

***infosanità* 51**



Studio P.A.S.S.I.  
per l'Italia  
Risultati dell'indagine  
in provincia di Trento

P.A.S.S.I.  
Progressi delle Aziende  
Sanitarie per la Salute in Italia

EDIZIONI  
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
ASSESSORATO  
ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Trento 2006

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento. 2006

Collana

**infosanità**

numero 51

Assessorato alle Politiche per la Salute

Servizio Innovazione e formazione per la salute

Via Gilli,4 - 38100 Trento

tel. 0461/494037, fax 0461/494073

e-mail: [comunicazione.salute@provincia.tn.it](mailto:comunicazione.salute@provincia.tn.it)

[www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net)

## **Studio P.A.S.S.I. per l'Italia. Risultati dell'indagine in provincia di Trento** *P.A.S.S.I. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*

A cura di Pirous Fateh-Moghadam - Coordinatore aziendale dello studio PASSI

Servizio Osservatorio Epidemiologico, APSS, Trento

Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS ISS): Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito

Con la supervisione di Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra (CNESPS ISS)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scarpetta (CNESPS ISS)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio: Giovanni Martini (Assessorato alle Politiche per la salute della Provincia autonoma di Trento); Alberto Betta e Laura Ferrari (Direzione Igiene e Sanità Pubblica, APSS); Silvano Piffer e Laura Battisti (Osservatorio Epidemiologico, APSS)

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni del Trentino per la preziosa collaborazione fornita.

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

ricerca numeri di telefono: Antonella d'Alpaos e Rita Odorizzi (Servizio Osservatorio Epidemiologico);

referenti e intervistatrici a livello di distretto:

Alta Valsugana: Antonino Vassallo, Franca Valcanover e Antonia Recchia (referenti); Pierina Moser (intervistatrice).

Fiemme e Fassa: Luca Nardelli (referente); Paola Felis (intervistatrice).

Val di Non: Guido Belli (referente); Loredana Zamboni (intervistatrice).

Giudicarie e Rendena: Antonio Prestini (referente); Franca Trentini (intervistatrice).

Alto Garda e Ledro: Pierluigi Gardini (referente); Maria Teresa Tonini (intervistatrice).

Trento e valle dei Laghi: Enrico Nava, Mariagrazia Zuccali e Rina Franceschi (referenti); Laura Vareschi, Franca Casagrande e Clara Assunta Tramontano (intervistatrici).

Bassa Valsugana: Antonio Vassallo (referente); Marilena Moser (intervistatrice).

Vallagarina: Manuela Spaccini (referente); Cinzia Vivori e Maria Pia Baldessari (intervistatrice).

Valle di Sole: Daniela Zanon (referente); Nicoletta Anselmi (intervistatrice).

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

*Coordinamento editoriale:* Vittorio Curzel

*Impaginazione:* Mario Querin e Attilio Pedenzini

## Presentazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente confermato che le patologie definite non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche, ecc.), attualmente responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli "stili di vita": abitudini alimentari, fumo, consumo di alcol, attività fisica.

Tutte le strategie a medio e lungo termine, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono quindi necessariamente basarsi sulla conoscenza dei comportamenti a rischio e della reale diffusione delle pratiche preventive all'interno della popolazione di riferimento.

Su queste basi, nel 2005 l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, aderendo a uno specifico progetto nazionale, ha rilevato le abitudini, gli stili di vita e lo stato di attuazione dei programmi di intervento tra la popolazione adulta residente in Trentino.

Lo strumento di ricerca (studio PASSI - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è stato messo a punto dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) con il suo gruppo PROFEA (Programma di formazione in epidemiologia applicata) per conto del Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CMM) del Ministero della Salute e ha visto la partecipazione di oltre la metà delle ASL a livello nazionale.

In questo rapporto sono illustrati i risultati dello studio nella nostra provincia: ne emerge un quadro molto interessante, tale da costituire una preziosa fonte informativa per delineare il profilo di salute della popolazione e per impostare e valutare i programmi di sanità pubblica.

Anche nella nostra realtà lo studio si è rilevato utile (permette di rilevare "in tempo reale" i comportamenti diffusi nella nostra popolazione senza i tempi dei grandi studi statistici nazionali) e fattibile (è realizzato con risorse assolutamente contenute); sulla base di queste considerazioni l'Assessorato alle politiche per la salute della Provincia autonoma ha deciso di aderire alla proposta del CCM (Ministero della Salute) di sperimentare il passaggio a un vero e proprio sistema di sorveglianza PASSI per la rilevazione continua di dati. La sperimentazione è prevista per il biennio 2007-08 e vede

la nostra provincia partecipe non solo a livello locale, ma anche attraverso una collaborazione diretta al gruppo tecnico del CNESPS.

La raccolta continua e sistematica dei dati permetterà un monitoraggio nel tempo degli aspetti presi in esame nella ricerca iniziale e presentati in questo rapporto, con la possibilità di evidenziare e valutare tempestivamente eventuali cambiamenti e tendenze, che ci auspichiamo possano rappresentare ulteriori, progressivi passi in avanti per la salute in Trentino.

Dott. Remo Andreolli  
*Assessore provinciale  
alle Politiche per la salute*

## Indice

Introduzione.....	9
Sintesi del rapporto aziendale .....	11
Obiettivi dello studio .....	14
Metodi.....	17
Risultati della sperimentazione.....	19
Descrizione del campione aziendale.....	23
Percezione dello stato di salute.....	27
Attività fisica.....	30
L'abitudine al fumo.....	33
Abitudini alimentari .....	38
Consumo di alcol.....	40
Sicurezza stradale.....	44
Vaccinazione antinfluenzale .....	46
Vaccinazione antirosolia .....	48
Ipertensione arteriosa.....	50
Colesterolemia.....	53
Situazione nutrizionale .....	57
Carta di rischio cardiovascolare .....	60
Screening neoplasia del collo dell'utero .....	62
Screening neoplasia della mammella.....	65
Screening tumore del colon retto.....	68
Tabella riassuntiva dei principali risultati.....	70



## Introduzione

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio per le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali e i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero 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 a intervalli quinquennali. 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 della realtà provinciale e aziendale. Una volta implementato come raccolta sistematica, Passi si propone di monitorare il progresso sanitario di un sistema di salute (anche di quello aziendale) fornendo dati utilizzabili per una rapida e 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.



## Sintesi del rapporto aziendale

### Descrizione del campione aziendale

In Trentino è stato intervistato un campione casuale di 200 persone, selezionate dall'anagrafe sanitaria. Il 50% degli intervistati è rappresentato da donne e il 50% da uomini con un'età media di 42 anni. Oltre la metà (56%) ha un livello di istruzione alto e il 70% ha un lavoro regolare.

### Percezione dello stato di salute

Il 25% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 38% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

### Attività fisica

È completamente sedentario l'11% del campione e solo il 22% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

### Abitudine al fumo

Il 24% si dichiara fumatore e il 19% ex fumatori. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena il 3% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 60% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

### Abitudini alimentari

Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 14% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa soprattutto negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

### Consumo di alcol

Si stima che oltre due terzi (72%) della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e che oltre un terzo circa abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 36% è forte bevitore o "binge" o beve regolarmente fuoripasto). I bevitori binge sono più diffusi nella fascia di età 18-24 e tra gli uomini. Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

### **Sicurezza stradale**

Si osserva invece un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (92% cintura anteriore sempre, 96% dei motociclisti si mette sempre il casco) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 27% degli intervistati. Il 17% degli intervistati riferisce di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e la stessa percentuale (17%) di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

Il 40% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

### **Vaccinazione antirosolia**

Il numero di donne suscettibili alla rosolia risulta essere molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita; infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 32%.

### **Ipertensione arteriosa**

Si stima che sia iperteso un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 62% è sotto trattamento farmaceutico. Al 19% della popolazione non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

### **Colesterolemia**

Un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 26% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Uno su cinque dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

### **Situazione nutrizionale**

È in sovrappeso il 25% del nostro campione e gli obesi sono il 7%. L'eccesso ponderale è trattato nel 20% dei casi con dieta e nel 30% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

### **Carta di rischio cardiovascolare**

Risulta ancora scarsamente utilizzata, da parte dei medici, la carta del rischio cardiovascolare (solo nel 9% degli ultra quarantenni intervistati).

### **Screening neoplasia del collo dell'utero**

L'89% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e il 76% ha eseguito l'ultimo test non oltre 3 anni fa, come da raccomandazione.

### **Screening neoplasia della mammella**

L'86% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (59%) ha eseguito l'ultima mammografia non oltre due anni fa, come da raccomandazione.

### **Screening tumore del colon retto**

Durante il periodo di studio in provincia di Trento non era attivo alcun programma di screening per il tumore del colon-retto (nel 2006 verrà avviato lo studio di fattibilità). Infatti appena il 14% degli ultracinquantenni intervistati ha riferito di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (o una sigmoidoscopia o una colonscopia) a scopo preventivo.

## 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 a 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 beneficiarie di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

#### 4. *Abitudine al fumo*

- Stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori
- Stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- Stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari
- Descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo
- Stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- 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

peso e 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. Screening oncologici*

- 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 paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuato all'interno di un programma di screening
- Stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  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 costituita da 319.852 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'APPS di Trento al 31/12/2004; i criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio di competenza delle Aziende Sanitarie e la disponibilità di un recapito telefonico, mentre criteri di esclusione sono stati il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

### **Campionamento**

Si è effettuato un campionamento casuale semplice dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale (aggiornamento al 31/12/ 2004); la dimensione del campione aziendale è stata di 200 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

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

### **Interviste**

I cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale sono stati preventivamente avvisati dalle Aziende Sanitarie tramite una lettera personale informativa.

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 Distretti sanitari 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.

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.

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.

### **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. Tuttavia è 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.

## Risultati della sperimentazione

Analisi su 92 ASL partecipanti (inclusa l'APSS di Trento)

### 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 in salute pubblica 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 (al gruppo PROFEA del CNESPS) 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 altri sistemi informativi, per esempio gli screening.

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 a un numero esiguo l'utilizzo inappropriato di medici.

Secondo gli operatori aziendali le Regioni non sempre hanno giocato il ruolo favorente necessario, creando talvolta qualche difficoltà nel costruire efficaci collaborazioni con le istituzioni locali.

Il *campionamento* è stato fatto a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie; delle persone campionate solo per il 27% erano disponibili numeri di telefono e 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 alcuni 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 sotto-stima 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.

*Stima dei principali costi (in €) dell'indagine PASSI*

	200 interviste	600 interviste
Formazione	2.000	2.000
Promozione	3.000	3.000
Interviste	4.000	12.000
Monitoraggio	2.000	2.500
Inserimento	500	1.500
Totale	11.500	21.000

## **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) e 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'utilizzo 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.

## Descrizione del campione aziendale

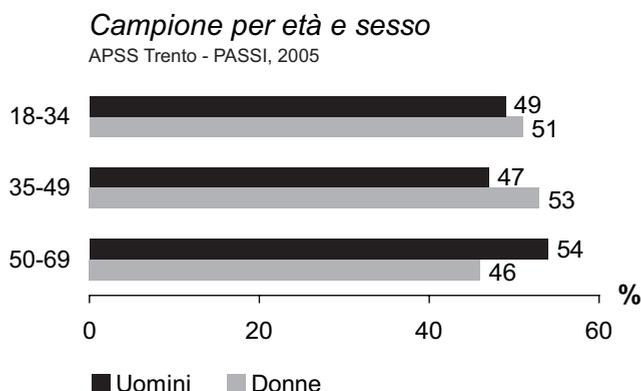
La popolazione in studio è costituita da 319.852 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'APSS di Trento al 31/12/2004.

Le 200 interviste telefoniche al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 12 operatori sanitari: L'87% (174) delle persone campionate sono state rintracciate, mentre 26 persone sono state sostituite (13%).

La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 5% delle persone campionate ha rifiutato la partecipazione allo studio e nessuna intervista è stata interrotta. Tra le ASL partecipanti si è registrato il 19% di sostituzioni e il 6% di rifiuti.

### L'età e il sesso

- Il 50% del campione trentino intervistato è costituito da donne.
- L'età media è di 42 anni; il 36% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 32% in quella 35-49 e il 32% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale (49% di donne, 34% tra 18-34 anni, 37% tra 35-49 e 29% tra 50-69 anni).



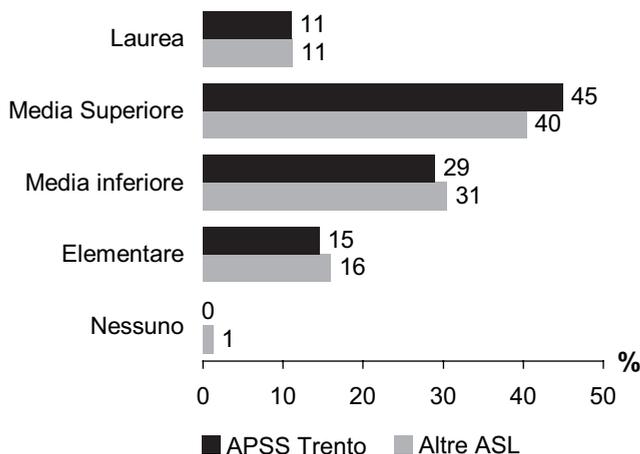
### Il titolo di studio

- Il 15% del campione trentino ha la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore, l'11% è laureato. Nel campione trentino nessuno è privo di titolo d'istruzione.

- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.

*Campione per titolo di studio*

APSS Trento - PASSI, 2005

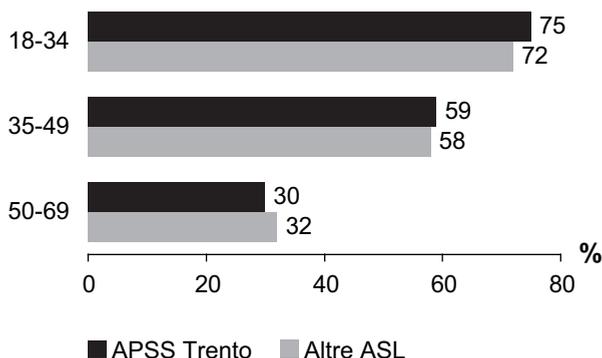


**Il livello di istruzione**

- Il 56% 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 e i 34 anni.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.

*Alto grado d'istruzione per classe d'età*

APSS Trento - PASSI, 2005

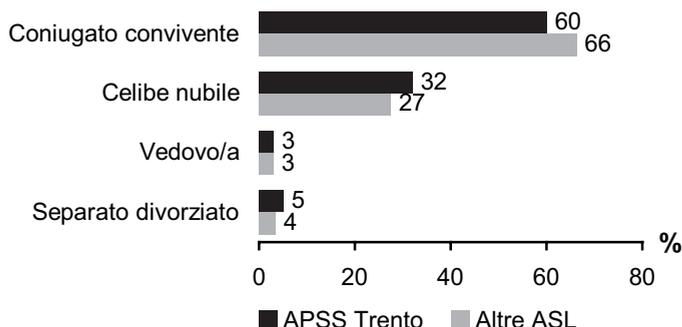


## Lo stato civile

- Nel campione trentino i coniugati/conviventi rappresentano il 60%, celibi/nubili il 32%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 5%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti.

### *Le categorie dello stato civile*

APSS Trento - PASSI, 2005

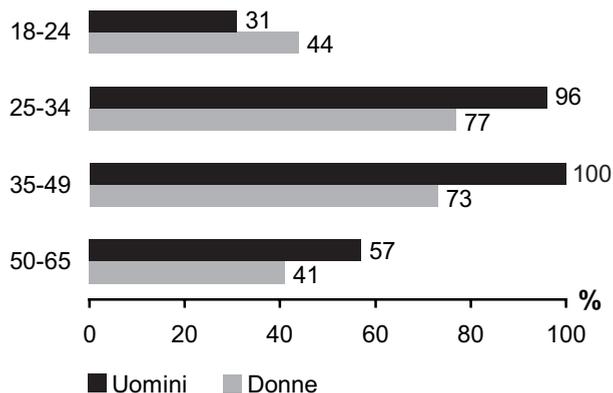


## Il lavoro

- Il 70% del campione trentino (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (63% vs.77%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

### *Lavoro regolare per classe d'età e sesso*

APSS Trento - PASSI, 2005



### **Conclusioni e raccomandazioni**

Il campione dell'APSS della provincia di Trento è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale nella fascia di età 18-69 anni.

Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute.

## Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nella provincia di Trento il 75% 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: a) i giovani nella fascia 18-34 anni; b) le persone con alta istruzione; c) le persone senza patologie severe.

#### *Stato di buona salute percepito*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		%
Età	18 - 34	90,4
	35 - 49	78,1
	50 - 69	54,0
Sesso	M	75,0
	F	75,0
Istruzione (*)	bassa	62,5
	alta	84,8
Patologia severa (**)	presente	38,1
	assente	79,3
Totale:		75,0 (IC95%:68,4-80,8)

(\*) 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.*

- Nelle altre ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il proprio stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute: i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

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

- Le persone intervistate in Trentino riferiscono una media di circa 2 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1 giorno al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute è maggiore: nella fascia 18-34 soprattutto per motivi psicologici e nella fascia 50-69 anni soprattutto per motivi fisici.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici, ma non sono più limitate nelle loro abituali attività.

#### *Giorni in cattiva salute percepita*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		N. gg/mese per		
		motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
Età	18 - 34	2,1	3,0	1,3
	35 - 49	1,7	1,4	0,7
	50 - 69	2,9	2,9	1,2
Sesso	M	1,8	1,7	1,1
	F	2,6	3,3	1,0
		Totale		
		2,2	2,5	1,0

- Nelle altre ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici e di 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Inoltre i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Come atteso dai dati di letteratura, la percezione del proprio stato di salute è peggiore, nelle persone più anziane, in quelle malate e in quelle con un livello di istruzione basso.

Complessivamente, lo stato di salute percepito in Trentino risulta migliore rispetto all'insieme delle ASL partecipanti allo studio.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne e fa emergere una maggiore diffusione di malessere per motivi psicologici nei più giovani.

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.

## Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme a 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 min 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?

- In Trentino il 49% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 40% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e l'11% è completamente sedentario.

#### Sedentarietà

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		% sedentari (*)
Età	18 - 34	9,6
	35 - 49	11,1
	50 - 69	11,1
Sesso	M	9,0
	F	12,1
Istruzione (**)	bassa	11,4
	alta	9,9
		Totale: 10.6 (IC95%:6,7-15,7)

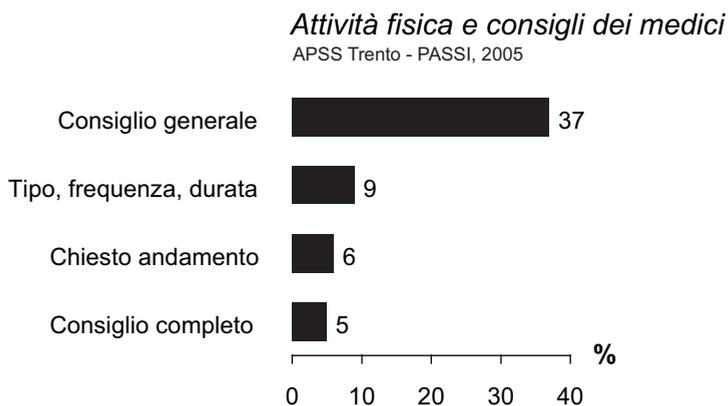
(\*) Chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante.

(\*\*) Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.

- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le persone intervistate nelle altre ASL partecipanti all'indagine, il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 58% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 23% è completamente sedentario.

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

- In Trentino le persone intervistate riferiscono che il 45% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 37% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 9% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 6% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 5% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.



- Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica e il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata e il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi è del 7%.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che circa l'11% della popolazione del Trentino conduca uno stile di vita sedentario e il 68% non pratica sufficiente attività fisica; pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle

altre ASL partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

In meno della metà dei casi i medici trentini si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente e risulta inferiore alla media delle altre ASL.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente e occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

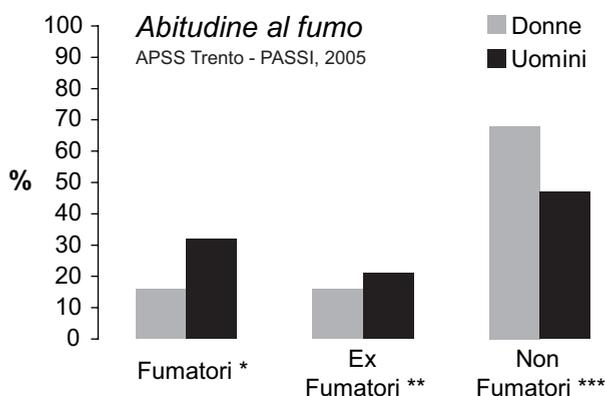
In provincia di Trento sono stati fatti i primi passi in questa direzione con la firma congiunta di un accordo di programma specifico da parte dell'Azienda sanitaria, del Assessorato alla salute e alle politiche sociali, dell'Istituto regionale di studi e ricerca sociali (IRSRS) e del Centro interuniversitario di Bioingegneria e Scienze motorie (CeBiSM).

## L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronic- degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) e 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 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 dimezzi 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 e 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.



(\*) 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.*

### Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- In Trentino i fumatori sono pari al 24%, gli ex fumatori al 19%, e i non fumatori al 57%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% versus 16%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (68% versus 47%).
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

### Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 12 sigarette al giorno.

#### Fumatori

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		% fumatori (*)
Età	18 - 24	27,3
	25 - 34	29,4
	35 - 49	17,2
	50 - 69	25,4
Sesso (**)	M	32,0
	F	16,0
Istruzione (***)	bassa	29,5
	alta	19,6

Totale: 24,0  
(IC95%:18,3-30,5)

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

(\*\*) *Le differenze risultano statisticamente significative (p=0,008).*

(\*\*\*) *Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.*

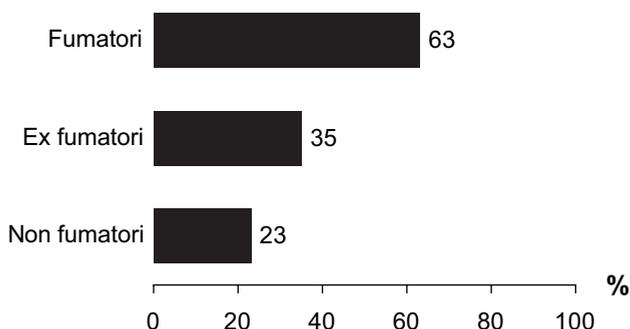
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

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

- In Trentino un intervistato su tre (35%) dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 63% dei fumatori, il 35% degli ex fumatori e il 23% dei non fumatori.

#### *% di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo*

APSS Trento - PASSI, 2005

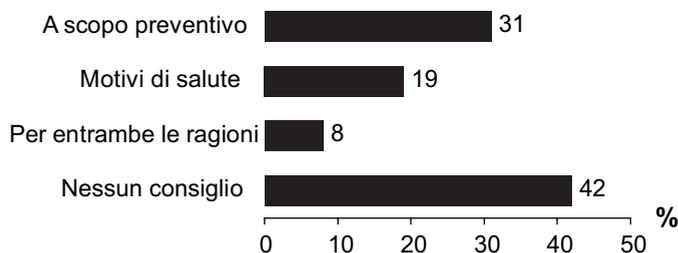


### **A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?**

- Il 58% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (31%)
- Il 42% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

#### *Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione*

APSS Trento - PASSI, 2005

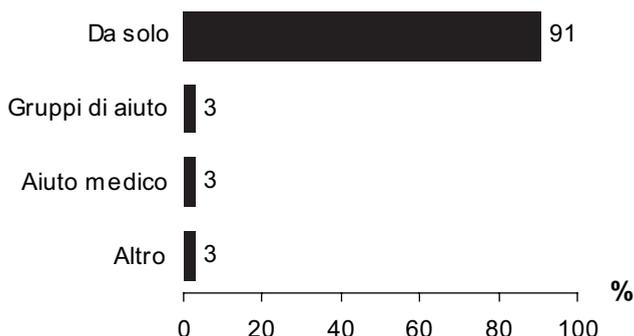


### Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 91% degli ex fumatori del Trentino ha smesso di fumare da solo;
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

#### *% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori*

APSS Trento - PASSI, 2005

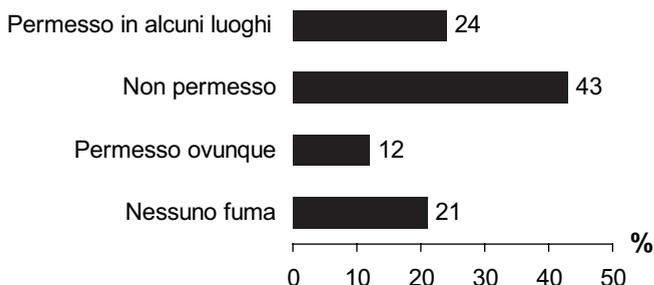


### Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati in Trentino dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 64% dei casi (43% non permesso; 21% nessuno fuma); nel restante 36% dei casi si fuma ovunque o in parte.

#### *% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa*

APSS Trento - PASSI, 2005

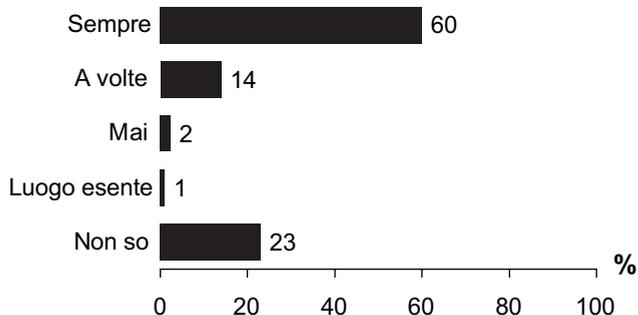


### Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 60% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

*% di tipologia di rispetto del divieto di fumo  
al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori)*

APSS Trento - PASSI, 2005



### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori analoga rispetto a quella delle altre ASL. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25 - 44enni, dove quasi un terzo delle persone riferiscono di essere fumatori.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto e operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

## 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 arteriosa, 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?

– In Trentino il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.

#### *Abitudini alimentari*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche	% adesione al "5 a day" <sup>(*)</sup>	
Età	18 - 24	13,6
	25 - 34	11,8
	35 - 49	10,9
	50 - 69	19,0
Sesso	M	10,0
	F	18,0
Istruzione <sup>(***)</sup>	bassa	18,2
	alta	10,7
Totale: 14,0 (IC95%:9,5-19,6)		

<sup>(\*)</sup> Coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura.

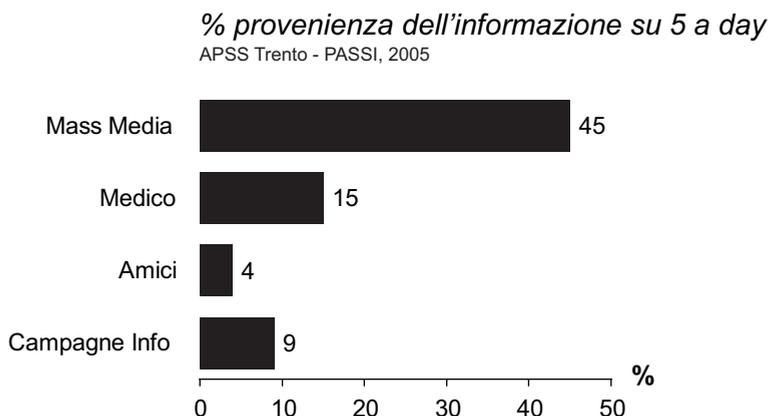
<sup>(\*\*)</sup> Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.

- Solo il 14% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone a partire dai 50 anni e tra le donne e tra le persone con basso livello di istruzione.

- Nelle altre ASL partecipanti 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.

### Quanti conoscono il “5 a day”? E da chi ne hanno sentito parlare?

- Il 52% degli intervistati in Trentino conosce il “5 a day” (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 15% dei casi da un medico (il 19% nelle altre ASL).



### Conclusioni e raccomandazioni

In Trentino la maggior parte delle presone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 7 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 appena la metà delle persone intervistate ha sentito parlare della sua rilevanza per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con 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 consumo 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 all'associazione con l'abitudine 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 maggiore rischio nei confronti di conseguenze sfavorevoli da 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?

*Consumo di alcol*  
APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥ unità di bevanda alcolica (*) nell'ultimo mese	
Età	18 - 24	81,8
	25 - 34	72,5
	35 - 49	67,2
	50 - 69	73,0
Sesso (**)	M	89,0
	F	55,0
Istruzione (***)	bassa	64,8
	alta	77,7
		Totale: 72,0 (IC95%:65,2-78,1)

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

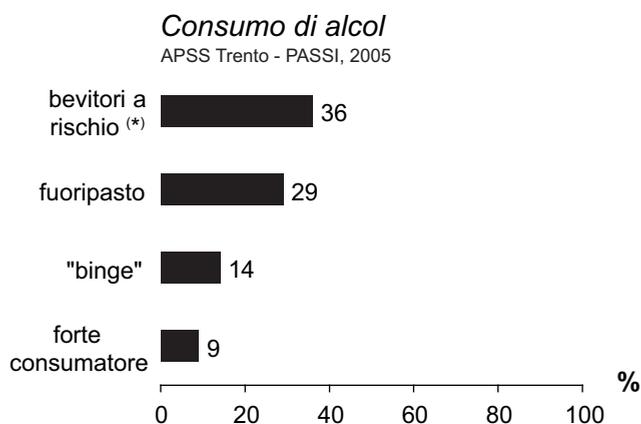
(\*\*) *Le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,0001$ ).*

(\*\*\*) *Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore. – Differenze statisticamente significative ( $p = 0,04$ ).*

- In Trentino la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 72%.
- Si sono osservati tassi più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v. 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

### Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 36% può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge").
- In un mese il 29% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.



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

- Il 14% è un bevitore "binge" (ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).

- Il 9% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le altre ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, l' 8% è un bevitore “binge” e il 6% è un forte bevitore.

### Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questa pericolosa modalità di consumo di alcol risulta più diffusa tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.

*Bevitori “binge”*  
APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche	Bevitori “binge” (*) (n=28)	
Età	18 - 24	31,8
	25 - 34	19,6
	35 - 49	12,5
	50 - 69	4,8
Sesso (**)	M	26,0
	F	2,0
Istruzione (***)	bassa	8,0
	alta	18,8
Totale: 14,0 (IC95%:9,5-19,6)		

(\*) *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 a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.*

(\*\*) *Le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001).*

(\*\*\*) *Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore. – La differenza risulta statisticamente significativa (p=0,03).*

- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di bevitori “binge” è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

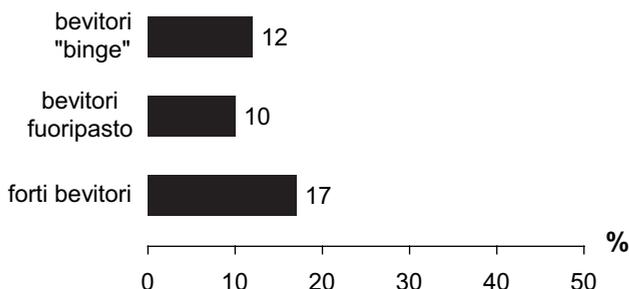
### A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- In Trentino solo il 10% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 12% dei "binge", il 10% di chi beve fuori pasto ed il 17% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

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

APSS Trento - PASSI, 2005



- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino oltre due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche, e un terzo circa ha abitudini di consumo che possono essere definite "a rischio". Questi valori sono superiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL partecipanti all'indagine anche in Trentino i medici di medicina generale si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderare il consumo dell'alcol.

I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere di massa dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo.

Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol, sia tra la popolazione generale sia tra i medici.

## Sicurezza stradale

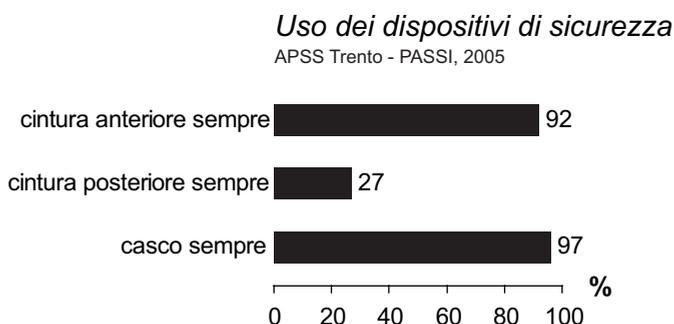
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni 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 telefoni cellulari alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

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

### L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Trentino la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 92%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (27%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 97% riferisce di usare sempre il casco.



- Nelle altre ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

### Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 17% degli intervistati (e il 24% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.

- Il 17% riferisce di essere stato trasportato da un conducente in stato di ebbrezza.

*Guida in stato di ebbrezza*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		% guida in stato di ebbrezza (*)
Età	18 - 24	36,4
	25 - 34	11,8
	35 - 49	12,5
	50 - 69	19,0
Sesso (**)	M	30,0
	F	4,0
Istruzione (***)	bassa	17,0
	alta	17,0
		Totale: 17,0 (IC95%:12,1-22,9)

(\*) *Coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica.*

(\*\*) *Le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,005$ ).*

(\*\*\*) *Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.*

- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro, il problema della guida in stato di ebbrezza risulta più diffuso in Trentino rispetto all'insieme delle altre ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni e gli uomini.

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

## 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 patologie sottostanti.

### Quanti si vaccinano per l'influenza?

- In Trentino l'11% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 47% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica il 40% risulta vaccinato.

#### Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		Vaccinati
Età	65-69	46,7
	meno di 65	7,6
	meno di 65 con almeno una patologia cronica	40,0
Sesso	M	9,0
	F	12,0
Istruzione (*)	bassa	15,9
	alta	6,3
		Totale: 10,5 (IC95%:6,6-15,6)

(\*) Istruzione bassa: *nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore*. Istruzione alta: *da scuola media superiore*.

- Tra le altre ASL partecipanti 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.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie mediante il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella campagna di vaccinazione antinfluenzale hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni (il 60% circa in provincia di Trento). Tuttavia, tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie, meno della metà risulta vaccinata e la copertura per il gruppo di età 65-69 anni richiede un miglioramento.

Risulta pertanto importante rafforzare 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 la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, 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 immune alla malattia debba essere superiore al 95%.

### Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 45,2% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate è più elevata nella fascia di età da 25 a 34 anni. Le ragazze più giovani risultano vaccinate meno frequentemente.

#### *Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=62)*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche	% vaccinate	
Età	18 - 24	22,2
	25 - 34	57,1
	35 - 45	40,0
Istruzione (*)	bassa	47,1
	alta	44,4
		Totale: 45,2 (IC95%:32,5-58,3)

(\*) Istruzione bassa: *nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore*. Istruzione alta: *da scuola media superiore*.

- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

### Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Tra le donne non vaccinate il 41% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 68% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (45%) o con un rubeotest positivo (23%).
- Nel rimanente 32% le donne risultano non vaccinate o con rubeotest non effettuato e pertanto potenzialmente suscettibili.

#### *Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni; n=62)*

APSS Trento – PASSI, 2005

		%
Immuni	Vaccinate	45,2
	Non vaccinate con rubeotest positivo	22,6
	Totale	67,8
Suscettibili / Stato sconosciuto		32,2

- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

### Conclusioni e raccomandazioni

In Trentino circa 2 donne su 3 sono stimate immuni alla rosolia, con valori percentuali più alti rispetto all'insieme delle altre ASL partecipanti allo studio; in un terzo delle donne in età fertili 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 ed ostetriche).

## Ipertensione arteriosa

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

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?

– In Trentino il 72% degli intervistati riferisce che è stata loro misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il 19% non ricorda o non è stata misurata.

#### *% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		% (*)
Età	18 - 34	65,8
	35 - 49	71,9
	50 - 69	77,8
Sesso	M	67,0
	F	76,0
Istruzione (**)	bassa	68,2
	alta	74,1
Totale:		71,5
(IC95%:64,7-77,6)		

(\*) 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 e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.

- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, è più frequente nel sesso femminile e leggermente superiore in chi ha un'istruzione più alta.
- Le percentuali locali sono leggermente più basse rispetto ai dati delle altre ASL partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

### Quanti sono ipertesi?

- In Trentino il 21% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale il 43% è iperteso.
- La percentuale è più alta negli uomini e tra le persone con un basso livello di istruzione.

<i>Ipertesi</i>		
APSS Trento – PASSI, 2005		
Caratteristiche demografiche		% (*)
Età	18 - 34	1,9
	35 - 49	18,8
	50 - 69	42,9
Sesso	M	25,0
	F	18,1
Istruzione (**)	bassa	32,4
	alta	13,2
		Totale: 71,5
		(IC95%:64,7-77,6)

(\*) 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 e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore. – Le differenze risultano statisticamente significative ( $p=0,003$ ).

- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

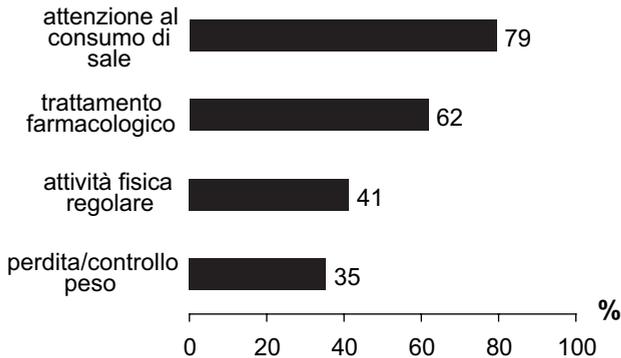
### Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- In Trentino il 62% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico.

- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (79%), controllando il proprio peso corporeo (35%) e svolgendo regolare attività fisica (41%).

*Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa  
(ogni modalità considerata indipendentemente)*

APSS Trento - PASSI, 2005



**Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino si stima che sia iperteso più di un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non “best practice” (specie 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 arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

## Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile 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 colesterolo?

- In Trentino il 81% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Questa percentuale cresce con l'età (arrivando al 95% sopra i 50 anni) ed è maggiore nelle donne. Non vi sono differenze rilevanti legate al livello d'istruzione.

#### *% di persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		%
Età	18 - 34	71,2
	35 - 49	78,1
	50 - 69	95,2
Sesso	M	76,0
	F	86,0
Istruzione (*)	bassa	84,1
	alta	78,6
		Totale: 81,0 (IC95%:74,9-86,2)

(\*) Istruzione bassa: *nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore*. Istruzione alta: *da scuola media superiore*.

- Nelle altre ASL partecipanti allo studio a livello nazionale il 79% degli intervistati riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita.

### Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In Trentino, tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 24% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Nelle altre ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile.

#### *Ipercolesterolemici*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		% (*)
Età	18 - 34	3,8
	35 - 49	18,8
	50 - 69	46,7
Sesso	M	26,3
	F	22,4
Istruzione (**)	bassa	39,7
	alta	11,4
		Totale: 24,2 (IC95%:17,8-31,6)

(\*) *Sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la colesterolemia.*

(\*\*) *Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore. – Le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,000$ ).*

### Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- In Trentino il 26% degli ipercolesterolemici intervistati riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 77% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 54% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 44% di svolgere regolare attività fisica e il 33% di controllare il proprio peso corporeo.

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

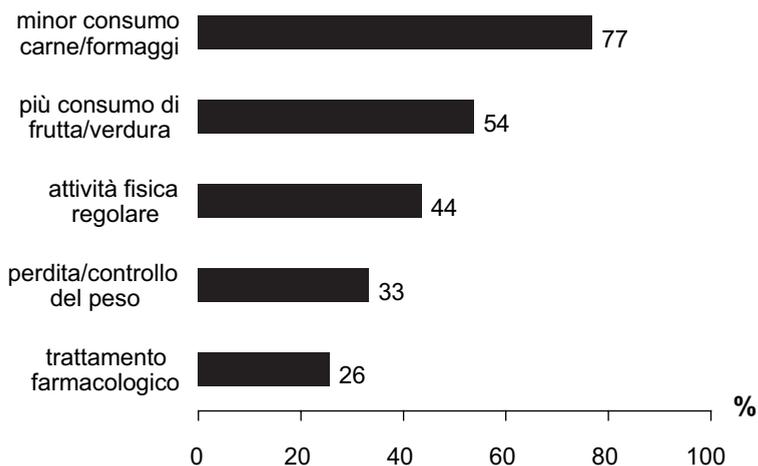
- Il 75% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 21% è riuscito a riportare il livello di

colesterolemia nei limiti senza farmaci.

- Il 4% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

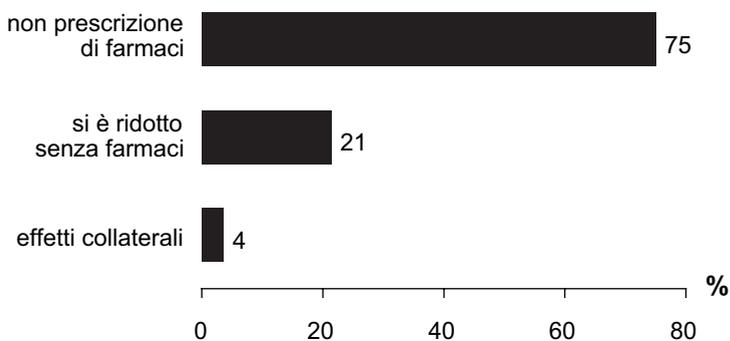
### *Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita* (ognuno considerato indipendentemente)

APSS Trento - PASSI, 2005



### *Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici*

APSS Trento - PASSI, 2005



## **Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino una piccola percentuale di persone intervistate non ha mai effettuato una colesterolemia (19%); tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, una persona su quattro nella fascia

18-69 anni e quasi una su due sopra ai 50 anni dichiara di avere l'ipercolesterolemia.

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

## Situazione 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.

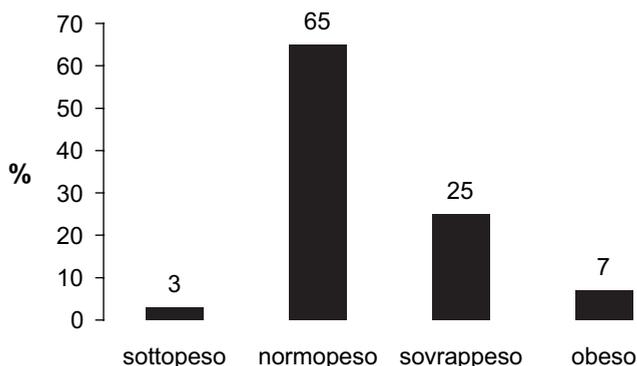
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato e rappresentate in quattro categorie: sottopeso = BMI < 18,5; normopeso = BMI 18,5 – 24,9; sovrappeso = BMI 25 – 29,9; obeso = BMI ≥ 30.

### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Trentino il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 65% normopeso, il 25% sovrappeso ed il 7% obeso.

#### *Caratteristiche ponderali della popolazione*

APSS Trento - PASSI, 2005



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

- In Trentino si stima che il 32% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 52% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 20% segue una dieta ed il 30% fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponde-

rale è pari al 44%: di questi il 28% segue una dieta ed il 23% fa attività fisica per perdere peso

*Popolazione con eccesso ponderale  
(sovrappeso od obesa)*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		%
Età (*)	18 - 24	9,1
	25 - 34	11,8
	35 - 49	35,9
	50 - 69	52,4
Sesso (**)	M	41,0
	F	23,0
Istruzione (***)	bassa	48,9
	alta	18,8
Totale:		32,0
(IC95%:25,6-38,9)		

(\*) *Le differenze risultano statisticamente significative ( $p=0,005$ ).*

(\*\*) *Le differenze risultano statisticamente significative ( $p=0,006$ ).*

(\*\*\*) *Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore. – Le differenze risultano statisticamente significative ( $p<0,005$ ).*

### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino si stima che il 32% della popolazione sia in eccesso ponderale, un dato inferiore alle altre Asl partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, solo una su quattro circa riferisce di seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale, in particolare età (>34 anni) e sesso (maschi).

In provincia di Trento sono stati fatti i primi passi in questa direzione con la firma congiunta di un accordo di programma specifico da parte dell'Azien-

da sanitaria, del Assessorato alla salute e alle politiche sociali, dell'Istituto regionale di studi e ricerca sociali (IRSRS) e del Centro interuniversitario di Bioingegneria e Scienze motorie (CeBiSM).

## Carta di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti).

Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre 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 ed obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

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

*% di persone a cui è stato calcolato  
il rischio cardiovascolare*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		%
Età	40 - 49	7,1
	50 - 59	9,7
	60 - 69	9,4
Sesso	M	5,5
	F	12,0
Istruzione (*)	bassa	8,3
	alta	8,9
		Totale: 8,6 (IC95%:4,0-15,6)

(\*) Istruzione bassa: *nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore*. Istruzione alta: *da scuola media superiore*.

- In Trentino la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni (n=105) che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.
- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è sovrapponibile (9%).

### **Conclusioni e raccomandazioni**

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia in Trentino sia nelle altre ASL partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l' autodeterminazione ("empowerment" nella terminologia anglosassone) degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

## Screening neoplasia del collo dell'utero

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

Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. In Trentino lo screening mediante pap-test è stato avviato dal 1993. Lo screening prevede l'invito attivo delle donne, l'effettuazione del test, gli eventuali approfondimenti e trattamenti.

Uno studio caso-controllo condotto nel 2005 in provincia di Trento ha dimostrato come l'aver effettuato almeno un Pap test nell'ultimo triennio sia associato alla riduzione del rischio di avere un carcinoma invasivo della cervice dell'80%.

### Quante donne hanno eseguito un pap test?

#### *Screening cancro collo dell'utero (25-60 anni)*

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		Effettuato il pap test <sup>(*)</sup>
Età	25 - 34	82,1
	35 - 49	91,2
	50 - 64	95,2
Stato civile <sup>(**)</sup>	coniugata	90,9
	non coniugata	85,7
Istruzione <sup>(***)</sup>	bassa	87,5
	alta	90,2
		Totale: 89,2 (IC95%:80,4-94,9)

<sup>(\*)</sup> Chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi.

<sup>(\*\*)</sup> Le differenze non risultano statisticamente significative ( $p=0,1$ ).

<sup>(\*\*\*)</sup> Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.

- In Trentino l'89% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni (n=83), riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni

e sintomi; le percentuali sono più elevate al crescere dell'età. Non si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione.

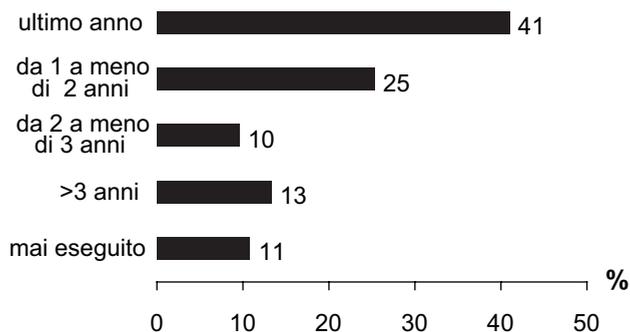
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 27 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo. Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)

### Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 76% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 41% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- L'11% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.

#### *Pap test e periodicità*

APSS Trento - PASSI, 2005

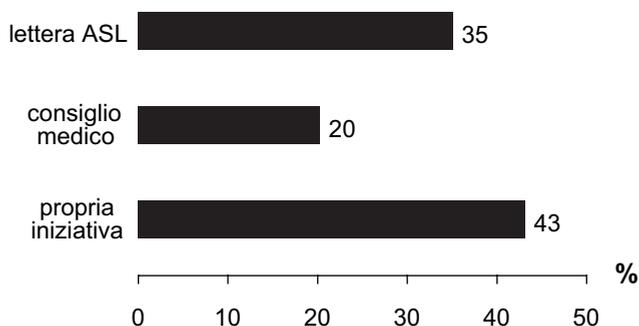


### Viene consigliato il pap test alle donne?

- In Trentino il 85% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL e l'81% il consiglio di un medico ad effettuare con periodicità il pap test.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta da parte dell'Azienda Sanitaria (35%), su consiglio medico (20%) e di propria iniziativa (43%).
- Tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test ed il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato di propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL nel 25%.

### *Ultimo pap test: motivo dell'esecuzione*

APSS Trento - PASSI, 2005



### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino 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 relativamente elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Tali risultati sono migliori rispetto all'insieme delle altre ASL, tuttavia rimangono margini di miglioramento.

## Screening neoplasia 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 provincia di Trento si registrano circa 350 casi e 100 decessi all'anno.

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

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

In provincia di Trento è attivo un programma di screening a partire dal 2000 (fase pilota), passato a regime nel 2001.

### Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- In Trentino l'86% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni (n=29) riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi. Non si apprezzano differenze statisticamente significative in base all'età e al livello d'istruzione.

#### Screening cancro della mammella (≥50)

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia (*)
Età	50 - 59	80,0
	60 - 69	92,9
Stato civile	coniugata	82,6
	non coniugata	100,0
Istruzione (***)	bassa	95,2
	alta	62,5
		Totale: 86,2 (IC95%:68,3-96,1)

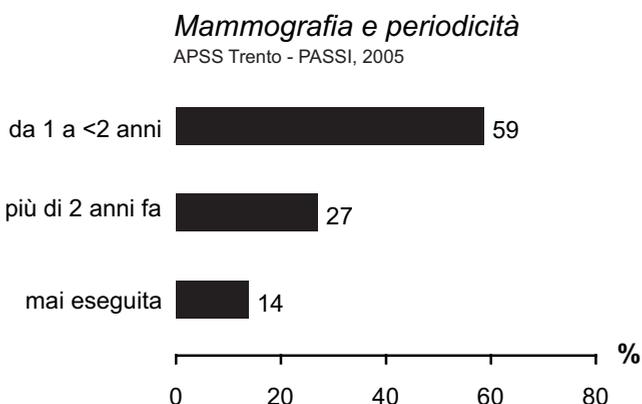
(\*) Le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo.

(\*\*) Istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore. Istruzione alta: da scuola media superiore.

- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa pertanto rispetto all'età alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

### **Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?**

- In Trentino il 59% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 28% più di 2 anni fa. Il 14% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

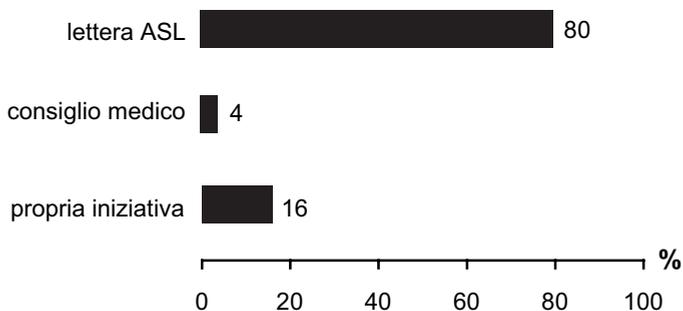


### **Viene consigliata la mammografia alle donne?**

- Il 44,8% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; l'86% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nell'80% dei casi in seguito ad una lettera di invito dell'ASL, nel 16% di propria iniziativa e nel 4% su consiglio medico.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico ed il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% dei casi su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% di propria iniziativa.

*Ultima mammografia:  
motivo dell'esecuzione*

APSS Trento - PASSI, 2005



**Conclusioni e raccomandazioni**

In Trentino 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; è meno elevata la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni). Nell'interpretazione dei dati sulla mammografia è da considerare la bassa numerosità del campione di donne intervistate tra 50 e 69 anni (29 donne).

## Screening tumore 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).

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?

#### Screening cancro colon retto ( $\geq 50$ )

APSS Trento – PASSI, 2005

Caratteristiche demografiche		Esecuzione di un test(*) per motivi preventivi
Età	50 - 59	80,0
	60 - 69	92,9
Sesso	uomini	17,6
	donne	10,3
Istruzione(**)	bassa	11,4
	alta	21,1
		Totale: 14,3 (IC95%:6,7-25,4)

(\*) *Sangue occulto o sigmoidoscopia.*  
 (\*\*) Istruzione bassa: *nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore.* Istruzione alta: *da scuola media superiore.*

- In Trentino il 14% delle persone intervistate tra 50 e 69 anni (n=63) anni riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- L'8% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indica-

zioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.

- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

### **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 in provincia di Trento nel 2006 sarà avviata uno studio di fattibilità dello screening per il tumore del colon retto.

## Tabella riassuntiva dei risultati

Sono state 123 le ASL partecipanti allo studio. L'insieme dei loro dati con cui si fa il confronto non è stato pesato rispetto alla numerosità delle singole ASL

<b>Descrizione del campione aziendale</b>	<b>Stima APSS</b>	<b>ASL partecipanti allo studio</b>
età media	41,6 anni	43,9 anni
donne, %	50,0	51,6
titolo di studio, %		
laurea	10,5	11,2
media superiore	45,5	40,4
media inferiore	29,5	30,5
elementare	14,5	16,0
nessuno	0,0	1,3
livello di istruzione*, %		
alto	56,0	51,6
stato civile, %		
coniugati/conviventi	60,0	66,2
celibi/nubili	32,0	27,4
vedovi/e	2,5	2,9
separati/divorziati	5,5	3,5
lavoro regolare**, %	69,8	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*

<b>Percezione dello stato di salute</b>	<b>Stima APSS (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%,gg)</b>
salute molto buona/buona, %	75,0	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,2	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	2,5	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituale (gg/mese)	1,1	1,6

<b>Attività fisica</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
adesione linee guida* o lavoro pesante	49,2	42,4
dal punto di vista fisico		
popolazione completamente sedentaria**	10,6	23,3
consigli dei medici:***		
chiesto sull'attività fisica	45,5	38,2
consigliato di fare attività fisica	36,5	40,1
indicato anche tipo, frequenza e durata	8,5	10,2
verificato andamento in altre visite	6,0	9,9
ricevuto consigli completi	5,5	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*

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
fumatori*	24,0	26,5
uomini	32,0	31,5
donne	16,0	21,7
ex fumatori**	18,5	19,7
non fumatori***	57,5	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	91,0	94,2
aiuto del medico	3,0	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	34,5	38,6
a fumatori	62,5	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	58,3	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	43	37,0
nessuno fuma	21	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
sempre	60	57,6
a volte/mai	16	15,5
(*) <i>più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.</i>		
(**) <i>più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi</i>		
(***) <i>meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano</i>		

<b>Abitudini alimentari</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	91,5	90,8
mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	14,0	13,3
conosce il 5 a day*	52,0	55,8
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	44,5	45,4
medico	14,5	18,5
campagne informative	9,5	12,1

(\*) *mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura*

<b>Consumo di alcol</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
bevuto $\geq$ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese*	72,0	63,8
bevitori fuoripasto**	29,0	12,4
bevitori binge***	14,0	8,0
forti bevitori****	9,0	5,5
chiesto dal medico sul consumo	10,2	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

<b>Sicurezza stradale</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
cintura anteriore sempre	92,0	83,0
cintura posteriore sempre	27,4	19,7
casco sempre*	96,5	88,1
guida in stato di ebbrezza**	17,0	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza***	17,0	12,0

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

(\*\*) *aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  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*

<b>Vaccinazione antinfluenzale</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
vaccinati 18-69 anni	10,5	15,3
vaccinati $\geq 65$	46,7	51,2
vaccinati < 65 con almeno una patologia	40,0	27,9

<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
vaccinate	45,2	30,6
hanno eseguito rubeotest*	41,2	40,6
Immune**	67,8	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*

<b>Ipertensione arteriosa</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	71,5	81,4
Ipertesi*	21,4	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
trattamento farmacologico	41,2	69,1
riduzione consumo di sale	79,4	71,0
riduzione/controllo del peso corporeo	35,3	37,4
svolgimento di attività fisica regolare	41,2	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*

<b>Colesterolemia</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
misurazione colesterolo almeno una volta	81,0	79,3
Ipercolesterolemici*	24,2	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
trattamento farmacologico	25,6	24,3
riduzione consumo di carne e formaggi	76,9	76,6
aumento consumo di frutta e verdura	53,8	57,8
riduzione/controllo del peso corporeo	33,3	41,6
svolgimento di attività fisica regolare	43,6	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*

<b>Situazione nutrizionale</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
popolazione con eccesso ponderale	32,0	43,6
sovrappeso	25,0	32,5
obeso	7,0	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
dieta	20,3	28,0
svolgimento di attività fisica	29,7	22,7

<b>Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
popolazione cui è stato calcolato il punteggio	8,6	9,0

<b>Screening neoplasia del collo dell'utero* (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito almeno un pap test	89,2	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	75,9	69,7
viene consigliato pap test periodico	80,7	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	71,0	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
invito attivo dell'ASL	35,1	24,6
consiglio medico	20,3	30,6
propria iniziativa	43,2	43,6

(\*) *eseguito a scopo preventivo*

<b>Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) *,**</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguita almeno una mammografia	86,2	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	58,6	56,7
viene consigliata mammografia periodica	44,8	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	86,2	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per:		
invito attivo dell'ASL	80,0	38,7
consiglio medico	4,0	28,6
propria iniziativa	16,0	32,0

(\*) *valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento*  
(\*\*) *eseguita a scopo preventivo*

<b>Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)*</b>	<b>Stima APSS (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	14,3	14,0
eseguito negli ultimi due anni	7,9	8,3

(\*) *eseguita a scopo preventivo*

# *Le pubblicazioni dell'Assessorato provinciale alle Politiche per la Salute*

Edizione: Servizio Innovazione e formazione per la salute

Coordinamento editoriale: Vittorio Curzel

## **Punto Omega - Nuova serie**

1. Telemedicina in Trentino
- 2-3. I documenti OMS sulla strategia della salute per tutti
4. La donazione e il trapianto di organi e di tessuti
- 5-6. La promozione della salute
7. Il territorio tra assistenza sanitaria e attività socio-assistenziali
- 8-9. Equità, solidarietà e tutela dei soggetti deboli nei servizi sociosanitari
10. La storia dei luoghi di cura a Trento
11. Salute e sviluppo socio-economico nelle regione di montagna
- 12-13. Alla ricerca delle menti perdute
14. Equità nella salute nel Trentino
15. I progetti di ricerca sanitaria finalizzata in Trentino
16. Studio comparato sull'assistenza al parto nei piccoli ospedali in Regioni dell'arco alpino / Vergleichende Studie über die geburtshilfliche Versorgung an kleineren Krankenhäusern im Alpenraum
17. Salute, globalizzazione e nuovi federalismi sanitari
18. Salute e culture: la società, la donna. Informazione. Ricerca.

## **Punto Omega - Nuova serie - Supplementi**

- Linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche per la salute
- Qualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale e dell'assistenza sanitaria primaria
- Nuovo piano operativo per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro
- I determinanti sociali della salute. I fatti concreti
- Valsugana orientale e Tesino: futuro in salute

## **Collana Documenti per la salute**

1. Gli incidenti stradali. Dall'epidemiologia alle strategie di intervento (Atti del Convegno)
2. Diagnosi e trattamento dei neovasi sottoretinici (Atti del Seminario)
3. Screening provinciale per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del distretto cervico-facciale
4. Rischio ultravioletto. Esposizione al sole, usi terapeutici e cosmetici, attività industriali (Atti del Convegno)
5. La vaccinazione alle soglie del III millennio. La strategia della comunicazione per l'adesione informata (Atti del Convegno)
6. Le attività alcolologiche in Trentino
7. Sicurezza e salute nei luoghi di lavoro: un impegno comune (Atti della Conferenza provinciale)
8. Teleconsulto oncologico e telecardiologia sul territorio (Rapporto conclusivo di progetto)
9. Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale
10. Decisione e ragionamento in ambito medico (Atti del Convegno)
11. La responsabilità medica nella Provincia Autonoma di Trento. Il fenomeno. I problemi. Le possibili soluzioni
12. Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Provinciale 2001
13. Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Provinciale 2001. Rapporto epidemiologico
14. Le tossicodipendenze in Trentino: tendenze e strategie
15. Nord Italia Transplant. Atti della riunione tecnico-scientifica 2002
16. Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Provinciale 2002
17. Relazione sullo stato del Servizio Sanitario Provinciale 2002. Rapporto epidemiologico.
18. Le attività di laboratorio con uso di sostanze cancerogene-mutagene
19. Nuova Governance in una rete di comunicazione. Atti 8° Conferenza nazionale HPH

20. La prevenzione delle tossicodipendenze: la sfida dei giovani, la dimensione educativa e le politiche locali. Seconda relazione annuale
21. Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale 2003
22. Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale 2003. Rapporto epidemiologico
23. Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale 2004
24. Relazione sullo stato del Servizio sanitario provinciale 2004. Rapporto epidemiologico
25. Montagnaterapia e psichiatria

### **Collana InfoSanità**

1. Piano delle attività di formazione del personale dei Servizi Sanitari 1999/2000
2. Una professione per il 2000. La salute degli altri
3. Obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Anno 2000
4. Catalogo delle pubblicazioni del Servizio sanitario del Trentino
5. Contratto provinciale del personale non dirigenziale della Sanità 1998/2001
6. Piano delle attività di formazione del personale dei Servizi sanitari 2000/2001
7. Obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Anno 2001
8. La formazione dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS)
9. Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie
10. Le Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili
11. Piano Provinciale Sangue 2000/2002
12. Guida ai servizi per le persone in situazione di handicap
13. La celiachia
14. Catalogo delle pubblicazioni del Servizio sanitario del Trentino 2001
15. L'informazione per gli alimentaristi
16. Piano delle attività di formazione del personale dei Servizi sanitari 2001/2002
17. Obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Anno 2000
18. Accordi provinciali per i medici convenzionati
19. I numeri della sanità del Trentino
20. Osservatorio provinciale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Infortuni lavorativi nella provincia di Trento 1996-2000
21. Contratto provinciale della dirigenza medica e veterinaria
22. Contratto provinciale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa
23. Piano delle attività di formazione del personale dei servizi sanitari 2002-2003
24. Obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Anno 2003
25. I numeri della sanità del Trentino 2003
26. Catalogo delle pubblicazioni del Servizio Sanitario del Trentino 2003
27. Guida ai servizi per le persone in situazione di handicap 2003
28. Piano delle attività di formazione del personale dei servizi sanitari 2003-2004
29. Obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Anno 2004
30. Stato del Servizio sanitario provinciale - sintesi
31. I numeri della sanità del Trentino 2004
32. La formazione sanitaria continua (ECM) nella Provincia di Trento
33. Promuovere l'attività fisica nell'anziano
34. Lavorare per la salute: Guida alla formazione nella sanità
35. Infortuni lavorativi in provincia di Trento 1996/2002
36. Catalogo delle pubblicazioni del Servizio sanitario del Trentino - 2004
37. Piano delle attività di formazione del personale dei Servizi sanitari 2004-2005
38. Obiettivi assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Anno 2005
39. Screening provinciale per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori alla mammella
40. Piano Provinciale Sangue 2005/2008
41. La formazione dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) in provincia di Trento
42. La domanda adolescente. Gli adulti alla prova
43. Catalogo delle pubblicazioni del Servizio Sanitario del Trentino 2005
44. Piano delle attività di formazione del personale dei Servizi sanitari 2005-2006
45. Obiettivi assegnati all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Anno 2006

46. I numeri della sanità del Trentino
47. Psicopatologia dell'età giovanile
48. La formazione nel sistema di emergenza-urgenza in Trentino
49. 1995-2005: dieci anni di riforma sanitaria e ruolo dell'APSS
50. Catalogo delle pubblicazioni del Servizio sanitario del Trentino 2006
51. Studio P.A.S.S.I. per l'Italia. Risultati dell'indagine in provincia di Trento

#### **Collana Strumenti per la formazione**

1. No people no Joey
2. Parliamo di funghi  
Vol. I: ecologia, morfologia, sistematica  
Vol. II: tossicologia, commercializzazione, legislazione
3. Comunicazione pubblica e marketing sociale per la sicurezza e la salute sul lavoro. Parte I
4. Comunicazione pubblica e marketing sociale per la sicurezza e la salute sul lavoro. Parte II
5. Scuola e cultura della sicurezza. Ipotesi di curriculum verticale

#### **Collana Strumenti per la formazione SSL**

1. Guida illustrata alla sicurezza nei cantieri
2. Glossario illustrato del lavoro nei cantieri

#### **Collana Guide rapide per la salute**

1. Escursioni sicure
2. Al lago sicuri
3. Funghi sicuri
4. Sciare sicuri
5. Mangiare sano
6. Farmaci e salute
7. Liberi dal fumo

#### **Collana VideoDocumenti per la salute**

1. Malattie dei pesci - Controllo sanitario e campionamento negli allevamenti ittici
2. Disinfezione delle uova di trota dopo la fecondazione, per la profilassi delle malattie
3. Risanamento trociculture Alto fiume Sarca e Torrente Arnò

Le pubblicazioni edite dall'Assessorato provinciale possono essere richieste al Servizio Innovazione e formazione per la salute della Provincia Autonoma di Trento, Via Gilli 4, 38100 Trento, tel. 0461 494037, fax 0461 494073, e-mail: [comunicazione.salute@provincia.tn.it](mailto:comunicazione.salute@provincia.tn.it). La richiesta può essere fatta anche tramite Internet al portale [www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net), dove è possibile scaricare gratuitamente molti documenti in formato PDF. Le pubblicazioni vengono distribuite a titolo gratuito (a eccezione dei volumi "Parliamo di funghi" e "La responsabilità medica nella provincia autonoma di Trento") con spese di spedizione a carico del richiedente. I due volumi "Parliamo di funghi" (Euro 20,66) e il volume "La responsabilità medica nella provincia autonoma di Trento" (Euro 12,00) sono in vendita presso la Biblioteca della Giunta provinciale in Via Romagnosi 9, Trento. Per l'acquisto delle pubblicazioni è necessario effettuare anticipatamente il pagamento dell'importo corrispondente:

- al c/c postale n. 295386 intestato al Tesoriere della Provincia Autonoma di Trento - UNICREDIT BANCA SPA - Divisione Caritro - Via Galilei, 1, Sede di Trento;
- a mezzo conto corrente bancario di Tesoreria n. 400 con la medesima intestazione, precisando come causale: "Acquisto pubblicazione: Titolo..."

La consegna della pubblicazione avverrà, dietro presentazione della ricevuta di pagamento, o direttamente, recandosi presso la biblioteca, o tramite spedizione postale previo ricevimento del cedolino al numero di fax 0461 495095, con



*Il Progetto "Comunicazione per la salute" dell'Assessorato alle Politiche per la salute della Provincia Autonoma di Trento è "Realizzazione riconosciuta di Qualità per l'innovazione amministrativa e la comunicazione con i cittadini" dall'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale.*

Stampato per conto della Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento  
dalla Tipografia Nuove Arti Grafiche - Trento