



Profea

REGIONE SICILIANA



PASSI

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

A cura di:

Patrizia Miceli, Acille Cernigliaro, Rosalia Lo Brutto, Gabriella Dardanoni, Salvatore Scondotto Coordinamento regionale
Regione Siciliana - Assessorato Regionale Sanità – Dipartimento Osservatorio Epidemiologico

Gaetano Geraci, Francesco Iacono, Mario Cuccia, Franco Belbruno, Giovanna Fiumanò, Salvatore Sammarco, Giuseppe Ferrera, Maria Carmela Bandiera, Ranieri Candura.
Dipartimenti Prevenzione AA.UU.SS.LL

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

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 Scardetta (CNESPS ISS)

Intervistatori

A.M. Cardinale, R. Mangione, G. Bosco, R. M. Consagra, R. Milisenna, M. Diforti, G. Pitrone, A. Balbo, R. Ragusa, G. Mirata, G. Caltavituoro, M. Cannone, A.R. Alesci, S. Cannata, M. D'Angelo, A. Nastri, F. Cantone, A. Neri, F. Belbruno, G. Fiumanò, N. Costa, G. Frasca, S. Sanfilippo, Marchica, Maione, Guggino, Palazzo, G. Migliorino, C. C. Pace, M. G. Migliorisi, A. Palma, C. Amenta, G. Rossito, M. Rizza, G. Bonì, A. Passanante, R. Gancitano, R. Salerno, F. Daidone

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita
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:

Salvatore Scondotto 091.7079283 – salvatore.scondotto@doesicilia.it

Assessorato alla Sanità - Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Servizio di Epidemiologia - Via M. Vaccaro, 5 – 90145 Palermo

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione regionale: Nella nostra regione è stato intervistato un campione casuale di 657 persone, selezionate dalle liste delle 9 AUSL siciliane. Il 56% degli intervistati è rappresentato da donne e il 44% da uomini con un'età media di 44 anni. Il 57% del campione regionale ha un livello di istruzione alto e il 59% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 37% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 32% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 33% del campione, il 33% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante. Nel 40% dei casi i medici si informano sull'abituale svolgimento di attività fisica, nel 42% consigliano genericamente di svolgere tale attività.

Abitudine al fumo: Il 27% si dichiara fumatore e il 17% ex fumatore. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena l'1% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 47% 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 12% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 25-34 anni e negli uomini.

Consumo di alcol: Si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 13% abbia abitudini di consumo considerate a rischio. Pochi intervistati dichiarano di essere interpellati dagli operatori sanitari sulle loro abitudini al consumo dell'alcol e di ricevere raramente il consiglio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: Si osserva un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (71% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 8% degli intervistati.

Il 5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista; il 5% dichiara di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale: In media solo il 36% 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: È possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 45% delle donne in età fertile: in particolare, il 18% riferisce di essere stato vaccinato e il 36% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 22%; negativo il 5%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile suscettibile alla rosolia è ancora sensibilmente superiore ai valori ritenuti necessari per l'eradicazione della rosolia congenita.

Iperensione arteriosa: Si stima che sia iperteso meno di un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 66% sono sotto trattamento farmaceutico. Al 14% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia: Più di un quinto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 37% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Il 27% degli intervistati dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

Situazione nutrizionale: È in sovrappeso il 33% del nostro campione e gli obesi sono il 14%. L'eccesso ponderale è trattato nel 31% dei casi con dieta e solo nel 15% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Punteggio di rischio cardiovascolare: Ancora scarsamente utilizzato il punteggio del rischio cardiovascolare (punteggio calcolato solo nel 17% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 61% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e il 51% l'ha eseguito negli ultimi tre anni .

Screening neoplasia della mammella: Il 56% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (31%) l'ha eseguita negli ultimi due anni.

Screening tumore del colon retto: Appena il 6% 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 le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, incidenti stradali...).

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 argomenti 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. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare

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

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 sul punteggio 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 ≥ 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 delle 9 AUSL della regione Sicilia. Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'AUSL 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'AUSL. La dimensione del campione è stata di 657 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

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

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

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.

Le interviste alla popolazione in studio sono state realizzate nell'arco di due mesi (maggio-giugno 2005) da medici e personale sanitario afferenti, in particolare, al Dipartimento di Prevenzione e ai Distretti Sanitari.

L'intervista telefonica è durata in media circa 20 minuti.

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

Analisi 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.

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.

La sperimentazione

Risultati della valutazione su un pool di 89 AUSL

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

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
totale	11.500	21.000

Discussione

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

I punti più critici dello studio sono il reperimento dei dati degli assistiti (indirizzo e telefono) 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.

Descrizione del campione regionale

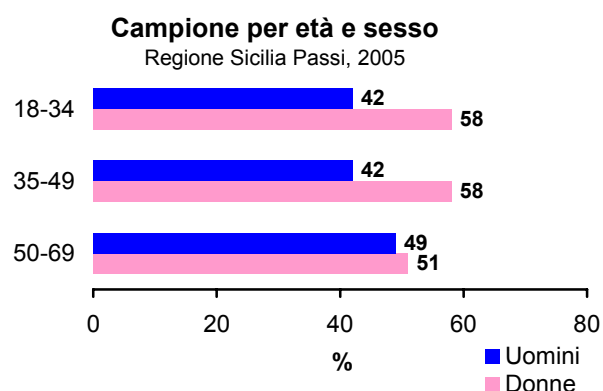
La popolazione in studio al 1/1/2004 è costituita da 3356235 residenti ISTAT di età compresa tra 18 e 69 anni riferibili agli iscritti nella lista di anagrafe sanitaria delle AA.UU.SS.LL. regionali.

Il campione estratto da tale lista è costituito da 657 soggetti residenti in Sicilia di età compresa tra 18-69 anni, la percentuale di sostituzione è stata del 19%. Il tasso medio di rifiuto in Sicilia risulta pari al 20%, mentre i titolari non rintracciati raggiungono il 47% .

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

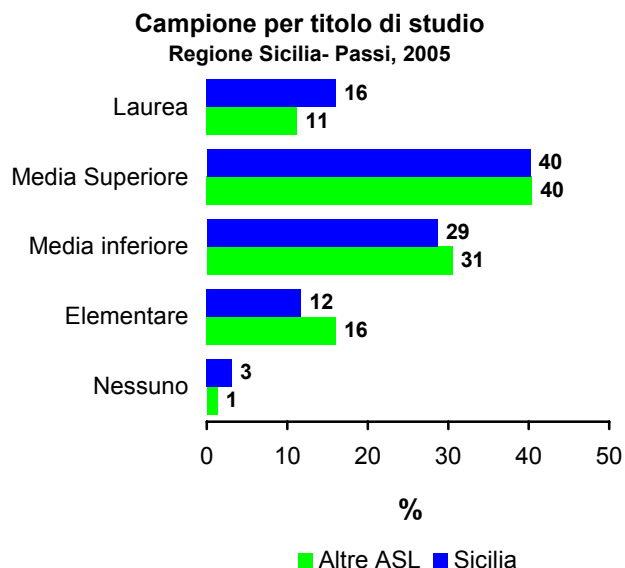
L'età e il sesso

- Nelle 9 AUSL della Sicilia il 56% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 27% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 37% in quella 35-49 e il 36% in quella 50-69.



Il titolo di studio

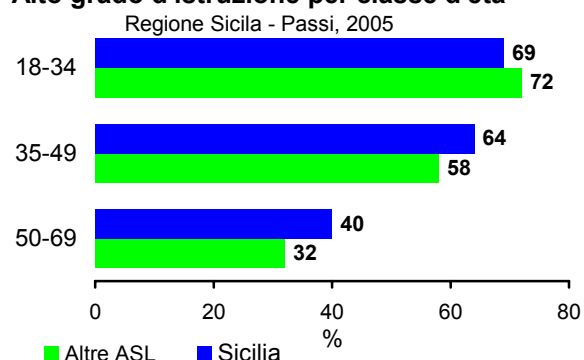
- Nelle AUSL della Sicilia il 3% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 12% ha la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 40% la licenza media superiore, il 16% è laureato.
- Questa distribuzione evidenzia una maggiore prevalenza in Sicilia per livello di istruzione elementare, o nessuno, rispetto a quello riscontrato nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.



Il livello di istruzione

- Il 57% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce di età 18-34 anni.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione

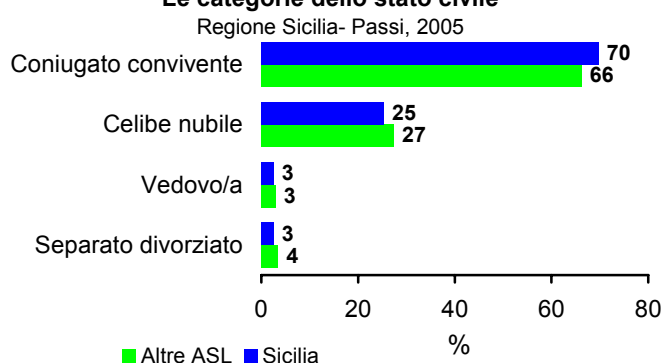
Alto grado d'istruzione per classe d'età



Lo stato civile

- Nelle 9 AUSL della Sicilia i coniugati/conviventi rappresentano il 70%, celibi/nubili il 25%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 3%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti.

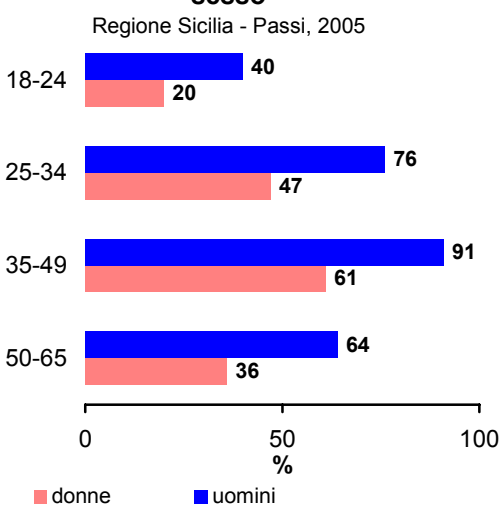
Le categorie dello stato civile



Il lavoro

- Nelle AUSL siciliane il 59% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (46% vs.74%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

Lavoro regolare per classe d'età e sesso



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione della regione Sicilia è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale. 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 locale 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 ?

- Nella Regione Sicilia il 63% 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 loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

Stato di buona salute percepito Regione Sicilia – Passi, 2005		
Caratteristiche Demografiche		%
Totale		62,6 (IC95%: 58,8-66,3)
Età		
	18 - 34	87,1
	35 - 49	64,0
	50 - 69	42,8
Sesso		
	M	69,6
	F	57,0
Istruzione*		
	bassa	56,5
	alta	67,3
Patologia Severa**		
	presente	32,0
	assente	68,2

* 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

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

- Nelle 9 AUSL siciliane le persone intervistate riferiscono una media di circa 4 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 sia per motivi fisici che psicologici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici 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.

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

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?

- Nelle AUSL della regione Sicilia il 33% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 35% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 33% 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% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

Sedentarietà	
AUSL Sicilia- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
Totale	32,9 (IC95%:29,3-36,6)
Età	
18 - 34	23,3
35 - 49	30,5
50 - 69	42,4
Sesso[^]	
uomini	30,0
donne	35,1
Istruzione^{**}	
bassa	37,6
alta	29,2

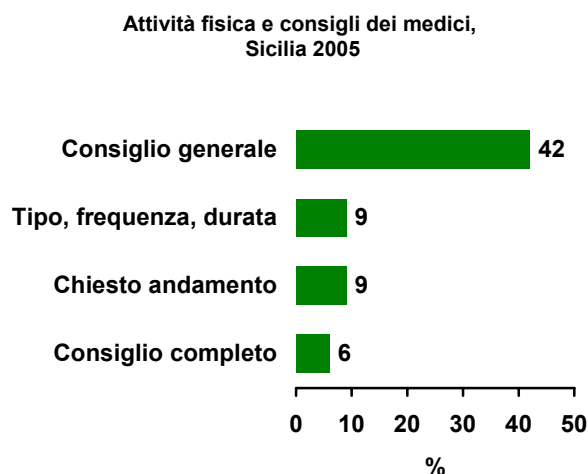
* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

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

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,2)

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

- Nelle AUSL siciliane le persone intervistate riferiscono che il 40% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 42% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 9% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 9% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 6% 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, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa il 33% della popolazione siciliana conduca uno stile di vita sedentario, questo livello di sedentarietà è maggiore 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 i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, è molto bassa la percentuale di medici che danno consigli più dettagliati.

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.

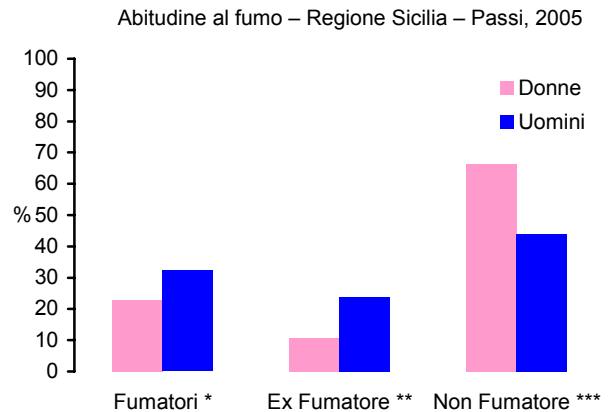
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

- Nelle AUSL della Sicilia i fumatori sono pari al 27%, gli ex fumatori al 17%, e i non fumatori al 57%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% versus 23%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 44%).
- Tra le ASL nazionali 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 nella classi d'età 25-49 e tra gli uomini. Sono stati inoltre registrati tassi lievemente più alti nelle persone con alto livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 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 per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori AUSL Sicilia Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	27,0 (IC95%:23,7-30,6)
Età, anni	
18 - 24	26,8
25 - 34	29,3
35 - 49	32,9
50 - 69	19,9
Sesso ^	
M	32,3
F	22,8
Istruzione**	
bassa	25,7
alta	28,0

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

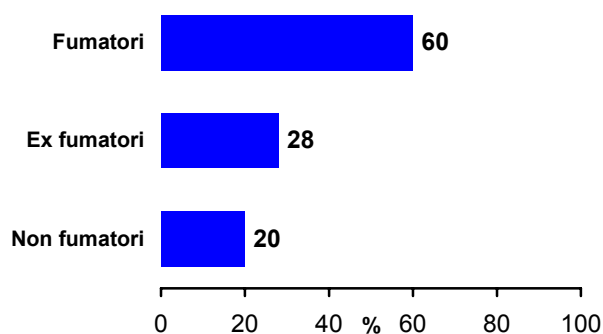
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,5)

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,006)

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

- Nelle AUSL della Sicilia il 32% degli intervistati dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 60% dei fumatori, il 28% degli ex fumatori e il 20 dei non fumatori.

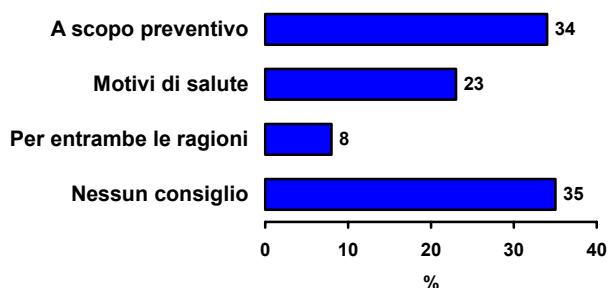
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – Regione Sicilia, 2005



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

- Il 65% 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 (34%)
- Il 35% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

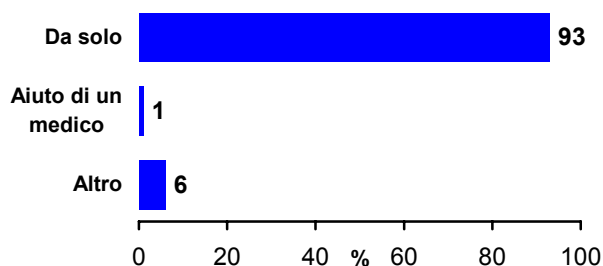
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione - Regione Sicilia, 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 93% degli ex fumatori delle AUSL siciliane ha smesso di fumare da solo; soltanto l'1% 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.

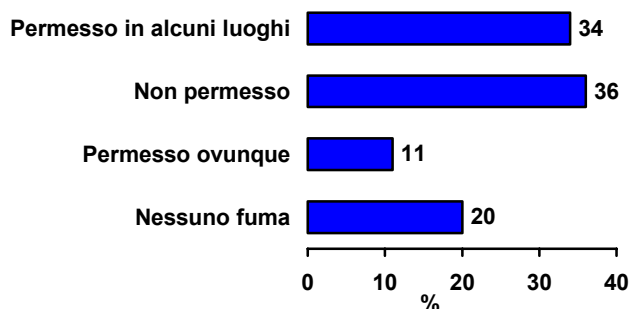
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori AUSL Sicilia, 2005



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati nelle AUSL della Sicilia dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 55% dei casi (36% non permesso; 20% nessuno fuma); nel restante 45% dei casi si fuma ovunque o in alcuni luoghi della casa.
- Il 37% del campione nazionale dichiara che non è permesso fumare in casa, il 25,4 riferisce che nessuno fuma nella propria abitazione.

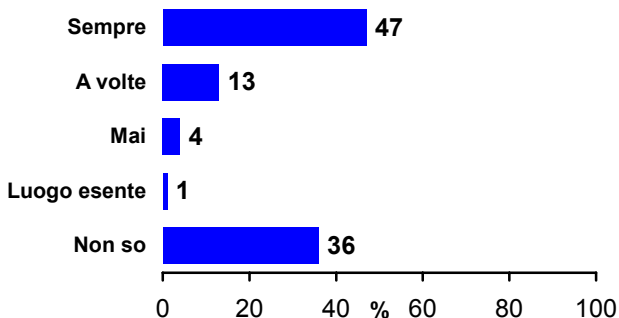
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
Regione Sicilia, 2005



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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 47% (58% a livello nazionale) 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)
Regione Sicilia, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 9 AUSL siciliane l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori leggermente superiore rispetto a quella delle altre ASL. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori nelle classi d'età 18 - 49.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. La percentuale di coloro che hanno smesso di fumare risulta più bassa in Sicilia rispetto a quella del campione nazionale. 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 fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Abitudini alimentari

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

È riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno?

- Nelle 9 AUSL siciliane il 90% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 12% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa nella classe d'età 18-24 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 Regione Sicilia – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" (%)
Totale	11,5 (IC95%:9,2-14,3)
Età	
18 - 24	22,4
25 - 34	8,4
35 - 49	9,5
50 - 69	12,6
Sesso [^]	
uomini	6,9
donne	15,2
Istruzione^{**}	
bassa	9,1
alta	13,4

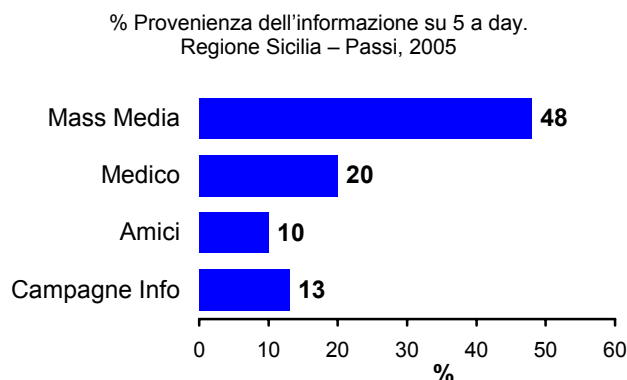
* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0009)

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

- Il 61% degli intervistati delle AUSL siciliane conosce il "5 a day" (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 20% dei casi da un medico (19% nelle altre ASL).



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle AUSL della regione Sicilia la maggior parte delle presone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 10 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla poca consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare, un po' più della 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 e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

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

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

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

Quante persone consumano alcool?

- Nelle 9 AUSL della regione Sicilia 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 52%.
- Si sono osservati tassi più alti nella fascia 35-49 anni, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL nazionali 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.

Consumo di alcol	
AUSL Sicilia – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
Totale	52,4 (IC95%:48,5-56,3)
Età, anni	
18 - 24	35,4
25 - 34	52,1
35 - 49	58,8
50 - 69	50,1
Sesso[^]	
uomini	69,5
donne	38,8
Istruzione^{**}	
bassa	45,9
alta	57,4

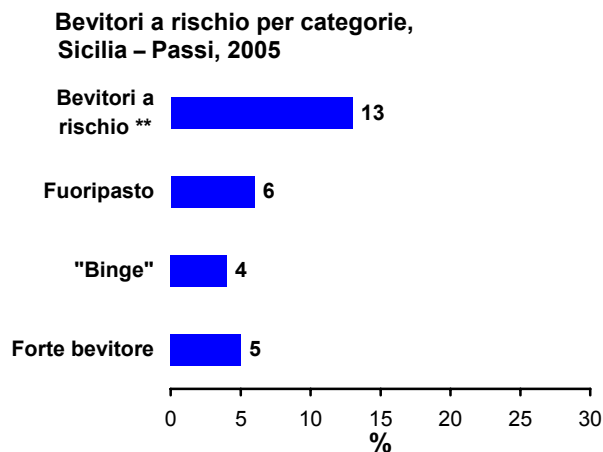
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore - differenze statisticamente significative (p=0,003)

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 13% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 6% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 4% 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 5% 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.



** 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 più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- tra le ASL nazionali 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%).

Bevitori "binge" Sicilia- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge" ^{**} (n=28)
Totale	4,3 (95% CI 3,0-6,3)
Età, anni	
18 - 24	7,8
25 - 34	4,9
35 - 49	2,7
50 - 69	4,8
Sesso[^]	
M	7,4
F	1,9
Istruzione^{**}	
bassa	2,7
alta	5,6

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

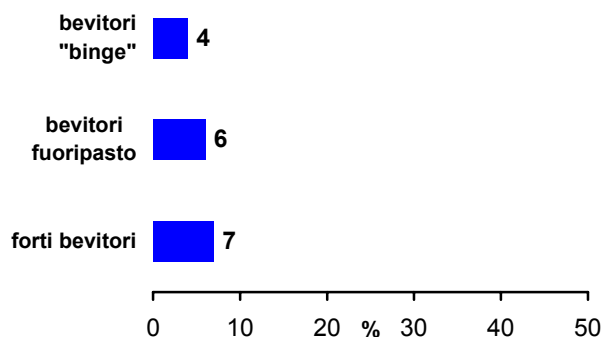
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza non risulta statisticamente significativa (p=0,06).

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0006)

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

- Nelle AUSL della Sicilia solo il 10% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 4% dei "binge", il 6% di chi beve fuori pasto e il 7% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi), Sicilia - Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle AUSL della regione Sicilia si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e, molto meno di un quinto della popolazione intervistata, abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono inferiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL anche nelle AUSL siciliane 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.

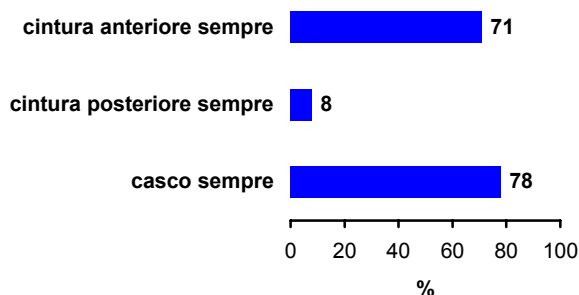
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

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

- Nelle 9 AUSL siciliane la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 71%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (8%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 78% 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
Sicilia Passi - 2005



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 5% degli intervistati (e il 9% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- Il 5% 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 all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza Regione Sicilia – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	4,7 (IC95%:3,2-6,6)
Età	
18 - 24	8,5
25 - 34	7,3
35 - 49	3,6
50 - 69	3,5
Sesso**	
M	9,0
F	1,2
Istruzione****	
bassa	3,7
alta	5,4

*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 = 0,00000)

*** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,2)

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle AUSL della regione Sicilia si registra un discreto livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta minore rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso nelle AUSL siciliane rispetto alle ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni.

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nelle AUSL della regione Sicilia il 17% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 44% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 36% risulta vaccinato.
- 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.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)	
AUSL Sicilia Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	16,9 (IC95%:14,1-20,0)
Età	
≥65	43,8
<65	15,6
<65 con almeno una patologia cronica	36,0
Sesso[^]	
uomini	19,9
donne	14,5
Istruzione*	
bassa	21,1
alta	13,7

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

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,06)

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto 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?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=xxx)		
Regione Sicilia Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %	
Totale	17,8 (IC95%: 12,9 – 23,7)	
Età	18-24	36,1
	25-34	21,0
	35-45	10,2
Istruzione*	bassa	13,7
	alta	20,4

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

- Il 18% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 36% tra 18-24 anni al 10% tra 35 - 45 anni) ed è minore nelle donne con livello d'istruzione basso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

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

Stato immunitario (donne 18-45 anni; n=209)	
Regione "Sicilia", Passi, 2005	
	%
Immuni	39,6
-Vaccinate	17,8
-Non vaccinate con rubeotest positivo	21,8
Suscettibili :	
-Non vaccinate; rubeotest negativo	5,2
Suscettibili: stato immunitario sconosciuto	55,2
- non vaccinate con rubeotest effettuato, ma con esito non noto	2,7
-non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato	52,5

- Tra le donne non vaccinate il 36% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 40% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (18%) o con un rubeotest positivo (22%).
- Il 5% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 55% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti rivelano che nelle 9 AUSL Siciliane, è possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 45% delle donne in età fertile: in particolare il 18% riferisce di essere stato vaccinato e il 36% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 21% e negativo il 5%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile immune verso la rosolia è ancora sensibilmente inferiore a quella richiesta per l'eradicazione della rosolia congenita.

Appare, quindi, 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), per abbassare sotto la soglia del 5%, indispensabile per l'eradicazione della rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla malattia.

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?

- Nelle AUSL della Sicilia il 79% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il 14% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.
- A livello nazionale la percentuale di persone controllate è pari all'81%.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Sicilia – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	78,6 (IC95%:75,2-81,6)
Età, anni	
18 - 34	72,3
35 - 49	76,3
50 - 69	85,6
Sesso	
uomini	75,5
donne	81,1
Istruzione**	
bassa	79,4
alta	78,0

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

Quanti sono ipertesi?

- Nelle 9 AUSL siciliane il 23% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni. Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

Ipertesi AUSL Sicilia – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	22,6 (IC95%:19,3-26,3)
Età, anni[^]	
18 - 34	4,2
35 - 49	17,8
50 - 69	38,8
Sesso	
uomini	23,4
donne	22,0
Istruzione**	
bassa	29,7
alta	17,1

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

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

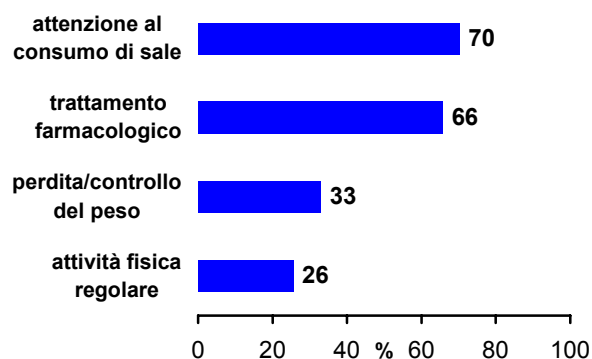
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0003)

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 66% 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 (70%), controllando il proprio peso corporeo (33%) e svolgendo regolare attività fisica (26%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 69%.

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa**

Sicilia – Passi, 2005



* * ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 9 AUSL siciliane si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, più di un terzo degli ultracinquantenni e circa il 4% 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 24 mesi, 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 coronarosclerosi. 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?

- Nelle AUSL della Sicilia il 73% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Solo il 61% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-69enni.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita è pari al 79%.

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

Sicilia – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche		%
Totale		73,4 (IC95%:69,8-76,7)
Età, anni		
	18 - 34	60,9
	35 - 49	72,2
	50 - 69	84,1
Sesso		
	M	67,9
	F	77,8

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 23% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Ipercolesterolemici	
Sicilia – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	23,3 (IC 95% 19,6-27,4)
Età, anni[^]	
18 - 34	7,7
35 - 49	22,5
50 - 69	32,3
Sesso	
M	25,4
F	21,8
Istruzione^{** °}	
bassa	29,6
alta	18,3

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,000)

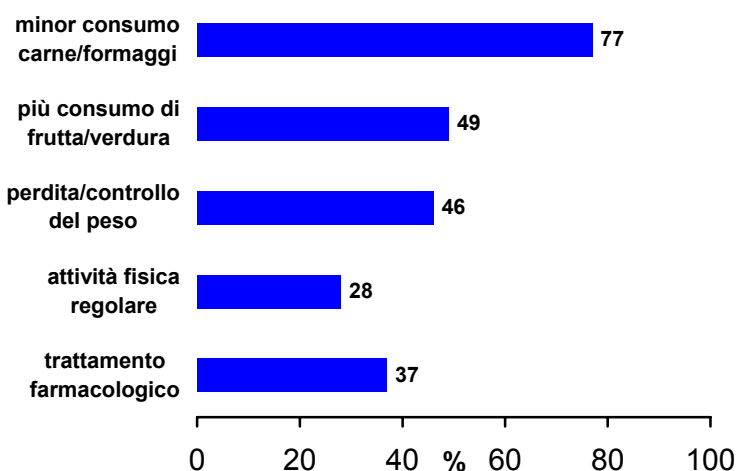
^{**} istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[°] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,003)

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

- Il 37% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 77% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 49% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 46% di controllare il proprio peso corporeo e il 28% di svolgere regolare attività fisica.

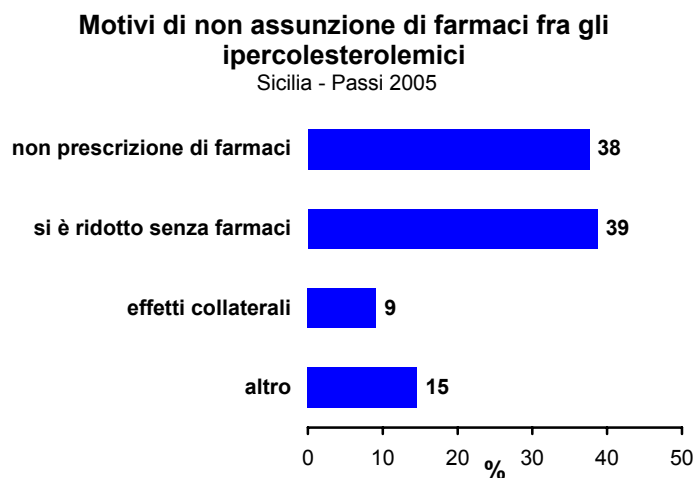
Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita^{**}
Sicilia – Passi, 2005



** ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 38% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 39% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 9% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.
- Tra le ASL partecipanti il 24% riferisce di essere sottoposto a trattamento farmacologico



Conclusioni e raccomandazioni

Nel 27% della popolazione delle AUSL siciliane non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, quasi un quarto della popolazione totale tra 18 e 69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre ASL partecipanti.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi dichiarano di aver perso peso o fanno attività fisica. Inoltre, sebbene molti possono trarre beneficio da un controllo non-farmacologico, le pratiche di prescrizione correnti andrebbero riesaminate, tenendo conto della presenza di altri fattori di rischio e del controllo raggiunto usando metodi non-farmacologici.

Situazione nutrizionale

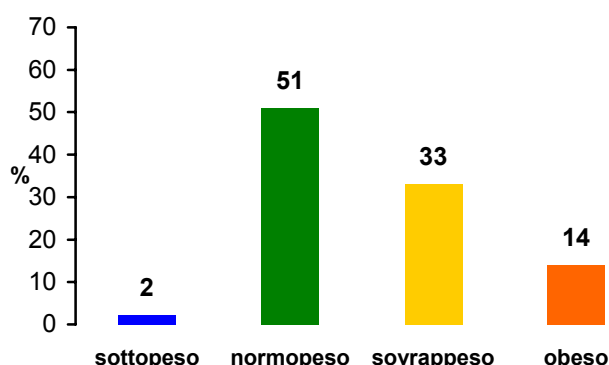
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Caratteristiche ponderali della popolazione
Sicilia – Passi, 2005

- Nelle AUSL della regione Sicilia il 2% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 51% normopeso, il 33% sovrappeso ed l'14% obeso.



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

- Nelle 9 AUSL siciliane si stima che il 47% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 68% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 31% svolge una dieta e il 15% 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 ^
Sicilia – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	47,0 (IC 95% 43,1-50,9)
Età, anni*	
18 – 24	12,1
25 – 34	23,5
35 – 49	46,5
50 – 69	67,6
Sesso**	
Uomini	57,9
Donne	38,3
Istruzione *** °	
bassa	57,7
alta	38,7

^ popolazione in sovrappeso od obesa

* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,000)

** le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

*** le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 9 AUSL sicilane si stima che il 47% della popolazione sia in eccesso ponderale, tale percentuale risulta superiore al dato relativo alle altre ASL partecipanti all'indagine.

Tra le persone in eccesso ponderale, solo meno di un terzo riferisce di seguire una dieta e meno di un quinto svolge attività fisica per perdere peso.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati.

La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale, in particolare età (>34 anni) e sesso (maschi).

Punteggio di rischio cardiovascolare

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

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

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre 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.

Il punteggio di 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?

- Nelle AUSL della regione Sicilia la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 17%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per sesso o livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare risulta inferiore (9%) a quella calcolata nelle AUSL siciliane.

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
AUSL Sicilia – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	16,9 (IC 95% 13,5-20,9)
Età, anni	
40 - 49	12,3
50 - 59	15,4
60 - 69	26,1
Sesso	
uomini	15,6
donne	18,0
Istruzione*	
bassa	18,1
alta	15,8

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

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio di rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzato da parte dei medici sia nelle 9 AUSL siciliane sia nelle AUSL 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 ai programmi attuati.

Quante donne hanno eseguito un pap test?

- Nelle AUSL della Sicilia il 61% 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. Si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 33 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)	
Sicilia Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *
Totale	60,6 (IC95%:54,9-66,0)
Età	
25 - 34	40,4
35 - 49	68,8
50 - 64	63,4
Stato civile[^]	
coniugata	67,8
non coniugata	37,5
Istruzione^{**}	
bassa	52,8
alta	66,5

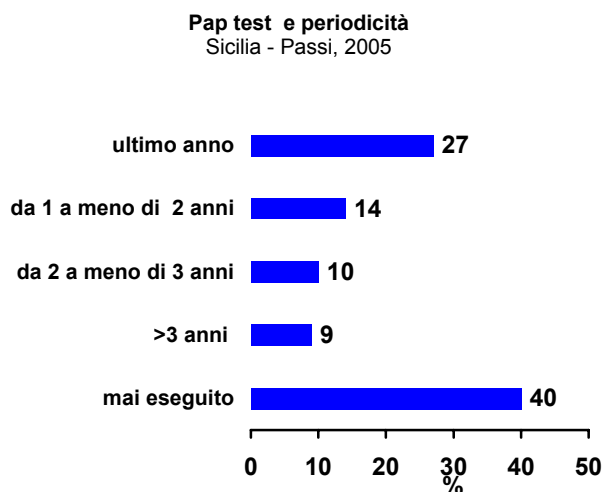
* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

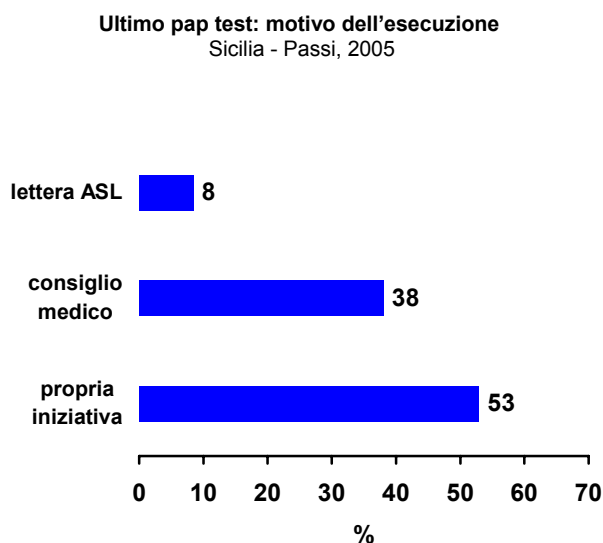
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 51% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 27% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 40% 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 57% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e il 29% di aver ricevuto una lettera invito dall'AUSL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'AUSL (8%), su consiglio medico (38%) e di propria iniziativa (53%).
- 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. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito delle ASL nel 25%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 9 AUSL siciliane la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo, anche in assenza di programmi organizzati, è più bassa di quella osservata nelle altre ASL. Risulta più bassa anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); più di un quarto del campione femminile di età compresa fra i 25 e 64 anni l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Considerando l'insieme dell'offerta, dentro e fuori dai programmi organizzati, si può stimare che ancora non siano numerose le donne che effettuano 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?

- Nelle AUSL della regione Sicilia il 56% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è minore nelle non coniugate e nelle donne con basso livello d'istruzione.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 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 (≥50 anni)		
Sicilia Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*	
Totale	56,2 (IC95%:47,1- 65,4)	
Età	50 - 59	56,2
	60 - 69	56,2
Stato civile[^]	coniugata	56,5
	non coniugata	55,2
Istruzione^{**}	bassa	52,8
	alta	61,0

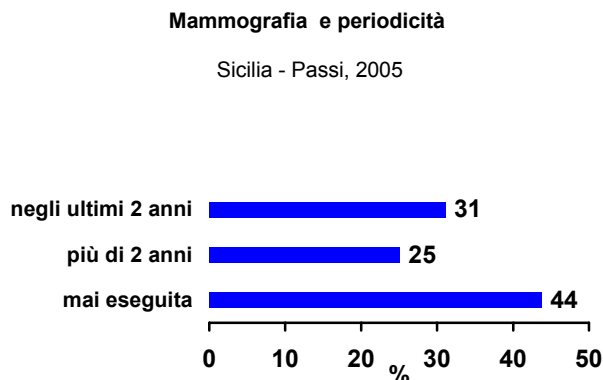
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,9)

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

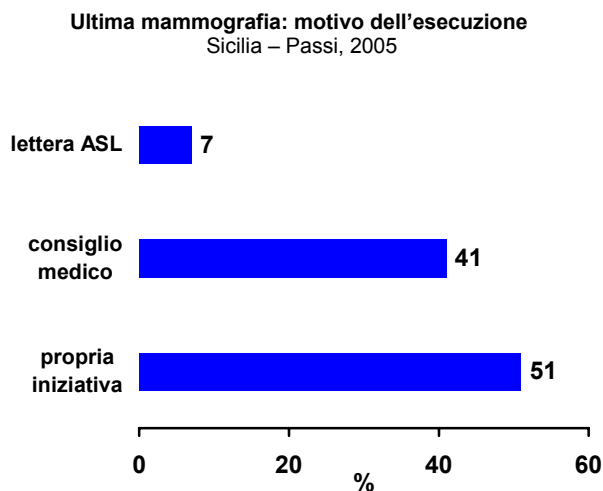
- Nelle 9 AUSL siciliane il 31% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 25% più di 2 anni fa. Il 44% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.



- 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?

- Il 52% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 24% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 41% su consiglio medico, nel 51% di propria iniziativa e nel 7% 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. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% del propria iniziativa.



Conclusioni e raccomandazioni

Al momento non è attivo un programma regionale ed aziendale di offerta attiva. L'esame mammografico è comunque stato eseguito almeno una volta dal 56% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 31% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di iniziare un programma per l'offerta attiva della mammografia, analogamente a quanto avviene col pap test: 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?

- Nelle 9 AUSL Siciliane il 6% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 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 (≥50 anni) Sicilia- Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche		Esecuzione di un test* per motivi preventivi
Totale		6,4 (IC95%:3,6-10,2)
Età		
	50 - 59	3,3
	60 - 69	10,1
Sesso[^]		
	uomini	6,9
	donne	5,9
Istruzione^{**}		
	bassa	6,5
	alta	6,2

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,7)

Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia, mentre a livello aziendale non esiste alcuna indicazione operativa. Appare opportuno iniziare a pianificare questo programma di screening sul territorio e 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)

Descrizione del campione aziendale	Stima Regione	ASL partecipanti allo studio
età media	43,8 anni	43,9 anni
donne, %	55,6	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	16,0	11,2
<i>media superiore</i>	40,2	40,4
<i>media inferiore</i>	28,7	30,5
<i>elementare</i>	11,7	16,0
<i>nessuno</i>	3,1	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	56,5	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	69,7	66,2
<i>celibi/nubili</i>	25,3	27,4
<i>vedovi/e</i>	2,5	2,9
<i>separati/divorziati</i>	2,5	3,5
lavoro regolare**, %	58,5	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	Stima Regione (%gg)	ASL partecipanti allo studio (%gg)
salute molto-buona/buona, %	62,6	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,8	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	4,4	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	2,3	1,6

Attività fisica	Stima Regione (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	32,5	42,4
popolazione completamente sedentaria ^{^^}	32,9	23,3
consigli dei medici: ^{^^^}		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	39,5	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	42,0	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	9,2	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	9,3	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	6,3	7,2

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

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

^{^^^}consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

Abitudine al fumo	Stima Regione (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
fumatori*	27,0	26,5
uomini	32,3	31,5
donne	22,8	21,7
ex fumatori**	16,5	19,7
non fumatori***	56,5	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	93,0	94,2
aiuto del medico	1,4	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	31,9	38,6
a fumatori	59,7	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	64,9	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	35,7	37,0
nessuno fuma	19,5	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
sempre	46,8	57,6
a volte/mai	16,4	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

Abitudini alimentari	Stima Regione (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	89,5	90,8
conosce il 5 a day [^]	61,2	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11,5	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	48,1	45,4
medico	19,9	18,5
campagne informative	12,7	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima Regione (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	52,4	63,8
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	6,2	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	4,3	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	4,5	5,5
chiesto dal medico sul consumo	10,1	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

Sicurezza stradale	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
cintura anteriore sempre	70,7	83,0
cintura posteriore sempre	8,4	19,7
casco sempre ^o	78,1	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{oo}	4,7	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{ooo}	5,1	12,0

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

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

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

Vaccinazione antinfluenzale	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
vaccinati 18-69 anni	16,9	15,3
vaccinati ≥ 65	43,8	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	36,0	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
vaccinate	17,8	30,6
hanno eseguito rubeotest*	36,2	40,6
Immune**	39,6	52,6

* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano

** % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo, calcolata su tutte le donne 18-45 anni

Iperensione arteriosa	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	78,6	81,4
Ipertesi*	22,6	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	65,8	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	70,3	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	33,0	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	25,6	34,6

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

Colesterolemia	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	73,4	79,3
ipercolesterolemici [^]	23,3	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	37,0	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	76,6	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	48,8	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	45,5	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	28,1	39,0

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

Situazione nutrizionale	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
popolazione con eccesso ponderale	47,0	43,6
<i>sovrappeso</i>	33,3	32,5
<i>obeso</i>	14,0	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	30,9	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	15,2	22,7

Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [°]	16,9	9,0

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

Screening neoplasia del collo dell'utero[^] (donne 25 - 64 anni)	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
eseguito almeno un pap test	60,6	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	50,6	69,7
viene consigliato pap test periodico	56,9	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'AUSL	28,8	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'AUSL</i>	8,4	24,6
<i>consiglio medico</i>	38,0	30,6
<i>propria iniziativa</i>	52,9	43,6

[^]eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
eseguita almeno una mammografia	56,2	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	31,1	56,7
viene consigliata mammografia periodica	51,7	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'AUSL	23,5	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'AUSL</i>	6,7	38,7
<i>consiglio medico</i>	40,6	28,6
<i>propria iniziativa</i>	51,1	32,0
◇ valori AUSL partecipanti, senza il campione di supplemento		
◇◇ eseguita a scopo preventivo		

Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)[#]	Stima Regione (%)	AUSL partecipanti allo studio (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	6,4	14,0
eseguito negli ultimi due anni	1,9	8,3
# eseguita a scopo preventivo		

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- **Salute e qualità di vita percepita**
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>

Fumo

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

Alimentazione

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

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

Sicurezza stradale

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

Rischio cardiovascolare

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

Screening oncologici

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