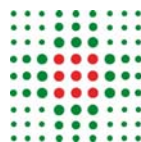




Profea



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Azienda Sanitaria di Ravenna

aprile 2006

A cura di: Raffaella Angelini, Valeria Contarini, Michela Morri, Teresa Samorè, Giuliano Silvi (Dipartimento di Sanità Pubblica)
Carlo Naldoni, Miriam Strada (Centro di Prevenzione Oncologica)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

a livello nazionale

Nancy Binkin, Alberto Perra, Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute- Istituto Superiore di Sanità)

Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito (Gruppo PROFEA Istituto Superiore di Sanità)

a livello regionale

PierLuigi Macini, Alba Carola Finarelli, Alessia Furini (Dir. Gen. Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna)

Anna Rita Sacchi (Ausl di Piacenza), Marella Zatelli (Ausl di Parma), Anna Maria Ferrari (Ausl di Reggio Emilia), Giuliano Carrozzi, Carlo Alberto Goldoni, Cinzia Del Giovane (Ausl di Modena), Paolo Pandolfi, Daniele Agostini (Ausl di Bologna), Renata Raspanti (Ausl di Imola), Pietro Ricci Bitti (Ausl di Ferrara), Michela Morri, Giuliano Silvi (Ausl di Ravenna), Oscar Mingozzi (Ausl di Forlì), Pierluigi Cesari (Ausl di Rimini)

**a livello
aziendale:**

Intervistatori

Carla Bianco, Elena Biondi, Sonia Coveri, Silvana Gargiulo, Franca Ghiselli, Elisa Lazzarini, Stefania Loddo, Emanuela Montanari, Elena Rambelli, Magda Salmaso, Federica Zangirolami

Un ringraziamento particolare alle persone intervistate e ai loro Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione offerta.

INDICE

Sintesi del rapporto	pag. 4
Introduzione	pag. 7
Obiettivi dello studio	pag. 8
Metodi	pag. 10
Descrizione del campione	pag. 13
Percezione dello stato di salute	pag. 16
Attività fisica	pag. 18
L'abitudine al fumo	pag. 21
Stato nutrizionale	pag. 25
Abitudini alimentari	pag. 27
Consumo di alcol	pag. 29
Sicurezza stradale	pag. 33
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 35
Vaccinazione antirosolia	pag. 37
Iperensione arteriosa	pag. 39
Colesterolemia	pag. 42
Carta del rischio cardiovascolare	pag. 45
Diagnosi precoce neoplasie del collo dell'utero	pag. 47
Diagnosi precoce neoplasie della mammella	pag. 50
Diagnosi precoce neoplasie del colon retto	pag. 53
La sperimentazione: risultati di una valutazione su 92 delle 123 Aziende Sanitarie partecipanti allo Studio Passi	pag. 55
Tabella riassuntiva dei risultati dello studio PASSI	pag. 57
Bibliografia	pag. 61
Questionario PASSI	pag. 63

Sintesi del rapporto

Percezione dello stato di salute

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

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 68% 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 riduca 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.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 17% degli intervistati conduce uno stile di vita sedentario (prevalentemente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello d'istruzione) ed il 39% non pratica sufficiente attività fisica.

Il 45% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 43% ha ricevuto un consiglio generico a svolgere attività fisica; il 16% 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 disuasazione.

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

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

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna i fumatori rappresentano il 29% degli intervistati, gli ex fumatore il 18% e i non fumatori il 53%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori nella classe 25-34 anni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più basso. Il 62% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disuasazione al fumo.

Il 40% degli intervistati dichiara che nelle proprie abitazioni si fuma e il 17% 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.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 31% degli intervistati è in sovrappeso ed l'11% è obeso.

Tra le persone in eccesso ponderale solo 23% riferisce di effettuare una dieta ed il 21% 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 per cui se ne raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (90%), anche se solo un'esigua parte (15%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

Il 54% degli intervistati dichiara di conoscere il 'five a day' e solo il 17% 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 sulle famiglie e la collettività. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol attraverso interventi rivolti principalmente alle persone a rischio (i forti consumatori, coloro che devono fuori pasto ed i consumatori 'binge').

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna si stima che il 20% degli intervistati abbia abitudine di consumo considerabili a rischio. Solo il 23% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

Sicurezza stradale

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

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 100% degli intervistati utilizza sempre il casco e l'83% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad 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 18% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale

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

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata alle persone sopra ai 65 anni, a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie e agli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari).

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna la copertura nelle persone sopra ai 65 è del 58%, mentre nella fascia 18-64 anni solo il 30% 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 gravide in quanto in questa condizione l'infezione può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia deve essere superiore al 95%.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna la percentuale di donne in età 18-45 anni suscettibili è stimata pari al 5% (non vaccinate e con rubeotest riferito negativo); nel 36 % delle donne in questa fascia d'età lo stato immunitario nei confronti della rosolia è sconosciuto.

Ipertensione arteriosa

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.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna si stima che sia iperteso il 23% della popolazione tra i 18 e i 69 anni (42% sopra i 50 anni); di queste il 67% 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 di rischio come ipertensione, fumo e diabete.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 15% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo; tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 28% dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (41% sopra ai 50 anni). Il 23% 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 che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, in base al valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

A meno del 3% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate è stato calcolato il punteggio cardiovascolare, sottolineando come questo strumento sia solo minimamente ancora utilizzato da parte dei medici.

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.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 92% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un pap-test e il 76% l'ha eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato. Il motivo prevalente di esecuzione dell'ultimo pap-test è la lettera ricevuta dell'Ausl (56%), l'iniziativa personale (20%) il consiglio di un medico (21%).

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, 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.

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna l'85% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 76% l'ha eseguita negli ultimi due anni. L'ultima mammografia è stata eseguita come risposta ad una lettera d'invito dell'Ausl (76%), su iniziativa personale (15%) e su consiglio di un medico (7%).

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia (da eseguirsi ogni due anni nelle persone di 50-69 anni).

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, come nel resto della Regione, i programmi di screening sono iniziati nel corso del 2005: infatti appena il 13% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo); nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, tale percentuale sale al 25%.

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 di sottoporsi per la popolazione adulta a 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, nell'accordo Stato-Regioni del 6.4.2004 viene pertanto indicata la prevenzione attiva 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 ed i 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 condotte 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 hanno 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 riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- 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 corretti (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 (dieta, attività fisica) per farlo

6. Consumo di alcol

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

7. Sicurezza stradale

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

8. 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 18-65 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

9. 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 (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione

10. Diagnosi precoce di alcune neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un pap-test a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, 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 Azienda Sanitaria di Ravenna (242.156 persone al 31 dicembre 2004); i criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio dell'Azienda Sanitaria 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 (aggiornata al 31/12/ 2004); la dimensione del campione aziendale di 200 individui è stata calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%. L'Azienda Sanitaria di Ravenna ha partecipato anche al campionamento regionale di 600 persone suddivise tra le 11 Ausl regionali in maniera proporzionale alla numerosità della rispettiva popolazione. Complessivamente 7 Ausl (Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna e Cesena) hanno scelto di effettuare anche un'indagine su un campione di 200 persone per ottenere stime con rappresentatività aziendale.

Sono stati inoltre aggiunti campioni suppletivi di donne nella fascia 50-69 anni per indagare l'effettuazione della mammografia preventiva con maggiore precisione: 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 risulta 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 dalle Aziende tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nel periodo maggio-giugno 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.

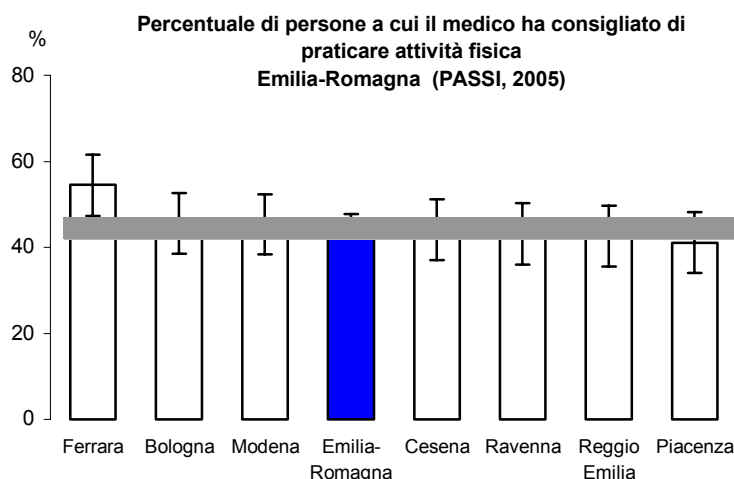
Analisi delle informazioni

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 Aziende hanno effettuato un campionamento per la rappresentatività aziendale, che rappresenta sovracampionamento in grado di influenzare le stime rispetto al campionamento regionale inizialmente progettato. La pesatura migliora 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 Aziende Sanitarie regionali sono stati condotti solo per le 7 Aziende Sanitarie che hanno effettuato 200 interviste ciascuna, in quanto il campione permette di ricavare stime attendibili a livello aziendale e confrontabili. In alcuni casi sono stati utilizzati grafici (vedi esempio sotto riportato) che mettono a confronto il dato regionale con le 7 Aziende Sanitarie 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 trovato 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.



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 più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna sono state intervistate 200 persone (età 18-69 anni) selezionate con campionamento casuale dall'anagrafe sanitaria (popolazione di riferimento 242.156 persone al 31.12.04); a questo campione base è stato aggiunto un campione suppletivo di 100 donne (età 50-69 anni), alle quali sono state rivolte solo le domande presenti nella sezione dedicata allo screening mammografico.

Le interviste sono state condotte, nei mesi di maggio-giugno 2005, da 8 operatori sanitari del Dipartimento di Sanità Pubblica e 3 psicologhe del Centro di Prevenzione Oncologica.

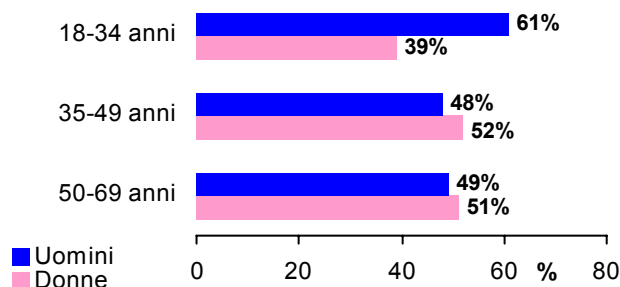
Rispetto alle 300 persone complessivamente selezionate, 264 (88%) sono state intervistate telefonicamente, mentre 36 (12%) sono state sostituite. Il motivo della sostituzione riguarda assistiti non rintracciabili dopo i tentativi telefonici previsti in fasce orarie e giorni diversi o non sono più domiciliati nel territorio aziendale (7%) oppure il rifiuto al partecipare allo studio (4%). I tassi di risposta aziendali (in linea con quelli regionali e nazionali) appaiono alti rispetto a quelli rilevati in studi analoghi condotti a livello internazionale.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

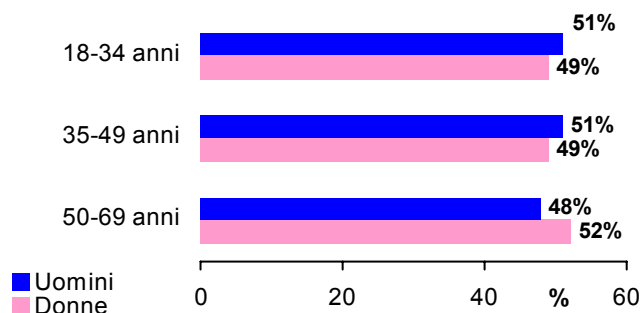
L'età e il sesso

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 48% del campione base intervistato (200 persone) è costituito da donne.
- Il 26% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 37% in quella 35-49 e il 38% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato appare in linea con quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe sanitaria, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- In Emilia-Romagna il 49% del campione intervistato 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.

Distribuzione per sesso nelle classi d'età:
campione Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

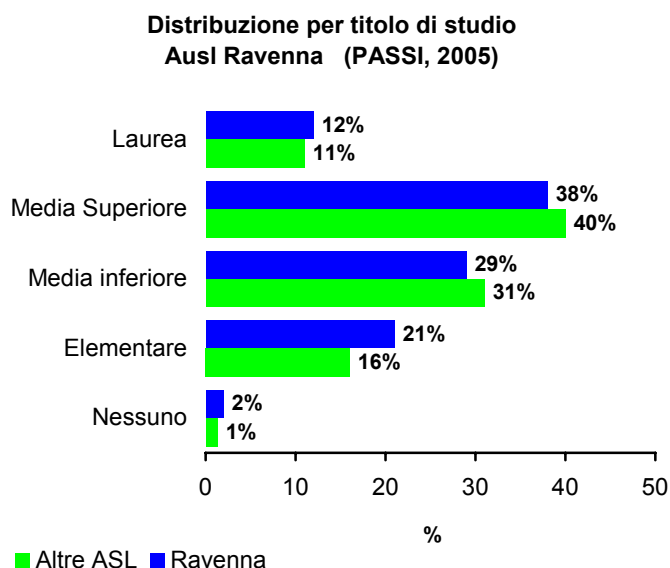


Distribuzione per sesso nelle classi di età:
popolazione Ausl Ravenna (PASSI, 2005)



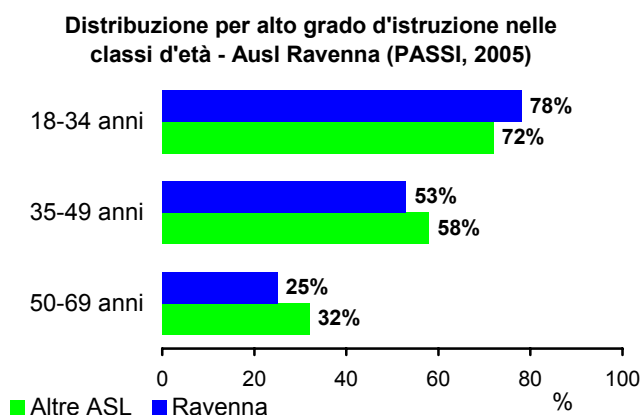
Il titolo di studio

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 2% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 21% ha la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 38% la licenza media superiore, il 12% è laureato.
- La distribuzione per titolo di studio è in linea con quella regionale e con quella riscontrata nel campione costituito da tutte le 123 ASL partecipanti all'indagine.



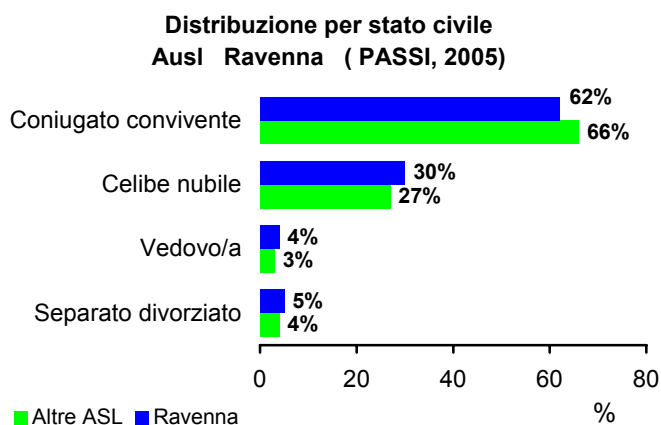
Il livello di istruzione

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 49% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- In Emilia-Romagna il 50% del campione presenta un alto grado d'istruzione.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale il 51% presenta un alto livello d'istruzione.



Lo stato civile

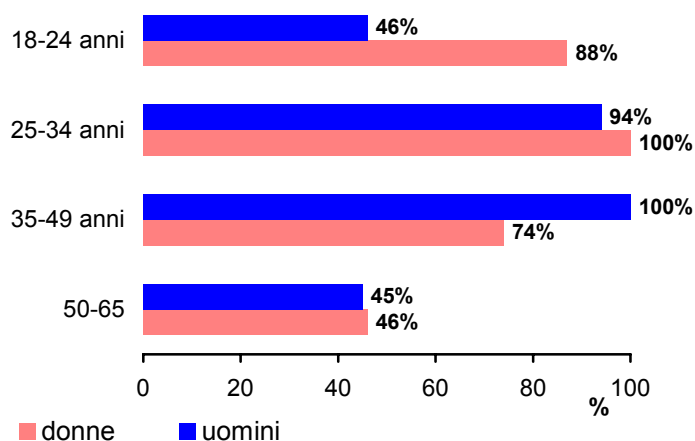
- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, celibi/nubili il 30%, vedovi/e il 4%, separati/divorziati il 5%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nel campione regionale e in quello delle ASL partecipanti a livello nazionale.



Il lavoro

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 73% del campione (nella fascia 18-65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (70% vs.75%).
- In Emilia-Romagna il 71% del campione (nella fascia 18-65 anni) riferisce di lavorare regolarmente (81% degli uomini e il 62% delle donne).
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale riferisce di lavorare regolarmente il 63% degli intervistati (74% degli uomini e il 51% delle donne).

Distribuzione di lavoro regolare per sesso e classe d'età - Ausl Ravenna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione selezionato casualmente per l'Azienda Sanitaria di Ravenna 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 delle 123 ASL partecipanti allo studio a livello nazionale.

Percezione dello stato di salute

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

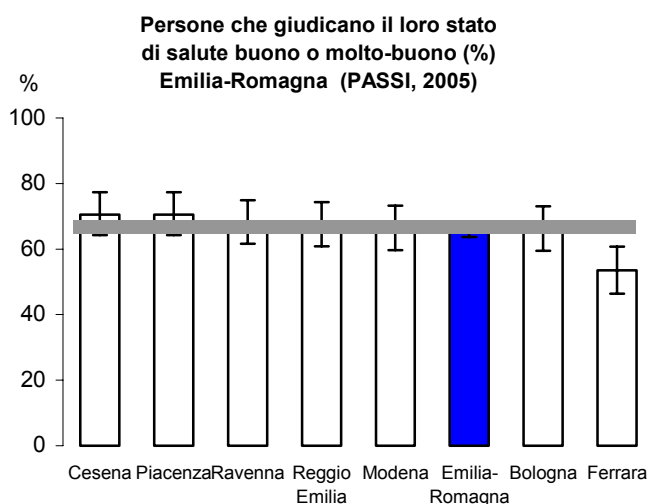
La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro indicatori: stato di salute autoriferito, numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, numero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

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

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 68% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni (90%)
 - gli uomini (70%)
 - le persone con alta istruzione (85%)
 - le persone senza patologie severe (73%).
- In Emilia-Romagna il 66% delle persone intervistate giudica positivamente il proprio stato di salute con valori paragonabili a quelli di Ravenna per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche.
- Le 7 Aziende Sanitarie della Regione partecipanti con campione rappresentativo, non presentano differenze statisticamente significative, eccetto Ferrara con una percentuale più bassa (54%)

Stato di buona salute percepito Ausl Ravenna (PASSI, 2005)		
Caratteristiche Demografiche		%
Totale		68,0 (IC95%: 61,1-74,4)
Età ^		
	18 - 34	90,2
	35 - 49	68,5
	50 - 69	52,6
Sesso		
	uomini	69,9
	donne	66,0
Istruzione* ^		
	bassa	52,0
	alta	84,7
Patologia Severa**		
	presente	40,0
	assente	72,9

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
** almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie
^ le differenze risultano statisticamente significative: età (p=0,0001); istruzione (p<0,0000)



- Nelle ASL partecipanti allo studio 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 in linea con quanto emerso sia a livello regionale sia aziendale.

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

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e 4 giorni per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1 giorno 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 lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici.
- I dati sono in linea con quelli rilevati a livello regionale.
- 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 gg al mese. I meno giovani e le donne riferiscono più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

**Giorni in cattiva salute percepita
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)**

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

Conclusioni e raccomandazioni

Come atteso sia dai dati di letteratura, anche a livello aziendale la percezione del proprio stato di salute è peggiore nelle donne, nelle persone più anziane e 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 popolazione, in particolare a livello di Azienda Sanitaria.

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 altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

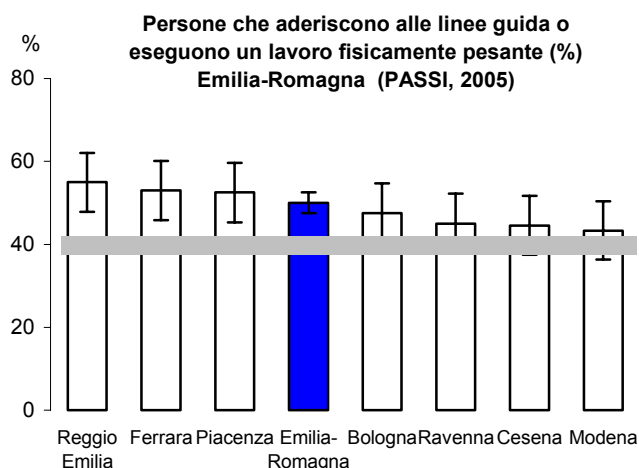
- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 45% delle persone intervistate effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 39% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e circa il 17% è completamente sedentario.
- Le persone completamente sedentarie sono in prevalenza meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- In Emilia-Romagna il 50% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni o effettua un lavoro pesante, il 37% svolge qualche attività e il 13% è sedentario.
- Tra le 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione aziendale, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone attive in linea con le raccomandazioni (range da 55% di Reggio Emilia al 43% di Modena).
- Tra le ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale, il 42% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica limitata e ben il 23% è completamente sedentario.

Popolazione sedentaria Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
Totale	16,5 (IC95%:11,6-22,4)
Età ^	
18 - 34	2,0
35 - 49	12,3
50 - 69	30,3
Sesso ^	
uomini	10,7
donne	22,7
Istruzione** ^	
bassa	22,5
alta	10,2

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

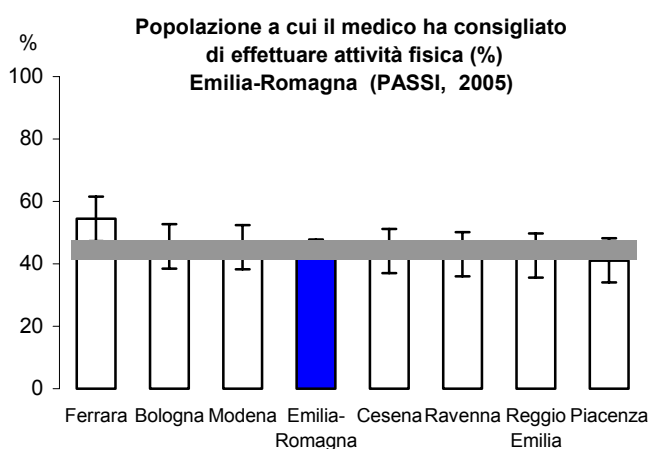
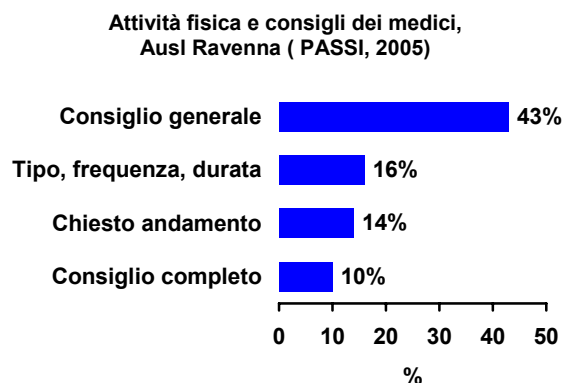
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative: età (p=0,0001); sesso (p=0,036); istruzione (p=0,031)



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

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 45% degli intervistati riferisce che il medico si è informato in merito al livello di attività fisica praticata e il 43% che ha raccomandato di fare regolare attività fisica.
- Il 16% degli intervistati ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere (il 37% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Al 14% di tutti gli intervistati è stato chiesto l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata (il 61% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Solo il 10% degli intervistati dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata (23% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- In Emilia-Romagna il 42% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica, il 45% ha ricevuto il consiglio, il 12% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive; solo il 7% degli intervistati ha ricevuto i consigli completi.



- 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, il 40% ha ricevuto il consiglio, il 10% informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi è stata del 7%.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che quasi la metà della popolazione dell'Azienda Sanitaria di Ravenna pratici attività fisica (nel senso di raccomandazioni o lavoro pesante) in linea con le raccomandazioni; rimane pertanto un'ampia fascia di popolazione che svolge un'attività fisica insufficiente o non la effettua affatto. Pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle altre Aziende partecipanti a livello nazionale allo studio Passi, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

Meno della 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, corsi di attività fisica, 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 cronicodegenerative (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 a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

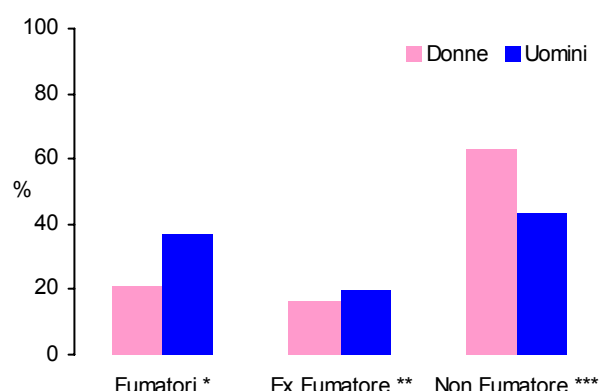
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna i fumatori sono pari al 29%, gli ex fumatori al 18% e i non fumatori al 53%.
- L'abitudine al fumo si differenzia tra uomini e donne: tra i fumatori e gli ex fumatori prevalgono gli uomini (con percentuali rispettivamente del 37% e 19% versus 21% e 17%), mentre tra i non fumatori le donne (63% versus 44%).
- In Emilia-Romagna i fumatori rappresentano il 28%, gli ex fumatori il 22% e i non fumatori il 50%.

**Distribuzione abitudine al fumo per sesso
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)**



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette

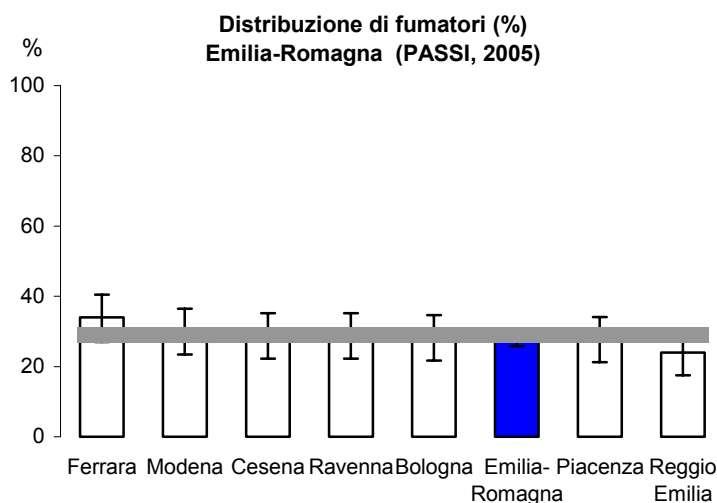
nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**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

- Tra le 7 Aziende Sanitarie 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 allo studio Passi 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?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna le proporzioni più alte di fumatori si sono osservati nella classe d'età 25-34 anni, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 19 anni.
- In media si fumano circa 13 sigarette al giorno.
- In Emilia-Romagna la percentuale di fumatori è risultata nelle fasce d'età sotto ai 49 anni, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e 14 sono in media le sigarette fumate al giorno.
- Tra le 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 vi sono 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
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)**

Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	29,0 (IC95%:22,8-35,8)
Età, anni	
18 - 24	23,8
25 - 34	36,7
35 - 49	30,1
50 - 69	26,3
Sesso ^	
Uomini	36,9
donne	20,6
Istruzione**	
bassa	32,4
alta	25,5

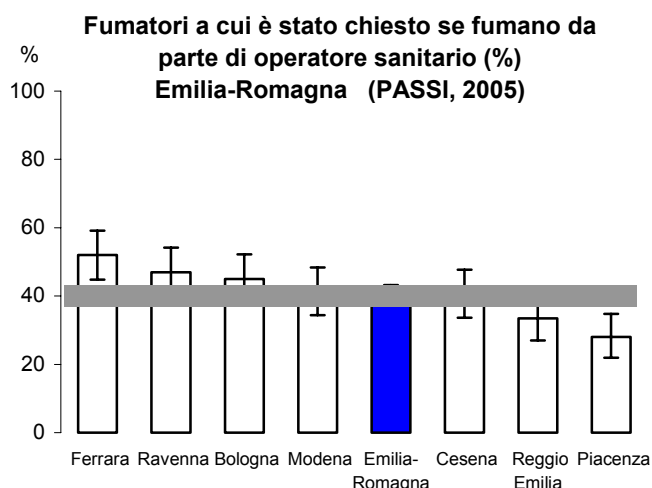
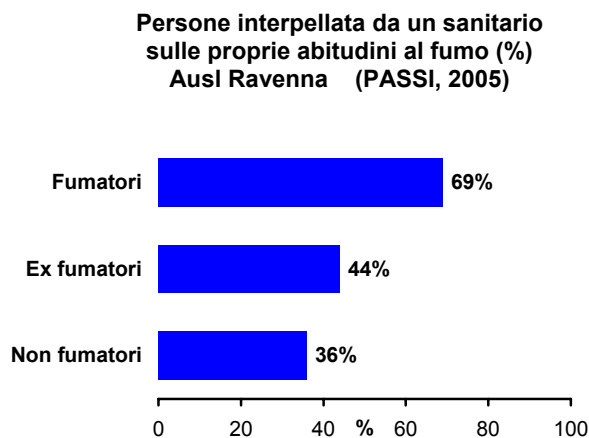
* fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,017)

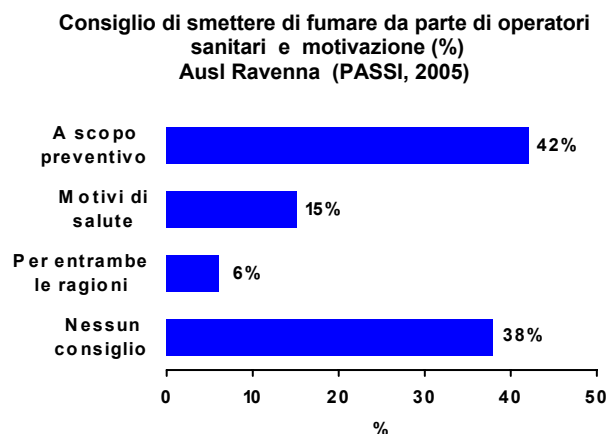
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna quasi un operatore sanitario su due (47%) si informa sui comportamenti dei propri pazienti 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 44% degli ex fumatori e il 36% dei non fumatori.
- Tra le 7 Aziende Sanitarie 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 è più bassa a Piacenza (28%) e più alta a Ferrara (52%).
- Nelle ASL partecipanti 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),



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

- Poco più di un fumatore su due (62%) riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario; lo scopo preventivo di tale consiglio prevale nettamente sui motivi di salute (42% contro 14%).
- In Emilia-Romagna al 64% dei fumatori è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 77% di Ferrara al 48% di Reggio Emilia).



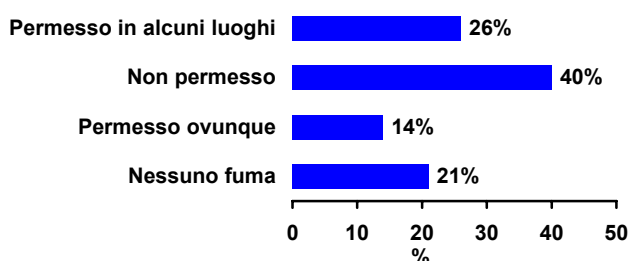
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna ben l'89% degli ex fumatori intervistati ha smesso di fumare da solo; l'8% ha fatto ricorso a terapie non convenzionali e solo il 3% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario. Anche i dati relativi all'Emilia-Romagna e alle ASL partecipanti allo studio Passi confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati nella Azienda Sanitaria di Ravenna dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 60% dei casi (39% non permesso; 21% nessuno fuma); nel restante 40% dei casi si fuma ovunque o in parte.
- Questi dati sono in linea con la media regionale (60% con un range dal 71% di Piacenza al 48% di Modena).

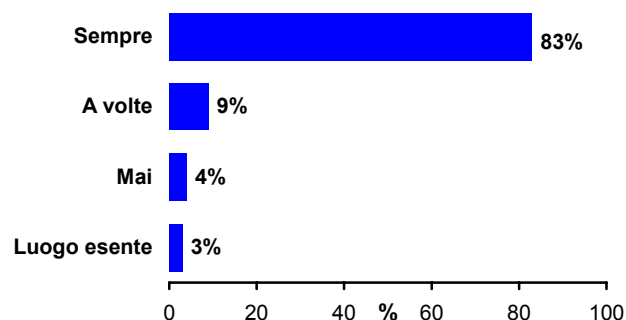
Distribuzione del permesso di fumare a casa (%)
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)



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

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nell'83% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.
- I dati sono in linea con la media regionale (82% con un range dal 76% di Ferrara all'86% di Reggio Emilia).

Distribuzione rispetto del divieto di fumo al lavoro
(% sul totale dei lavoratori)
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

Anche nella Azienda Sanitaria di Ravenna 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. In particolare spicca la classe d'età 25-34 anni, nella quale quasi 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Solo poco più di un fumatore su due ha ricevuto il consiglio di smettere: il livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari mostra pertanto un ampio margine di miglioramento. I fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'aiuto di operatori sanitari, gruppi di auto-aiuto o all'ausilio di farmaci sono risultati pochissimi. Questo dato sottolinea la necessità di valorizzare maggiormente l'offerta presente a livello locale di aiuto a smettere di fumare.

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.

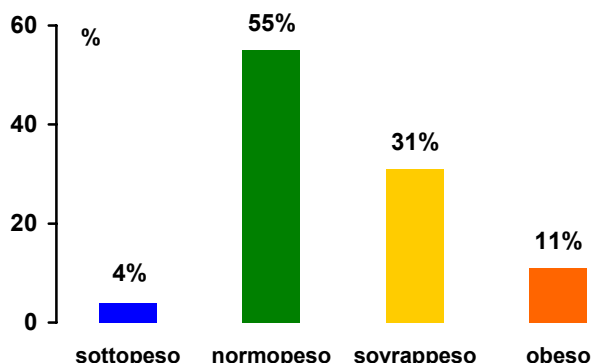
Stato nutrizionale

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 suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato.

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Caratteristiche ponderali della popolazione
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 55% normopeso, il 31% sovrappeso ed l'11% obeso.



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

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna si stima che il 42% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età (63% 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 21% pratica attività fisica ed il 23% segue una dieta per perdere peso.
- In Emilia-Romagna la prevalenza di questo fattore di rischio è sovrapponibile a quella aziendale (44% con un range dal 46% di Ferrara al 40% di Modena)
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso.

Popolazione con eccesso ponderale §
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	%
Totale	42,0 (IC 95%:35,1-49,2)
Età, anni* ^	
18 – 24	9,5
25 – 34	13,3
35 – 49	41,1
50 – 69	63,2
Sesso	
Uomini	48,5
Donne	35,1
Istruzione * ^	
bassa	50,0
alta	33,7

§ popolazione in sovrappeso od obesa

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

^ le differenze risultano statisticamente significative: età (p<0,000); istruzione (p=0,028)

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna (come pure a livello regionale e nelle Asl partecipanti allo Studio) 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: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

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

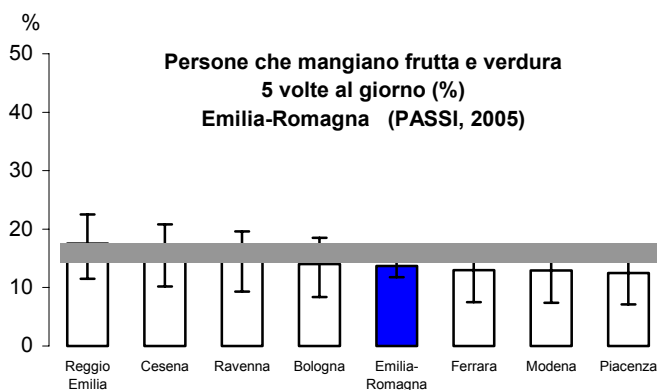
- Nella Azienda Sanitaria di Ravenna il 90% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 15% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa sana abitudine è più diffusa in due fasce d'età (18-24 e soprattutto 50-69 anni), tra le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- In Emilia-Romagna il 91% consuma frutta almeno una volta al giorno e il 14% la consuma 5 volte al giorno (con percentuali più rilevanti nelle fasce d'età 18-24 e 50-69e nelle donne).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.

Abitudini alimentari Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" (%)
Totale	15,0 (IC95%:10,4-20,7)
Età	
18 - 24	14,3
25 - 34	10,0
35 - 49	8,2
50 - 69	23,7
Sesso	
uomini	10,7
donne	19,6
Istruzione** ^	
bassa	20,6
alta	9,2

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

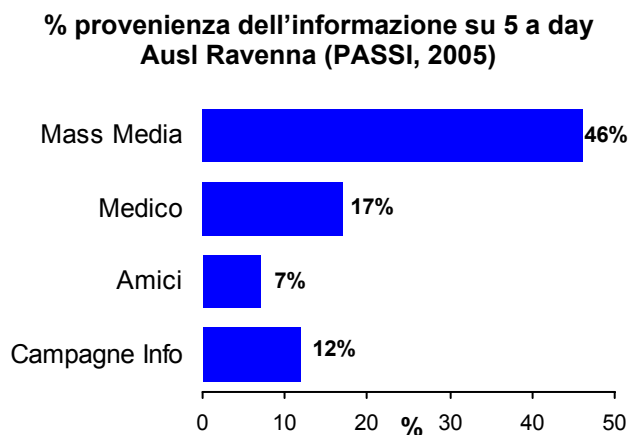
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,039)



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

- Nell’Azienda Sanitaria di Ravenna circa un intervistato su due (54%) riferisce di conoscere il “5 a day “(56%In Emilia-Romagna).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo il 17% degli intervistati riferisce di averla ricevuta da un medico.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell’Azienda Sanitaria di Ravenna la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo una piccola percentuale (16%) mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell’importanza di questa abitudine alimentare: infatti 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 e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso 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.

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

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

Quante persone bevono?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna circa il 75% 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 negli adulti (fasce di età 25-34 e 35-49), negli uomini in maniera rilevante rispetto alle donne e nelle persone con alto livello di istruzione, anche se di poco rispetto a quelle con bassa istruzione.
- Tra 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 65% di Ferrara al 75% di Piacenza).
- 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 Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
Totale	74,5 (IC95%:67,9-80,4)
Età, anni	
18 - 24	66,7
25 - 34	76,7
35 - 49	79,5
50 - 69	71,1
Sesso[^]	
uomini	85,4
donne	62,9
Istruzione^{**}	
bassa	71,6
alta	77,6

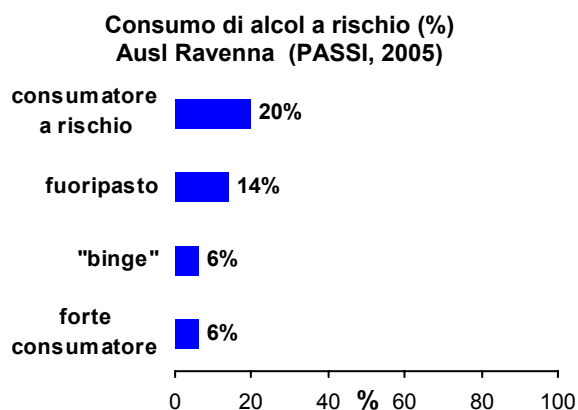
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0005)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Il 14% di tutti gli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana nell'ultimo mese.
- Il 6% 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).
- Considerando queste tre modalità di assunzione dell'alcol (fuoripasto o forte consumo o "binge"), il 20% degli intervistati può ritenersi "consumatore a rischio".
- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze significative per queste 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?

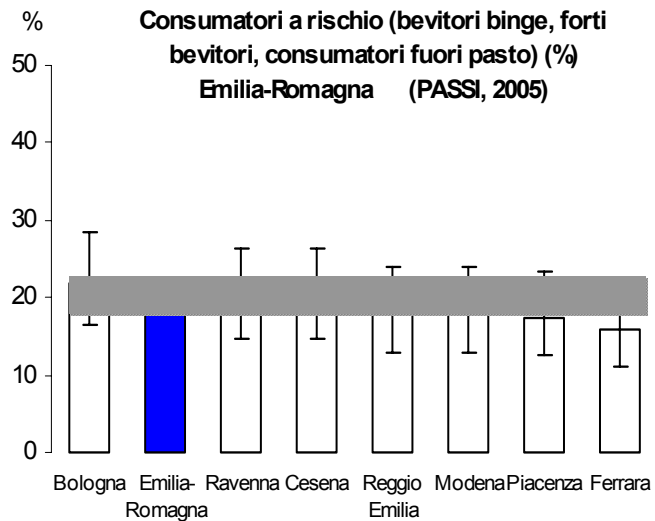
	Consumatori a rischio* Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
	Caratteristiche demografiche	Consumatori a rischio (n=40)
		20,0 (IC 95%: 14,7-26,2)
Totale		
Età, anni		
	18 - 24	38,1
	25 - 34	26,7
	35 - 49	17,8
	50 - 69	14,5
Sesso[^]		
	uomini	29,1
	donne	10,3
Istruzione^{**}		
	bassa	21,6
	alta	18,4

* 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 i maschi e più di due per le femmine 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.

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,002)

- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di “consumatori a rischio” non mostra differenze statisticamente significative (range 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) risulta più diffusa tra i giovani (nelle fasce 18-24 e 25-34 anni), negli uomini; i livelli di istruzione sostanzialmente si equivalgono.
- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori “binge” non mostra differenze statisticamente significative (range dal 12% di Bologna al 5% di Piacenza e Ferrara).
- 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.

Bevitori “binge” Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Bevitori “binge”** (n=12)
Totale	6,0 (IC 95%: 3,1-10,2)
Età, anni	
18 - 24	9,5
25 - 34	10,0
35 - 49	4,1
50 - 69	5,3
Sesso[^]	
M	10,7
F	1,0
Istruzione**	
bassa	6,9
alta	5,1

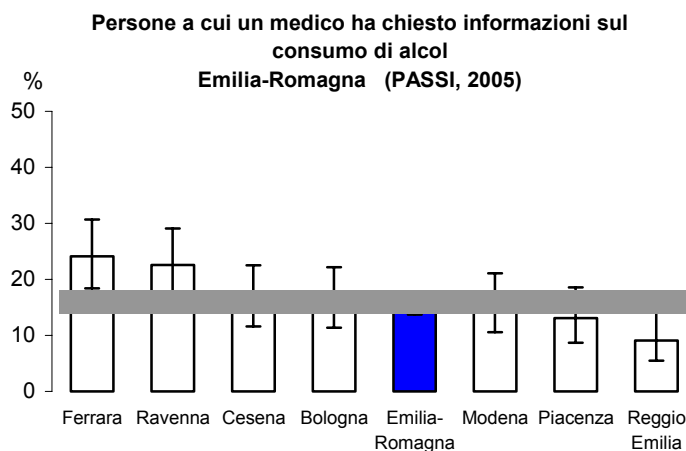
* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell’ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un’unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

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

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

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

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 23% 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 il 100% dei "binge" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Tra le 7 Aziende Sanitarie 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%) rispetto a Reggio Emilia (9%).



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, come a livello regionale, 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 molto 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.

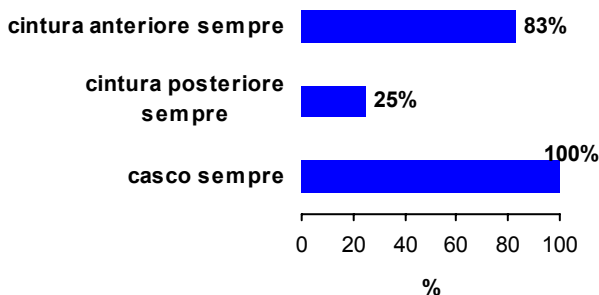
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

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.

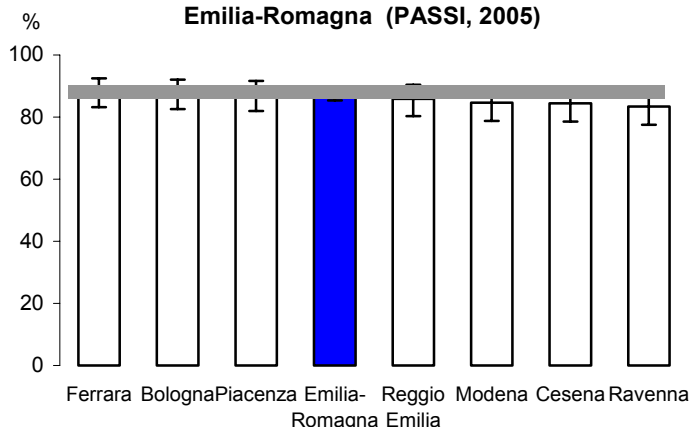
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna l'83% 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 100% riferisce di usare sempre il casco.
- In Emilia-Romagna l'87% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza, il 25% quella posteriore, il 97% il casco.; non emergono differenze rilevanti nell'uso dei dispositivi di sicurezza tra le 7 Aziende regionali con campione rappresentativo.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

**Uso dei dispositivi di sicurezza
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)**



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



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 13% degli intervistati (e il 18% di chi ha guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questo comportamento è più diffuso tra gli adulti in tutte le fasce d'età e marcatamente negli uomini; sensibili differenze si osservano in rapporto al livello di istruzione: 17% contro 8% rispettivamente tra livello basso e alto.
- Il 18% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Nelle 7 Ausl della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che riferiscono di avere guidato in stato di ebbrezza varia dal 17% di Modena al 12% di Ferrara e Bologna. Rispetto a età e genere le percentuali sono pressoché sovrapponibili tra Regione e Ausl di Ravenna; in Regione prevalgono le persone con livello di istruzione alto (15% contro 11%)
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori).

Guida in stato di ebbrezza Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	12,5 (IC95%:8,3-17,9)
Età	
18 - 24	9,5
25 - 34	13,3
35 - 49	13,7
50 - 69	11,8
Sesso[^]	
uomini	21,4
donne	3,1
Istruzione^{**}	
bassa	16,7
alta	8,2

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

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

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, come pure in Regione, 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 nell'utilizzo della cintura posteriore.

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

Accanto alle iniziative rivolte ai giovani per contrastare il fenomeno delle stragi del sabato sera, che devono continuare e semmai essere rafforzate, i dati suggeriscono di avviare e/o intensificare progetti di intervento di promozione della salute che raggiungono ampi strati di popolazione, insieme ad un rafforzamento dell'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine.

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 è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed 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?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 19% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 58% tra i 65-69 anni.

- Nelle persone sotto i 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica solo il 30% risulta vaccinato.

- Tra le 7 Aziende Sanitarie della Regione con campionamento rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate (range dal 20% di Ferrara al 15% di Modena).

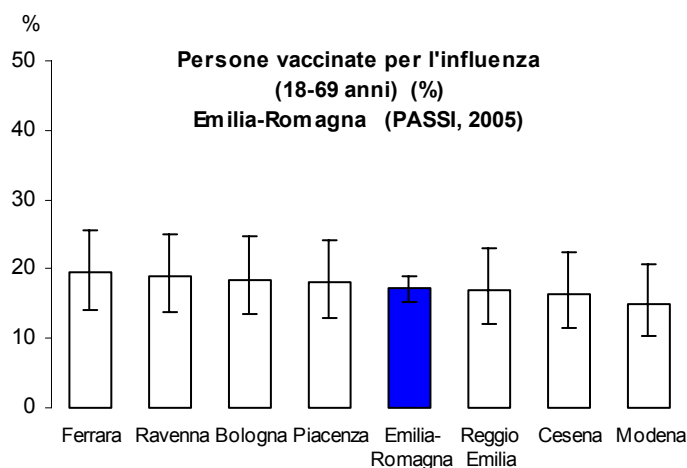
- La percentuale più alta di vaccinati nella fascia 65-69 anni è a Modena (71%), quella di persone con meno di 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica a Bologna (39%).

- 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.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	19.0 (IC95%:13,8- 25,1)
Età	
65-69	58,3
<65	13,6
<65 con almeno una patologia cronica	30,0
Sesso	
uomini	22,3
donne	15,5
Istruzione* ^	
bassa	27,5
alta	10,2

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

^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,004)



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 una percentuale relativamente elevata 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.

Risulta 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.

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 che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

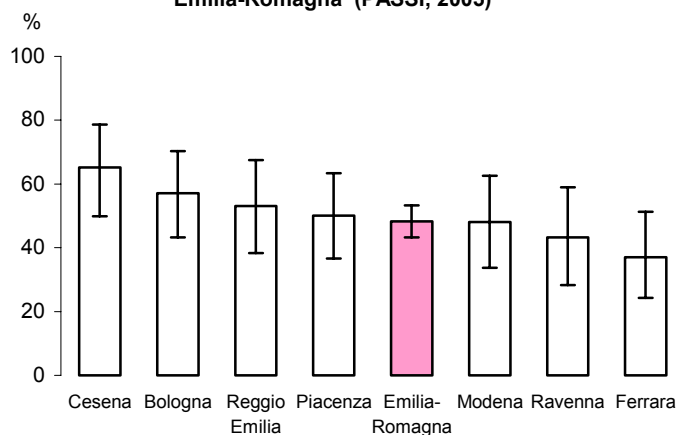
- Il 43% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia (vs 48% in Emilia-Romagna).
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 50% tra 18-24 anni al 42% nelle fasce 25-34 e 35-45 anni); non ci sono differenze per livello d'istruzione.
- In Emilia-Romagna il 48% delle donne intervistate riferisce di essere stata vaccinata; tra le 7 Aziende partecipanti allo studio non emergono differenze statisticamente significative 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 pari al 31%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=44) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %	
Totale	43,2 (IC95%: 28,3 – 59,0)	
Età		
	18-24	50,0
	25-34	41,7
	35-45	41,7
Istruzione*		
	bassa	42,9
	alta	43,3

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

Donne 18-45 anni vaccinate contro la rosolia (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)

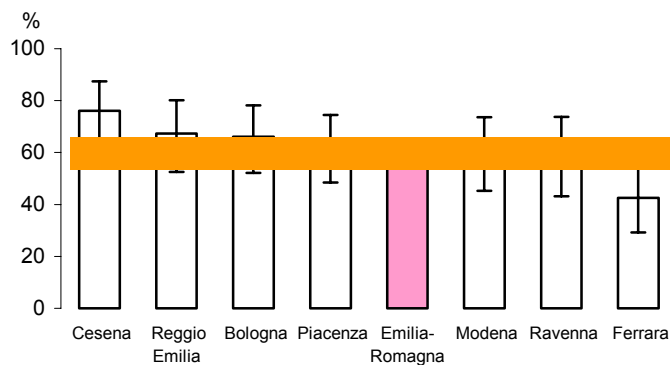


Quante donne sono immuni, suscettibili o non conoscono il loro stato vaccinale rispetto alla rosolia?

- Il 59% circa delle donne di 18-45 anni è immune alla rosolia o per la vaccinazione (43%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (16%).
- Il 5% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 36% dei casi lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le 7 Aziende Sanitarie della Regione partecipanti allo studio 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 presente.
- Tra le ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale la percentuale di donne immuni è pari al 52%.

Stato immunitario (donne 18-45 anni; n=44) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)		
		%
		59,1
Immuni		
- vaccinate		43,2
- non vaccinate con rubeotest positivo		15,9
Suscettibili/Stato sconosciuto		
		40,9
- non vaccinate con rubeotest negativo		4,5
- non vaccinate con rubeotest effettuato, ma con esito non noto		0
- non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato		36,4

**Donne 18-45 anni immuni alla rosolia (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)**



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna poco meno di 2 donne su 3 sono stimate immuni alla rosolia, con i valori percentuali tra i più bassi in Regione; in un terzo delle donne in età fertile 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 fertile suscettibili all'infezione con il coinvolgimento di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).

Ipertensione

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 eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati richiede un trattamento farmacologico; anche l'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna circa l'85% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 8% più di 2 anni fa, mentre il 8% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, è maggiore nelle donne, non si differenzia tra livelli di istruzione.
- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni varia dal 92% di Piacenza al 82% di Bologna).
- Nelle Asl partecipanti 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 è sovrapponibile a quello regionale.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	84,5 (IC95%:78,7-89,2)
Età	
18 - 34	74,5
35 - 49	86,3
50 - 69	89,5
Sesso	
uomini	80,6
donne	88,7
Istruzione*	
bassa	85,3
alta	83,7

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

Quanti riferiscono di essere ipertesi?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna circa il 23% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- Questa percentuale cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni (42%), nei sessi le percentuali si equivalgono, il livello di istruzione basso prevale su quello alto (32% circa contro 14% circa).
- In Emilia-Romagna circa un intervistato su quattro (24%) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione. La percentuale cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni (42%); non emergono differenze significative per sesso, mentre il valore è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione (29% vs 19%).
- Nelle 7 Aziende Sanitarie 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 ultracinquantenni, negli uomini e tra i meno istruiti.

Persone che riferiscono di essere ipertese (%) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

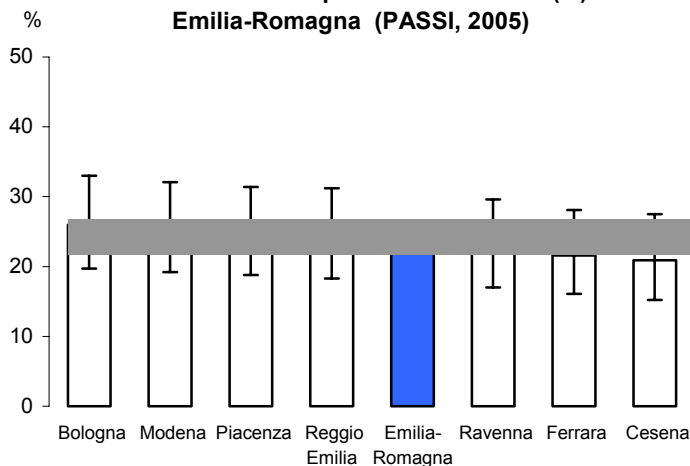
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	22,8 IC 95%: 17,0-29,6)
Età ^	
18 - 34	4,9
35 - 49	14,1
50 - 69	41,7
Sesso	
uomini	21,5
donne	24,2
Istruzione**^	
bassa	31,6
alta	13,5

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

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

^ le differenze risultano statisticamente significative: età ($p < 0,001$); istruzione ($p = 0,006$).

Ipertesi tra chi ha dichiarato di aver eseguito la misurazione della pressione arteriosa (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Come viene trattata l'ipertensione?

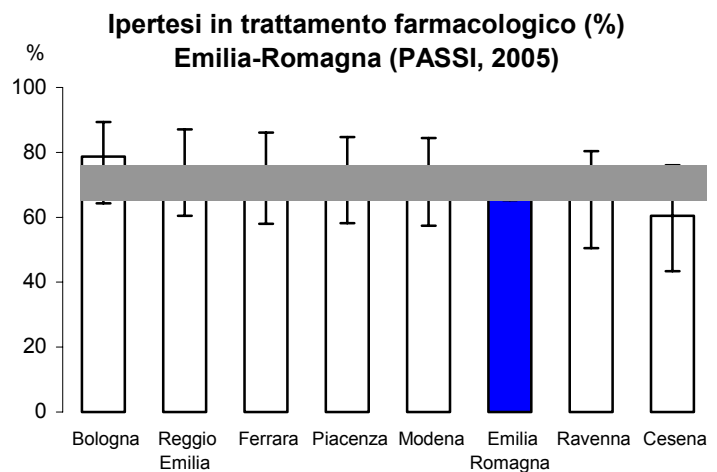
- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 67% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (57%), svolgendo regolare attività fisica (41%) e controllando il proprio peso corporeo (36%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione* Ausl Ravenna (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

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna si stima che sia iperteso quasi 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 ed il controllo del 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 lipemia (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 livello di colesterolo nel sangue?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna l' 86% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia (vs. l'84% in Regione).
- Questa percentuale cresce con l'età (arrivando al 93% sopra i 50 anni) ed è maggiore nelle donne. Non vi sono differenze rilevanti legate al livello d'istruzione.
- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno effettuato la colesterolemia 91% di Piacenza al 80% di Bologna.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale il 79% degli intervistati riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia.

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	85,5 (IC95%:79,8-90,1)
Età [^]	
18 - 34	66,7
35 - 49	90,4
50 - 69	93,4
Sesso [^]	
uomini	79,6
donne	91,8
Istruzione [*]	
bassa	87,3
alta	83,7

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.
[^] le differenze risultano statisticamente significative: età (p<0,001); sesso (p=0,025)

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna (tra coloro che hanno misurato il colesterolo) il 28% 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 41%), negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più basso.

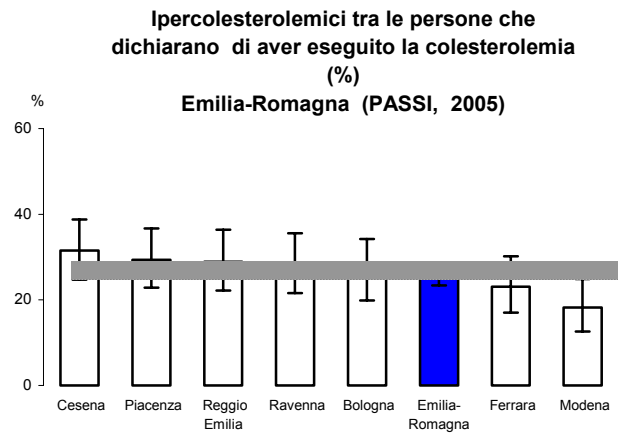
Ipercolesterolemici Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	28,2 (IC 95%:21,6-35,6)
Età [^]	
18 - 34	20,6
35 - 49	18,5
50 - 69	40,8
Sesso	
uomini	33,3
donne	23,6
Istruzione** [^]	
bassa	36,4
alta	19,5

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

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

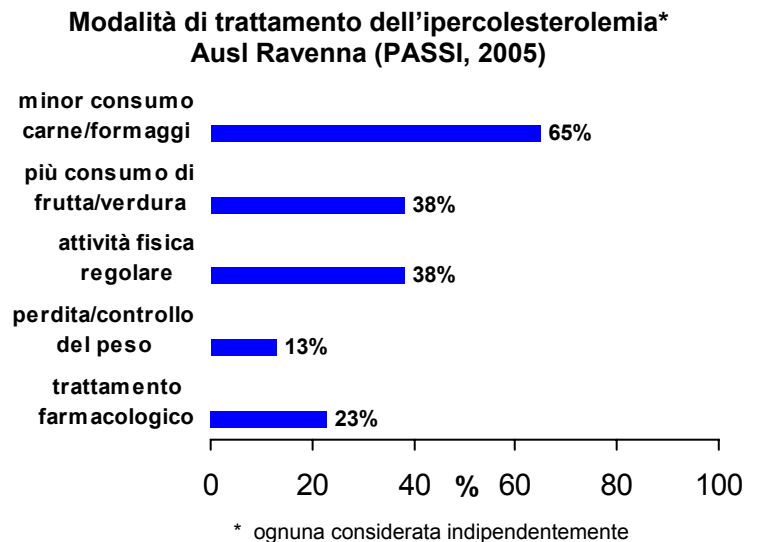
[^] le differenze risultano statisticamente significative: età (p=0,008); istruzione (p=0,023).

- 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 sovrapponibile a soprariportato.



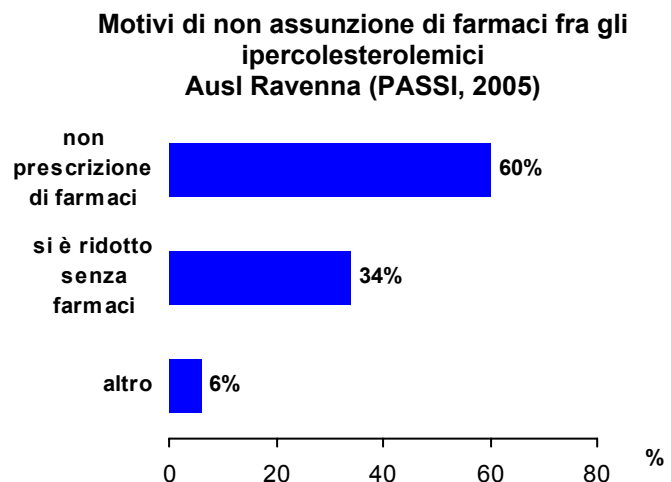
Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 23% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico. (22% in Regione).
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici trattano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (65%), aumentando il consumo di frutta e verdura (38%), svolgendo regolare attività fisica (37%) e controllando il peso (13%).



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

- Il 60% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 34% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 6% degli ipercolesterolemici non assume farmaci contro l'alto livello di colesterolo a causa di loro effetti collaterali.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna soltanto meno del 15% delle persone intervistate non ha mai effettuato una colesterolemia; tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, quasi una persona su tre (28%) dichiara di avere l'ipercolesterolemia, di cui una su cinque in età giovane (18-34).

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?

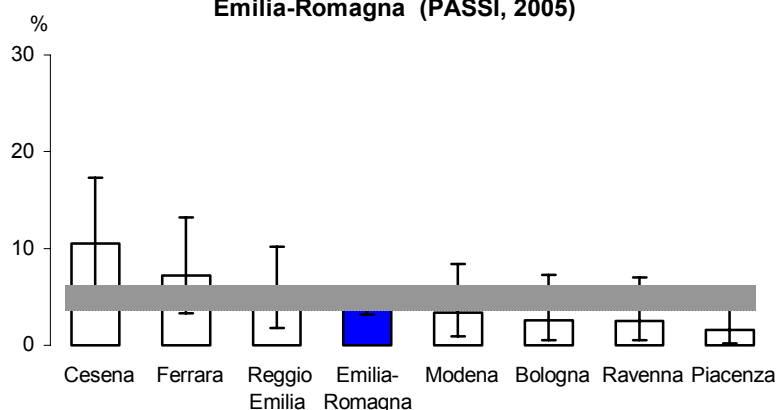
- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 3% degli intervistati nella fascia d'età 40-69 anni riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- La percentuale è maggiore nella fascia 40-49 anni esclusiva delle donne, con livello d'istruzione alto.
- In Emilia-Romagna questa percentuale è del 4%, con un range nelle 7 Aziende con campione rappresentativo variabile dall'11% di Cesena al 2% di Piacenza).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è pari al 9%.

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

Caratteristiche demografiche	%
Totale	2,5 (IC 95%: 0,5-7,0)
Età, anni	
40 - 49	4,3
50 - 59	0,0
60 - 69	2,3
Sesso	
uomini	0,0
donne	4,8
Istruzione*	
bassa	1,2
alta	5,0

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

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 utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment 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.

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 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. In Emilia-Romagna si contano 250 nuovi casi all'anno (12/100.000 donne residenti); la mortalità questa neoplasia rappresenta circa l'1% della mortalità per tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 69%.

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. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, in linea con le altre Aziende della regione, i programmi di screening sono avviati dalla dal 1996.

Quante donne hanno eseguito un pap-test?

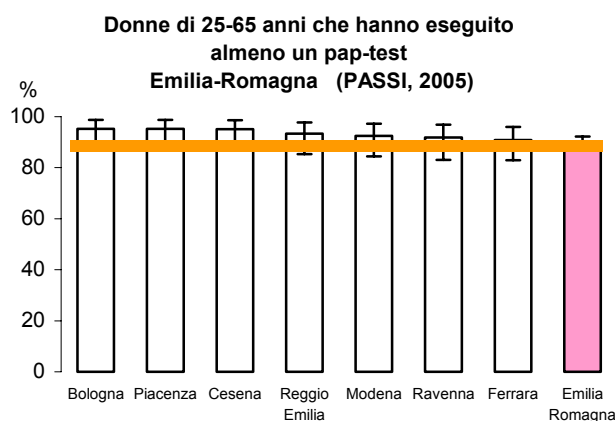
- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 92% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato il pap-test in assenza di segni e sintomi; la percentuale si abbassa sopra i 50 anni e nelle donne coniugate. Non si osservano differenze significative rispetto al livello di istruzione.
- L'età media del primo pap test effettuato a scopo preventivo è di 29 anni.
- In Emilia-Romagna il 90% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato il pap-test preventivo (età media del primo pap-test: 31 anni).
- Tra le 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione aziendale 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 del collo dell'utero (25-64 anni) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Pap-test effettuato *
Totale	91,8 (IC95%:83,0-96,9)
Età ^	
25 - 34	90,9
35 - 49	100
50 - 64	80
Stato civile	
coniugata	94,2
non coniugata	85,7
Istruzione**	
bassa	91,4
alta	92,1

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

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

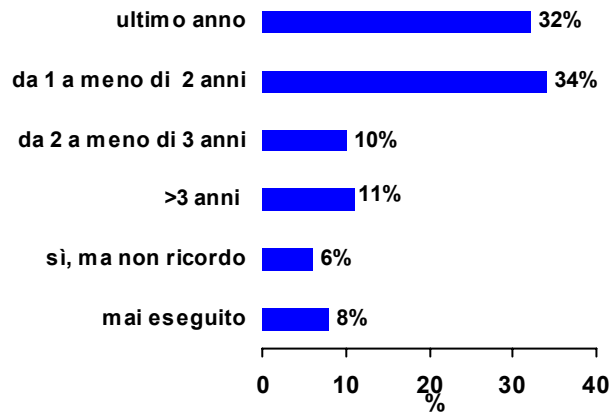
^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,02$)



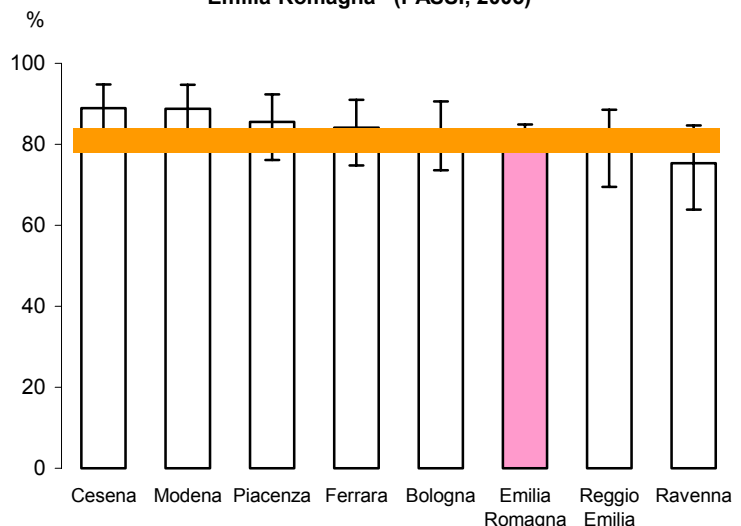
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 76% delle donne di 25-64 anni riferisce di aver effettuato il pap-test negli ultimi tre anni (in linea con le raccomandazioni); il 32% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. L' 8% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- In Emilia-Romagna l'82% delle donne ha eseguito il pap-test negli ultimi 3 anni e il 10% non l'ha mai eseguito.
- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione aziendale, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il pap-test negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dall'89% di Cesena al 76% di Ravenna).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni e il 22% non l'ha mai eseguito.

**Pap-test e periodicità
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)**



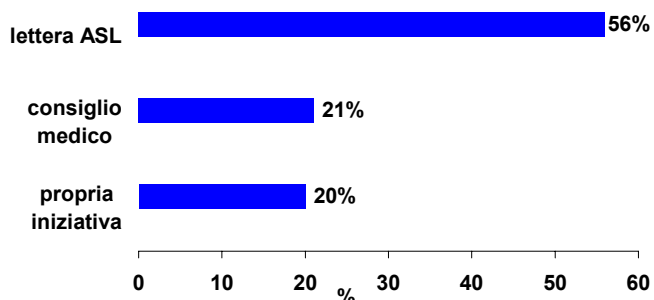
**Donne di 25-64 anni che hanno eseguito un pap-test
negli ultimi tre anni (%)
Emilia-Romagna (PASSI, 2005)**



Viene consigliato il pap-test alle donne?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 95% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL e il 75% il consiglio di un medico ad effettuare con periodicità il pap test.
- L'ultimo pap-test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'Azienda Sanitaria (56%), su consiglio medico (21%) e di propria iniziativa (20%).

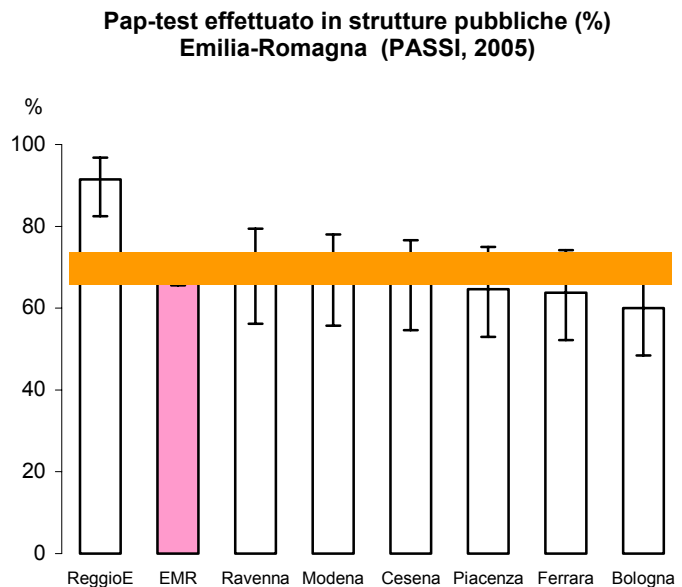
**Ultimo pap-test: motivo dell'esecuzione
Ausl Ravenna (PASSI, 2005)**



- 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 lettera invito dell'ASL nel 51%, su propria iniziativa nel 26% dei casi 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?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 69% delle donne intervistate riferisce di aver effettuato l'ultimo papa test presso una struttura pubblica.
- In Emilia-Romagna la percentuale di papa test eseguiti nella struttura pubblica è pari al 70% (range dal 91% di Reggio-Emilia al 60% di Bologna).



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Ausl di Ravenna la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening consolidato sul territorio; è elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); più dei due terzi l'ha eseguito nel corso degli ultimi due anni..

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno. In Emilia-Romagna nel 2000 si sono registrati circa 3.680 casi all'anno (163 casi per 100.000 donne residenti). Il 16% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasie della mammella (45 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 83%.

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. Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, in linea con le altre Aziende della regione, i programmi di screening sono avviati dal 1996.

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna l'85% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; le percentuali nelle due fasce di età 50-59 e 60-69 si equivalgono.
- L'età media della prima mammografia preventiva è di 43 anni, più bassa pertanto rispetto all'età dalla quale si consiglia la mammografia periodica (50 anni).
- In Emilia-Romagna la percentuale di donne di 50-69 anni che riferisce di aver eseguito una mammografia è pari al 90% e l'età media è 46.
- Tra le 7 Aziende Sanitarie della Regione 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).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

Diagnosi precoce neoplasie della mammella (donne ≥50 anni) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)

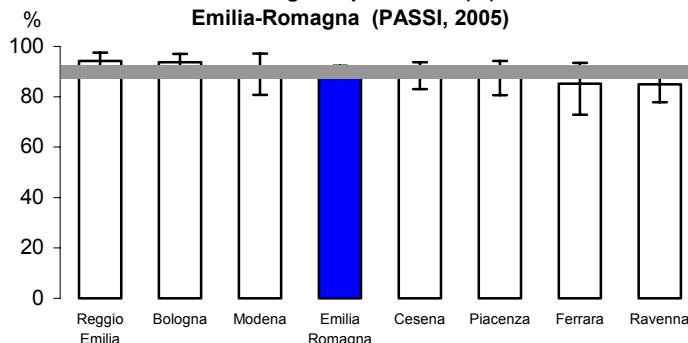
Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia*
Totale		84,9 (IC95%: 77,8-90,4)
Età		
	50 - 59	83,9
	60 - 69	85,7
Stato civile[^]		
	coniugata	89,1
	non coniugata	73,7
Istruzione^{**}		
	bassa	88,4
	alta	77,3

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

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

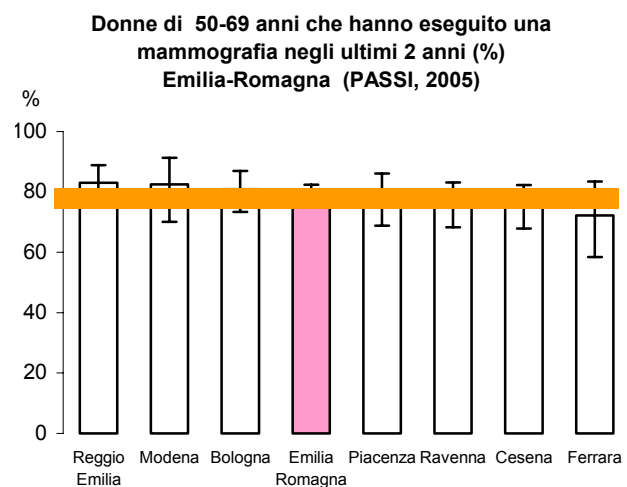
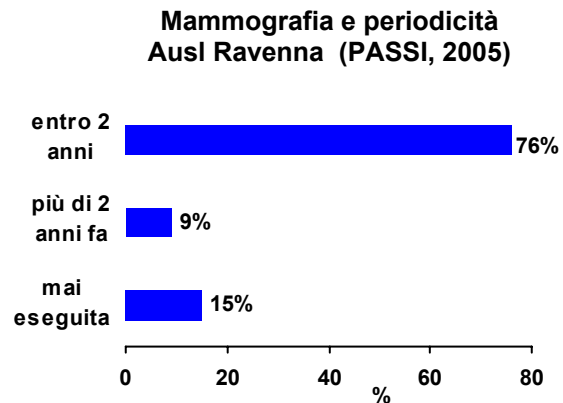
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,045)

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



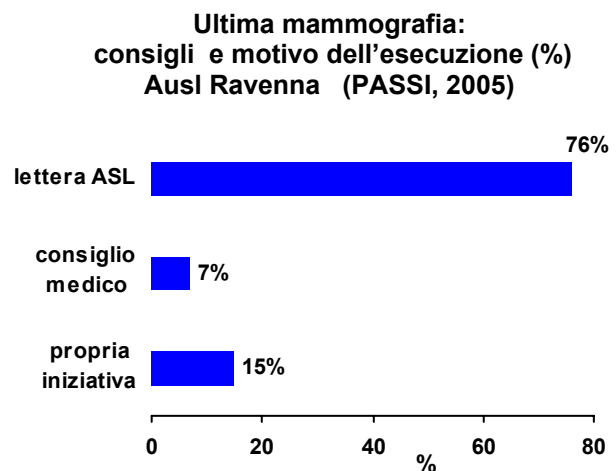
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 76% delle donne di 50-69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 9% più di 2 anni fa. Il 15% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- 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 Aziende Sanitarie 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.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 91% delle donne intervistate di 50-69 anni dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL e il 48% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 76% in seguito ad una lettera di invito, nel 7% su consiglio medico e nel 15% di propria iniziativa.
- 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% un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia.

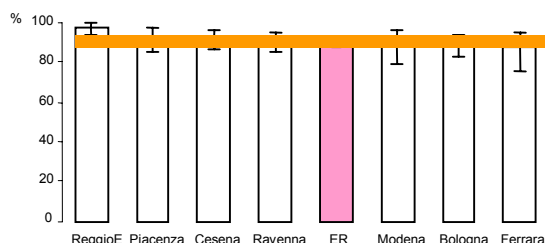


- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 68% in seguito ad una lettera di invito, nel 18% di propria iniziativa e nel 14% su consiglio medico.

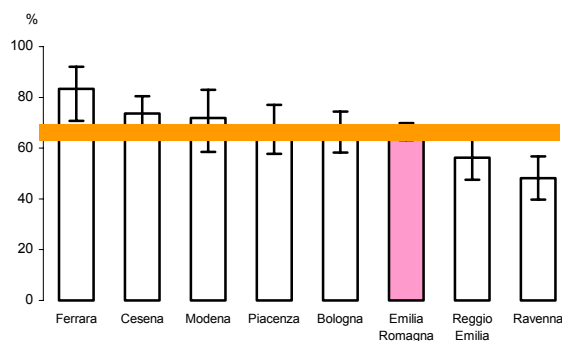
- Nelle 7 Aziende Sanitarie della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze significative nella percentuale di donne che riferiscono di aver ricevuto la lettera d'invito e il consiglio del medico ad effettuare la mammografia.

- Nelle ASL partecipanti allo studio il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito; l'ultima mammografia è stata eseguita nel 39% in seguito a lettera, nel 32% di propria iniziativa e nel 29% su consiglio del medico.

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



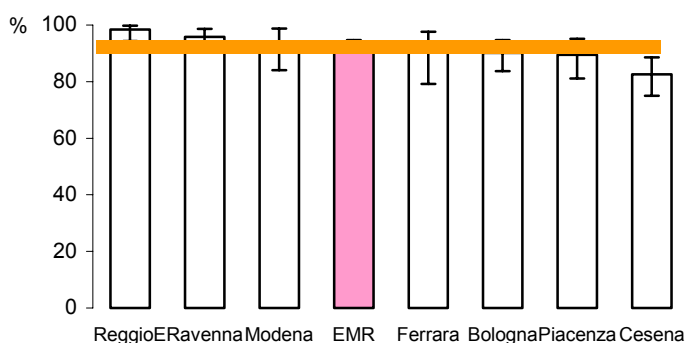
Donne di 50-69 anni cui è stato consigliato di eseguire una mammografia (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Dove è stata effettuata l'ultima mammografia?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna la percentuale di mammografie effettuate nella struttura pubblica è pari al 96%.
- 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).

Mammografie in strutture pubbliche (%) Emilia-Romagna (PASSI, 2005)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna, come nella regione 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

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi). In Emilia-Romagna gli ultimi dati disponibili (1997) indicano 3.400 nuovi casi all'anno (96/100.000 negli uomini e 78 nelle donne). Il 12 delle morti per tumore è dovuto a questa neoplasia. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 52%.

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

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

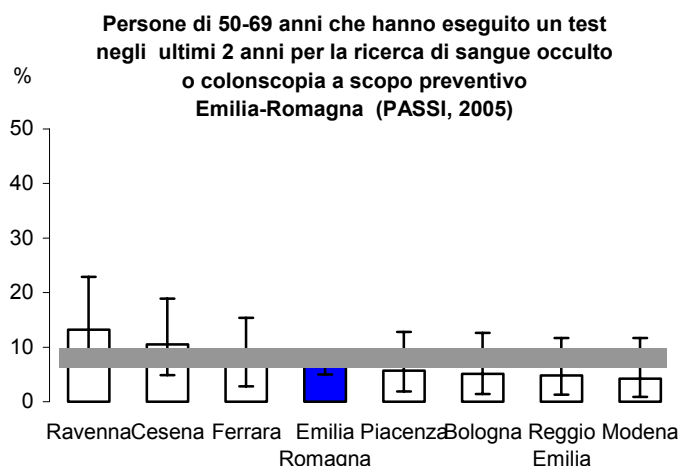
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon-retto?

- Nell'Azienda Sanitaria di Ravenna il 25% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 13% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- In Emilia-Romagna il 13% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo ed il 7% lo ha fatto negli ultimi due anni.
- Tra le Aziende Sanitarie con campione rappresentativo 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 anni) Ausl Ravenna (PASSI, 2005)	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
Totale	25,0 (IC95%:15,8-36,3)
Età	
50 - 59	21,2
60 - 69	27,9
Sesso	
uomini	27,0
donne	23,1
Istruzione**	
bassa	26,3
alta	21,1

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

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

La sperimentazione: risultati di una valutazione su 92 delle 123 Aziende Sanitarie partecipanti allo Studio PASSI

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, diffidenza 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 sezioni 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 aziendale	Ausl Ravenna	Emilia Romagna	ASL partecipanti
età media	45,0 anni	43,6 anni	43,9 anni
donne, %	48,5	49,4	51,6
titolo di studio, %			
<i>laurea</i>	11,5	11,5	11,2
<i>media superiore</i>	37,5	38,5	40,4
<i>media inferiore</i>	28,5	31,1	30,5
<i>elementare</i>	21,0	17,7	16,0
<i>nessuno</i>	1,5	1,3	1,3
livello di istruzione*, %			
<i>alto</i>	49,0	50,1	51,6
stato civile, %			
<i>coniugati/conviventi</i>	62,0	64,9	66,2
<i>celibi/nubili</i>	29,5	26,8	27,4
<i>vedovi/e</i>	4,0	3,7	2,9
<i>separati/divorziati</i>	4,5	4,6	3,5
lavoro regolare**, %	72,6	71,3	62,5

* alto: laurea o licenza media superiore
basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

**Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Ausl Ravenna (%,gg)	Emilia Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%,gg)
salute molto-buona/buona, %	68,0	66,1	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,0	3,1	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,8	3,3	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,3	1,4	1,6

Attività fisica	Ausl Ravenna (%,gg)	Emilia Romagna (%,gg)	ASL partecipanti (%)
adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	45,0	50,0	42,4
popolazione completamente sedentaria ^{^^}	16,5	13,3	23,3
consigli dei medici: ^{^^^}			
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	44,5	41,9	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	43,0	45,2	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	16,0	11,9	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	13,5	10,2	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	10,0	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	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
fumatori*	29,0	28,1	26,5
uomini	36,9	30,9	31,5
donne	20,6	25,2	21,7
ex fumatori**	18,0	22,3	19,7
non fumatori***	53,0	49,6	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:			
da solo	88,9	95,2	94,2
aiuto del medico	2,8	1,1	1,8
consigli dei medici:			
chiesto se fuma	47,0	40,7	38,6
a fumatori	69,0	69,4	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	61,8	63,5	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:			
non permesso	39,5	34,8	37,0
nessuno fuma	20,5	25,2	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambiente chiuso):			
sempre	83,3	82,2	76,3
a volte/mai	12,3	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

Abitudini alimentari	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	90,0	90,7	90,8
conosce il 5 a day [^]	53,5	52,8	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	15,0	13,7	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:			
mass media	45,5	43,6	45,4
medico	17,0	15,9	18,5
campagne informative	11,5	11,5	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	74,5	71,5	63,8
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	14,0	12,1	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	6,0	9,1	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	6,0	6,2	5,5
chiesto dal medico sul consumo	22,6	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	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
cintura anteriore sempre	83,4	87,2	83,0
cintura posteriore sempre	24,9	25,0	19,7
casco sempre [#]	100	96,9	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	12,5	12,9	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	17,5	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

Vaccinazione antinfluenzale	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
vaccinati 18-69 anni	19,0	17,2	15,3
vaccinati ≥ 65	58,3	52,3	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	30,0	28,6	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
vaccinate	43,2	48,2	30,6
hanno eseguito rubeotest* Immune**	36,0	37,0	40,6
	59,1	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

Iperensione arteriosa	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	84,5	84,7	81,4
Ipertesi*	22,8	24,1	22,6
come viene trattata l'ipertensione:			
<i>trattamento farmacologico</i>	66,7	70,5	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	57,1	66,7	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	35,7	40,1	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	40,5	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	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	85,5	83,7	79,3
Ipercolesterolemici [^]	28,2	25,8	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:			
<i>trattamento farmacologico</i>	22,9	21,7	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	64,6	69,3	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	37,5	50,0	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	12,5	38,1	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	37,5	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

Situazione nutrizionale	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
popolazione con eccesso ponderale	42,0	43,9	43,6
<i>sovrappeso</i>	31,0	33,4	32,5
<i>obeso</i>	11,0	10,4	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:			
<i>dieta</i>	22,6	28,3	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	21,4	28,8	22,7

Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	2,5	4,4	9,0

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

Screening neoplasia del collo dell'utero[^] (donne 25 - 64 anni)	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
eseguito almeno un pap test	91,8	90,0	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	75,3	82,0	69,7
viene consigliato pap test periodico	75,3	74,2	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	94,7	89,5	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>	56,1	50,9	24,6
<i>consiglio medico</i>	21,2	21,6	30,6
<i>propria iniziativa</i>	19,7	25,9	43,6

[^]eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
eseguita almeno una mammografia	84,9	90,3	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	76,3	79,7	56,7
viene consigliata mammografia periodica	48,2	66,6	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	91,4	89,9	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>	76,3	68,1	38,7
<i>consiglio medico</i>	6,8	13,9	28,6
<i>propria iniziativa</i>	15,3	17,8	32,0

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

Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)[#]	Ausl Ravenna (%)	Emilia Romagna (%)	ASL partecipanti (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	25,0	12,6	14,0
eseguito negli ultimi due anni	13,2	6,8	8,3

[#]eseguita a scopo preventivo

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 -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000 (informazioni n.26)