



Direttore Generale
Dr.ssa Flori Degrassi



Sistema di sorveglianza PASSI

***Rapporto Azienda Sanitaria Locale Roma B
Un anno di attività 2007 - 2008***



PASSI
Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

INDICE

1. Il sistema di sorveglianza "Passi": i risultati del 2007 – 2008 nella Asl RM B.

2. Descrizione del campione.

3. Salute e stili di vita nel territorio dell'azienda Asl Rm B.

3.1 Sintomi di depressione.

3.2 Percezione della salute.

4. Fattori di rischio cardiovascolari.

4.1 Ipertensione arteriosa.

4.2 Ipercolesterolemia.

5. Stili di vita.

5.1 Alcool.

5.2 Fumo.

5.3 Stato nutrizionale.

5.4 Attività fisica.

6. Interventi di prevenzione.

6.1 Screening neoplasia del collo dell'utero.

6.2 Screening neoplasia della mammella.

6.3 Screening neoplasia del colon retto.

6.4 Vaccinazione antiinfluenzale.

6.5 Rosolia.

7. Comportamenti sicuri.

7.1 Sicurezza stradale.

7.2 Sicurezza domestica.



Premessa

Avviato come sperimentazione di metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, **PASSI**, acronimo di **P**rogressi delle **A**ziende **S**anitarie per la **S**alute in Italia, è ora un progetto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e delle Regioni.

Per il biennio 2009-2010 l'impegno della Regione Lazio è stato quello di favorire tutte le iniziative possibili per la **stabilizzazione e messa a regime del Sistema di Sorveglianza PASSI**. Impegno assunto anche con la nota della Direzione Regionale Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul lavoro del 17/02/2009, inviata a tutti i Direttori generali che così recita *"nel rinnovarvi i complimenti per il lavoro fin qui svolto vi chiediamo di sostenere lo sviluppo di PASSI. Tale Sistema di Sorveglianza, che verosimilmente diverrà un'attività ordinaria, è gestita dai Dipartimenti di Prevenzione, ma i suoi risultati, sono utili alla conoscenza ed alla programmazione di ogni articolazione aziendale impegnata in attività di prevenzione"*

La sorveglianza di popolazione, per sua natura a costi limitati, mette a disposizione dati di qualità, legati al fatto che le informazioni sono raccolte sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi o su un gruppo di popolazione selezionata su uno specifico problema.

Al fine di permettere confronti tra diverse fasce di popolazione è auspicabile l'integrazione con altri Sistemi di Sorveglianza correnti: in particolare con **OKkio alla Salute** il cui obiettivo è descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie tramite survey annuali ripetuti su campioni rappresentativi della popolazione, **HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children), **GYTS** (Global Youth Tobacco Survey) che hanno l'obiettivo di implementare una sorveglianza relativa ai comportamenti associati con la salute negli adolescenti, con un particolare approfondimento delle abitudini alimentari, l'attività fisica, il fumo e l'alcol e **PASSI d'Argento** il cui obiettivo principale è quello di sperimentare un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e sulla qualità della popolazione anziana e con un valore aggiunto che è quello della collaborazione tra i servizi dell'area sociale e sanitaria.

Questo report è la prima tappa per la divulgazione dei dati nella nostra Azienda affinché possa instaurarsi una efficace comunicazione dei risultati della sorveglianza che rappresenta il legame critico per tradurre l'informazione scientifica nella pratica di sanità pubblica.

1 Il sistema di Sorveglianza PASSI: i risultati del 2007/08 nella ASL RMB

Il presente rapporto relativo ai risultati del 2007-2008, permette di documentare quanto rilevato nella Azienda Sanitaria Locale Roma B (di seguito ASL RM B) e costituisce un importante tassello per la costruzione nei prossimi anni di trend temporali, elemento importante per valutare l'impatto di politiche complesse sui fattori di rischio correlati agli stili di vita.

Il sistema PASSI in breve ...

Il Piano sanitario nazionale 2006-08 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione.

Nel 2006 il Ministero della salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato ad alcuni temi.

PASSI è concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello regionale e aziendale, in modo da consentire confronti tra le Regioni e le ASL partecipanti e fornire elementi utili per le attività locali di programmazione e valutazione.

Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e 2006 in molte Regioni con il coordinamento del Cnesps, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia, sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare il Behavioral Risk Factor Surveillance System statunitense).

Operatori sanitari delle ASL, specificamente formati, intervistano al telefono un **campione di persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale**. Il campione è estratto dalle liste anagrafiche delle ASL, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età.

La rilevazione (nella nostra ASL sono state effettuate 30 interviste al mese) avviene in maniera continuativa durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande relative a:

- **principali fattori di rischio per le malattie croniche** inseriti nel programma Guadagnare salute: sedentarietà, eccesso ponderale, consumo di alcol ed abitudine al fumo
- **rischio cardiovascolare**: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e calcolo del rischio
- **programmi di prevenzione oncologica** per il tumore cervicale, mammario e colonrettale
- **vaccinazioni** contro influenza e rosolia
- **sicurezza stradale** e sicurezza in ambito domestico
- **percezione dello stato di salute e presenza di sintomi di depressione.**

Una peculiarità di **PASSI** è che raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale. Ciò agevola l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle nostre Asl e Regioni, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale, nell'ottica delle strategie di sanità pubblica previste dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Con questo strumento, le iniziative, su temi di interesse nazionale, possono essere monitorate e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato.

Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce inoltre la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

Maggiori informazioni su PASSI agli indirizzi WEB:
www.asplazio.it e epicentro.iss.it/passi.

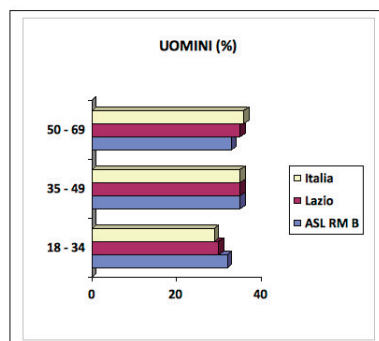
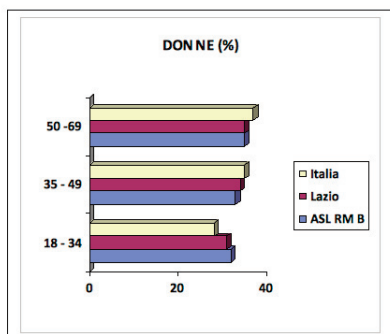
2 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

La popolazione in studio è costituita da 495.142 residenti di età compresa tra i 18 e 69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL Roma B, su una popolazione totale di 707.181.

Al termine del 31 Agosto 2008 sono state effettuate **385 interviste** tra i 18 e i 69 anni, selezionate con campionamento casuale stratificato per sesso e classi di età.

L'ETA' E IL SESSO:

- Nell'ASL RMB il 52% del campione intervistato (385) è costituita da donne, con età media di 42.6 anni sovrapponibile con le stime Regionali (43 aa).
- Il 32% degli intervistati è compreso nella fascia di età 18 – 34, il 34% in quella 35 – 49 e in quella 50 – 69.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile sia a livello regionale che Nazionale.
- I coniugati/conviventi sono il 60%, celibe/nubili 32%, separato/divorziato 5% e vedovo/a il 13%.



LAVORO:

nell'ASL RM B il 69% del campione tra i 18 e 65 anni riferisce di lavorare regolarmente. Le donne risultano meno "occupate" rispetto agli uomini (81% vs 57%), ciò si ripercuote su tutte le fasce di età.

CITTADINANZA:

il 97% del campione intervistato è Italiano, e solamente il 3% è straniero. La maggior parte degli stranieri intervistati (38%) sono di età compresa tra i 50 e 69 anni. Poiché il protocollo prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in Italiano, Passi fornisce, anche, il dato sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

DIFFICOLTA' ECONOMICHE:

nell'ASL RM B, il 13% (vs 16% Regionale) del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà, il 44% qualche difficoltà e il 43% nessuna difficoltà.

3 SALUTE E STILI DI VITA NEL TERRITORIO DELL'AZIENDA ASL RMB

Alcuni dati in sintesi

61% degli intervistati si giudica in buona salute

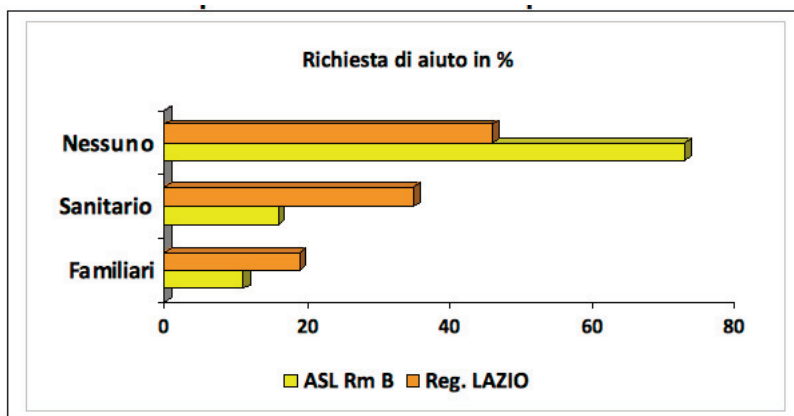
- 8% riferisce sintomi di depressione nelle ultime due settimane
- 21% è iperteso
- 25% presenta colesterolo alto
- 10% dichiara di aver guidato sotto effetto di alcool nell'ultimo mese
- 12% è un bevitore a rischio
- 32% è sedentario
- 35% fuma
- 43% è in eccesso ponderale (di cui il 12% è obeso).

3.1 SINTOMI DI DEPRESSIONE

I sintomi di depressione si associano a elevati livelli di sofferenza e disabilità. Secondo l'OMS, nel 2002, il disturbo depressivo unipolare ha costituito nei paesi sviluppati il 6% del "Borden of Disease" (carico di sofferenza e disabilità legato alla malattia), nel 2030, potrebbe diventare la prima causa di DALY (Disability Adjusted Life Year).

Nel nostro caso la sorveglianza PASSI effettua un monitoraggio solo di sintomi di depressione, ai quali non corrisponde sempre un'effettiva condizione di depressione, per la cui diagnosi occorre un'accurata valutazione professionale. I due quesiti posti agli inter-

vistatori sono, tuttavia scientificamente validati ai fini di un "primo livello" di screening. **L'8% delle persone intervistate ha riferito di "aver provato scarso interesse o piacere nel fare le cose"** oppure di "essersi sentito giù di morale, depresso o senza speranze" nelle due settimane precedenti l'intervista.



Le donne sono interessate in modo significativamente maggiore da questa sintomatologia (10% vs 5% degli uomini), unitamente alle persone con un basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

Il 77% delle persone con sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute in termini non positivi (da "discreto" a "molto male"), rispetto al 35% delle persone non depresse.

Tra le persone con sintomi di depressione **solo il 16% si è rivolto ad un operatore sanitario e il 74% non ha cercato nessun aiuto**, e il 10% si è rivolto a un familiare. Non è quindi soddisfacente l'utilizzo dei servizi sanitari preposti ed è significativa la parte del bisogno non trattato o comunque non opportunamente valutato.

3.2 PERCEZIONE DELLA SALUTE

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:

- 1) lo stato di salute autoriferito,
- 2) il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici,
- 3) il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici,
- 4) il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute indica che tale condizione è percepita più frequentemente nelle donne sia per motivi fisici (in media 4 giorni al mese vs i 2 giorni degli uomini) che per motivi psicologici (in media 6 giorni al mese vs i 3 giorni degli uomini). Il 61% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute; a riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini (65%), le persone con alto livello d'istruzione e quelle che non presentano patologie croniche associate.

4 FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

La **carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare** è uno strumento semplice e obiettivo utilizzabile dal medico 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. Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente. Solo **il 7% degli intervistati nella fascia 35-69 anni** ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare. In particolare il calcolo del punteggio è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi nelle classi d'età più elevate, negli uomini e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

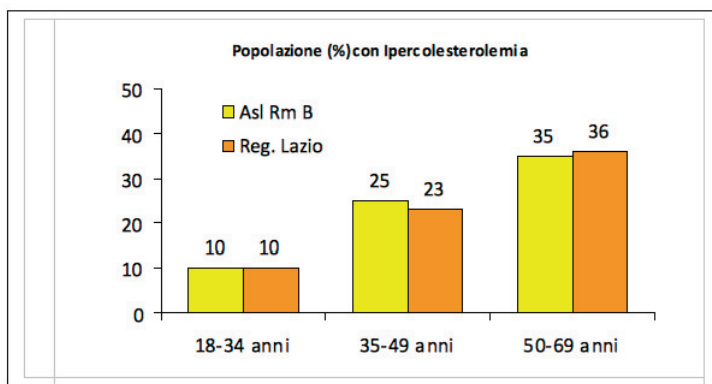
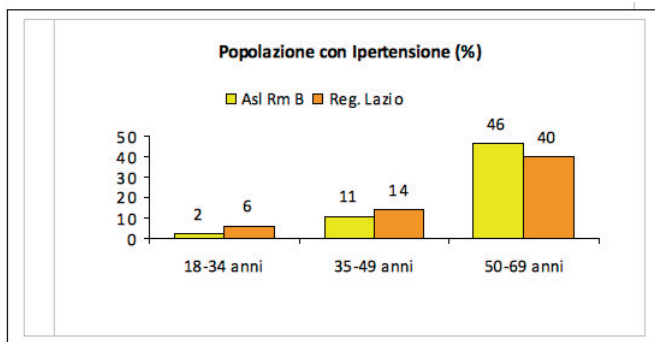
4.1 IPERTENSIONE ARTERIOSA

L'85% degli intervistati ha riferito di essersi sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, mentre il 4% più di 2 anni fa. L'11% dichiara che non gli è mai stata misurata o non ricorda quando è avvenuta la più recente misurazione. Il 21% delle persone a cui è stata misurata la pressione ha riportato di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa; **in particolare, tra i 50 e i 69 anni, il 46% ha riferito di essere iperteso.** I dati emergenti a livello locale sono totalmente sovrapponibili con le stime del Lazio dove si stima che sia iperteso circa una persona su cinque tra i 18 – 69 e più di quattro su dieci fra i 50 e i 69 anni. 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. Associata alla terapia farmacologica risulta fondamentale il consiglio del medico a sviluppare stili di vita corretti.

4.2 IPERCOLESTEROLEMIA

L'80% della popolazione intervistata ha riferito di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia ed il 25% di questi ha dichiarato di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. In particolare, il 35% circa delle persone tra i 50 e i 69 anni ha riportato di avere elevati livelli di colesterolo. Si stima che una riduzione del 10% della

colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico. Il consiglio del medico anche in questo caso è di rilevante importanza, infatti si può intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso una alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdure, frutta e legumi).



5 STILI DI VITA

Sulla base dei dati PASSI si stima che circa il 30% degli adulti nella nostra Azienda USL pratici un buon livello di attività fisica; il 32% rimane seduto per quasi tutta la giornata. Il 43% presenta un eccesso di peso e sono ancora pochi, solo il 4% coloro che consumano le 5 porzioni di frutta e verdura, secondo la regola del "five a day" raccomandata. Circa un terzo fuma sigarette con una significativa maggiore diffusione tra i giovani. Circa un quinto infine beve in modo ritenuto pericoloso per la salute.

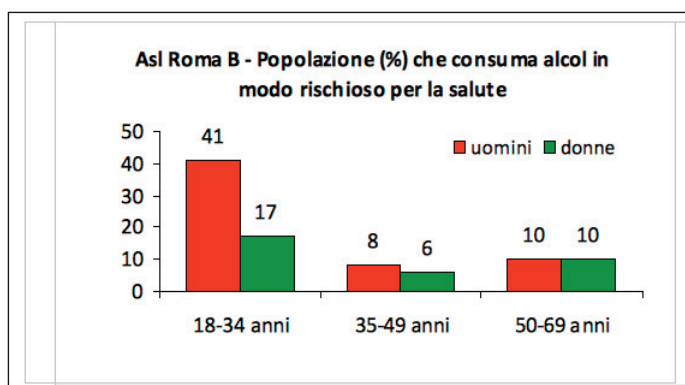
5.1 Alcol

Il 47% delle persone intervistate ha dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore). Il **15%** degli intervistati può essere considerato un **forte bevitore** secondo la nuova definizione INRAN (inteso come consumo superiore a 2 unità/die nel maschio e 1 unità/die nella femmina).

L'**1%** è bevitore "**binge**" (chi almeno una volta nell'ultimo mese ha bevuto in una sola occasione 6 o più unità di bevande alcoliche).

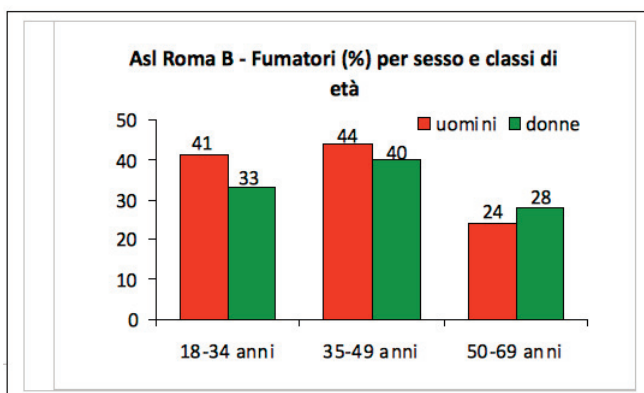
Complessivamente il **12%** degli intervistati può essere considerato un **consumatore a rischio** (forte bevitore e/o beve prevalentemente fuoripasto e/o è un bevitore "binge"). Questa pericolosa modalità di consumo di alcol risulta più diffusa in maniera significativa nel sesso maschile e nella fascia d'età 18-34 anni.

Nell'ASL RMB solo il 12% dei non astemi ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul proprio comportamento nei confronti dell'alcol.



5.2 Fumo

Nell'ASL RMB il 47% dei residenti intervistati è risultato essere non fumatore, il 35% fumatore, il 18% ex fumatore. L'abitudine al fumo appare più frequente nei giovani maschi. In media vengono fumate circa 14 sigarette al giorno. Circa un intervistato su due (47%) ha dichiarato che un medico o un operatore sanitario ha indagato le abitudini al fumo. Quasi tutti gli ex fumatori, 93%, hanno dichiarato di aver smesso di fumare da soli, solo il 4% infatti ha riferito di aver smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto od operatori sanitari. Il 60% delle persone ritiene, sulla base della propria esperienza, che la nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici sia sempre rispettata e il 27% quasi sempre, mentre il 63% degli intervistati ha riferito il rispetto assoluto di tale divieto in ambito lavorativo.

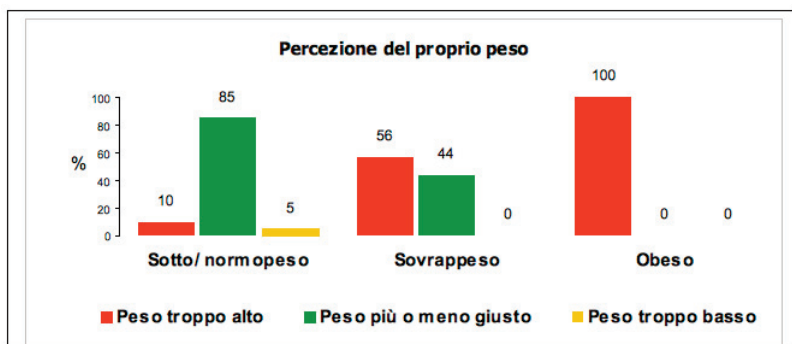


5.3 STATO NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI

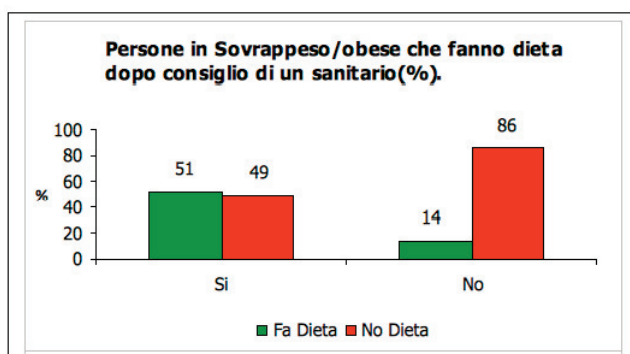
La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, associato o no ad una maggiore sedentarietà, favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità. Nell'ASL RMB il 4% delle persone intervistate è risultato sottopeso, il 51% normopeso, il **32% sovrappeso e il 13% obeso**. In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

L'eccesso ponderale (sovrappeso od obesità) cresce in modo significativo con l'età ed è più frequente negli uomini. Interessanti anche le risposte relative alla corretta percezione della propria alimentazione a seconda del proprio stato nutrizionale: **oltre 3/4 delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso od obese) ritiene che ciò che mangia faccia bene alla propria salute**. Solo il 4% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni internazionali circa l'adeguato livello di consumo di frutta e verdura, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno; il 39% mangia almeno 3 porzioni al giorno, il 56% meno di 2 o nessuna. L'abitudine a mangiare frutta e verdura è più diffusa tra le persone fra i 50 e i 69 anni.

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita. La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso e altezza riferiti dagli stessi intervistati. Mentre si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi e nei normopesi, **tra le persone in sovrappeso invece ben il 44% ritiene il proprio peso più o meno giusto**. E' questa la fascia di popolazione sulla quale concentrare maggiormente le azioni di prevenzione e le politiche di promozione della salute.



Poco più della metà (54%) delle persone in sovrappeso e oltre l'80% delle persone obese hanno ricevuto da parte di un operatore sanitario il consiglio di perdere peso. **Nel 51% dei casi il consiglio del medico risulta essere incisivo nella decisione di adottare un regime dietetico corretto**, rispetto all'80% di coloro che non hanno ricevuto il consiglio e non seguono un regime dietetico di nessun genere.

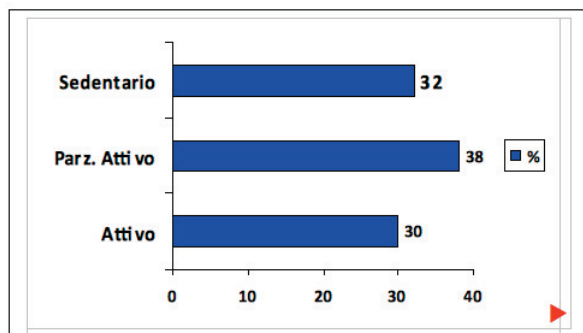


5.4 ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica praticata con regolarità svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause del 10%.

Nella nostra ASL il **27% delle persone sovrappeso e il 48% di quelle obese è completamente sedentario**.

Il 30% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il 38% svolge una moderata attività fisica; il restante 32% svolge poca o nessuna attività fisica. La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane rispetto ai giovani e tra le donne.



Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Ad un terzo degli intervistati (33.3%) è stato chiesto da un medico o un operatore sanitario se effettuassero attività fisica; al 33% è stato comunque consigliato di svolgerla regolarmente.

La sedentarietà si associa ad altre condizioni di rischio per la salute: i sedentari fra gli ipertesi sono il 39% rispetto al 28% di quelli fra i non ipertesi; è sedentario circa il 33% dei fumatori e un terzo di chi è sovrappeso od obeso.

6 INTERVENTI DI PREVENZIONE

Nella popolazione residente appare elevata la quota di donne che esegue i test per la diagnosi precoce dei tumori della mammella e dell'utero. Molto scarsa invece la quota di popolazione che esegue i test per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali. Ancora bassa è l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti affetti da patologie croniche (adesione che si attesta invece a valori soddisfacenti tra i soggetti con più di 65 anni). Ancora troppo elevata la proporzione delle donne in età fertile potenzialmente suscettibile alla rosolia.

6.1 SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO

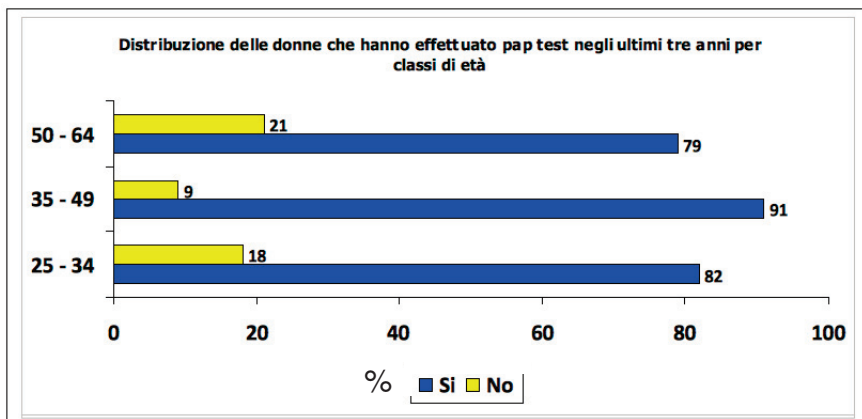
Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

L'85% delle donne di età compresa tra 25 e 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida.

Il target effettivo per l'anno di riferimento era di 78.508 donne, delle quali hanno aderito in 14.025 su 48.563 inviti al test di primo livello.



Il numero delle intervistate tra 25 e 64 anni (146 donne) è ancora troppo piccolo per fornire stime sufficientemente precise sulla quota di donne che ha effettuato il Pap test all'interno o meno del programma di screening.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari. Tra le motivazioni riferite dalle donne che non hanno mai effettuato un Pap test, le più diffuse sono state l'inutilità dell'esame e l'imbarazzo. Tra le motivazioni riferite dalle donne non compare mai l'assenza del consiglio di un operatore sanitario.

6.2 SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

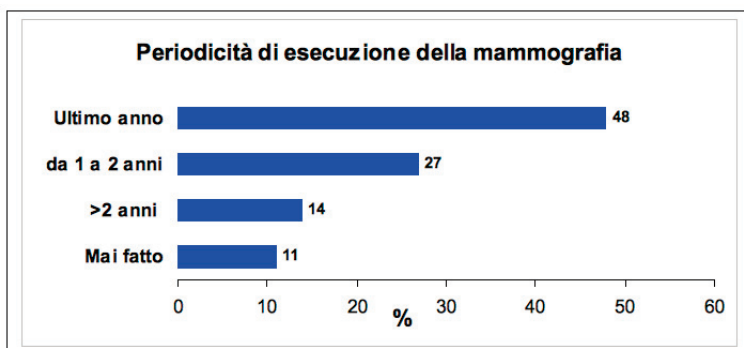
Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità.

In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Il target effettivo per l'anno di riferimento era di 49.053 donne, delle quali hanno aderito in 16.509 su 41.911 inviti al test di primo livello.

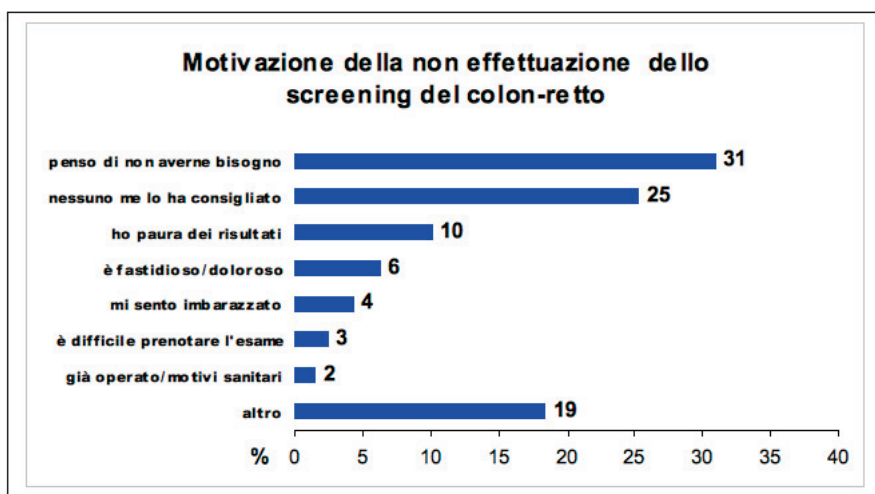
Il numero delle donne intervistate tra i 50 e i 69 anni è ancora troppo piccolo per fornire stime sufficientemente precise sia per quanto riguarda l'effettuazione del test mammografico, 71 intervistate in totale di cui il 75% ha eseguito la mammografia in accordo con le linee guida, il 25% no. L'età media di effettuazione della prima mammografia preventiva indica comunque un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.



6.3 Screening neoplasia del colon retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) che nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti. Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Solo il 24% delle persone di età compresa tra 50 e 69 anni, in accordo alle linee guida, ha riferito di essersi sottoposto alla ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nell'ultimo biennio o di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni. La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale, il 31% di fatti di non averne bisogno. Nella nostra realtà Aziendale questo screening è stato avviato nel Novembre 2009.



6.4 Vaccinazione antinfluenzale

Nell'ASL RMB il 12% delle persone intervistate (18-64 anni) ha riferito di essersi vaccinata nella campagna vaccinale 2007/08. **Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica risulta vaccinato solo il 28%.** La copertura vaccinale nei gruppi a rischio deve quindi essere ancora migliorata. Difatti l'obiettivo del Piano Nazionale Vaccini è quello di raggiungere una copertura del 75% sia negli ultra65enni che nei soggetti a rischio. I dati relativi alla campagna vaccinale antinfluenzale negli ultra65enni nel 2008 mostrano invece una copertura del 70% più vicina all'obiettivo suddetto.

6.5 Rosolia

Il numero delle intervistate tra 25 e 44 anni non consente di fornire stime sufficientemente precise sulla percentuale di donne immuni dalla rosolia (vaccinate o rubeotest positive). La bassa percentuale delle donne intervistate che ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia (41%) è comunque tale da considerare opportuno un miglioramento dell'offerta della vaccinazione alle donne in età fertile .

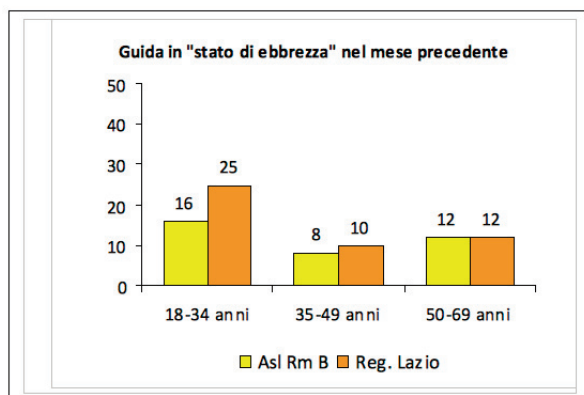
7 COMPORTAMENTI SICURI

Guidare con livelli di alcol nel sangue pericolosi è una pratica ancora troppo diffusa, soprattutto tra gli uomini. L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza appare elevato per il casco e la cintura anteriore, mentre è ancora molto basso per la cintura posteriore. Il rischio di infortunio domestico, pur essendo un evento frequente, non è percepito come tale dalla maggior parte della popolazione.

7.1 Sicurezza stradale

Percentuali piuttosto elevate di intervistati hanno riferito di utilizzare sempre i dispositivi di sicurezza il cui obbligo all'utilizzo è di più vecchia introduzione: il 99% ha dichiarato di usare sempre il casco, l'85.5% la cintura anteriore; **l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso solo l'11% dichiara di usarla sempre.**

Il 10% degli intervistati nell'ASL RM B ha dichiarato di **aver guidato almeno una volta**, nel mese precedente l'indagine, **dopo l'assunzione di bevande alcoliche** tale da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue. Tale percentuale sale al **16% nella classe di età 18-34 anni** per scendere all' 8% in quella 35-49. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (19% contro 3% delle donne).



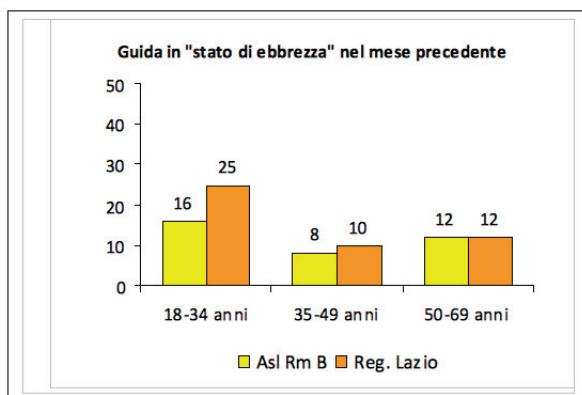
7 COMPORTAMENTI SICURI

Guidare con livelli di alcol nel sangue pericolosi è una pratica ancora troppo diffusa, soprattutto tra gli uomini. L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza appare elevato per il casco e la cintura anteriore, mentre è ancora molto basso per la cintura posteriore. Il rischio di infortunio domestico, pur essendo un evento frequente, non è percepito come tale dalla maggior parte della popolazione.

7.1 Sicurezza stradale

Percentuali piuttosto elevate di intervistati hanno riferito di utilizzare sempre i dispositivi di sicurezza il cui obbligo all'utilizzo è di più vecchia introduzione: il 99% ha dichiarato di usare sempre il casco, l'85.5% la cintura anteriore; **l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso solo l'11% dichiara di usarla sempre.**

Il 10% degli intervistati nell'ASL RM B ha dichiarato di **aver guidato almeno una volta**, nel mese precedente l'indagine, **dopo l'assunzione di bevande alcoliche** tale da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue. Tale percentuale sale al **16% nella classe di età 18-34 anni** per scendere all' 8% in quella 35-49. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (19% contro 3% delle donne).



A cura di:

Dr.ssa M. Di Fabio, Coordinatore Sistema di Sorveglianza **PASSI** per l'Azienda USL Roma B (UOS Sorveglianza malattie croniche- Promozione della salute)

Dott. S. Renzi, Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva - Università "TorVergata" - Roma.

Gruppo PASSI 2008

B. Baccari, F. Fatato, G. Mancino, M. Tomassetti, I. Verrone, E. Zoccoli, Dr.ssa S. Vaccarello
Dipartimento di Prevenzione ASL Roma B

Collaborazione organizzativa:

Dr.ssa L. Sonni (UOS Sorveglianza Nutrizionale)

Dr.ssa F. Odoardi (Referente Programmi di Prevenzione e Screening Mammella e Neoplasia Collo Utero)

Dott. I. D'Ascanio (Referente Sistemi Informativi Territoriali)

Un ringraziamento particolare

Al Direttore di Dipartimento di Prevenzione M. Morettini, al Direttore SISP F. Magrelli ed al Direttore UOC Programmi di Prevenzione e Screening Dr.ssa M. Mangia per il supporto e il sostegno nella realizzazione del documento.

Al Direttore UOC Informatica e collegamenti sul territorio G. Profico, a D. Focchi Nicolai del CED, a F. Sandoletti e G. Salatino del CUP di via Mozart per il supporto tecnico nell'avvio e messa a regime del Sistema di sorveglianza PASSI.

A tutte le persone intervistate e i Medici di Medicina Generale per la cortesia e la disponibilità dimostrate.

Gruppo tecnico nazionale PASSI 2008

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Angelo D'Argenzio, Pirous Fateh-Moghadam, Massimo Oddone Trinito, Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli, Stefano Menna

