



# *Dipartimento di Prevenzione*

Direttore: Dott. Giovanni Bollecchino



**Progressi delle Aziende Sanitarie  
per la Salute in Italia**

Febbraio 2006

*Unità Operativa  
Epidemiologia e Sistema Informativo*

In collaborazione con il  
Centro Nazionale Epidemiologia e Promozione della Salute  
dell'I.S.S.

**A cura di:**

*Massimo O. Trinito* - Coordinatore aziendale e regionale dello studio PASSI  
Dipartimento di Prevenzione - U.O. Epidemiologia e Sistema Informativo

*Andreina Lancia* - Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene e Sanità Pubblica

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

Lo studio è stato realizzato con il sostegno del Dott. Piero Borgia ed al Dott. Maurizio Di Giorgio del Servizio Prevenzione e Documentazione dell'Agenzia di Sanità Pubblica.

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale, i Presidenti dei Municipi VI, IX, XI e XII ed i corrispondenti Uffici Anagrafici per la preziosa collaborazione fornita

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori sanitari coinvolti nella sua realizzazione:

**Organizzazione interviste**

Andreina Lancia                      Dipartimento di Prevenzione

**Intervistatori**

Di Costanzo Patrizia	Dipartimento di Prevenzione
Fischetti Gaetana	Dipartimento di Prevenzione
Fortini Simonetta	Dipartimento di Prevenzione
Prisco Carmela	Dipartimento di Prevenzione
Riaviti Marina	Dipartimento di Prevenzione
Rivas Sandra	Dipartimento di Prevenzione

**Data entry**

Marco Gemmiti                      Dipartimento di Prevenzione

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

---

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Massimo O. Trinito 06 51005435 – [trinito.massimo.oddone@aslrmc.it](mailto:trinito.massimo.oddone@aslrmc.it)

Unità Operativa Epidemiologia e Sistema Informativo - Dipartimento di Prevenzione - Via Monza 2 – 00185 Roma

## INDICE

SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE .....	4
INTRODUZIONE .....	6
OBIETTIVI .....	7
METODI .....	9
RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2005 .....	11
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE .....	12
Aspetti socio-demografici	
Conclusioni e raccomandazioni	
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE .....	14
Buona percezione del proprio stato di salute	
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	
Conclusioni e raccomandazioni	
ATTIVITÀ FISICA .....	16
Sedentari e attivi	
Promozione attività fisica	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINE AL FUMO .....	18
Distribuzione dell'abitudine al fumo	
Caratteristiche dei fumatori	
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	
Consigli sullo smettere di fumare	
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	
Esposizione al fumo in ambiente domestico	
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	
Conclusioni e raccomandazioni	
ABITUDINI ALIMENTARI .....	22
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	
Quanti conoscono il "5 a day"	
Conclusioni e raccomandazioni	
CONSUMO DI ALCOL .....	24
Quante persone devono	
Quanti i bevitori a rischio	
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	
Conclusioni e raccomandazioni	
SICUREZZA STRADALE .....	27
L'uso dei dispositivi di sicurezza	
Quanti guidano in stato di ebbrezza	
Conclusioni e raccomandazioni	

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE .....	29
Quanti si vaccinano	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA .....	30
Quante donne sono vaccinate	
Quante donne sono suscettibili	
Conclusioni e raccomandazioni	
IPERTENSIONE ARTERIOSA .....	32
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA .....	34
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Perché non si assumono farmaci	
Conclusioni e raccomandazioni	
SITUAZIONE NUTRIZIONALE .....	36
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Conclusioni e raccomandazioni	
CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE .....	38
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO .....	39
Quante hanno eseguito un pap test	
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	
Consigliato il pap test	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA .....	41
Quante hanno eseguito una mammografia	
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	
Consigliata la mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO .....	43
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	
Conclusioni e raccomandazioni	
TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI .....	44
APPENDICE - RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE .....	48

# Sintesi del rapporto aziendale

---

## *Quali sono i risultati principali?*

**Descrizione del campione aziendale:** Nella nostra Azienda sono state intervistate un campione casuale di 200 persone, selezionate dalla lista anagrafica ell'ASL. Il 56% degli intervistati è rappresentato da donne e il 44% da uomini; l'età media è di 44 anni. Il 75 % ha un alto livello di istruzione e quasi il 70% ha un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 31% delle persone intervistate ritiene appena discreto o cattivo il proprio stato di salute, mentre il 47% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 21% del campione e solo il 12% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In quasi la metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** Il 33% si dichiara fumatore e il 15% ex fumatori. Quasi il 90% ha smesso di fumare da solo, il 3% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario, il 7% da parte di gruppi di supporto.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 73% 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 15% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 35-49 anni e negli uomini.

**Consumo di alcol:** Si stima che quasi il 70% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un quinto abbia abitudini di consumo considerate a rischio. 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, ma non ancora ottimale, dell'uso dei dispositivi di sicurezza (85% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori (usata sempre solo nel 12% dei degli intervistati). Molto diffuso viene riferito l'uso del casco (sempre nel 94% dei casi).

Il 13% degli intervistati che hanno guidato nel mese precedente all'intervista dichiara di averlo fatto almeno una volta in stato di ebbrezza e il 13% di tutti gli intervistati dichiara di essere stato trasportato da conducente in stato di ebbrezza.

**Vaccinazione antinfluenzale:** In media solo il 24% 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 o con stato immunitario sconosciuto è pari al 58%, molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita;

**Iperensione arteriosa:** Si stima che sia iperteso un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni; il 76% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Solo l'8% del campione dichiara che la pressione arteriosa non gli è mai stata misurata o di non ricordarlo.

**Colesterolemia:** Un quinto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia; il 24% di questo dichiara di essere in trattamento farmacologico. Uno su cinque dichiara di non aver mai misurato il livello di colesterolemia.

**Situazione nutrizionale:** È in sovrappeso il 31% del nostro campione e gli obesi sono l'11%. L'eccesso ponderale è trattato nel 38% dei casi con dieta e solo nel 22% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

**Carta di rischio cardiovascolare:** Ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare (solo nell'8% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 92% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita, ma l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato l'84%.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 95% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione molto minore (68%) l'ha eseguita negli ultimi due anni come raccomandato.

**Screening tumore del colon retto:** Appena il 15% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

# Introduzione

---

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed 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 delle 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 ed 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 raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

# Obiettivi dello studio

---

## *Obiettivo generale*

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

## *Obiettivi specifici*

### **1. Aspetti socio-demografici**

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

### **2. Salute e qualità di vita percepita**

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

### **3. Attività fisica**

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiari 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 ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)



- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il 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 dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'Asl Roma C (aggiornato al 31.7.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## *Strategie di campionamento*

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

## *Interviste*

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Presidenti dei municipi presenti nel territorio aziendale.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da assistenti Sanitari del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 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 e presentazione delle informazioni***

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia per l'Azienda sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti livello nazionale senza il metodo della pesatura.

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.

Il report contiene l'analisi delle principali variabili, ma non è esaustivo dell'intera indagine condotta.

### ***Etica e privacy***

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. E' stato richiesto 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  
DELLO STUDIO  
PASSI 2005**

# Descrizione del campione aziendale

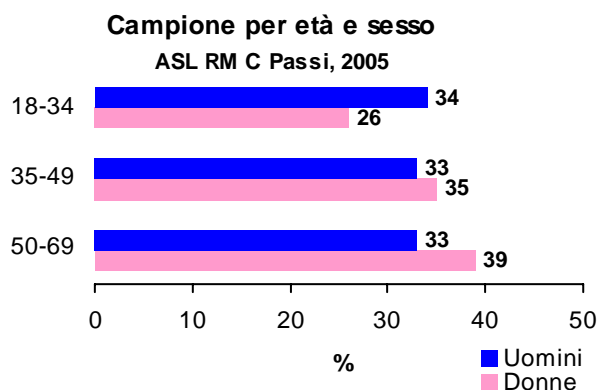
La popolazione in studio è costituita da 378.409 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel territorio della ASL RM C, ed iscritti all' anagrafe sanitaria aziendale. La base dati, dalla quale è stato estratto il campione, è quella fornita dall'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) del Lazio aggiornata al 31/7/2004 in funzione della programmazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale 2004/2005.

Le 200 interviste al campione di popolazione estratto da tale anagrafe aziendale sono state effettuate da 6 operatori sanitari: 131 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 69 sono stati sostituiti (34%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 4.5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. Tra le ASL partecipanti si è registrata una percentuale di rifiuti pari al 6%.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

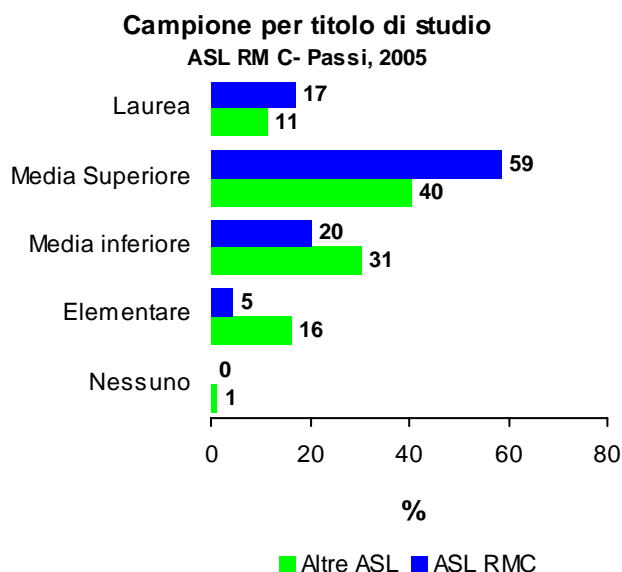
### L'età e il sesso

- nell'ASL ROMA C il 56% del campione intervistato è costituito da donne.
- il 29.5% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 36.5% in quella 50-69.
- la distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale.



### Il titolo di studio

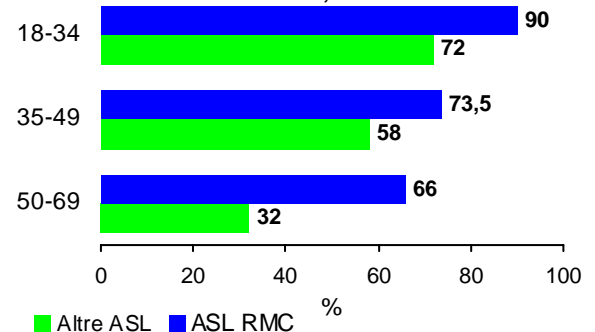
- nell'ASL ROMA C nessuno dei soggetti campionati è privo di titolo d'istruzione, il 4.5% ha la licenza elementare, il 20% la licenza media inferiore, il 58.5% la licenza media superiore, il 17% è laureato.
- questa distribuzione è abbastanza sovrapponibile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine: nella nostra ASL pare leggermente superiore la percentuali di laureati e diplomati (media superiore).



## Il livello di istruzione

- il 75.5% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione significativamente inferiore a quello dell'Asl Roma C, in particolare nella fascia d'età 50-69; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.

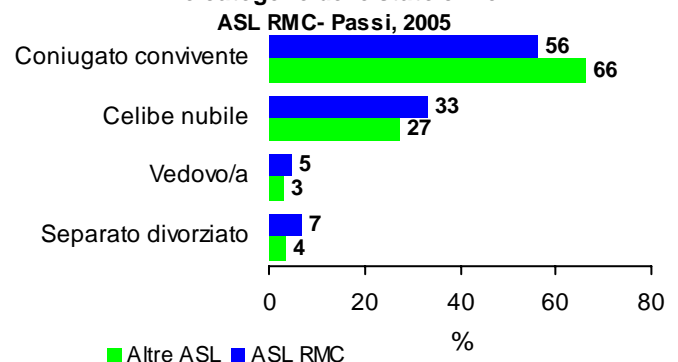
Alto grado d'istruzione per classe d'età  
ASL RM C - Passi, 2005



## Lo stato civile

- nell'ASL ROMA C i coniugati/conviventi rappresentano il 56%, celibi/nubili il 33%, vedovi/e il 4.5%, separati/divorziati il 6.5%.
- La distribuzione per stato civile è abbastanza in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti: la percentuale di soggetti coniugati/conviventi è inferiore alle altre realtà aziendali ma non in modo statisticamente significativo.

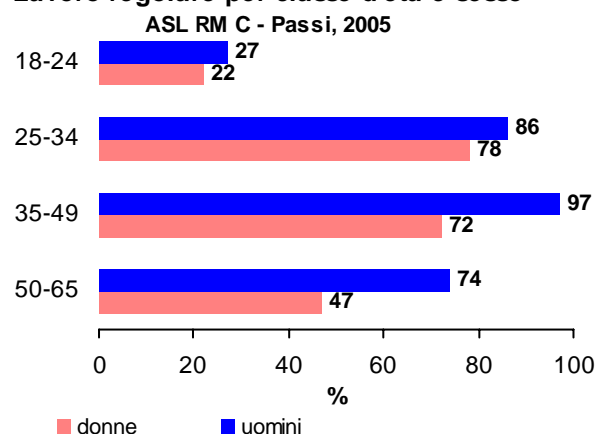
Le categorie dello stato civile



## Il lavoro

- nell'ASL ROMA C il 68% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (59.4% vs. 79.3%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- nelle ASL partecipanti al PASSI riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

Lavoro regolare per classe d'età e sesso



## Conclusioni e raccomandazioni

Il campione dell'ASL ROMA C è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. Il confronto fra il campione aziendale e quello delle altre Asl per stato civile e livello d'istruzione indica una peculiarità metropolitana nei determinanti sociali della nostra Asl. 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. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta a livello aziendale una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

# Percezione dello stato di salute

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

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

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

- nell'ASL ROMA C il 68.5% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- in particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alta istruzione
  - le persone senza patologie severe \*
- nelle ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il proprio stato di salute; i gruppi di popolazione più soddisfatti sono gli stessi dell'Asl Roma C.

\* Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Stato di buona salute percepito	
ASL RMC – Passi, 2005	
Caratteristiche Demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>68,5 (IC95%: 61,6-74,9)</b>
<b>Età</b>	
18 - 34	83,1
35 - 49	70,6
50 - 69	54,8
<b>Sesso°</b>	
M	80,7
F	58,9
<b>Istruzione*^</b>	
Bassa	57,1
Alta	72,2
<b>Patologia Severa**^</b>	
Presente	47,5
Assente	73,8

\* 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

° la differenza risulta statisticamente significativa ( $p < 0,001$ )

^ la differenza risulta statisticamente significativa ( $p < 0,03$ )

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

- nell'ASL ROMA C le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 2 giorni al mese.
- il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.
- il numero di giorni in cattiva salute per motivi psicologici è maggiore invece nella fascia 35-49 anni.
- le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi fisici e sono più limitate nelle loro abituali attività.
- nelle ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

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

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con l'indagine multiscopo 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.



# Attività fisica

---

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

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

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

- Nella ASL RMC il 36,5% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 42,5% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 21,0% è completamente sedentario.
- i completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- tra le ASL partecipanti all'indagine, il 42,4% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 34,3% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23,3% è completamente sedentario.

<b>Sedentarietà</b>	
<b>ASL RMC – Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Sedentari, %*</b>
<b>Totale</b>	<b>21,0 (IC95%:15,6-27,3)</b>
<b>Età<sup>^</sup></b>	
18 - 34	10,2
35 - 49	17,6
50 - 69	32,9
<b>Sesso</b>	
uomini	24,1
donne	17,0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	26,5
alta	19,2

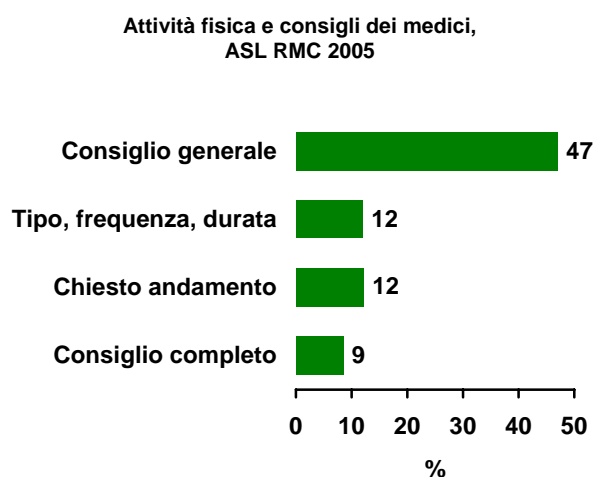
\* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro fisico.

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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,004)

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

- nella ASL RMC le persone intervistate riferiscono che il 46,5 dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 47% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- solo il 12% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 12,5% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- complessivamente solo il 8,5% 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 ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla; il 10% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed al 10% è stata verificata l'attività svolta in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi è stata del 7%.



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che circa il 21% della popolazione della ASL RMC conduca uno stile di vita sedentario e il 66,5% non pratichi sufficiente attività fisica; pur essendo questo livello di sedentarietà leggermente minore rispetto a quello complessivo delle altre ASL partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

In meno della metà dei casi (47%) i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale degli operatori sanitari che danno consigli più dettagliati si stima intorno al 10%.

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

# L'abitudine al fumo

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

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

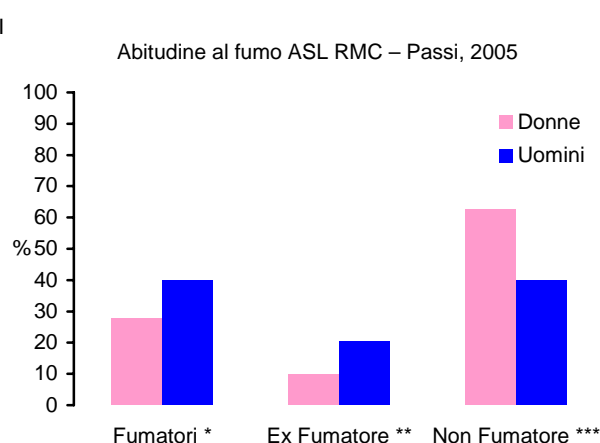
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

## Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- nell'ASL ROMA C i fumatori sono pari al 33%, gli ex fumatori al 14,5%, e i non fumatori al 52,5%.
- l'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (39,8% versus 27,7%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (62,5% versus 39,8%).
- tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.



\*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno  
\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi  
\*\*\*Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra gli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- l'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 20 anni.
- in media si fumano circa 14 sigarette al giorno.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze significative per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori ASL RMC Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>33,0</b> (IC95%:26,5-40,0)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	40,0
25 - 34	28,2
35 - 49	41,2
50 - 69	26,0
<b>Sesso ^</b>	
M	39,8
F	27,7
<b>Istruzione**</b>	
bassa	36,7
alta	31,8

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

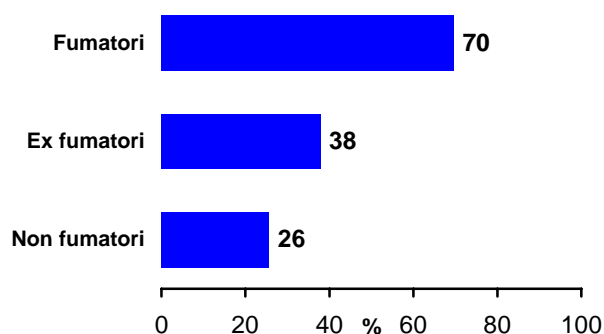
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ la differenza risulta statisticamente significativa (p=0,004)

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

- nella ASL RMC circa un intervistato su due (42%) dichiara che un operatore sanitario si è informa sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 69,7% dei fumatori, il 37,9% degli ex fumatori e il 25,7% dei non fumatori.

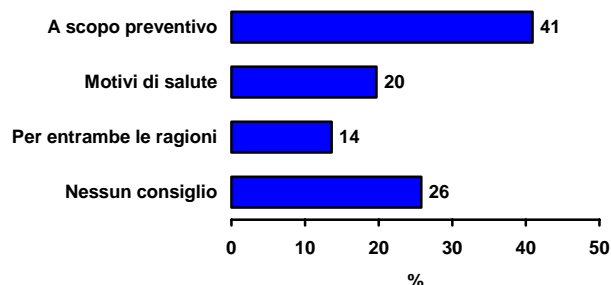
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – ASL RMC, 2005



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

- il 74,2% 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 (40,9%)
- il 25,8% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

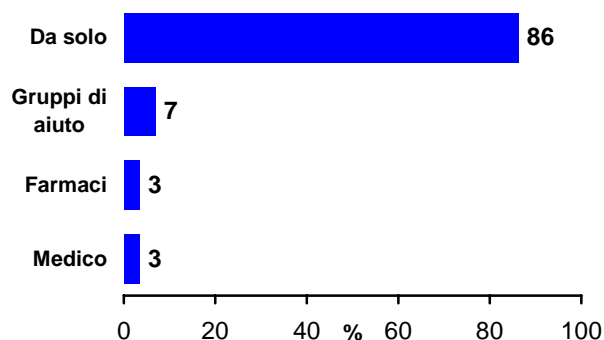
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione ASL RMC, 2005



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

- il 86,2% degli ex fumatori della ASL RMC ha smesso di fumare da solo; solo il 3,4% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

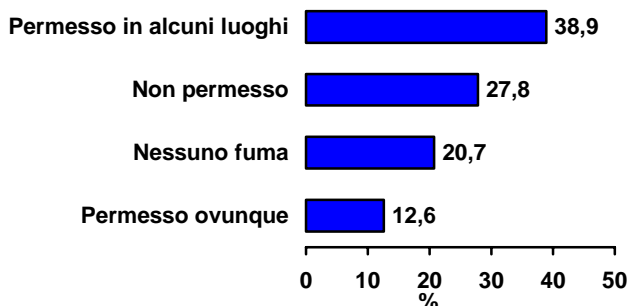
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL RMC, 2005



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

- gli intervistati nella ASL RMC dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 48,5% dei casi (27,8% non permesso; 20,7% nessuno fuma); nel restante 51,5% dei casi si fuma ovunque o in parte.

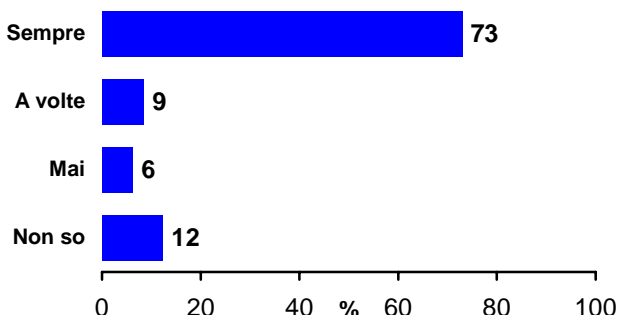
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa ASL RMC, 2005



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

- le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 72,9% 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) ASL RMC, 2005



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL ROMA C l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori superiore rispetto a quella delle altre ASL (33% vs 26%). Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani e nella classe d'età dei 35 - 49enni, dove circa 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Più dei due terzi dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon 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 ed 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 problema del fumo passivo nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'esistenza di specifiche normative che vietano il fumo in tali luoghi.

# 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, 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?

- nella ASL ROMAC il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- solo il 14,5% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- questa abitudine è più diffusa nella classe 50-69 anni e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- nelle 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.

Abitudini alimentari ASL RMC – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" <sup>**</sup> (%)
<b>Totale</b>	<b>14,5 (IC95%:10,3-20,6)</b>
<b>Età</b>	
18 - 34	9,3
35 - 49	11,8
50 - 69	21,9
<b>Sesso <sup>^</sup></b>	
uomini	8,0
donne	19,6
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	14,3
alta	14,6

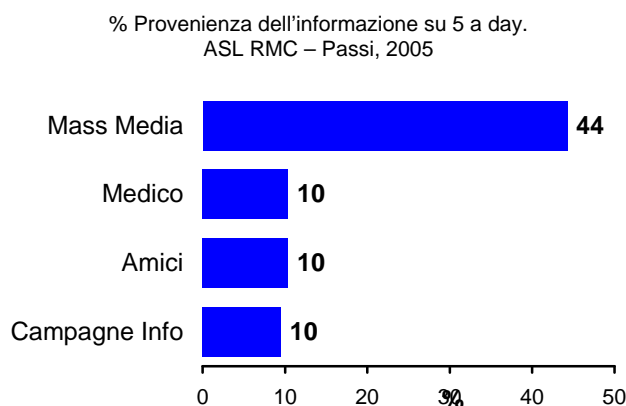
\* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura

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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,009)

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

- il 51,2% degli intervistati della ASL RMC conosce il "5 a day" (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 10,4% dei casi da un medico (in linea al valore del 19% nelle altre ASL).



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nella ASL ROMA C la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo il 14,5% delle persone 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 solo la metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo 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 uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) ed è associato al fumo e/o all'abuso di droghe in modo significativamente superiore rispetto ai coetanei astemi.

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

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

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

## Quante persone non sono astemie?

- Nella ASL ROMA C 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 65,5%.
- si sono osservati tassi più alti nella fascia d'età 35-49, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata 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.

<b>Consumo di alcol</b>	
<b>ASL RMC- Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche Demografiche</b>	<b>% che ha bevuto <math>\geq 1</math> unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese</b>
<b>Totale</b>	<b>65,5 (IC95%:58,5-72,1)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	60,0
25 - 34	66,7
35 - 49	75,0
50 - 69	42,0
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
Uomini	77,3
Donne	56,3
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
Bassa	63,3
Alta	66,2

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

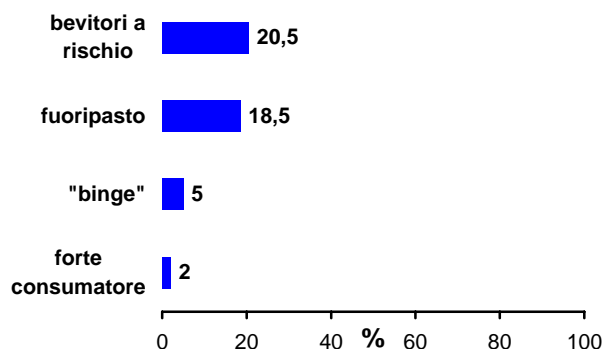
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

<sup>^</sup> la differenza risulta statisticamente significativa ( $p < 0,0009$ )

## Quanti sono bevitori a rischio?

- complessivamente il 20,5% può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge").
- in un mese il 18,5% degli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- il 5% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- il 2,0% 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 ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

**Consumo di alcol, ASL RMC, 2005 \***  
I bevitori a rischio possono essere contati più volte nelle tre categorie di rischio (fuoripasto/ binge/ forte bevitore)



## Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta, nella nostra ASL., più diffuso tra i giovani (fascia d'età 25-34 anni), negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- tra le 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%).
- i numeri nella nostra ASL sono però troppo piccoli (bevitori binge 28/200) per un'analisi statisticamente significativa dell'associazione tra comportamento a rischio e caratteristiche demografiche.

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

- Nella ASL ROMA C solo il 9,1% 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 e sono dei bevitori a rischio, nessuno riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- nelle altre ASL partecipanti invece 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***

Nell'ASL RMC si stima che quasi il 70% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un quinto (20,5%) abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono inferiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL nell'ASL RMC gli operatori sanitari 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 diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.

# Sicurezza stradale

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

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

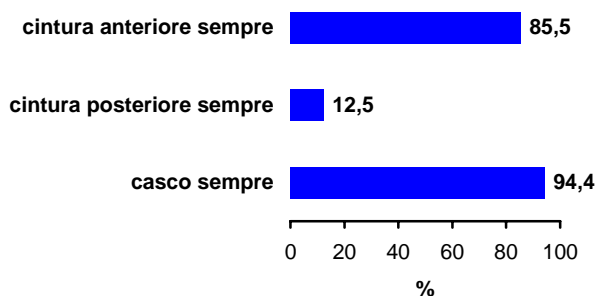
Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- nella ASL RM C la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 85,5%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (12,5%).
- tra coloro che vanno in moto o in motorino oltre il 94,4% riferisce di usare sempre il casco.
- nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

### Uso dei dispositivi di sicurezza

ASL RM C Passi - 2005



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nella ASL RM C il 13 % degli intervistati che ha guidato nel mese precedente l'indagine, lo ha fatto almeno una volta in stato di ebbrezza; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- il 13% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari al 11%. La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs2%).

### Guida in stato di ebbrezza

ASL RM C - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
<b>Totale</b>	<b>13,5 (IC95%:8,2-20,5)</b>
<b>Età*</b>	
18 - 24	23,1
25 - 34	15,4
35 - 49	13,7
50 - 69	9,3
<b>Sesso**</b>	
M	20,6
F	6,2
<b>Istruzione***</b>	
bassa	17,0
alta	17,1

\*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 = 0,008)

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nella ASL RM C 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 sovrapponibile rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Il problema della guida in stato di ebbrezza risulta, nella nostra ASL, sovrapponibile a quello delle altre ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni ed il sesso maschile.

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'alcolemia.

# 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 percentuale di popolazione che contrae l'influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività.

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

## Quanti si vaccinano per l'influenza?

- nell'ASL ROMA C il 18,5% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 71,4% tra i 65-69 anni.
- tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 24,2% risulta vaccinato.
- Non si osservano differenze statisticamente significative per il sesso; ai limiti della significatività statistica per livello di istruzione (maggior % di anziani nella classe d'istruzione bassa).
- tra le 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 portatori di almeno una patologia cronica\*.

\* Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

### Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni; n=37) ASL RMC Passi, 2005

Caratteristiche demografiche		Vaccinati
<b>Totale</b>		<b>18,5 (IC95%:13,4-24,6)</b>
<b>Età</b>		
	≥65	71,4
	<65	14,5
	<65 con almeno una patologia cronica	24,2
<b>Sesso</b>		
	uomini	15,9
	donne	20,5
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	26,5
	alta	15,9

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

## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. La strategia adottata nella nostra Azienda sanitaria mediante la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale, che aveva come obiettivo prioritario la copertura degli anziani, ha permesso di raggiungere ottime coperture nella classe degli ultrasessantacinquenni. Tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie invece solo una su cinque risulta vaccinata e la copertura di questo gruppo a rischio andrebbe incrementata.

Risulta pertanto importante migliorare 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 deve essere superiore al 95%.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- il 25,5% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- la percentuale di donne vaccinate è particolarmente bassa nella fascia d'età 25-34 anni e fra le donne con basso livello d'istruzione; tra le ASL partecipanti la percentuale delle donne vaccinate decresce con l'età (dal 50% delle giovanissime al 18,5% della fascia 35-45 anni).
- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata leggermente più alta (31%).

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=55) ASL RMC Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
<b>Totale</b>	<b>25,5</b> (IC95%: 14,7 – 39,0)
<b>Età</b>	
18-24	27,3
25-34	22,2
35-45	26,9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	12,5
alta	27,7

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

## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- tra le donne non vaccinate il 31,7% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- è possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 41,9% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (25,5%) o con un rubeotest positivo (16,4%).
- il 2% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- nel rimanente 56% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

<b>Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni; n=55) ASL "RMC", Passi, 2005</b>	
	<b>%</b>
<b>Immuni</b>	<b>41,9</b>
Vaccinate	25,5
Non vaccinate con rubeotest positivo	16,4
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>58,1</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	1,8
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	5,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	50,8

## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia a livello aziendale sia su scala nazionale il numero di donne in età fertile suscettibili alla rosolia sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).



# Ipertensione arteriosa

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

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

## A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- nell'ASL l'85% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre l'8% non ricorda o non l'ha avuta.
- la percentuale di persone controllate cresce con l'età, non si differenzia tra i sessi, ed è ai limiti della significatività per livello di istruzione.
- l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile a quello delle altre Asl partecipanti al PASSI.

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

ASL RMC – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>85,0 (IC95%:79,3-89,6)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	78,0
35 - 49	83,3
50 - 69	91,8
<b>Sesso</b>	
uomini	87,5
donne	81,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	81,6
alta	86,1

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

## Quanti sono ipertesi?

- nell'ASL ROMA C il 24,3% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- la percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su due è ipertesa (47%). La percentuale di ipertesi è maggiore tra gli uomini e fra coloro che hanno un livello d'istruzione più basso ma le differenze non sono statisticamente significative.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; La percentuale di ipertesi è maggiore tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

### Ipertesi

ASL RMC – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>24,3 (IC 95%18,3-31,2)</b>
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	9,8
35 - 49	10,9
50 - 69	47,1
<b>Sesso</b>	
uomini	28,8
donne	21,0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	31,9
alta	21,7

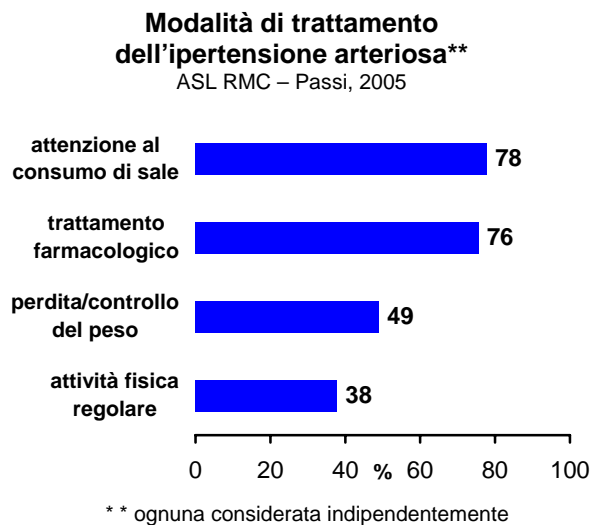
\* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

## Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- il 75,6% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (77,8%), controllando il proprio peso corporeo (48,9%) e svolgendo regolare attività fisica (37,8%).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL RMC si stima che sia iperteso poco meno di un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, quasi la metà degli ultracinquantenni e circa il 10% dei giovani con meno di 35 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, ma questa non può essere considerato 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 coronarosclososi. 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?

- nell'ASL ROMA C l' 82,5% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Il 61% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; le percentuali sono decisamente più alte nelle altre due fasce d'età. Non si osservano differenze statisticamente significative né per sesso né per istruzione.
- nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta è pari al 79%.

### Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo

ASL RMC – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>82,5 (IC95%:76,5-87,5)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	61,0
35 - 49	91,2
50 - 69	91,8
<b>Sesso</b>	
M	89,3
F	73,9
<b>Istruzione**</b>	
bassa	85,7
alta	81,5

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

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 20% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- l'ipercolesterolemia appare una condizione significativamente 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 ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile.

### Ipercolesterolemici

ASL RMC – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>20,2 (IC 95%14,4-27,2)</b>
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	5,6
35 - 49	6,7
50 - 69	40,3
<b>Sesso</b>	
M	18,5
F	21,4
<b>Istruzione** °</b>	
bassa	31,0
alta	16,5

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

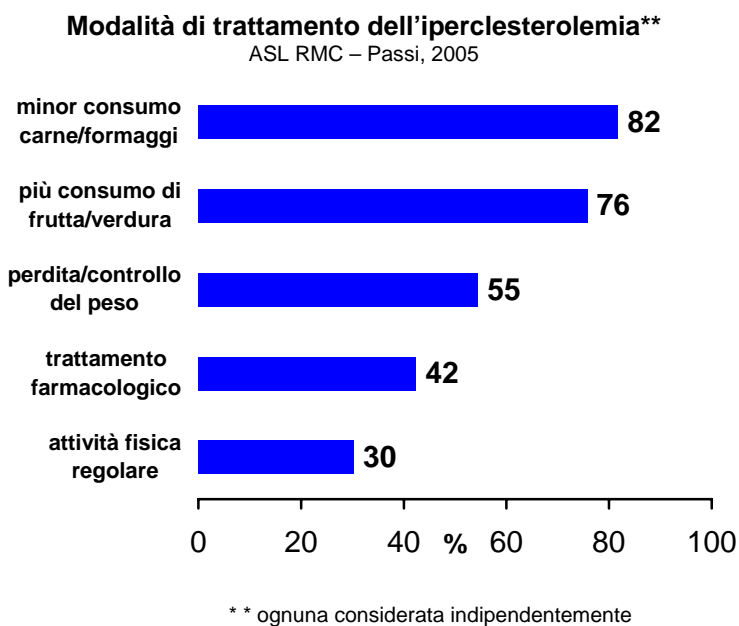
<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,000)

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

° la differenza risulta statisticamente significativa (p=0,027)

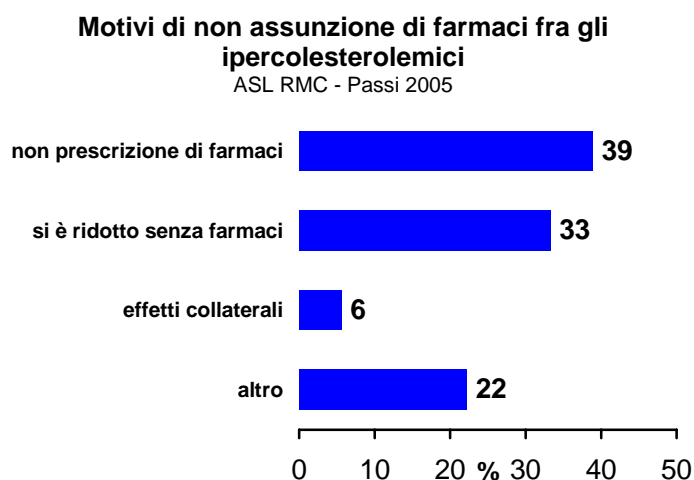
## Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

- nella nostra ASL il 42,4% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici dichiarano di aver trattato l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (81,8%), aumentando il consumo di frutta e verdura (75,8%), controllando il proprio peso corporeo (54,5%) e svolgendo regolare attività fisica (30,3%).
- Nelle altre ASL partecipanti allo studio è in trattamento farmacologico il 24,3% degli ipercolesterolemici.



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

- il 39% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 33% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- il 6% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nel 17,5% della popolazione della ASL ROMA C non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa un quinto della popolazione totale tra 18 e 69 anni e 4 su 10 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre Asl partecipanti. Sebbene molti dichiarino di aver migliorato la propria dieta, è largamente aumentabile la quota di ipertesi che controllano il peso o che praticano attività fisica: tali interventi potrebbero rendere in alcuni casi non necessario il trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia che nella nostra ASL pare particolarmente frequente, in confronto con le altre ASL partecipanti allo studio (42,4 vs 24,3).

# Situazione nutrizionale

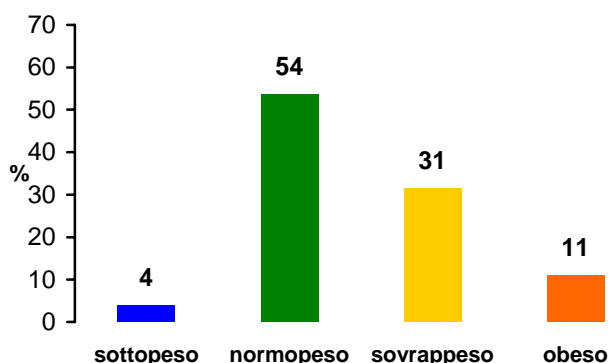
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

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.

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

**Caratteristiche ponderali della popolazione**  
ASL RM C – Passi, 2005

- nell'ASL ROMA C il 4% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 54% normopeso, il 31% sovrappeso ed l'11% obeso.



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

- nella ASL RM C si stima che il 42% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 58% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione. Le differenze osservate sono statisticamente significative
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 38,8% svolge una dieta e il 22,4% fa attività fisica per perdere peso.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso

### Popolazione con eccesso ponderale <sup>^</sup>

ASL RMC – Passi , 2005

Caratteristiche Demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>42,5 (IC 95%35,6-49,7)</b>
<b>Età, anni*</b>	
18 – 24	20,0
25 – 34	33,3
35 – 49	38,2
50 – 69	57,5
<b>Sesso**</b>	
Uomini	58,0
Donne	30,4
<b>Istruzione *** °</b>	
bassa	59,2
alta	37,1

<sup>^</sup> popolazione in sovrappeso od obesa

\* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,005)

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

\*\*\* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,005)

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL ROMA C si stima che il 43% della popolazione sia in eccesso ponderale, in linea con il dato relativo alle altre ASL partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, solo una su tre circa riferisce di seguire una dieta e solo una su cinque circa riferisce di praticare attività fisica per perdere peso.

Appaiono pertanto opportuni interventi che favoriscano un'attività fisica regolare e abitudini alimentari corrette. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

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

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

- Nella ASL ROMA C la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata dell'8,3%.
- non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso e per livello di istruzione.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è sovrapponibile (9%).

### **Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (soggetti > 39 anni; n=121)**

ASL RMC – Passi, 2005

<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% *</b>
<b>Totale</b>	<b>8,3 (IC 95%4,0-14,7)</b>
<b>Età, anni</b>	
40 - 49	8,3
50 - 59	5,1
60 - 69	11,8
<b>Sesso</b>	
uomini	12,8
donne	5,4
<b>Istruzione*</b>	
bassa	7,7
alta	8,5

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

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

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione 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. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile anche ai programmi attuati.

## Quante donne hanno eseguito un pap test?

- Nella ASL ROMA C il 92,5% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, 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 30 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) (n=93)

ASL RM C Passi, 2005

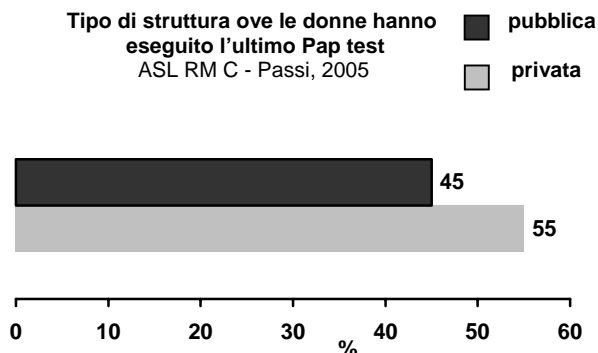
Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *
<b>Totale</b>	<b>92,5 (IC95%:85,1-96,9)</b>
<b>Età</b>	
25 - 34	88,9
35 - 49	94,7
50 - 64	91,9
<b>Istruzione**</b>	
bassa	85,0
alta	94,5

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

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

## Dove le donne hanno eseguito l'ultimo pap test?

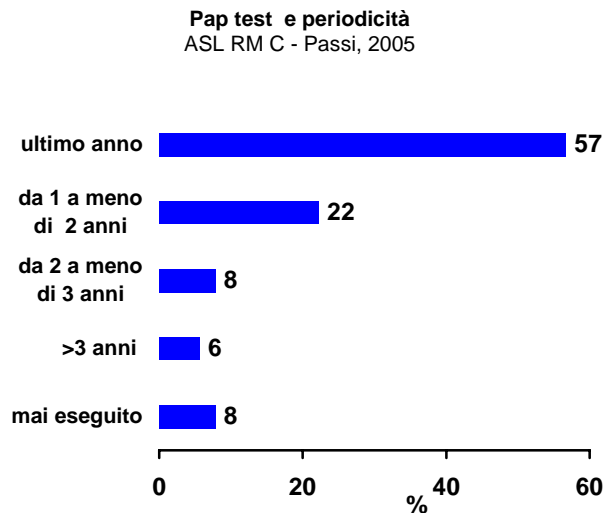
Il 55% delle donne ha eseguito l'ultimo pap test in una struttura privata





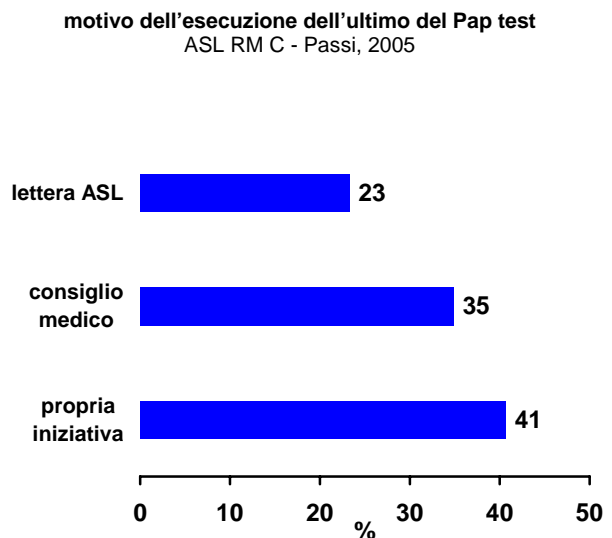
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- l'ultimo pap test è stato eseguito dall'83,9% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- il 56,7% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- il 7,8% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.



## Viene consigliato il pap test alle donne?

- il 83,9% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test ed il 58,5% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- l'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (23,3%), su consiglio medico (34,9%) e di propria iniziativa (40,7%).
- tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL ROMA C la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è molto alta (92%); l'84% l'ha effettuato nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Risulta elevata anche la percentuale di donne che riferisce di aver ricevuto regolare consiglio da un medico di effettuare il test regolarmente. Più della metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno ed è ipotizzabile che un numero non indifferente di donne effettui il pap test ad intervalli più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati.

# 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.

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

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

## Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nella ASL ROMA C il 95,1% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi.
- Non si apprezzano differenze in base all'età. Le differenze rilevate in relazione allo stato civile ed al livello di istruzione sono al limite della significatività statistica.
- l'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 42,4 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla 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.

### Screening cancro della mammella) ASL RM C Passi, 2005 (donne > 49 anni; n.= 44)

Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia*
<b>Totale</b>		<b>95,1 (IC95%:83,5- 99,4)</b>
<b>Età</b>		
	50 - 59	95,2
	60 - 69	95,0
<b>Stato civile<sup>^</sup></b>		
	coniugata	100,0
	non coniugata	87,5
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>		
	bassa	85,7
	alta	100

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

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

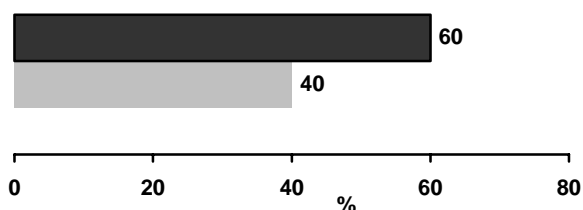
<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,05)

## Dove le donne hanno eseguito l'ultima mammografia?

Tipo di struttura ove le donne hanno eseguito l'ultima mammografia  
ASL RM C - Passi, 2005

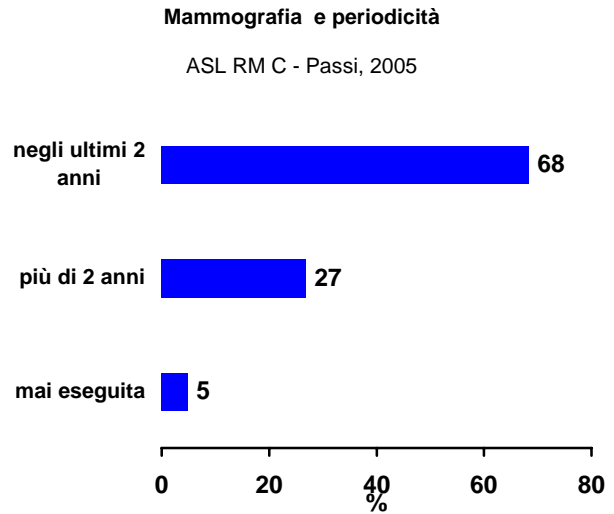
■ pubblica  
■ privata

Il 40% delle donne ha eseguito l'ultimo paptest  
In una struttura privata



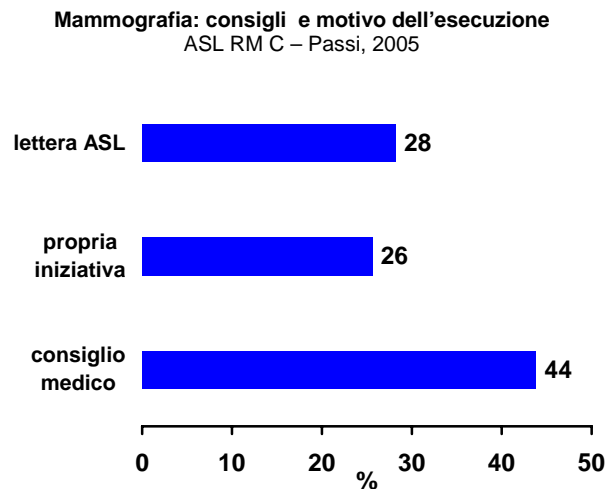
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- nell'ASL ROMA C il 68,3% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 26,8% più di 2 anni fa. Il 4,9% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.



## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- L'85,4% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 51,2% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- l'ultima mammografia è stata eseguita nel 43,6% su consiglio medico, nel 25,6% di propria iniziativa e nel 28,2% in seguito ad una lettera di invito.
- tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. La distribuzione delle motivazioni per l'esecuzione dell'ultima mammografia è sovrapponibile a quella delle altre Asl partecipanti.



## Conclusioni e raccomandazioni

Al momento è operativo un programma regionale ed aziendale di offerta attiva che ancora non ha raggiunto la totalità del target (solo la metà delle intervistate riferisce di aver ricevuto una lettera di invito). L'esame mammografico è comunque stato eseguito almeno una volta dal 95% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 68% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di migliorare il programma per l'offerta attiva della mammografia. I dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

# 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?

- nella ASL ROMA C il 15,1% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo. Le differenze percentuali non risultano significative per classe d'età, sesso e livello d'istruzione.
- L' 8,2% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- tra le ASL partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

**Screening cancro colon retto  
(donne e uomini > 49 anni; n.= 73)  
ASL RM C- Passi, 2005**

Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
<b>Totale</b>	<b>15,1 (IC95%:7,8-25,4)</b>
<b>Età</b>	
50 - 59	12,8
60 - 69	17,6
<b>Sesso</b>	
uomini	17,2
donne	13,6
<b>Istruzione**</b>	
bassa	20,0
alta	12,5

\* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colonrettale, 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 sono iniziati a macchia di leopardo sul territorio nazionale, mentre a livello aziendale sono prossimi all'avvio. Appare opportuno iniziare a prevedere campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

**Tabella riassuntiva dei risultati dello studio PASSI  
(di 123 ASL, non pesati confrontati con i risultati della ASL RM C)**

Campione	Stima ASL RM C	ASL partecipanti allo studio
età media	44 anni	43.9 anni
donne, %	56,0	51,6
titolo di studio, %		
laurea	17,0	11,2
media superiore	58,5	40,4
media inferiore	20,0	30,5
elementare	4,5	16,0
nessuno	0	1,3
livello di istruzione*, %		
alto	75,5	51,6
stato civile, %		
coniugati/conviventi	56,0	66,2
celibi/nubili	33,0	27,4
vedovi/e	4,5	2,9
separati/divorziati	6,5	3,5
lavoro regolare**, %	68,1	62,5

\* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

\*\*Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	ASL RM C (%,gg)	ASL partecipanti allo studio (%,gg)
salute molto-buona/buona, %	68,5	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,5	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,6	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	2,0	1,6

Attività fisica	ASL RM C (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico	36,5	42,4
popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>	21,0	23,3
consigli dei medici: <sup>^^^</sup>		
chiesto sull'attività fisica	46,5	38,2
consigliato di fare attività fisica	47,0	40,1
indicato anche tipo, frequenza e durata	12,0	10,2
verificato andamento in altre visite	12,5	9,9
ricevuto consigli completi	8,5	7,2

<sup>^</sup>30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

<sup>^^</sup>chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

<sup>^^^</sup>consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
fumatori*	33,0	26,5
uomini	39,8	31,5
donne	27,7	21,7
ex fumatori**	14,5	19,7
non fumatori***	52,5	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	86,2	94,2
aiuto del medico	3,4	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	42,0	38,6
a fumatori	54,8	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	74,2	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	27,8	37,0
nessuno fuma	20,7	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
Sempre	72,9	57,6
a volte/mai	14,7	15,5

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

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

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

<b>Abitudini alimentari</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	91,0	90,8
conosce il 5 a day <sup>^</sup>	47,0	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	15,0	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	44,3	45,4
medico	10,4	18,5
campagne informative	9,5	12,1

<sup>^</sup>mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

<b>Consumo di alcol</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup>	65,5	63,8
bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>	18,5	12,4
bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>	5,0	8,0
forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>	2,0	5,5
chiesto dal medico sul consumo	9,1	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>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
cintura anteriore sempre	85,5	83,0
cintura posteriore sempre	12,5	19,7
casco sempre <sup>#</sup>	94,4	88,1
guida in stato di ebbrezza <sup>##</sup>	13,5	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza <sup>###</sup>	13%	12,0

<sup>#</sup>calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

<sup>##</sup>aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

<sup>###</sup>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>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
vaccinati 18-69 anni	18,5	15,3
vaccinati ≥ 65	71,4	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	24,2	27,9

<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
vaccinate	25,5	30,6
hanno eseguito rubeotest*	31,7	40,6
Immune**	41,8	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>Iperensione arteriosa</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	85,0	81,4
Ipertesi*	24,3	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	75,6	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	77,8	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	48,9	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	37,8	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>Ipercolesterolemia</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
misurazione colesterolo almeno una volta	82,5	79,3
Ipercolesterolemici <sup>^</sup>	20,2	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	42,4	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	81,8	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	75,8	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	54,5	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	30,3	39,0

<sup>^</sup> 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>Stato nutrizionale</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
popolazione con eccesso ponderale	42,5	43,6
<i>sovrappeso</i>	31,5	32,5
<i>obeso</i>	11,0	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	38,8	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	22,4	22,7

<b>Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
popolazione cui è stato calcolato il punteggio <sup>#</sup>	8,3	9,0

<sup>#</sup> coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

<b>Screening neoplasia collo dell'utero^ (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito almeno un pap test	92,5	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	83,9	69,7
viene consigliato pap test periodico	83,9	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	58,5	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	23,3	24,6
<i>consiglio medico</i>	34,9	30,6
<i>propria iniziativa</i>	40,7	43,6

^eseguito a scopo preventivo

<b>Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) <sup>◇,◇◇</sup></b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguita almeno una mammografia	95,1	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	68,3	56,7
viene consigliata mammografia periodica	85,4	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	51,2	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	28,2	38,7
<i>consiglio medico</i>	43,6	28,6
<i>propria iniziativa</i>	25,6	32,0

◇ valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

<b>Screening cancro colon retto (50 - 69 anni)#</b>	<b>ASL RM C (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	15,1	14,0
eseguito negli ultimi due anni	8,2	8,3

#eseguita a scopo preventivo



# La sperimentazione

(Capitolo aggiunto a maggio 2006)

## *Risultati della valutazione su un pool di 89 ASL*

### **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 ad 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 ed indirizzi in quanto le liste sono incomplete e a volte non aggiornate. Tale percentuale è salita all'88%, dopo una ricerca tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali. In totale quindi sono stati sostituiti il 12% di persone campionate. Nella fase di somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 5% di rifiuti e l'11% di persone non rintracciate. Quando interpellati i medici di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità, diffidenza ecc).

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

**Il questionario** è stato ritenuto appropriato, accettabile (da parte degli operatori e degli intervistati) e un buon strumento nelle sue parti, anche se è stato rilevato che complessivamente aveva troppe domande; le sezioni sul consumo di alcol e quella sull'attività fisica contengono alcune domande poco chiare.

**L'utilità** della raccolta di dati sperimentata dal PASSI è stata stimata su 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 sottostima di molti fenomeni misurati
- **Rappresentatività:** il campione selezionato e intervistato è risultato rappresentativo della popolazione in studio. Le sostituzioni per mancanza del numero telefonico (12%) e le sostituzioni per rifiuto (5%) rimangono a livelli ragionevolmente bassi per possibili rischi di bias di selezione; tuttavia si può migliorare la performance con un coinvolgimento dei medici di famiglia già nella fase di campionamento.
- **Tempestività:** l'indagine si è conclusa nei tempi previsti, che permettono di produrre dei risultati annuali necessari per questo tipo di sorveglianza
- **Accettabilità:** la partecipazione degli operatori all'indagine nella fase organizzativa (corsi di formazione e reperimento dati anagrafici è stata del 80%, nella fase di esecuzione le interviste incomplete o errate sono state sotto il 5%). La partecipazione delle istituzioni locali è stata importante in quanto hanno messo a disposizione le anagrafi comunali.

**Il costo**, calcolato complessivamente e per la sorveglianza è stato stimato in circa 12 mila euro per 200 interviste e di 21 mila euro per 600 interviste. Va tuttavia sottolineato che il costo vivo aggiuntivo è stato determinato solo dalle spese telefoniche e, laddove utilizzati, da sistemi incentivanti.

Tabella 1: stima dei principali costi dell'indagine PASSI, Euro

	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
<b>totale</b>	<b>11.500</b>	<b>21.000</b>

## Discussione

In generale, la sperimentazione suggerisce che il sistema di sorveglianza da costruire sui risultati dello studio PASSI, può costituire uno strumento adeguato agli obiettivi che si era prefissato; inoltre è stato ben accettato nella ASL e i costi relativi stimati, confrontati con altre indagini/programmi, sono contenuti. I potenziali punti critici dello studio evidenziati nella valutazione formativa quali le poche competenze degli operatori e la difficoltà dei dipartimenti a misurarsi con indagini nuove, si sono dimostrati più il frutto di timori di non essere all'altezza che di reali difficoltà e limiti. Timori che sono stati superati, ne è prova il basso numero di rifiuti, il basso numero di questionari incompleti e l'assenza di interviste non condotte a termine. I punti più critici dello studio sono il reperimento dei dati degli assistiti (indirizzo e telefono) ed il non completo coinvolgimento dei gruppi di interesse. Per quanto riguarda il reperimento dei dati degli assistiti si possono pensare altre strategie che coinvolgano da subito i medici di famiglia, evitando così potenziali bias di selezione di alcuni gruppi quali i giovani e immigrati in possesso di sola telefonia mobile.

Sul coinvolgimento dei gruppi di interesse, soprattutto cittadini e decisori in campo sanitario e politico (per esempio i sindaci) si gioca la reale utilità del sistema di sorveglianza: la sua utilità si misura sull'effettivo cambiamento dello stato di salute della comunità "provocato" dall'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.

## **Risultati della valutazione di processo nell'Azienda USL Roma C**

Nell'ASL Roma C la prima fase del processo (preparazione indagine e formazione intervistatori) è durata circa 30 giorni mentre le interviste hanno richiesto 40 giorni. Sono stati utilizzati complessivamente 8 intervistatori, 6 Assistenti Sanitarie/Infermiere e 2 medici che sono subentrati quando è stato necessario.

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, riportava l'indirizzo delle persone campionate, il comune di residenza e il codice del medico di medicina generale, ma nessun numero telefonico. Attraverso l'irrinunciabile e prezioso contributo del Centro Unico di Prenotazione dell'Asl, degli uffici anagrafici comunali e dei medici di medicina generale, unitamente alla consultazione degli elenchi telefonici, gli operatori hanno lavorato per verificare la reale residenza nel nostro territorio dei cittadini campionati casualmente e ricercare il loro recapito telefonico. Tale ricognizione ha evidenziato l'inadeguatezza dell'anagrafe degli assistiti come dimostra, tra l'altro, la non infrequente discordanza delle generalità riportate nelle liste anagrafiche aziendale e comunali.

La percentuale complessiva dei cittadini sostituiti rispetto alla lista originaria è stata del 36% comprensivo però di un 9% di cui non è stata rinvenuta un utenza telefonica, e di un ulteriore 10% che è risultato trasferito permanentemente, condizioni che il protocollo considerava *motivo di non inclusione* nello studio piuttosto che *motivo di sostituzione*.

Tra i 200 residenti inclusi nello studio, selezionati con il criterio della casualità semplice, è risultato irrintracciabile il 9%, mentre il 5% ha rifiutato l'intervista e il 3% non era intervistabile per altri motivi (patologie, o fuori sede temporaneamente per lavoro, studio, turismo); a rigore pertanto, i rimpiazzati, appaiati per classi di età e sesso, sono stati il 17%. Per realizzare tutte le sostituzioni, in altri 18 casi non stata rinvenuta un utenza telefonica.

Le interviste telefoniche sono il risultato di complessivi 832 tentativi di contatto; le interviste sono state effettuate in tutte le fasce orarie: mattino 34%, pranzo 17%, pomeriggio 26%, sera 15%; il restante 8% è stato effettuato in giorni prefestivi (4%) e festivi (4%).

Il quadro descritto evidenzia le problematiche legate alla realtà metropolitana di Roma relativamente alla mobilità dei suoi cittadini ed al reperimento di un numero telefonico utile ed infine al reperimento del cittadino al numero telefonico. Non casualmente queste sono state le criticità più dispendiose per gli operatori in termini di tempo ed energie.

Non sono stati utilizzati telefonini né schede prepagate forniti dall'Azienda e non si è ricorso all'utilizzo di alcuna ora di lavoro straordinario. Lo studio è stato eseguito, in quanto prototipo, come progetto del Dipartimento di prevenzione che, con fondi propri, ha destinato alle Infermiere /Assistenti Sanitarie partecipanti, solo a risultato conseguito, un incentivo di 700 euro ciascuna. Nessun operatore per la partecipazione al PASSI è stato sollevato, anche parzialmente, dalle mansioni ordinariamente svolte.