance con un coinvolgimento dei medici di famiglia già nella fase di campionamento.
- Tempestività: l'indagine si è conclusa nei tempi previsti, che permettono di produrre dei risultati annuali necessari per questo tipo di sorveglianza
- Accettabilità: la partecipazione degli operatori all'indagine nella fase organizzativa (corsi di formazione e reperimento dati anagrafici è stata del 80%, nella fase di esecuzione le interviste incomplete o errate sono state sotto il 5%). La partecipazione delle istituzioni locali è stata importante in quanto hanno messo a disposizione le anagrafi comunali.

Il *costo*, calcolato complessivamente e non solo sui costi aggiuntivi (es. telefono), per la sorveglianza è stato stimato in circa 12 mila euro per 200 interviste e di 21 mila euro per 600 interviste.

Discussione

In generale, la sperimentazione suggerisce che il sistema di sorveglianza da costruire sui risultati dello studio PASSI, può costituire uno strumento adeguato agli obiettivi che si era prefissato; inoltre è stato ben accettato nella ASL e i costi relativi stimati, confrontati con altre indagini/programmi, sono contenuti. I potenziali punti critici dello studio evidenziati nella valutazione formativa quali le poche competenze degli operatori e la difficoltà dei dipartimenti a misurarsi con indagini nuove, si sono dimostrati più il frutto di timori di non essere all'altezza che di reali difficoltà e limiti. Timori che sono stati superati, ne è prova il basso numero di rifiuti, il basso numero di questionari incompleti e l'assenza di interviste non condotte a termine.

I punti più critici dello studio sono il reperimento dei dati degli assistiti (indirizzo e telefono) ed il non completo coinvolgimento dei gruppi di interesse. Per quanto riguarda il reperimento dei dati degli assistiti si possono pensare altre strategie che coinvolgano da subito i medici di famiglia, evitando così potenziali bias di selezione di alcuni gruppi quali i giovani e immigrati in possesso di sola telefonia mobile.

Sul coinvolgimento dei gruppi di interesse, soprattutto cittadini e decisori in campo sanitario e politico (per esempio i sindaci) si gioca la reale utilità del sistema di sorveglianza: la sua utilità si misura sull'effettivo cambiamento dello stato di salute della comunità "provocato" dall'uso delle informazioni che il sistema produce. Ma questi cambiamenti sono possibili solo se c'è il coinvolgimento dei tre soggetti principali: comunità, decisori e operatori sanitari.

Come in tutte le sperimentazioni le nuove idee e l'entusiasmo giocano un ruolo importante che a volte aiutano a superare difficoltà organizzative e risorse limitate. Il passaggio dalla sperimentazione alla routine ovvero all'istituzionalizzazione pone tuttavia come prerequisito un forte mandato da parte delle Regioni che devono costruire delle solide basi organizzative e gestionali per creare e consolidare il sistema di sorveglianza di popolazione nei mesi a venire.

Risultati dello studio PASSI: tabella riassuntiva (123 ASL, dati non pesati)

Descrizione del campione	Emilia-Romagna	ASL partecipanti
età media	43,6 anni	43,9 anni
donne, %	49,4	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	11,5	11,2
<i>media superiore</i>	38,5	40,4
<i>media inferiore</i>	31,1	30,5
<i>elementare</i>	17,7	16,0
<i>nessuno</i>	1,3	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	50,1	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	64,9	66,2
<i>celibi/nubili</i>	26,8	27,4
<i>vedovi/e</i>	3,7	2,9
<i>separati/divorziati</i>	4,6	3,5
lavoro regolare**, %	71,3	62,5

* alto: licenza media superiore o laurea

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

**campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%,gg)
salute molto-buona/buona, %	66,1	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,1	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,3	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,4	1,6

Attività fisica	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	50,0	42,4
popolazione completamente sedentaria ^{^^}	13,3	23,3
consigli dei medici: ^{^^^}		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	41,9	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	45,2	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	11,9	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	10,2	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	6,8	7,2

[^]30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

^{^^}chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

^{^^^}consigliato + indicato + verificato (% calcolata su tutta la popolazione)

Abitudine al fumo	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
fumatori*	28,1	26,5
<u>uomini</u>	30,9	31,5
<u>donne</u>	25,2	21,7
ex fumatori**	22,3	19,7
non fumatori***	49,6	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	95,2	94,2
aiuto del medico	1,1	1,8
consigli dei medici:		
<u>chiesto se fuma</u>	40,7	38,6
<u>a fumatori</u>	69,4	64,9
<u>consigliato di smettere di fumare (a fumatori)</u>	63,5	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
<u>non permesso</u>	34,8	37,0
<u>nessuno fuma</u>	25,2	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambiente chiuso):		
<u>sempre</u>	82,2	76,3
<u>a volte/mai</u>	14,8	20,7

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.
**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

Stato nutrizionale	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
popolazione con eccesso ponderale	43,9	43,6
<u>sovrappeso</u>	33,4	32,5
<u>obeso</u>	10,4	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<u>dieta</u>	28,3	28,0
<u>svolgimento di attività fisica</u>	28,8	22,7

Abitudini alimentari	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	90,7	90,8
conosce il 5 a day [^]	52,8	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,7	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
<u>mass media</u>	43,6	45,4
<u>medico</u>	15,9	18,5
<u>campagne informative</u>	11,5	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	71,5	63,8
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	12,1	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	9,1	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	6,2	5,5
chiesto dal medico sul consumo	15,4	14,4

◇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

Sicurezza stradale	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
cintura anteriore sempre	87,2	83,0
cintura posteriore sempre	25,0	19,7
casco sempre [#]	96,9	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	12,9	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	13,0	12,0

[#]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

Ipertensione arteriosa	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	84,7	81,4
ipertesi [*]	24,1	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	70,5	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	66,7	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	40,1	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	39,1	34,6

^{*} 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

Colesterolemia	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	83,7	79,3
ipercolesterolemici [^]	25,8	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	21,7	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	69,3	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	50,0	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	38,1	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	46,4	39,0

[^] 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

Carta del rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio#	4,4	9,0

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

Vaccinazione antinfluenzale	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
vaccinati 18-69 anni	17,2	15,3
vaccinati ≥ 65	52,3	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	28,6	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
vaccinate	48,2	30,6
hanno eseguito rubeotest*	37,0	40,6
sicuramente protette i**	60,7	52,6

* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano
** % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo (calcolata su tutte le donne 18-45 anni)

Diagnosi precoce neoplasie del collo dell'utero^ (donne 25 - 64 anni)	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
eseguito almeno un Pap-test	90,0	78,4
ultimo Pap-test eseguito da non più di tre anni	82,8	69,7
viene consigliato Pap-test periodico	74,2	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	89,5	56,0
ultimo Pap-test è stato eseguito per <i>invito attivo dell'ASL</i>	50,9	24,6
<i>consiglio medico</i>	21,6	30,6
<i>propria iniziativa</i>	25,9	43,6

^eseguito a scopo preventivo

Diagnosi precoce neoplasie della mammella (donne 50 - 69 anni) ◇, ◇◇	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
eseguita almeno una mammografia	90,3	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	79,7	56,7
viene consigliata mammografia periodica	66,6	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	89,9	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per <i>invito attivo dell'ASL</i>	68,1	38,7
<i>consiglio medico</i>	13,9	28,6
<i>propria iniziativa</i>	17,8	32,0

◇ valori ASL partecipanti, senza il campione di supplemento
◇◇ eseguita a scopo preventivo

Diagnosi precoce neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni)#	Emilia-Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo, almeno una volta	12,6	14,0
eseguito negli ultimi due anni	6,8	8,3

#eseguita a scopo preventivo

Appendice



Centro Nazionale di Epidemiologia
Sorveglianza e Promozione della Salute

Regione _____ ASL _____

Studio
PASSI
per l'

Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

N. INTERVISTA

Istruzioni per l'intervistatore

Le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato.

Le parti scritte in *Times New Roman corsivo grassetto* (anche quelle a sinistra delle domande), sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato.

Di regola, una sola risposta va barrata, a meno che non sia specificato che sono possibili più risposte.

SEZIONE 1: Stato di Salute e qualità della vita percepita

Ora di inizio dell'intervista _____

- Le chiederò ora alcune informazioni generali sul suo stato di salute...

1.1 Come va in generale la sua salute?

Leggere le possibili risposte

- Molto bene
- Bene
- Discretamente
- Male
- Molto male

Non leggere

- Non so

Ora vorrei farle alcune domande sul suo stato di salute durante gli ultimi trenta giorni

1.2 Consideri le sue condizioni fisiche, comprese malattie e conseguenze di incidenti. Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene?

Numero di giorni __ _

- Non so/non ricordo

1.3 Adesso pensiamo agli aspetti psicologici, quali problemi emotivi, ansia, depressione, stress. Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene?

Numero di giorni __ _

- Non so/non ricordo

1.4 Ora consideriamo le sue abituali attività. Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non è stato in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

Numero di giorni __ _

- Non so/non ricordo

1.5 Negli ultimi 12 mesi, si è sottoposto ad almeno una visita del suo medico di famiglia per un motivo di salute?

*Non considerare
visite mediche per
richiedere una
ricetta, ma
per check-up
generali e
problemi specifici
di salute*

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

1.6 Un Medico le ha mai diagnosticato **una o più** delle seguenti malattie?

Leggere

- infarto del miocardio Si No

*Per malattie
respiratorie si
intende
bronchite
cronica,
enfisema,
insufficienza
respiratoria,
asma.*

- altre malattie del cuore Si No

- ictus Si No

- malattie respiratorie Si No

*Includere nei
tumori
linfoma,
leucemia.*

- diabete Si No

- tumore maligno Si No

1.7 Ha fatto la vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi?

- Si
- No
- Non so/non ricordo

SEZIONE 2: Attività fisica

Ora vorrei farle alcune domande sull' attività fisica svolta sia durante sia fuori dal lavoro

2.1 Lei lavora?

*Regolarmente:
sia a tempo
pieno che part-
time*

- Si, regolarmente
- Si, ma non regolarmente (*saltare alla domanda 2.3*)
- No (*saltare alla domanda 2.3*)

2.2 Durante il suo lavoro prevalentemente:

Leggere (una sola risposta possibile)

- sta seduto o in piedi
- cammina
- svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico

Non leggere

- altro

Qualche domanda sull'attività fisica svolta fuori dal lavoro

2.3 In una settimana tipo della sua vita, svolge qualche attività moderata per almeno 10 minuti che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione?

*Ad esempio
camminare,
ginnastica
dolce, bicicletta,
lavori in casa
come lavare
finestre o
pavimenti*

- Sì
- No (*saltare alla domanda 2.6*)
- Non so/non sono sicuro (*saltare alla domanda 2.6*)

2.4 Per quanti giorni alla settimana?

__ __ gg/settimana

- Non so/non ricordo

2.5 Per quanti minuti al giorno in media?

__ __ __ minuti al giorno

- Non so/non ricordo

2.6 In una settimana tipo della sua vita, svolge qualche attività intensa per almeno 10 minuti che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o della sudorazione?

*Ad esempio
correre,
pedalare
velocemente,
fare sport
agonistici*

- Sì
- No (*saltare alla domanda 2.9*)
- Non so/non sono sicuro (*saltare alla domanda 2.9*)

2.7 Per quanti giorni alla settimana?

__ __ gg/settimana

- Non so/non ricordo

2.8 Per quanti minuti al giorno in media?

__ __ __ minuti al giorno

- Non so/non ricordo

Adesso le faccio qualche domanda su eventuali consigli che ha ricevuto sull'attività fisica

2.9 Le è mai stato chiesto da un medico o altro operatore sanitario se svolge regolarmente attività fisica?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

2.10 Le è stato mai consigliato da un medico o altro operatore sanitario di svolgere regolare attività fisica?

- Sì
- No (*saltare alla sezione 3: Abitudine al fumo*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla sezione 3: Abitudine al fumo*)

2.11 A quale scopo le è stato consigliato di svolgere attività fisica?

- Per un problema attuale di salute
- A scopo preventivo
- Entrambe le ragioni
- Non so/non ricordo

2.12 Le è stato raccomandato o suggerito qualche tipo di attività fisica in particolare?

- Sì
- No (*saltare alla sezione 3: Abitudine al fumo*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla sezione 3: Abitudine al fumo*)

2.13 Le ha parlato della frequenza e della durata dell'attività fisica che dovrebbe fare?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

2.14 Le ha chiesto, alle visite successive, se sta svolgendo le attività suggerite?

- Sì
- No
- Non l'ho visto da quando ho ricevuto i consigli
- Non so/non ricordo

SEZIONE 3: Abitudine al fumo

Passiamo ora ad alcune domande sul suo comportamento e la sua abitudine al fumo

3.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?

- Sì
- No
- Non sono stato dal medico negli ultimi 12 mesi
- Non so/non ricordo

3.2 Ha mai fumato almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20 sigarette) nella sua vita?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 3.15*)

3.3 Attualmente fuma?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 3.11*)

3.4 A che età ha iniziato a fumare?

__ __ anni

- Non so/non ricordo

3.5 In media quante sigarette fuma al giorno?

N. |_|_|

- Meno di una sigaretta al giorno
- Non so/non ricordo

3.6 La recente Legge che vieta di fumare nei bar, ristoranti e altri spazi pubblici ha influenzato il numero di sigarette che fuma?

*Se la risposta è
SÌ,
chiedere se ha
aumentato o
diminuito il
numero di
sigarette*

- Sì, ha diminuito il numero di sigarette
- Sì, ha aumentato il numero di sigarette (*saltare alla domanda 3.8*)
- No (*saltare alla domanda 3.8*)
- Non sa rispondere (*saltare alla domanda 3.8*)

3.7 Come conseguenza della legge, ha provato a smettere di fumare?

- Sì
- No

3.8 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai consigliato di smettere di fumare?

*Se la risposta è
SI
chiedere per
quale motivo*

- Sì, per motivi di salute
- Sì, a scopo preventivo
- Sì, per entrambe le ragioni
- No
- Non so/non ricordo

3.9 Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno nel tentativo di smettere definitivamente?

*Se la risposta è
SI
chiedere quante
volte*

- Sì, una volta
- Sì, più di una volta
- No
- Non so/non ricordo

3.10 Ha mai partecipato ad un corso/programma che l'aiutasse a smettere di fumare?

*Se la risposta è
SI
chiedere da chi
era organizzato*

- Sì, organizzato dalla ASL
- Sì, organizzato da un'associazione
- Sì, organizzato da un medico privato
- Sì, organizzato da altri
- Sì, non ricorda da chi è stato organizzato
- No
- Non so/non ricordo

Adesso saltare alle domande sull'esposizione al fumo a casa e al lavoro (domanda 3.15)

SOLO PER GLI EX-FUMATORI

(hanno fumato almeno 100 sigarette nelle loro vita e NON fumano attualmente)

3.11 Quando ha smesso di fumare?

- Meno di 6 mesi fa
- Tra 6 mesi a 1 anno fa
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa
- Non so/non ricordo

3.12 Come è riuscito a smettere di fumare? *(si possono barrare più caselle)*

- Da solo, senza aiuto *(saltare alla domanda 3.14)*
- Con l'aiuto di un medico o altro operatore sanitario
- Partecipando a gruppi di aiuto
- Con l'assunzione di farmaci tradizionali (inclusi cerotti e simili)
- Ricorrendo a terapie non convenzionali (agopuntura, fitofarmaci)
- Con altro metodo

3.13 Ha partecipato ad un corso/programma che l'ha aiutata a smettere di fumare?

*Se la risposta è
SI
chiedere da chi
era organizzato*

- Sì, organizzato dalla ASL
- Sì, organizzato da un'associazione
- Sì, organizzato da un medico privato
- Sì, organizzato da altri
- Sì, non ricorda da chi è stato organizzato
- No
- Non so/non ricordo

3.14 Lei sa che in Italia esistono leggi che proibiscono di fumare nei luoghi pubblici. Che ruolo hanno avuto nella sua decisione di smettere di fumare?

Leggere

- Un ruolo decisivo
- È stato uno dei fattori che ho considerato, ma non il più importante
- Nessun ruolo
- Ho smesso di fumare prima di queste leggi

Non leggere

- Non so/non ricordo

PER TUTTI (NON FUMATORI, FUMATORI, ED EX-FUMATORI)

Vorrei ora chiederle qualcosa sull'esposizione al fumo in casa e nel luogo di lavoro

3.15 Quale affermazione meglio descrive le regole sul fumo all'interno di casa sua?

Leggere

- Non è permesso fumare in alcun luogo di casa
- È permesso fumare in alcuni luoghi o in alcuni orari o situazioni
- È permesso fumare ovunque
- Non ci poniamo il problema perché nessun frequentatore della casa fuma

Non leggere

- Non so/non sono sicuro

Se la persona lavora regolarmente (domanda 2.1), continuare. Altrimenti, saltare alla SEZIONE 4

3.16 Quando lavora, si trova in un ambiente chiuso per la maggior parte del tempo?

- Sì
- No (*saltare alla Sezione 4*)

3.17 Direbbe che le persone con cui lavora e i suoi clienti o visitatori:

Leggere

- Rispettano sempre i divieti di fumo
- Li rispettano a volte
- Non li rispettano mai
- Il mio luogo di lavoro è esente dalle leggi correnti
- Non so

SEZIONE 4: Alimentazione

Passiamo ora ad alcune domande relative alle abitudini alimentari. Vorrei chiederle di alcuni cibi che normalmente mangia o beve. Mi dica, per cortesia, quanto volte in media mangia o beve ciascuno dei cibi che le chiederò (ad esempio una volta al giorno, due volte a settimana, tre volte al mese, ecc.)

4.1 Quante volte beve succhi di frutta confezionati (escluse spremute)?

- ___ volte giorno
- ___ volte settimana
- ___ volte mese
- ___ volte anno
- raramente/mai
- non so/non ricordo

4.2 Quante volte beve spremute e/o frullati di frutta?

- ___ volte giorno
- ___ volte settimana
- ___ volte mese
- ___ volte anno
- raramente/mai
- non so/non ricordo

4.3 Quante volte mangia la frutta?

- ___ volte giorno
- ___ volte settimana
- ___ volte mese
- ___ volte anno
- raramente/mai
- non so/non ricordo

4.4 Quante volte mangia verdure ed ortaggi (insalata, pomodori, zucchine ecc...)

- ___ volte giorno
- ___ volte settimana
- ___ volte mese
- ___ volte anno
- raramente/mai
- non so/non ricordo

4.5 Ha mai sentito parlare dell'importanza di consumare almeno 5 porzioni tra frutta e verdura al giorno?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 4.7*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla domanda 4.7*)

4.6 Da chi ne ha sentito parlare?

Leggere (è possibile barrare più di una risposta)

- Medico o altro operatore sanitario
- Televisione, radio o giornali
- Amici /famigliari
- Campagne informative, associazioni di categoria, Coop, Conad...
- Non so/non ricordo

4.7 Quante volte mangia il pesce fresco o surgelato?

*Non
considerare
pesce in
scatola (ad
esempio
tonno)*

- ___ volte giorno
- ___ volte settimana
- ___ volte mese
- ___ volte anno
- raramente/mai
- non so/non ricordo

4.8 Quante volte mangia i legumi (fagioli, lenticchie, ceci, piselli, ecc.)?

- ___ volte giorno
- ___ volte settimana
- ___ volte mese
- ___ volte anno
- raramente/mai
- non so/non ricordo

Adesso le farò alcune domande sul suo peso e sulla sua abitudine al controllo del peso

4.9 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha dato dei consigli sul suo peso corporeo?

*Se la risposta
è SI
chiedere il
tipo di
consiglio*

- Sì, perdere peso
- Sì, aumentare di peso
- Sì, mantenere il peso
- Non sono stato dal medico negli ultimi 12 mesi
- No
- Non so/non ricordo

4.10 Attualmente sta seguendo una dieta per ridurre o controllare calorie o grassi?

- Sì
- No

4.11 Attualmente sta svolgendo attività fisica per perdere o mantenere il suo peso?

- Sì
- No

SEZIONE 5: Assunzione di alcol

Ora le farò alcune domande sulle bevande alcoliche. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

5.1 Durante gli ultimi 30 giorni, quanti giorni ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica?

____ giorni alla settimana

____ giorni al mese

- nessuna bevanda alcolica nell'ultimo mese (*saltare alla domanda 5.6*)
- non so/non ricordo (*saltare alla domanda 5.6*)

5.2 Nell'ultima settimana, quante unità di bevande alcoliche ha bevuto in media ogni giorno?

N° ____

- non so/non ricordo

5.3 Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, quante volte nell'ultimo mese ha bevuto 6 o più unità in una unica occasione?

N° ____

- non so/non ricordo

5.4 Quante volte nell'ultimo mese ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica fuori dai pasti?

____ giorni alla settimana

____ giorni al mese

- nessuna bevanda alcolica fuori pasto nell'ultimo mese
- non so/non ricordo

5.5 Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte ha guidato entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di una bevanda alcolica?

- Non ho guidato nell'ultimo mese
- Mai
- 1-2 volte
- 3-4 volte
- Più di 4 volte
- Non so

5.6 Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte è salito in auto o in moto con un guidatore che aveva bevuto, nell'ora precedente, 2 o più unità di una bevanda alcolica?

- Mai
- 1-2 volte
- 3-4 volte
- Più di 4 volte
- Non so/non ricordo

5.7 Durante gli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha mai chiesto quanto alcol beve?

- Sì
- No
- Non ho visto il medico negli ultimi 12 mesi
- Non so/non ricordo

5.8 Durante gli ultimi 12 mesi, qualcuno le ha consigliato di assumere meno bevande alcoliche?

*Se la risposta è
SÌ,
chiedere da chi
ha avuto il
consiglio*

- Sì, il medico o un operatore sanitario
- Sì, familiari o amici
- Sì, altro
- No, non mi è stato consigliato
- Non so/non ricordo

SEZIONE 6: Rischio cardiovascolare

Vorrei farle qualche domanda sugli esami medici e sui farmaci che le sono stati prescritti o consigliati dal suo medico

6.1 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai misurato la pressione arteriosa?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 6.5*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla domanda 6.5*)

6.2. Quando è stata l'ultima volta?

- Nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- 1-2 anni fa (da 1 a meno di 2 anni fa)
- Più di 2 anni fa
- Non so/non ricordo

6.3 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai detto che ha la pressione alta?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 6.5*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla domanda 6.5*)

6.4 Che tipo di trattamento sta seguendo attualmente per tenere sotto controllo la sua pressione?

Leggere e rispondere ad ogni punto

a. Farmaci	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
b. Attenzione al sale nel cibo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
c. Attività fisica regolare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
d. Perdita o controllo peso corporeo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

6.5 Il colesterolo è un grasso nel sangue. Le è mai stato misurato?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 6.11*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla domanda 6.11*)

6.6 Quando è stata l'ultima volta?

- Nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- Più di un anno fa
- Non so/non ricordo

6.7 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai detto che ha il colesterolo alto?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 6.11*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla domanda 6.11*)

6.8 Prende attualmente farmaci per tenere basso il colesterolo?

- Sì (*saltare alla domanda 6.10*)
- No
- Non so (*saltare alla domanda 6.10*)

6.9 Perché non prende farmaci?

Leggere tutte le risposte e barrarne solo una

- Perché il colesterolo si è abbassato senza farmaci
- A causa degli effetti collaterali
- Non mi sono stati prescritti
- Altro
- Non so/non ricordo

6.10 Escludendo i farmaci, cosa sta facendo per mantenere basso il suo livello di colesterolo?

Leggere e rispondere ad ogni punto

- | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| a. Minor consumo di carne e formaggi | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| b. Attività fisica regolare | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| c. Perdita o controllo peso corporeo | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| d. Aumento di frutta e verdura nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

6.11 Un medico le ha mai misurato la glicemia?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 6.13*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla domanda 6.13*)

6.12 Quando è stata l'ultima volta?

- Nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- 1-2 anni fa (da 1 a meno di 2 anni fa)
- Più di 2 anni fa
- Non so/non ricordo

I medici di medicina generale e altri operatori di salute hanno cominciato a calcolare il punteggio di rischio cardiovascolare, che serve per valutare il rischio di infarto usando i valori di glicemia, colesterolo e pressione.

6.13 Un medico o altro operatore sanitario le ha calcolato questo punteggio?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

SEZIONE 7: Sicurezza stradale

Ora le chiederò alcune informazioni sull'uso dei dispositivi di sicurezza stradale

7.1 Quanto spesso mette la cintura in auto quando è seduto sui sedili anteriori?

- Sempre
- Quasi sempre
- Qualche volta
- Raramente
- Mai
- Non viaggio mai sui sedili anteriori
- Non vado in auto (*saltare alla domanda 7.3*)

7.2 Quanto spesso mette la cintura in auto quando è seduto sui sedili posteriori?

- Sempre
- Quasi sempre
- Qualche volta
- Raramente
- Mai
- Non viaggio mai sui sedili posteriori

7.3 Negli ultimi 12 mesi, è mai salito su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero?

- Sì
- No (*saltare alla Sezione 8*)
- Non so/non ricordo (*saltare alla Sezione 8*)

7.4 Quanto spesso ha messo il casco?

- Sempre
- Quasi sempre
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

SEZIONE 8: Screening oncologici

Le spiace se le richiedo per verifica la sua età?

(Riscrivere l'età: ____ anni)

Saltare alla SEZIONE 9 se l'intervistato è DONNA che ha MENO di 25 anni

Saltare alla SEZIONE 10 se l'intervistato è UOMO che ha MENO di 50 anni

Saltare alla DOMANDA 8.15 se l'intervistato è UOMO che ha PIU' di 50 anni

Proseguo con qualche domanda sul Pap-Test. Il Pap-Test serve a ricercare eventuali lesioni al collo dell'utero.

8.1 Ha mai ricevuto una lettera dalla sua ASL che la invitava a fare un Pap-Test?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

8.2 Le è mai stato consigliato dal suo medico o da un ginecologo di fare regolarmente l'esame del Pap-Test a scopo preventivo?

- Sì
- No, perché ho già avuto un intervento di isterectomia
- No
- Non so/non ricordo

8.3 Nel corso della sua vita ha eseguito un Pap-Test a scopo preventivo in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
- No (*per le donne di 50 anni o più, saltare alla domanda 8.8; altrimenti, saltare alla Sezione 9*)
- Non so (*per le donne di 50 anni o più, saltare alla domanda 8.8; altrimenti, saltare alla Sezione 9*)

8.4 A che età ha eseguito il suo primo Pap-Test?

- __ anni
- non so/non ricordo

8.5 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto l'ultimo Pap-Test?

- Durante l'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- Da 1 a 2 anni fa (da 1 a meno di 2 anni fa)
- Da 2 a 3 anni (da 2 a meno di 3 anni fa)
- Più di 3 anni fa
- Non ricordo

8.6 Dove ha eseguito il suo ultimo Pap-Test?

Leggere

- Presso una struttura pubblica
- Presso un struttura privata

Non leggere

- Non so/non ricordo

8.7 Quale è stata la principale motivazione che l'ha spinta ad effettuare l'ultimo Pap-Test?

Leggere (barrare solo una casella)

- Una lettera dell'Asl che mi invitava ad eseguire il Pap-Test
- Il consiglio del medico di famiglia
- Il consiglio di un medico specialista
- Di propria iniziativa
- Altro

Non leggere

- Non so/non ricordo
- Non vuole rispondere

Se la donna ha MENO di 50 anni, saltare alla SEZIONE 9

Vorrei farle una serie di domande sulla mammografia. La mammografia è una radiografia del seno fatta per ricercare eventuali lesioni alla mammella.

8.8 Ha mai ricevuto una lettera dalla sua ASL che la invitava a fare una mammografia?

- Sì
- No
- Non so/ non ricordo

8.9 Le è mai stato consigliato dal suo medico o ginecologo di sottoporsi a regolari mammografie a scopo preventivo?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

8.10 Ha mai fatto una mammografia, in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 8.15*)
- Non so (*saltare alla domanda 8.15*)

8.11 A che età ha eseguito la sua prima mammografia?

- ___ anni
- non so/non ricordo

8.12 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una mammografia?

- Durante l'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- Da 1 a 2 anni fa (da 1 a meno di 2 anni fa)
- Da 2 a 3 anni (da 2 a meno di 3 anni fa)
- Più di 3 anni fa
- Non ricordo

8.13 Quale è stata la principale motivazione che l'ha spinta ad effettuare l'ultima mammografia?

Leggere (barrare solo una casella)

- Una lettera dell'Asl che mi invitava ad eseguire la mammografia
- Il consiglio del medico di famiglia
- Il consiglio di un medico specialista
- Di propria iniziativa
- Altro

Non leggere

- Non so/non ricordo
- Non vuole rispondere

8.14 Dove ha eseguito l'ultima mammografia?

Leggere

- Presso una struttura pubblica
- Presso un struttura privata

Non leggere

- Non so/non ricordo

Vorrei farle qualche domanda sullo screening per il cancro colon-rettale. Esiste un test per verificare la presenza nelle feci di sangue non visibile, chiamato “ricerca del sangue occulto”, che prevede la raccolta delle feci in apposite provette, anche presso la propria abitazione.

8.15 Ha mai eseguito un test per la presenza di sangue occulto nelle feci?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 8.18*)
- Non so (*saltare alla domanda 8.18*)

8.16 Questo esame faceva parte di un controllo preventivo o l'ha fatto per problemi di salute?

- Controllo preventivo
- Problemi di salute
- Non so/non ricordo

8.17 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto un test per la ricerca del sangue occulto?

- Durante l'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- Da 1 a 2 anni fa (da 1 a meno di 2 anni fa)
- Più di 2 anni fa
- Non ricordo

8.18 Ci sono altri test che si eseguono a volte nello screening di questo tipo di tumore, nei quali si inserisce una sonda nell'intestino per vedere se ci sono eventuali lesioni. Questi test si chiamano rettoscopia e colonscopia. Ha mai eseguito questi test?

- Sì
- No (*saltare alla Sezione 10*)
- non so (*saltare alla Sezione 10*)

8.19 Questi test facevano parte di un controllo preventivo o li ha fatti per problemi di salute?

- Controllo preventivo
- Problemi di salute
- Non so/non ricordo

8.20 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una rettoscopia o colonscopia?

- Durante l'ultimo anno (ultimi 12 mesi)
- Da 1 a 2 anni fa (da 1 a meno di 2 anni fa)
- Più di 2 anni fa
- Non ricordo

Andare alla SEZIONE 10

SEZIONE 9: Vaccinazioni

Per le DONNE che hanno MENO di 50 anni

La rosolia è una malattia infettiva pericolosa in gravidanza.

9.1 Per questa malattia esiste una vaccinazione. E' mai stata vaccinata contro la rosolia?

- Sì (*Saltare alla sezione 10*)
- No
- Non so/non ricordo

Esiste un esame del sangue per sapere se si è avuta la rosolia che si chiama "rubeo-test".

9.2 Ha mai eseguito questo esame?

- Sì
- No
- Non so/non ricordo

9.3 Quale è stato l'esito dell'esame?

- Risulta che ho avuto la rosolia
- Risulta che non ho avuto la rosolia
- Non so/non ricordo

SEZIONE 10: Dati socio - anagrafici

Abbiamo quasi finito. Le faccio le ultimissime domande

10.1 Quale è il suo attuale stato civile?

- Coniugato/convivente
- Celibe/nubile
- Vedovo/a
- Separato/a-Divorziato/a

10.2 Qual è il titolo di studio da lei conseguito?

Non leggere

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media inferiore
- Diploma o qualifica di scuola media superiore
- Laurea o Diploma universitario
- In altra condizione

10.3 Qual è la sua cittadinanza?

- Italiana
- Straniera (Specificare _____)

Le ultime due domande

10.4 Può dirmi la sua altezza (senza scarpe)?

_____ cm

10.5 Può dirmi il suo peso senza scarpe e abiti o con abiti leggeri?

_____ Kg

Abbiamo finito. La ringrazio moltissimo per la collaborazione e la pazienza...

Fine intervista (ora/min.) _____

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

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/>

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
- 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.)

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 – primo, secondo, terzo Rapporto
- Osservatorio Nazionale Screening – quarto 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)

**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.

21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna– Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006