



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Il Sistema di sorveglianza P.A.S.S.I.

P.A.S.S.I. (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti rischiosi (o vantaggiosi) per la salute della popolazione adulta che fornisce dati facilmente analizzabili e usufruibili anche dalle singole Aziende Sanitarie Locali, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

PASSI, ideato dal Centro Controllo Malattie / Ministero della Salute e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. In Italia hanno aderito tutte le Regioni con 149 ASL; nel Lazio tutte le 12 ASL.

Obiettivo della sorveglianza P.A.S.S.I. è costruire una base di dati specifica per il livello aziendale, in costante crescita e aggiornamento, per monitorare gli aspetti relativi a:

- **stato di salute:** la salute percepita, la prevalenza di sintomi di depressione, la presenza di fattori di rischio cardiovascolari (ipertensione e ipercolesterolemia);
- **abitudini di vita:** attività fisica, fumo, alimentazione, alcol;
- offerta e utilizzo di **strumenti di prevenzione:** screening per patologie tumorali, vaccinazione contro rosolia e influenza;
- **sicurezza** stradale e domestica.

Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni, stratificato per sesso ed età, viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie delle ASL. Operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti sanitari, dopo specifica formazione, effettuano interviste telefoniche (nella nostra Azienda circa 30 al mese) utilizzando un questionario standardizzato. I dati sono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

I risultati di seguito riportati sono relativi al campione di intervistati, che è rappresentativo della popolazione residente, costituiscono perciò una stima affidabile della popolazione adulta della nostra ASL di ogni aspetto indagato e sufficientemente precisa per la maggior parte delle variabili.

Descrizione del campione

La popolazione in studio è costituita da 407.876 residenti tra i 18 ed i 69 anni di età, iscritti al 31/12/2009 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL Roma D.

Da gennaio a dicembre 2009 sono state intervistate 297 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

L'età e il sesso

- Il **54%** del campione intervistato è costituito da donne.
- Il **27%** degli intervistati è compreso nella fascia d'età 18-34 anni, il 38% in quella 35-49 e il **35%** in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione intervistato.

Il titolo di studio

- Il **29%** del campione ha un basso livello di istruzione (nessun titolo / licenza elementare / scuola media inferiore), senza differenze statisticamente significative in base al sesso.

Lo stato civile

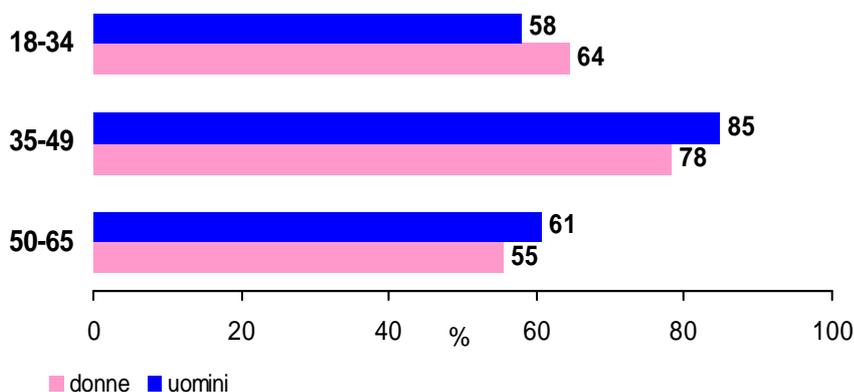
- I coniugati/conviventi rappresentano il **59%** del campione, i celibi/nubili il **30%**, i separati/divorziati il **7%** ed i vedovi/e il **4%**.

Il lavoro

- Il **69%** del campione intervistato tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente. Complessivamente non si osservano differenze in termini di occupazione tra uomini e donne .

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età

ASL Roma D - PASSI 2009



Alcuni dati di sintesi

<ul style="list-style-type: none"> il 67% si giudica in buona salute 	<ul style="list-style-type: none"> l' 8% riferisce sintomi depressivi nelle ultime due settimane
<ul style="list-style-type: none"> il 19% è iperteso 	<ul style="list-style-type: none"> il 27% ha il colesterolo alto
<ul style="list-style-type: none"> il 39% è in eccesso ponderale : il 30% è in sovrappeso, il 9% è obeso 	<ul style="list-style-type: none"> il 25% fa una buona attività fisica
<ul style="list-style-type: none"> il 39% è completamente sedentario 	<ul style="list-style-type: none"> il 37% fuma
<ul style="list-style-type: none"> il 9% ha guidato "sotto l'effetto dell'alcol" nell'ultimo mese 	<ul style="list-style-type: none"> l' 84% usa sempre le cinture anteriori di sicurezza

Percezione dello stato di salute

Salute percepita

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona. La salute percepita è valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, 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 ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.



Il **67%** degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute.

A riferire buone condizioni di salute sono in particolare:

i giovani (90% nei 18-34enni), gli uomini (72%), le persone con alto livello d'istruzione (74%), quelle senza difficoltà economiche (74%) e quelle che non soffrono di patologie croniche (79%).

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute indica che le donne hanno una percezione significativamente peggiore del proprio stato di salute per motivi psicologici (in media 3,6 giorni al mese contro 1,8 degli uomini).

Sintomi di depressione



L'**8%** delle persone intervistate riferisce sintomi depressivi nella due settimane precedenti l'intervista.

Ovviamente, questa valutazione non coincide con una diagnosi di depressione la quale richiede una valutazione clinica approfondita e riguarda parte del gruppo di popolazione di cui in questa sezione sono analizzati soltanto alcuni aspetti.

La presenza di questi sintomi è significativamente maggiore nelle donne (12% vs 3%), nelle persone con difficoltà economiche (11% vs 5%) e nei portatori di almeno una patologia cronica (15% vs 5%).

Il 73% di chi riferisce sintomi di depressione descrive il proprio stato di salute in termini non positivi (da "discreto" a "molto male"), contro il 30% delle persone non depresse.

Fattori di rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia nonché quelli riguardanti l'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.



Il **19%** degli intervistati riferisce di essere iperteso, l'82% di tale popolazione è in trattamento farmacologico.

L'85% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 4% più di 2 anni fa, mentre il restante 11% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione

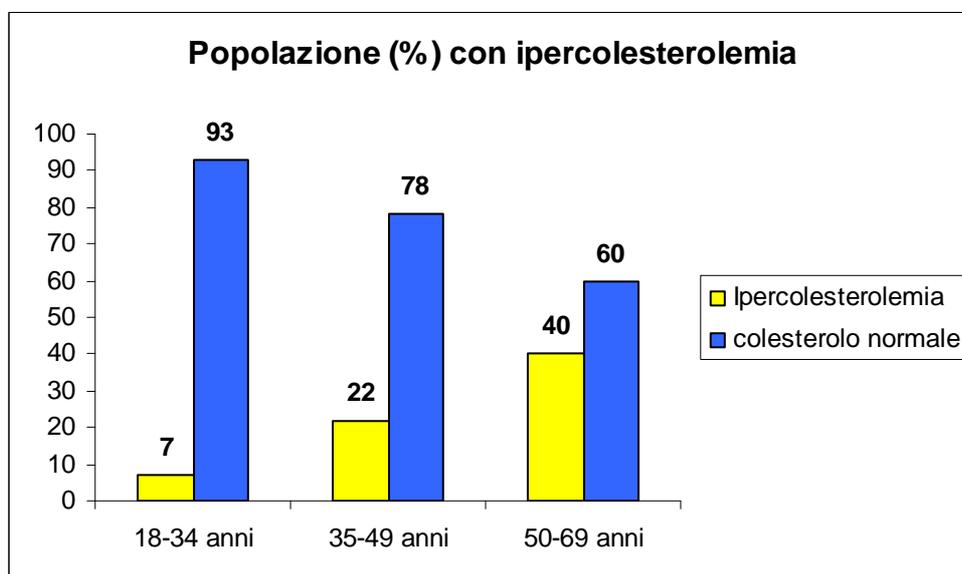
In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa

- al crescere dell'età (37% nella fascia 50-69 anni)
- nelle persone con livello istruzione molto basso (39%)
- nelle persone con eccesso ponderale (34 %)

Persone con diagnosi riferita di ipertensione ASL Roma D - PASSI 2009		
Caratteristiche		% ipertesi
Totale		19
Classi di età	18-34 aa	5
	35-49 aa	10
	50-69 aa	37
Sesso	uomini	25
	donne	15
Istruzione*	bassa	39
	alta	12
Difficoltà economiche	si	17
	no	21
Stato nutrizionale	sotto/normopeso	9
	sovrappeso/obeso	34

Ipercolesterolemia

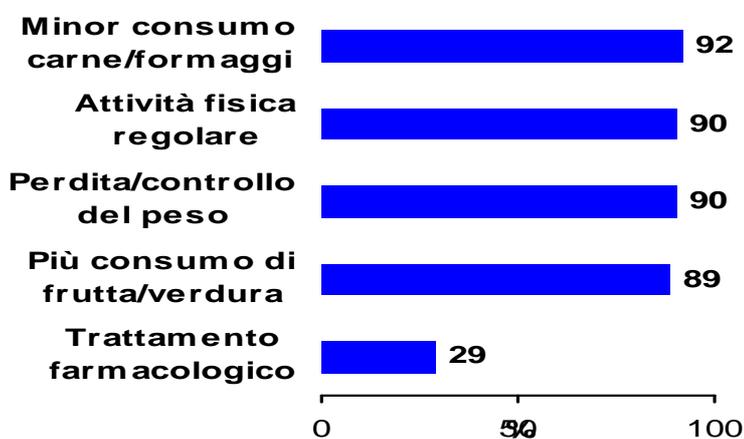
Il **27%** della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 29% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Una persona su 5 (22%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo.



Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:

- ridurre il consumo di carne e formaggi (92%)
- svolgere regolare attività fisica (90%)
- ridurre o controllare il proprio peso (90%)
- aumentare il consumo di frutta e verdura (89%)
- effettuare un trattamento farmacologico (29%).

T Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*



Rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili 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. I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, 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. Il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a cambiamenti degli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo l'8% degli intervistati di età superiore a 34 anni riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.



STILI DI VITA

Il consumo di alcol

In Italia si stima che l'alcol uccida circa 25.000 persone l'anno: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.



Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle 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).



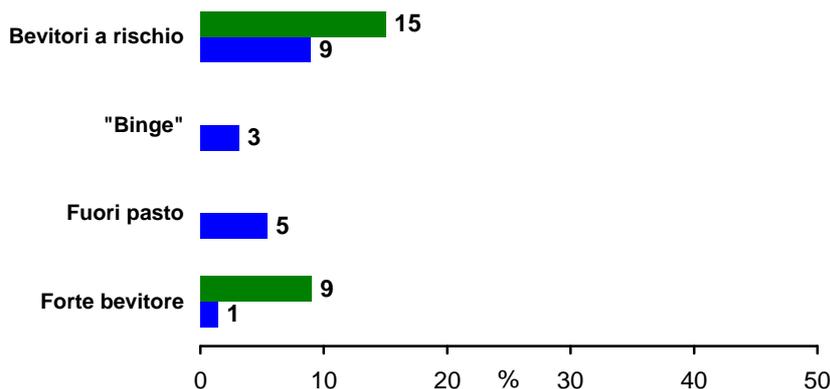
L'unità alcolica corrisponde a:

- -una lattina di birra
oppure
- un bicchiere di vino
oppure
- un bicchierino di liquore.

Il 50% degli intervistati consuma almeno un'unità di bevande alcoliche e di questi il 9% ha abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 5% beve fuori pasto, il 3% è bevitore "binge" e l'1% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e non consigliano di moderarne il consumo.

Bevitori a rischio* per categorie (%)
secondo la vecchia e la nuova definizione INRAN
(Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione)**

ASL Roma D- PASSI 2009



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto / binge / forte bevitore)

** Nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" la barra verde indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne), mentre la barra blu indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

Il consumo di alcol è significativamente più diffuso negli uomini che nelle donne (73% vs 31%)

Il 52% dei non astemi consuma alcol durante il fine settimana.

L'abitudine al fumo

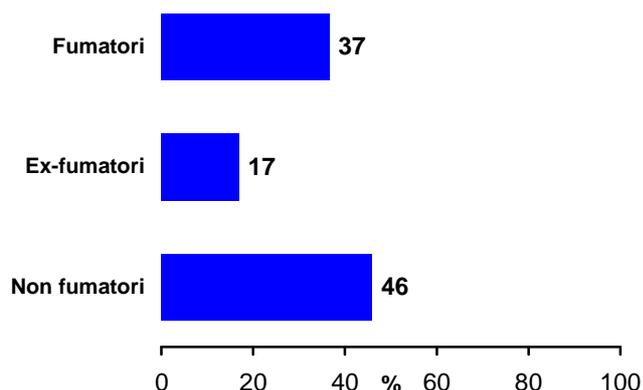
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo.

Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

Le recenti norme sul divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro rappresentano un evidente segnale dell'attenzione al problema e si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Abitudine al fumo (%)

ASL Roma D - PASSI 2009



Nella nostra ASL il **37%** degli intervistati ha riferito di essere fumatore, il 17% di essere un ex fumatore e il 46% di non fumare. Tra i fumatori abituali il 20 % fuma 20 sigarette al giorno e l'11% fuma oltre 20 sigarette al dì ("*forte fumatore*").

L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (40% versus 34%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (54% versus 38%). Il 96% degli ex-fumatori ha smesso di fumare da solo.

Il 55% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo ed il 34% quasi sempre.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.



Il **30%** del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il **9%**.

Popolazione con eccesso ponderale ASL Roma D - PASSI 2009				
		Sottopeso/ Normopeso %	Sovrappeso %	Obesi %
Totale		61	30	9
Classi di età	18-34 aa	77	18	5
	35-49 aa	61	33	6
	50-69 aa	48	36	16
Sesso	uomini	50	35	15
	donne	70	24	6
Istruzione*	bassa	50	35	15
	alta	66	27	7
Difficoltà economiche	si	59	33	8
	no	63	26	11

*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea.



L'eccesso ponderale è trattato nel 33% dei casi con dieta e nel 59% con la pratica di attività fisica regolare.

Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno; il 42% comunque ne consuma 3-4 porzioni al giorno.

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, non sempre però coincide con il BMI (Body Mass Index) calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati.

Nella nostra ASL si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (93%) e nei normopeso (85%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 38% ritiene il proprio peso normale.

Attività fisica

L'attività fisica, se praticata regolarmente, svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità.

Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

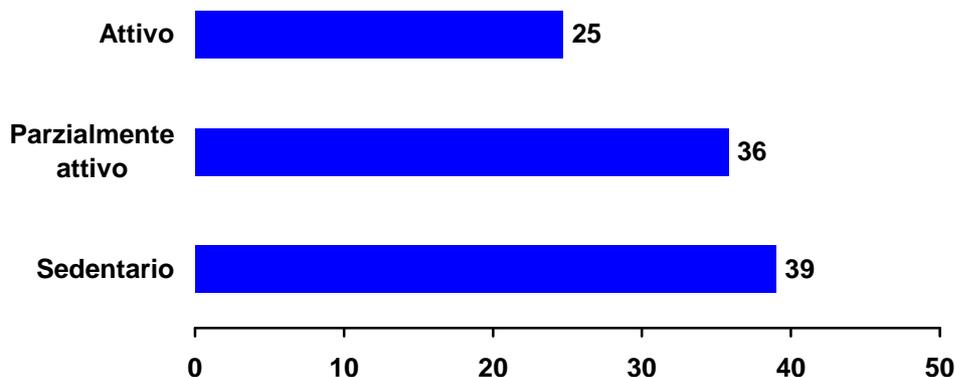
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.



Il **25%** degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il 36% svolge una moderata attività fisica; il restante **39%** non svolge alcuna attività fisica o comunque ne fa poca. La sedentarietà risulta, in maniera statisticamente significativa, più diffusa tra le donne (50% versus 28%).

Il 40% degli intervistati riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se effettuasse attività fisica, il 37% di questi ha ricevuto il consiglio di svolgerla regolarmente.

Livello di attività fisica
ASL Roma D PASSI 2009



Interventi di Prevenzione

E' elevata nella popolazione residente l'adesione alla diagnostica precoce dei tumori della mammella e dell'utero. Ancora bassa invece la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test per la ricerca del sangue occulto fecale o che hanno effettuato una colonscopia preventiva, così come bassa è l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti affetti da patologie croniche.

Screening neoplasia del collo dell'utero

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.

Nella nostra ASL l'81% delle donne intervistate di età compresa tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida; la percentuale degli esami eseguiti nell'ultimo anno (55%) fa ipotizzare che esista un sovra-ricorso al test.

Il 49% delle donne intervistate (con esclusione delle isterectomizzate) dichiara di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla ASL ed il 68% di aver ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali. In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nella fascia 35-49 anni e nelle donne con alto livello di istruzione. Circa un quarto delle



The poster features a woman's hand with the word "SCREENING" written on the palm. The background is a soft-focus image of a woman's face. The text on the poster includes:

- Top left: LILT logo
- Top center: LAZIO SANITÀ A SERVIZIO DELLA PUBBLICA SALUTE logo
- Top right: REGIONE LAZIO logo and Ministero della Salute logo
- Center: **Si scrive screening si legge prevenzione dei tumori.**
- Right side: Tumore della mammella: donne di età 50-69 anni. Mammografia ogni due anni. Tumore della cervice uterina: donne di età 25-64 anni. Pap-test ogni tre anni.
- Bottom right: ...ALLUNGA LA LINEA DELLA VITA
- Bottom left: Per un appuntamento rivolgiti al centro screening della tua ASL e per maggiori informazioni visita il sito www.asplazio.it
- Bottom right: Screening femminile logo

donne che ha effettuato il Pap test lo ha fatto all'interno di un programma di screening.

Screening neoplasia della mammella

In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi (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.

Il numero delle donne intervistate tra 50 ed i 69 anni è ancora troppo piccolo per fornire stime sufficientemente precise riguardo alla effettuazione del test mammografico, 57 intervistate in totale di cui il 73% riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni o sintomi) nell'ultimo biennio, come previsto dalla raccomandazioni. L'età media di effettuazione della prima mammografia preventiva è di 45 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 73% delle donne dichiara di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 37 anni.

Tra le intervistate della fascia di età 50-69 anni, il 75% riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla ASL ed il 63% il consiglio da parte di un medico o di un operatore sanitario di effettuare periodicamente la mammografia.

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) sia 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 è 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.

Il 6% delle persone di età compresa tra 50 e 69 anni riferisce di essersi sottoposto alla ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nell'ultimo biennio in accordo alle linee guida e l'8% di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni. L'86% non ha mai effettuato una ricerca del sangue occulto né una colonscopia preventiva. Il 4% delle persone intervistate tra i 50 ed i 69 anni dice di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL, il 15% di aver ricevuto da medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità la ricerca del sangue occulto ed il 23% ha visto una campagna informativa.

Tra le persone che riferiscono di non aver mai effettuato una ricerca di sangue occulto o una colonscopia preventiva, il 53% ritiene di non averne bisogno ed il 26% dichiara di non averlo eseguito per mancanza di consiglio sanitario.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio rappresenta un'attività di prevenzione di provata efficacia: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) ed a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

Il 12% delle persone intervistate (18-64 anni) riferisce di essersi vaccinata nelle campagne vaccinali 2006-07/2007-08/2008-09. Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica risulta vaccinato il 24%, copertura insufficiente e largamente migliorabile.

Rosolia

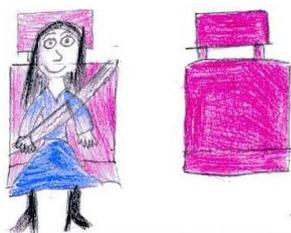
Dall'indagine si riscontra che il 3% delle donne nella classe di età tra i 18 e i 49 anni è sicuramente suscettibile, in quanto non ha effettuato la vaccinazione o ha riferito un rubeotest negativo, mentre il 47% è immune (vaccinata o rubeotest positivo). Del rimanente 50% non si conosce lo stato immunitario.

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.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.



Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

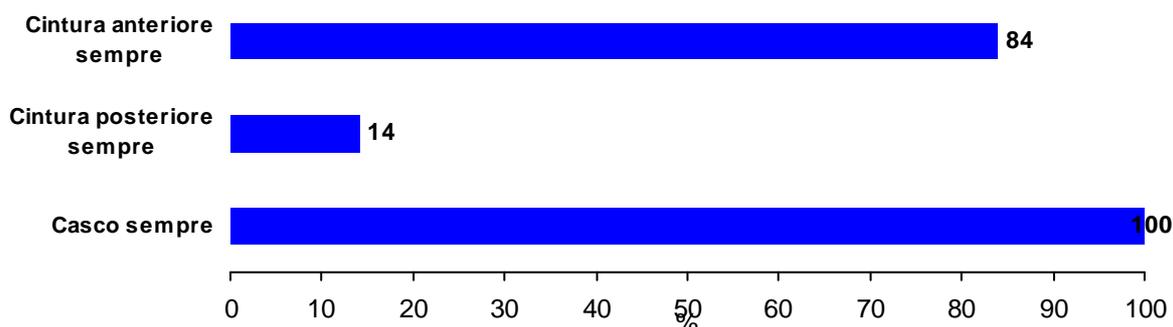
Uso dei dispositivi di sicurezza: Il 100% di coloro che dichiarano di andare in moto ha riferito di usare



sempre il casco, **l'84%** di coloro che usano l'auto riferisce di usare sempre la cintura anteriore, mentre l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (14%).

Uso dei dispositivi di sicurezza (%)

ASL Roma D - PASSI 2009



*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto



Il **9%** degli intervistati nell'Asl Roma D dichiara di aver guidato almeno una volta, nel mese precedente l'indagine, dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a circa un bicchiere di vino o una lattina di birra o un bicchierino di liquore. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (13%) che dalle donne (0%), nei giovani 18-34 anni (13%), senza differenze marcate per livello di istruzione o di reddito. Il 5 % degli intervistati riferisce inoltre di aver viaggiato insieme a una persona che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Sicurezza domestica

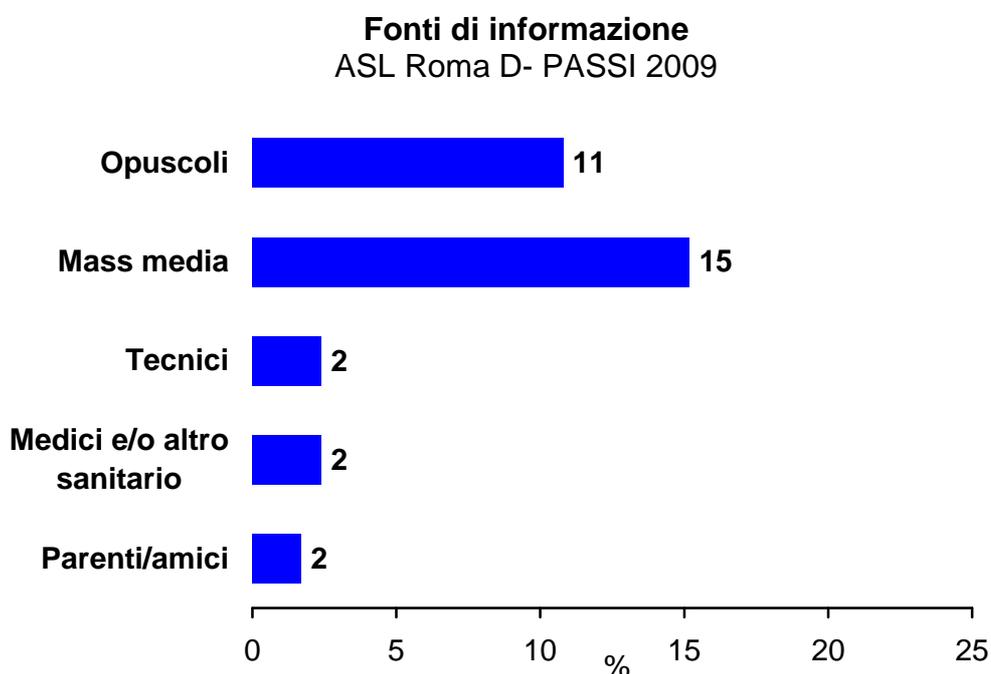
Il tema degli incidenti domestici è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, in particolare al livello locale.



Dall'indagine effettuata risulta tuttavia che il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 93% dei residenti. La percezione del rischio non presenta differenze

significative per fasce d'età e sesso e anche nei casi in cui siano presenti in famiglia soggetti maggiormente a rischio, quali sono bambini e anziani.

Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (26%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici. Il 31% di chi ha ricevuto informazioni ha cambiato i propri comportamenti o ha adottato provvedimenti preventivi.





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

A cura di

Rosanna Trivellini, Coordinatore aziendale PASSI
Domenico Follacchio, Vice Coordinatore aziendale PASSI
Dipartimento di Prevenzione ASL Roma D

Gruppo di lavoro aziendale 2009

Patrizia Battilocchi*, Angela Colaiacomo**, Rosa Dacchille[°], Maria Paola Filippi[°]
Domenico Follacchio*, Ines Frasso[°], Daniela Liutina**, Roberto Pichiorri*, Angela
Staglianò*, Rosanna Trivellini*, Stefano Veneri*

*Dipartimento di Prevenzione ASL Roma D - ** Distretto Sanitario Comune di Fiumicino
ASL Roma D, [°]Distretto Sanitario XVI Municipio ASL Roma D, [°]TSMREE ASL Roma D

Coordinamento regionale

Massimo O. Trinito[°], Andreina Lancia[°], Silvia Iacovacci[°]
[°] *Dipartimento di Prevenzione Azienda USL Roma C* - [°] *Dipartimento di Prevenzione
ASL Latina*

Gruppo tecnico nazionale PASSI 2009

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, Pirus
Fateh-Moghadam, Massimo Oddone Trinito, Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli, Stefano
Menna

**Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate per la cortesia e la
disponibilità dimostrate, ai Medici di Medicina Generale per la collaborazione, al
Gruppo regionale PASSI 2009 per l'assistenza, alla Direzione Generale e alla
Direzione Dipartimentale per il sostegno fornito.**