



**Sistema
 di sorveglianza
 PASSI**

**Rapporto aziendale 2007-2008
 ASL RM A**



**Il sistema di sorveglianza sui
Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
(P.A.S.S.I.)**

dall'ascolto dei cittadini alle azioni di prevenzione

**RAPPORTO AZIENDALE 2007-2008
ASL RM A**



A cura di:

Roberto Boggi*, Barbara Giudiceandrea**, Andreina Ercole*, Bruno Corda*

* Dipartimento di Prevenzione ASL RM A

** U.O.C. Promozione della Qualità e Accreditamento ASL RM A

Hanno collaborato alla realizzazione dello studio:

Giuliana Ravelli*, Anna Teresa Ruggieri*, Stefano Zannini*, Massimo Napoli**

* Dipartimento di Prevenzione ASL RM A

** IV Distretto ASL RM A

Si ringrazia:

▪ *il Gruppo Tecnico Nazionale PASSI:*

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.

▪ *il Gruppo di lavoro della Regione Lazio:*

Edoardo Turi, Alessandra Capon, Massimo Oddone Trinito, Silvia Iacovacci, Andreina Lancia.

Un ringraziamento particolare:

- alla Direzione Aziendale e del Dipartimento di Prevenzione per il sostegno ed i mezzi forniti.
 - ai Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.
 - a tutte le persone intervistate, per il tempo e l'attenzione dedicati. Senza la loro disponibilità questo studio non sarebbe stato possibile.
 - al supporto del Gruppo Tecnico PASSI.
 - al CUP aziendale per la collaborazione fornita per la ricerca dei numeri telefonici.
 - ad Alessandra Tornincasa per la preziosa collaborazione grafica.
-

Indice

Presentazione	4
Il sistema di sorveglianza Passi	5
La sorveglianza PASSI nella ASL Roma A	5
Il campione della ASL RM A	6
Sintesi del rapporto aziendale	7
Stili di vita	9
Attività fisica	9
Situazione nutrizionale	10
Consumo di alcol	11
Abitudine al fumo	12
Fumo passivo	12
Rischio cardiovascolare	14
Ipertensione arteriosa	14
Ipercolesterolemia	14
Calcolo del rischio cardiovascolare	14
Sicurezza	16
Sicurezza stradale	16
Infortuni domestici	16
Screening oncologici	18
Diagnosi precoce del tumore della mammella	18
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	18
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	19
Altri programmi di prevenzione	20
Vaccinazione antinfluenzale	20
Vaccinazione antirosolia	20
Benessere	21
Salute percepita	21
Sintomi di depressione	21
Bibliografia	22



PRESENTAZIONE

E' ormai ben noto come le patologie cronico degenerative rappresentino la principale causa di morte e di disabilità in tutti i Paesi in cui si sia verificato un significativo incremento della vita media.

Nel nostro Paese i soggetti con età superiore ai 65 anni rappresentano attualmente circa un quinto della popolazione nazionale e conseguentemente assistiamo ad un aumento di incidenza di tutte le patologie legate all'età avanzata. Ciò determina un notevole impegno delle limitate risorse economiche disponibili, con una costante crescita dei costi sostenuti per fornire assistenza e cure ai soggetti affetti da tali patologie, che ovviamente aumentano con l'allungamento della vita. D'altra parte è altrettanto noto come alcuni fattori di rischio comportamentali, quali l'abitudine al fumo di sigaretta, l'abuso di alcol, una non corretta alimentazione con scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, favoriscano l'insorgenza ed una più rapida progressione di molte patologie dell'età senile. Pertanto, un monitoraggio del comportamento della popolazione riguardo ai fattori di rischio, assume particolare importanza per un'efficace e mirata programmazione degli interventi di prevenzione da attuare. Altrettanta importanza va attribuita al grado di consapevolezza della popolazione rispetto al proprio stato di salute e all'adesione dei cittadini alle iniziative di prevenzione proposte dai Servizi Sanitari.

La presentazione di questo rapporto, frutto del lavoro svolto dal Gruppo Aziendale PASSI nel corso degli anni 2007 e 2008, intende mettere a disposizione dei diversi soggetti interessati, le informazioni raccolte sullo stato di salute della popolazione residente nel territorio della ASL RM A, favorendo così iniziative di prevenzione mirate, da realizzare in sinergia con le Istituzioni e altri soggetti interessati alla promozione dello stato di salute operanti sul territorio.

Un doveroso ringraziamento a tutti gli operatori che si sono impegnati per aprire il "nuovo fronte" della prevenzione delle malattie degenerative tra gli obiettivi dell'Azienda e in particolare alla Dr.ssa Giudiceandrea e al Dr. Boggi che hanno coordinato e curato con passione il progetto.

Stefano Pompili
Direttore Sanitario ASL Roma A

Nel nostro Paese, dove la percentuale di popolazione sopra i sessantacinque anni è progressivamente cresciuta negli ultimi decenni fino a raggiungere un quinto della popolazione nazionale, le malattie cronico degenerative assorbono quote importanti della spesa sanitaria. Allo stesso tempo il Sistema Sanitario Nazionale ha investito finora solo una modesta percentuale di tale spesa nella prevenzione.

Si tratta di una situazione non più sostenibile ed è giunto il momento di impegnare almeno una parte delle risorse nella prevenzione.

E' nato così il Progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che si inserisce attualmente in un contesto istituzionale più ampio, assieme al nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, al Programma CCM 2009 e ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

PASSI è un Sistema di Sorveglianza innovativo, flessibile ed affidabile, nato come monitoraggio continuo nella popolazione adulta dei principali comportamenti che influenzano la salute e del grado di conoscenza e di adesione alle misure preventive proposte. Condiviso a livello nazionale, la sua prerogativa è che raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale di Ausl.

I risultati di tale monitoraggio sono a disposizione di qualunque portatore di interesse, sia interno sia esterno alle Ausl, al fine di fornire informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale.

Inoltre un'analisi multivariata correlata con i determinanti sociali quali il livello di istruzione, la cittadinanza e le difficoltà economiche, permetterà di ricavare dati utili per progettare azioni di contrasto tese a ridurre le disuguaglianze sociali in ambito sanitario.

Altra prerogativa del Progetto PASSI è la possibilità di delineare i cambiamenti e le tendenze evolutive nel tempo, consentendo di valutare i progressi conseguiti nell'ambito della prevenzione.

E' con questa ottica che il nostro Dipartimento di Prevenzione ha prontamente aderito al Progetto PASSI, scegliendo il personale più idoneo per tale compito. Dopo una fase iniziale in cui gli operatori sono stati adeguatamente formati e responsabilizzati nel loro ruolo, nel settembre 2007 è stata avviata la raccolta dei dati.

Questo rapporto è il risultato dei primi sedici mesi di attività del Sistema di Sorveglianza PASSI, fino al mese di dicembre 2008, nell'Azienda Sanitaria Locale Roma A.

L'entusiasmo degli operatori che vi hanno lavorato ha consentito di superare molte delle criticità iniziali incontrate. Adesso occorre impegnarsi ulteriormente affinché il sistema diventi stabile e duraturo.

Umberto Pacchiarotti
Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL RM A

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Gli stili di vita svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie cronico degenerative, patologie responsabili di una grossa quota della mortalità e morbosità sia nei paesi industrializzati, che in quelli in via di sviluppo.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione.

Nel 2006 il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) ha quindi affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza di popolazione, con l'obiettivo di sorvegliare, in modo continuo e confrontabile sul territorio nazionale, sia le abitudini di vita che influiscono sulla salute (inadeguata alimentazione, sedentarietà, fumo, alcool, ecc.) sia la diffusione e gli effetti degli interventi di prevenzione offerti dal Servizio Sanitario (screening oncologici, carta del rischio cardiovascolare, vaccinazioni, ecc.) al fine di migliorare i programmi di prevenzione.

E' nato così il sistema di sorveglianza P.A.S.S.I. (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti tra le Asl e le Regioni partecipanti e fornire elementi utili per le attività programmatiche locali.

La popolazione oggetto dello studio PASSI è costituita dalle persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni, iscritte nelle Anagrafi Sanitarie delle varie AUSL, costantemente aggiornate.

Per la selezione di un campione rappresentativo della popolazione in esame è stato scelto il campionamento stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69).

Il protocollo dello studio prevede che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna AUSL, sia di 25 unità. I mesi di luglio e agosto vengono considerati come un'unica mensilità, per un totale di 275 intervistati l'anno. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irraggiungibili o che non desiderano partecipare all'indagine.

Personale delle varie AUSL, specificamente formato, effettua le interviste telefoniche utilizzando un questionario standardizzato e validato. Tale questionario indaga alcuni aspetti relativi allo stato di salute, alle abitudini di vita (sedentarietà, alimentazione, alcool, fumo), all'offerta e all'utilizzo di strumenti di prevenzione (screening per alcuni tipi di tumore, carta del rischio cardiovascolare, vaccinazione antinfluenzale e antirosolia), alla sicurezza stradale e domestica. I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

I dati vengono poi trasferiti, in forma anonima, in un archivio unico nazionale, tramite collegamento internet protetto.

La raccolta dati è costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema centralizzato (passidati).

La rilevazione dei dati è partita nell'aprile 2007. Negli anni 2007 e 2008 sono state raccolte, a livello nazionale, circa 60.000 interviste.

Dal 2009 la sorveglianza è attiva in tutte le 21 Regioni o Province Autonome del territorio italiano.

La sorveglianza PASSI nella ASL Roma A

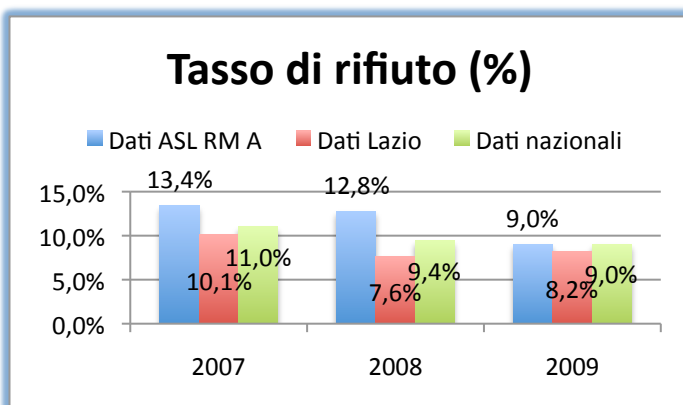
Nella ASL Roma A la rilevazione dei dati è stata avviata nel settembre 2007 ed è stata preceduta dalla formazione degli operatori, tutti dipendenti del Dipartimento di Prevenzione. Tale formazione ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

I cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale sono preventivamente informati, tramite lettera personale della ASL, sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte. La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Da settembre 2007 a tutto il 2008, sono state condotte complessivamente 303 interviste telefoniche con una durata media di circa 22 minuti.

FATTORI SOCIOECONOMICI, CULTURALI, POLITICI E AMBIENTALI	FATTORI DI RISCHIO COMUNI MODIFICABILI	FATTORI DI RISCHIO INTERMEDI	PRINCIPALI MALATTIE CRONICHE
Globalizzazione	Alimentazione scorretta	Iperensione	Cardiopatie
Urbanizzazione	Mancanza di attività fisica	Glicemia elevata	Ictus
Invecchiamento della popolazione	Consumo di tabacco	Anomalie lipidiche nel sangue	Tumori
	FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI	Sovrappeso e obesità	Disturbi respiratori cronici
	Età		Diabete
	Ereditarietà		

Fonte: O.M.S.



Il tasso di rifiuto dell'intervista è stato del 13,4% nel 2007 e del 12,8% nel 2008, valori superiori rispetto alla media regionale e nazionale, ma che si sono poi riallineati con i dati nazionali nel corso del 2009, pur restando lievemente al di sopra della media regionale. Questo risultato indica, dopo un periodo iniziale, un buon coinvolgimento dei medici di medicina generale, una comunicazione efficace con la popolazione circa il funzionamento e gli scopi del progetto e un soddisfacente livello di fiducia dei cittadini verso il sistema sanitario locale. Da notare comunque che la ASL RM A è, tra le Asl di Roma, quella che possiede il maggior numero di anziani.

La raccolta dei dati è avvenuta sia tramite questionario cartaceo sia, in misura minore, con il metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.



L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5, programma di pubblico dominio ideato per la statistica epidemiologica, scaricabile dal sito www.epiinfo.it.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto relativo agli anni 2007 e 2008, i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale. A causa della progressiva stratificazione del campione, la stima puntuale riportata relativa alle variabili minori è caratterizzata da un intervallo di confidenza (IC95%) molto ampio e quindi da minor precisione.

Il campione della ASL RM A

Il nostro campione di intervistati per gli anni 2007 e 2008 è costituito da 303 persone, selezionate in modo casuale dalle liste della anagrafe sanitaria della ASL RM A.

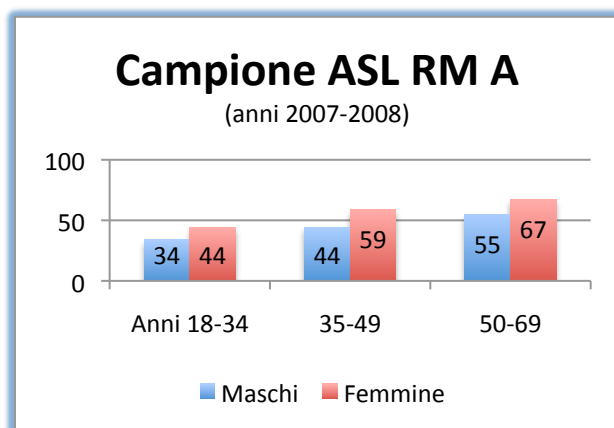
Il 56,1% degli intervistati era rappresentato da donne. L'età media era di 44,8 anni.

Il 78% ha dichiarato di avere un titolo di studio superiore o la laurea, mentre solo il 4% non aveva alcun titolo di studio o aveva conseguito la licenza elementare.

Nella fascia d'età 18-65 anni, il 66% ha riferito di avere un lavoro regolare, equamente distribuito tra uomini e donne.

Se il 15% ha dichiarato di avere molte difficoltà economiche, il 32% aveva solo qualche difficoltà e il 53% non ne aveva affatto.

Per tutte queste caratteristiche il campione è rappresentativo della popolazione della ASL RM A da cui è stato estratto.



SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE

Attività fisica

I sedentari sono il 19%, mentre il 37% degli intervistati ha dichiarato di svolgere un livello di attività fisica conforme alle raccomandazioni. Nel 40% dei casi i medici, o altri operatori sanitari, si sono informati al riguardo e nel 37% hanno consigliato genericamente di svolgere una attività fisica.

Abitudine al fumo

I fumatori sono il 39%. L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle donne che negli uomini. Nel corso dell'ultimo anno, quasi tre su dieci hanno tentato di smettere. Il 98% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo.

Fumo passivo

L'82% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici e sul luogo di lavoro viene rispettato sempre o quasi sempre, mentre il 58% ha dichiarato che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 29% degli intervistati è in sovrappeso, il 7% è obeso. Il 32% delle persone in sovrappeso considera però il proprio peso più o meno giusto.

Il 65% delle persone con eccesso ponderale ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso e il 45% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica. Il consumo di frutta e verdura è risultato abbastanza diffuso, anche se solo il 15% ha aderito alle raccomandazioni internazionali che prevedono almeno cinque porzioni al giorno.

Consumo di alcol

Il 68% degli intervistati ha fatto uso di bevande alcoliche nell'ultimo mese. I bevitori a rischio sono il 22% del campione (il 18% se calcolata con la vecchia definizione INRAN di "forte consumo"): il 14% beveva fuori pasto, il 7% era un bevitore "binge" e il 9% era un forte bevitore. Secondo le dichiarazioni degli intervistati, gli operatori sanitari si sono informati poco frequentemente (18%) sulle abitudini di consumo di alcol dei loro assistiti e hanno consigliato solo raramente (6%) ai bevitori a rischio di moderarne il consumo.

Ipertensione arteriosa

Al 7% degli intervistati non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Il 20% dei soggetti, tra i 18 e 69 anni, a cui è stata misurata la pressione ha dichiarato di essere iperteso e, tra questi, l'82% era in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

Il 24% degli intervistati ha riferito di non aver mai misurato il colesterolo. Quasi un terzo del campione ha dichiarato di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 25% era in trattamento farmacologico.

Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta del rischio cardiovascolare è ancora poco utilizzata da parte dei medici: solo il 4% degli intervistati con età compresa tra 35 e 69 anni ha riferito che il proprio medico gli ha valutato il rischio cardiovascolare con tale strumento.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza non è ancora del tutto soddisfacente. Mentre l'87% delle persone intervistate ha dichiarato di utilizzare in modo sistematico la cintura di sicurezza sedendo nei posti anteriori, solo il 10% ha utilizzato sempre la cintura sui sedili posteriori. Il 96% di coloro che hanno riferito di andare in moto utilizza regolarmente il casco.

Il 9% degli intervistati ha dichiarato, inoltre, di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista, e l'10% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Infortuni domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni in ambito domestico, la percezione del rischio non è elevata: il 91% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto da varie fonti informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 28%: di questi, il 40% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Screening del tumore del collo dell'utero

I dati della ASL RM A risultano allineati con quelli delle regioni italiane in cui la prevenzione del tumore del collo dell'utero è ottimale. L'85% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test negli ultimi tre anni, come raccomandato e il 78% ha dichiarato di aver ricevuto la lettera di invito da parte della ASL.

Screening del tumore della mammella

I dati della ASL RM A risultano allineati con quelli delle regioni italiane in cui la prevenzione del tumore della mammella è ottimale. Il 79% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni, come raccomandato e il 55% ha dichiarato di aver ricevuto la lettera di invito da parte della ASL.

Screening del tumore del colon retto

L'adesione ai programmi di screening di questo tipo di tumore è ancora molto bassa. Infatti solo il 28% delle persone tra 50 e 69 anni ha aderito alla prevenzione del cancro del colon retto, in accordo con le linee guida. Il 10% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni, mentre il 19% una retto-sigmoidoscopia o una colonscopia negli ultimi cinque anni. Solo il 3% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni ha dichiarato di aver ricevuto una lettera di invito da parte della ASL.

Da notare che nella ASL RM A questo tipo di screening è stato avviato in modo organico nel dicembre 2008.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo il 14% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione di rischio per le complicanze dell'influenza (malattie respiratorie croniche, diabete, tumore, malattie cardiovascolari), ha dichiarato di essersi vaccinato durante la stagione 2007-2008.

Vaccinazione antirosolia

La percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto è pari al 43%: un dato molto superiore al valore raccomandato del 5%, utile al fine di raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione della rosolia congenita.

Percezione dello stato di salute

Il 66% delle persone intervistate ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute, ma le persone più anziane, con una o più patologie croniche, con un basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche hanno una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

Sintomi di depressione

Il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle due settimane precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Tra queste, il 35% non ha chiesto aiuto a nessuno, mentre il 65% si è rivolta a un medico per questo problema.

Le donne e le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

Conclusioni

Grandi sono le differenze rilevate dal sistema di sorveglianza Passi tra le varie Asl. In particolare, esiste un gradiente Nord-Sud per quanto riguarda i rischi di fumo, sedentarietà e dieta, mentre per l'assunzione di alcol il suo consumo si concentra al Nord. Ampie differenze sussistono anche relativamente alle misure di prevenzione individuale.

Dal punto di vista delle strategie di prevenzione, queste differenze sono guadagni di salute potenzialmente conseguibili da ciascuna ASL, la quale potrà così stabilire i propri obiettivi di salute e pianificare in modo coerente gli interventi e le iniziative per raggiungerli.

STILI DI VITA

Attività fisica

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio per molte malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e depressione. Inoltre nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta sensibilmente il rischio di disabilità. Secondo una stima del WHO, trenta minuti di attività fisica moderata al giorno riducono del 50% il rischio di coronaropatia, di diabete e di obesità e del 30% il rischio di ipertensione, con riduzione della pressione arteriosa di 8-10 mmHg.



Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei Paesi sviluppati, a causa dell'accresciuto utilizzo dell'automobile al posto degli spostamenti a piedi e in bicicletta, alla costante crescita dei lavori sedentari, all'uso di macchinari che fanno risparmiare lavoro e all'incremento di passatempi passivi quali la televisione e il computer. Anche le caratteristiche dell'ambiente costruito influenzano la quantità e la qualità dell'esercizio fisico svolto dagli abitanti. Infatti nei quartieri con molto verde i residenti hanno probabilità di praticare una attività fisica tre volte maggiore rispetto a quelli dei quartieri degradati e le persone che abitano in quartieri



ad alta pedonabilità si impegnano in attività fisica di moderata intensità per quasi un'ora in più al giorno rispetto a chi abita in quartieri a bassa pedonabilità. Alcuni esempi di interventi efficaci per promuovere la pratica dell'attività fisica e migliorare la forma sono le campagne di informazione, i programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti quali la promozione dell'uso delle scale, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali).

ATTIVITÀ FISICA – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Livello di attività fisica	
attivo ¹	37,2 (31,7-42,9)
parzialmente attivo ²	44,2 (38,5-50,0)
sedentario ³	18,6 (14,5-23,6)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴	40,4
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴	36,9
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	7,4
^{1.} lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni) ^{2.} non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati ^{3.} non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero ^{4.} vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi	

SEDENTARIETÀ – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	
Caratteristiche	Sedentari % (IC 95%)
Totale	18,6 (14,5-23,6)
Classi di età	
18-34	18,4
35-49	13,6
50-69	23,0
Sesso	
uomini	20,6
donne	17,1



Negli anni 2007-2008, nella ASL RM A, solo il 37% delle persone intervistate ha riferito di effettuare un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e poteva quindi essere definito attivo. Il 44% non effettuava

un lavoro pesante o praticava attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e poco meno del 19% era completamente sedentario. Le percentuali maggiori di completamente sedentari si osservano tra i 50 e i 69 anni.

Non sempre però la percezione soggettiva corrisponde al livello di attività fisica svolta: tra gli intervistati della nostra ASL che risultano essere sedentari, più del 7% percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Il ruolo del medico curante è fondamentale per contrastare la sedentarietà, ma solo il 40% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente. Analoga importanza hanno pure le campagne informative volte a sensibilizzare la popolazione a condurre uno stile di vita sano ed attivo. Anche le amministrazioni locali devono però fare la loro parte rendendo lo stile di vita attivo una scelta più facile: creazione di piste pedonali e di piste ciclabili, distribuzione uniforme di scuole e attività commerciali nella progettazione di nuovi quartieri, conservazione e sviluppo degli spazi verdi, promozione dei trasporti pubblici e disincentivazione dell'uso dell'auto, offerta di programmi di promozione dell'attività motoria su misura per le fasce più deboli della popolazione (anziani, bambini, disabili).

Situazione nutrizionale



La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute. In particolare, l'eccesso di peso aumenta il rischio di ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus, alcuni tipi di tumore (endometriale, colon-rettale, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa), malattie della colecisti e osteoartriti. Le caratteristiche ponderali sono state qui definite in relazione al valore di indice di massa corporea (IMC), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato, e sono rappresentate da quattro categorie: sottopeso (IMC<18,5), normopeso (IMC tra 18,5 e 24,9), sovrappeso (IMC tra 25 e 29,9), obeso (IMC≥30). Nei Paesi dell'Unione Europea il sovrappeso interessa dal 32% al 79% della popolazione adulta maschile e dal 28% al 78% di quella femminile. La prevalenza dell'obesità, invece, varia dal 5% al 23% degli uomini e dal 7% al

36% delle donne. L'aumento di sovrappeso e obesità è particolarmente allarmante nei bambini della scuola primaria; l'Italia risulta al terzo posto in Europa per l'alta prevalenza di bambini di entrambi i sessi, di età compresa tra i 6 e gli 11 anni, che risultano essere in sovrappeso. Attualmente gli esperti ritengono che, nel nostro Paese, l'obesità sia ritenuta responsabile di circa 50.000 decessi all'anno.

SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI - DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Popolazione sottopeso	5,0 (2,8-8,1)
Popolazione con eccesso ponderale	
sovrappeso	29,3 (24,2-34,8)
obesi	6,7 (4,1-10,1)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ¹	
sovrappeso	59,5
obesi	89,5
Consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	15,2 (11,4-19,8)

¹ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

ECESSO PONDERALE - DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)		
Caratteristiche	Sovrappeso (IC 95%)	Obesi % (IC 95%)
Totale	29,3 (24,2-34,8)	6,7 (4,1-10,1)
Classi di età		
18-34	13,0	2,6
35-49	30,1	5,8
50-69	39,2	10,0
Sesso		
uomini	40,2	8,3
donne	20,8	5,4

Negli anni 2007-2008, nella ASL RM A, il 5% degli intervistati risultava sottopeso, più del 29% sovrappeso e quasi il 7% francamente obesa. Come rilevato a livello nazionale, l'eccesso ponderale (IMC >25), sia esso sovrappeso oppure obesità, cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini.

Le persone in sovrappeso spesso sottovalutano la propria condizione. Infatti il 32% degli intervistati che risultavano essere sovrappeso, consideravano il proprio peso più o meno giusto. Anche gli operatori sanitari sembrano porre poca attenzione al problema. Il 65% delle persone con eccesso ponderale (sovrappeso/obese) ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha loro consigliato di fare una dieta per perdere peso e il 45% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di

fare regolarmente attività fisica.

Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, il 98% degli intervistati ha dichiarato di mangiarne almeno una volta al giorno. Solo il 15%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

Consumo di alcol



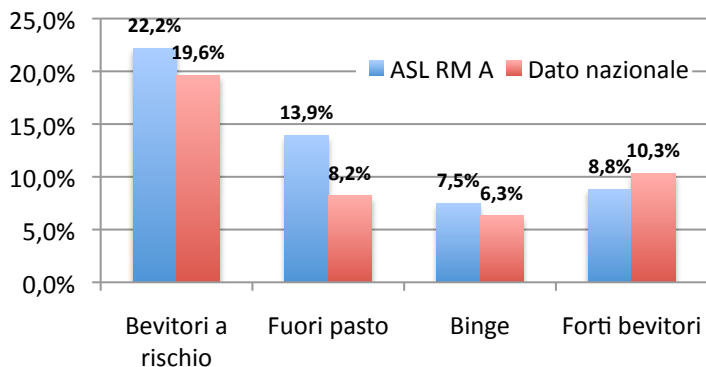
L'alcol contribuisce a numerosi problemi di salute, dalla sindrome feto alcolica nei neonati agli incidenti stradali, prima causa di morte tra i giovani, dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato ad alcuni tipi di cancro. Per questi motivi, al consumo di alcol è attribuito il 4% degli "anni di vita in buona salute persi" (Daly).

Si definiscono "bevitori a rischio" coloro che bevono prevalentemente fuori pasto, oppure i "forti bevitori" o i "binge drinking". La quantità-soglia per la definizione di "forte bevitore" è stata recentemente abbassata dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Secondo la nuova definizione, sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che ne bevono più di 1 unità (prima 3 e 2 unità rispettivamente). Per unità alcolica si intende un bicchiere di vino o una lattina di birra oppure un bicchierino di liquore.

CONSUMO DI ALCOL – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	67,9 (62,3-73,2)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	13,9 (10,1-18,3)
Bevitori <i>binge</i>	7,5 (4,8-11,1)
Forti bevitori (nuova definizione INRAN)	8,8 (5,8-12,6) ¹
Bevitori a rischio ²	22,2 (17,6-27,4) ³
Chiesto dal medico sul consumo di alcol	18,1

¹ applicando la precedente definizione INRAN di forte consumo: 1,7 (0,6-3,9)
² bevitori fuori pasto o bevitori binge o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non è la somma dei singoli comportamenti
³ applicando la precedente definizione INRAN di forte consumo: 18,4 (14,2-23,4)

Consumo di alcol: confronto tra dati nazionali e dati ASL RM A



Questi risultati sottolineano l'importanza di diffondere la percezione del rischio collegato al consumo di alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, al fine di modificare i comportamenti.

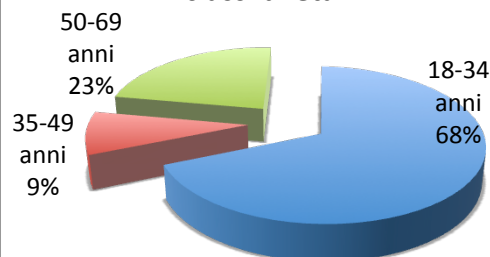


Il termine "binge drinking" indica invece il consumo di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese.

Dai dati rilevati nel territorio della ASL RM A negli anni 2007-2008, risulta che circa due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consuma abitualmente bevande alcoliche e più del 22% degli intervistati è un bevitore a rischio per quantità o modalità di assunzione, con una maggior frequenza negli uomini. Il consumo a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di età compresa tra i 18 e i 34 anni.

Solo il 18% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti relativi al consumo di alcol e solo nel 6% dei bevitori a rischio hanno consigliato di limitarne il consumo.

ASL RM A Bevitori "binge" per classi di età



Abitudine al fumo

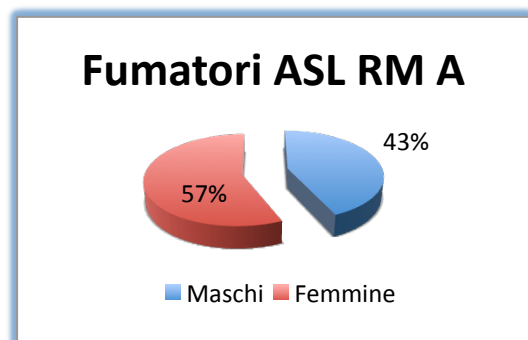
Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per patologie croniche, quali le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e il cancro. Ad esso gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). Negli ultimi quarant'anni la percentuale di fumatori negli uomini si è via via ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori tra loro paragonabili. Inoltre l'abitudine al fumo è in aumento nei giovani.



Dai dati della ASL RM A per gli anni 2007 e 2008, si rileva che poco meno del 39% degli intervistati è fumatore. L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle donne (56,4%) rispetto agli uomini (43,6%). In media vengono fumate poco più di 12 sigarette al giorno.

Complessivamente circa il 46% delle persone che sono state da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, ha ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo e il 49% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Nel 20% dei casi, il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 20% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 10% per entrambi i motivi.

ABITUDINE AL FUMO – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Fumatori ¹	38,6 (33,1-44,4)
Riferisce che un medico gli ha chiesto sull'abitudine al fumo ²	46,3
Fumatori ai quali un medico ha consigliato di smettere	49,5
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	29,2
Ex fumatori che hanno smesso da soli	98,2
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
nei locali pubblici	86,4
sul luogo di lavoro	83,3
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	58,1
^{1.} chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi ^{2.} tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi	



Il 29% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno. Fra gli ex fumatori il 98% ha smesso di fumare da solo, senza usare farmaci.

E' quindi auspicabile che anche nella nostra ASL vengano avviati e potenziati programmi di contrasto dell'iniziazione al fumo nei giovani e del fumo in gravidanza, oltre a programmi per la disassuefazione. I Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e tutti gli operatori sanitari dovrebbero essere attivamente coinvolti visto il loro ruolo essenziale

Fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte d'inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza può contribuire a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia può provocare malattie quali otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo può causare malattie ischemiche cardiache, ictus, tumore del polmone. Altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

L'Italia è stato uno dei primi Paesi dell'Unione Europea a regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità (Legge n. 3 del 16 gennaio 2003, art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori").

La legge si è rivelata un importante strumento di tutela della salute, producendo peraltro una significativa riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio.

Secondo i dati della ASL RM A relativi agli anni 2007 e 2008, l'86% delle persone intervistate ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.

Riguardo all'abitudine di fumare in ambito domestico, il 58% degli intervistati ha dichiarato che non è consentito fumare nella propria abitazione, mentre nel 31% dei casi si può fumare solo in alcuni stanze e/o in alcuni momenti della giornata. Nell'11% dei casi si può fumare sempre





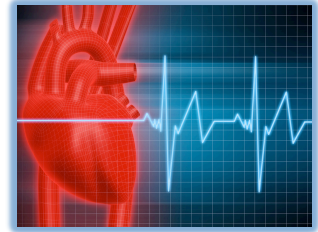
e in tutte le stanze.

Tra gli intervistati che lavorano, infine, l'82% ha riferito che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre. I programmi di controllo e la vigilanza dovrebbero essere intensificati al fine di garantire il rispetto della legge ed impedire che vi siano persone, soprattutto bambini, esposti agli effetti nocivi del fumo passivo.



RISCHIO CARDIOVASCOLARE

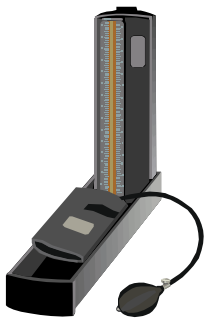
Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia, sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. La probabilità di sviluppare una malattia cardiovascolare dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti dei sottogruppi più a rischio. Purtroppo però una quota ancora consistente di popolazione adulta non misura né la pressione arteriosa, né il colesterolo.



RISCHIO CARDIOVASCOLARE – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Persone che riferiscono di essere ipertese ¹	19,9 (15,4-25,0)
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85,5 (81,0-89,2)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche ²	29,4 (23,6-35,8)
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	76,2 (71,0-80,9)
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare ³	3,8 (1,7-7,3)

^{1.} tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa
^{2.} tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia
^{3.} su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

Ipertensione arteriosa



L'ipertensione arteriosa è strettamente correlata con il rischio cardiovascolare ed è associata a un incremento dell'incidenza di malattie gravi, invalidanti o addirittura mortali, come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costi circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi. D'altra parte, l'ipertensione è associata a fattori modificabili come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'attività fisica. La frequenza di ipertensione può dunque essere ridotta sia con interventi su questi fattori, sia con il controllo medico e farmacologico.

Secondo quanto riferito, la pressione arteriosa è stata controllata, negli ultimi due anni, all'85% degli intervistati della ASL RM A e nel 20% di coloro a cui è stata misurata è stata posta diagnosi di ipertensione. I dati sono stati analizzati anche per fascia di età: l'ipertensione incide per il 4,4% tra i 18 e i 34 anni, il 10,1% tra i 35 e i 49 anni e il 37,4% tra i 50 e i 59 anni. L'82% degli ipertesi

ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Il 7% degli intervistati non è mai stato sottoposto a misurazione della pressione arteriosa.

All'84% degli intervistati ipertesi è stato consigliato, da parte di un medico o di un sanitario, di ridurre il consumo di sale, all'87% di controllare il peso corporeo e al 79% di svolgere regolarmente attività fisica.

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari sui quali è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, come fumo e ipertensione.

La colesterolemia è stata misurata almeno una volta nella vita, nel 76% degli intervistati del territorio della ASL RM A.

La percentuale di coloro cui è stata fatta una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 29%. L'ipercolesterolemia è più frequente nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni (40,5%); inoltre è più frequente nel sesso maschile (33,7%) piuttosto che nel sesso femminile (26,5%). Il 25% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Il 24% degli intervistati ha riferito di non aver mai effettuato una misurazione della colesterolemia nel corso della vita.

Al 71% degli intervistati ipercolesterolemici è stato consigliato, da parte di un medico o di un sanitario, un maggior consumo di frutta e verdura, all'85% un minor consumo di carne e formaggi, al 71% di controllare il peso e al 72% di fare regolarmente attività fisica.

Calcolo del rischio cardiovascolare

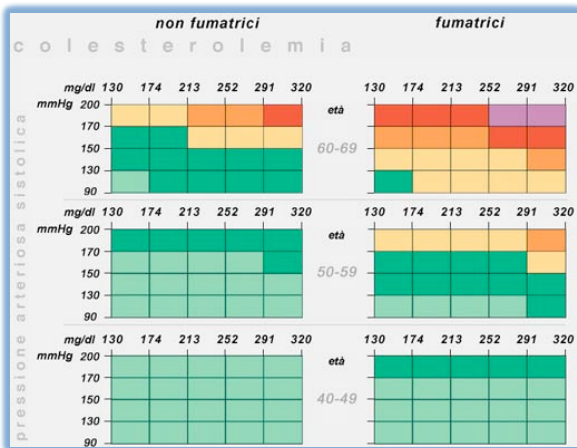
La carta del rischio cardiovascolare è strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità, che il proprio paziente ha, di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione è l'estensione dell'uso della carta del rischio come

livello di rischio a 10 anni		
rischio MCV VI		oltre 30%
rischio MCV V		20% - 30%
rischio MCV IV		15% - 20%
rischio MCV III		10% - 15%
rischio MCV II		5% - 10%
rischio MCV I		meno 5%

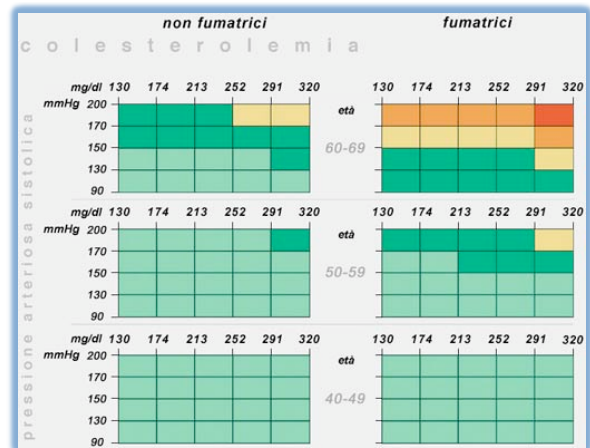
strumento di valutazione clinica che, attraverso un valore numerico confrontabile nel tempo, permette di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica), come pure i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Tra gli intervistati della ASL RM A, di età compresa tra i 35 e i 69 anni e senza patologie cardiovascolari, meno del 4% ha dichiarato che gli era stato misurato il rischio cardiovascolare, mediante carta del rischio. Tale valore, pressoché in linea con la media nazionale, necessita di essere nettamente implementato, anche attraverso un'azione di sensibilizzazione dei medici di famiglia, al fine di migliorare la qualità della valutazione clinica e la consapevolezza dell'assistito.

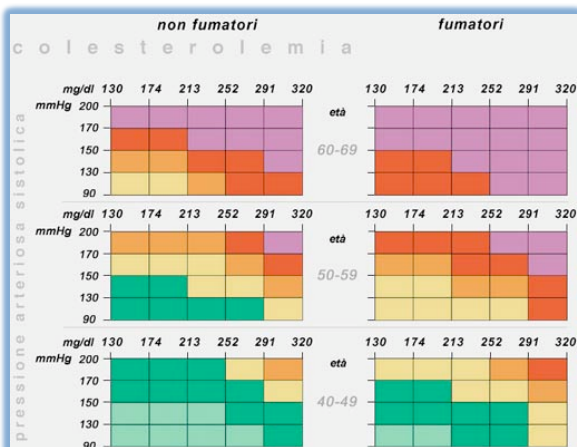
Donne diabetiche



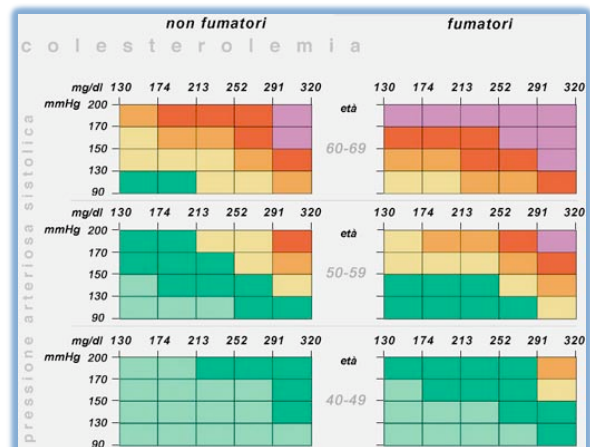
Donne non diabetiche



Uomini diabetiche



Uomini non diabetiche



SICUREZZA

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni e si calcola che, ogni anno, i costi sociali che ne derivano siano pari al 2% del PIL. Secondi i dati Istat, in Italia nel 2008 sono stati rilevati 218.963 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 4.731 persone, mentre altre 310.739 hanno subito lesioni di diversa gravità. Contrariamente a quanto si possa pensare, il 76,8% degli incidenti avviene sulle strade dei centri urbani, provocando il 43,9% dei morti e il 73,5% dei feriti.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è infatti attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

Con riferimento all'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010, in Italia, tra il 2000 e il 2008, si è registrato un calo del 14,6% per quanto riguarda il numero di incidenti, del 13,7% per i feriti e del 33,0% per il numero di morti.

A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

Passi fornisce informazioni continue sulla guida in stato di ebbrezza, sulle misure di protezione adottate e su controlli delle Forze dell'ordine.



SICUREZZA STRADALE – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ¹	
casco sempre (tra coloro che dichiarano di andare in moto)	96,4 (91,7-98,8)
cintura anteriore sempre	86,8 (82,4-90,4)
cintura posteriore sempre	9,9 (6,6-14,1)
Guida sotto effetto dell'alcol ²	14,1 (9,5-19,8)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	9,9 (6,8-14,0)
^{1.} percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o in automobile ^{2.} aver guidato - nell'ultimo mese - entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto almeno un'unità alcolica e aver guidato negli ultimi 30 giorni	

Se l'uso del casco per i motociclisti e della cintura anteriore è largamente diffuso tra gli intervistati della nostra ASL (rispettivamente 96% e 87%), grazie anche alle campagne di sensibilizzazione divulgate sui media, la cintura di sicurezza posteriore è ancora poco usata (solo 10%).

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema diffuso anche tra gli intervistati della nostra ASL, pur senza raggiungere i livelli di alcune regioni del Nord. Negli anni 2007-2008, nella ASL RM A, il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato, nell'ultimo mese, dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. L'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è più frequente tra gli uomini.

Tra le Regioni che hanno approfondito il problema degli incidenti stradali (Valle D'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio), il 41% dei circa 5.200 intervistati che sono andati in auto/moto negli ultimi 12 mesi ha dichiarato di aver subito un controllo (da guidatore o da passeggero). Il Lazio è la Regione con controlli meno frequenti (36%).

Il controllo del tasso alcolemico è uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità per incidente, ma è ancora troppo poco diffuso. A livello nazionale, solo il 9% dei fermati riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest, ma nel Lazio è stata registrata la percentuale più bassa (4%). Tra gli intervistati della ASL RM A, nessuno ha dichiarato di essere mai stato sottoposto ad etilotest.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, che da tali eventi conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta il luogo sicuro per eccellenza. Il numero consistente di incidenti domestici nella fascia di età tra 0 e 4 anni rilevato nel Lazio è un valido indicatore della sottostima del rischio presente nelle abitazioni, soprattutto da parte degli adulti.

In Italia il numero di infortuni domestici (Istat, 2004) ha mostrato un andamento in costante crescita (da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000). La

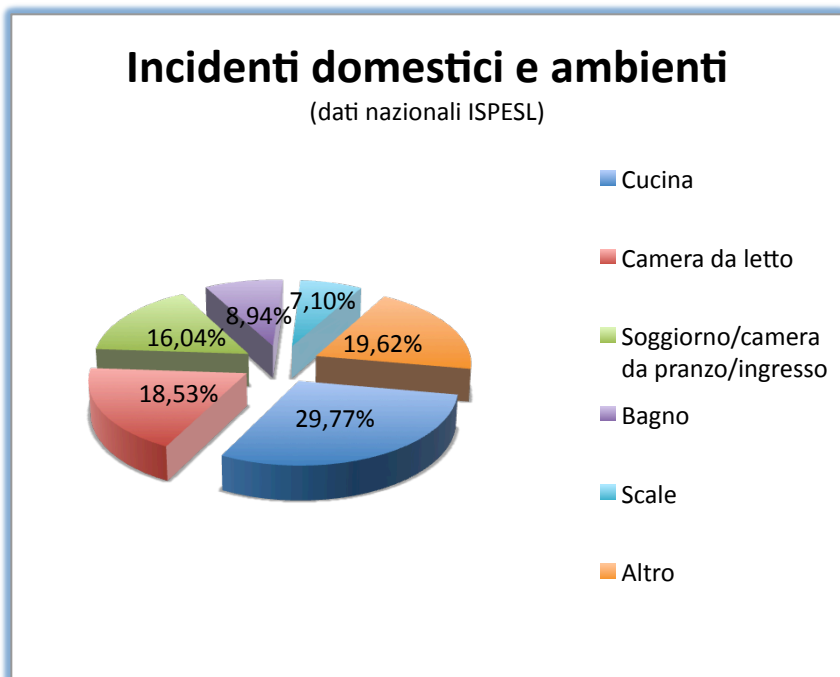


cucina è stata il luogo della casa dove si sono verificati il maggior numero di incidenti, seguita da camera da letto e da soggiorno/sala pranzo/ingresso. Il bagno è relegato al quarto posto (dati nazionali ISPESL).

SICUREZZA DOMESTICA – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	91,4 (87,7-94,3)
Dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	27,7 (22,8-33,2)
Ha modificato comportamenti o adottato misure preventive ¹	40,0
¹ . tra coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni	

Negli anni 2007-2008, nella ASL RM A, il 91% degli intervistati ha dichiarato di avere una bassa percezione del rischio di infortunio domestico. Solo il 28% degli intervistati ha riferito di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Le più efficaci fonti di informazione sono state i mass media (13%) e gli opuscoli (12%). Un ruolo informativo meno importante è stato svolto dai tecnici (5%) e dal personale sanitario (2%).

La popolazione si è dimostrata sensibile al problema: tra chi dichiara di aver ricevuto informazioni, il 40% ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere la casa più sicura. E' opportuno quindi mettere in atto politiche di prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza e prevedere un sistema per misurare nel tempo l'efficacia degli interventi avviati.



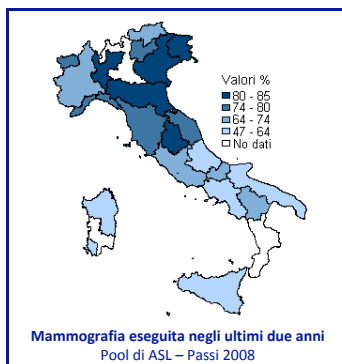
SCREENING ONCOLOGICI

Diagnosi precoce del tumore 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 l'anno (tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi l'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, è in grado di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi e di ridurre di circa il 25% la mortalità per questo tipo di tumore.

DIAGNOSI PRECOCE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA (50-69 ANNI) - DATI ASL RM A	% (IC 95%)
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	78,8 (67,0-87,9)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	77,6
Donne che hanno ricevuto il consiglio da un operatore sanitario	68,7
Donne che hanno visto una campagna informativa	73,1



Dai dati nazionali si rileva che la prevalenza delle donne che hanno eseguito una Mammografia negli ultimi due anni mostra un evidente gradiente territoriale Nord-Sud, con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

I dati della ASL RM A si collocano lievemente al di sotto di quelli delle Regioni in cui la prevenzione del tumore della mammella risulta ottimale.

Infatti negli anni 2007-2008, nella ASL RM A, poco meno del 79% delle donne intervistate ha riferito di avere effettuato una mammografia preventiva, cioè in assenza di segni o sintomi, nel corso degli ultimi due anni (il 47% all'interno di programmi di screening organizzati, il 32% come prevenzione individuale).

L'età media alla prima mammografia preventiva è stata di 43 anni, più bassa rispetto a quella attualmente raccomandata (50 anni).

Rispetto all'ultima mammografia preventiva effettuata, il 53% delle donne ha riferito di averla effettuata nell'ultimo anno, il 26% da uno a due anni e il 10% da più di due anni.

L'11% delle donne intervistate non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

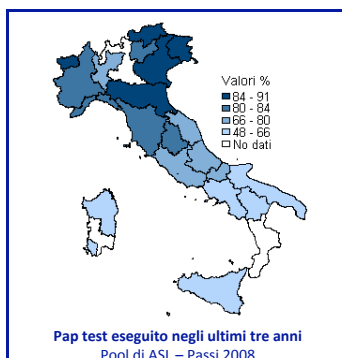
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

A livello mondiale il carcinoma del collo dell'utero è per incidenza il secondo tumore maligno nella 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 del tumore e della relativa mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (per 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 si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni nelle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni.

DIAGNOSI PRECOCE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO (25-64 ANNI) - DATI ASL RM A	% (IC 95%)
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	84,6 (77,4-90,2)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	54,9
Donne che hanno ricevuto il consiglio di un operatore sanitario	69,2
Donne che hanno visto una campagna informativa	57,1



Dai dati nazionali si rileva che la prevalenza delle donne che hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni mostra un evidente gradiente territoriale Nord-Sud, con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale.

I dati della ASL RM A risultano allineati con quelli delle Regioni in cui la prevenzione del tumore del collo dell'utero è ottimale.

Negli anni 2007-2008, nella ASL RM A, l'85% circa delle donne intervistate ha riferito di avere effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni o sintomi nel corso degli ultimi tre anni (il 21% all'interno di programmi di screening organizzati, il 64% come prevenzione individuale).

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato, il 62% delle donne intervistate ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 22% da uno a tre anni, il 10% da più di tre anni. Il 6% delle donne intervistate non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

Diagnosi precoce del tumore del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini che nelle donne (rispettivamente 10% e 12% dei decessi oncologici) 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 Piano nazionale di prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone nella fascia di età compresa tra i 50 e i 69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci (con frequenza biennale) o, in alternativa, l'esecuzione di una retto-sigmoidoscopia/colonscopia. Per questo esame la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a rischio l'intervallo minimo suggerito è 5 anni.

DIAGNOSI PRECOCE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO (50 - 69 ANNI) – DATI ASL RM A	% (IC 95%)
Soggetti che hanno eseguito un test per la ricerca di sangue occulto fecale (SOF) a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	9,7 (5,0-16,8)
Soggetti che hanno eseguito una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni	19,0 (12,4-27,1)
Soggetti che hanno ricevuto la lettera dell'Asl	2,5
Soggetti che hanno seguito il consiglio di un medico o di un operatore sanitario	27,9
Soggetti che hanno visto una campagna informativa	32,8

Nel periodo settembre 2007-dicembre 2008, nella ASL RM A, meno del 10% delle persone intervistate di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha riferito di avere effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo (Sof) in accordo con le linee guida (ultimi due anni), mentre il 19% degli intervistati ha effettuato una retto-sigmoidoscopia/colonscopia preventiva nel corso degli ultimi cinque anni.

Rispetto all'ultima ricerca del sangue occulto, il 6% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 4% da uno a due anni, il 4% da più di due anni e l'86% non ha mai eseguito l'esame.

Rispetto all'ultima colonscopia preventiva, l'11% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, l'8% da uno a cinque anni, il 4% da sei o più anni, mentre il 77% non ha mai eseguito l'esame.

Il 3% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla Asl per eseguire un esame per la prevenzione dei tumori coloretali, il 28% di essere stato consigliato da un medico o un operatore sanitario e il 33% di aver visto o sentito una campagna informativa.

L'adesione ai programmi di screening del tumore del colon retto è quindi ancora molto bassa, nonostante la loro dimostrata efficacia nel ridurre la mortalità per questo tipo di tumore. E' opportuno notare che nella ASL RM A questo tipo di screening è stato avviato in modo organico nel dicembre 2008.

Il consiglio di un medico od altro operatore sanitario e le campagne informative divulgate sui media rappresentano altrettanti cardini fondamentali per la riuscita dei programmi di prevenzione oncologica. La maggior parte degli intervistati ritiene infatti che gli interventi di promozione dei programmi di screening abbiano una influenza positiva e che la loro efficacia risulti maggiore quando questi interventi sono tra loro associati.

ALTRI PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili complicanze anche gravi nei soggetti a rischio (anziani e portatori di patologie croniche), con conseguenti forti ripercussioni sanitarie ed economiche (mortalità, ospedalizzazioni ecc). La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire la malattia ed è raccomandata in tutti i soggetti a rischio (in particolare tutte le persone con età pari o superiore ai 65 anni e gli adulti tra i 18 e i 64 anni affetti da malattie croniche).

VACCINAZIONE ANTIFLUENZALE – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Vaccinati 18-64	13,7 (7,7-22,0)
Vaccinati 18-64 con almeno una patologia	14,3 ¹
¹ Valore non significativo, vista l'esiguità del campione selezionato.	

Per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza è necessario ottenere elevate coperture vaccinali nelle categorie a rischio. Seguendo le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute (obiettivo di copertura minima fissato al 75%), negli ultimi anni è stato possibile vaccinare la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, raggiungendo però solo il 65% nella campagna 2007-2008 (dati nazionali forniti dal Ministero).

Anche la copertura vaccinale tra le persone con meno di 65 anni affette da almeno una patologia cronica, è ancora insufficiente (si stima che si sia vaccinato il 30% di tali soggetti a livello nazionale e il 14% nella ASL RM A, valore comunque non significativo per l'esiguità del campione). Esiste quindi la possibilità di perseguire un ulteriore guadagno di salute, estendendo la vaccinazione in questi gruppi di popolazione.

Dai dati aziendali risulta che, nel 2008, su una popolazione di oltre mezzo milione di residenti, sono state eseguite complessivamente 92.923 vaccinazioni antinfluenzali. Di queste 67.419 erano relative a soggetti di età pari o superiore ai 65 anni. Ciò è stato possibile grazie a una fattiva collaborazione con i MMG.



Vaccinazione antirosolia



La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza.

La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare con un esame (rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino.

Per eliminare la rosolia congenita, si ritiene che la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia dovrebbe essere superiore al 95%.

VACCINAZIONE ANTIROSOLIA – DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Donne vaccinate (18-49 anni)	32,4 (23,4-42,3)
Donne suscettibili* (18-49 anni)	43,1 (33,4-53,3)
<i>*Donna suscettibile = non ha effettuato il rubeotest e non è stata vaccinata, oppure ha il rubeotest negativo</i>	

Nella ASL RM A, secondo quanto riferito dalle donne intervistate di età compresa tra i 18 e i 49 anni, il 57% è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (32%) o per copertura naturale, rilevata dal rubeotest positivo (25%). Il 2% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinato e con rubeotest negativo. Le donne il cui stato immunitario non era conosciuto sono state considerate presuntivamente suscettibili all'infezione.

La percentuale di donne in età fertile che sono (certamente o presuntivamente) suscettibili alla rosolia è quindi ancora molto alta.

Per raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione della rosolia congenita, è necessario che anche la nostra ASL implementi ulteriormente i programmi d'intervento finalizzati all'identificazione sistematica e all'immunizzazione delle donne suscettibili, grazie al coinvolgimento e alla collaborazione di diverse figure professionali: medici di famiglia, pediatri, ginecologi, ostetriche.

BENESSERE

Salute percepita

La percezione dello stato di salute testimonia il benessere (o malessere) psicofisico vissuto dalla persona. Nel sistema di sorveglianza Passi la salute percepita viene 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 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 nelle attività abituali.

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE - DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	66,0 (60,4-71,3)
Numero di giorni riferiti con limitazione di attività per cattiva salute fisica o psicologica	
0 giorni	82,4
1-13 giorni	15,3
≥ 14 giorni	2,3

Il 66% degli intervistati ha giudicato buono o molto buono il proprio stato di salute. A riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini, le persone con alto livello di istruzione e quelle che non soffrono di patologie croniche.

L’analisi della media dei giorni in cattiva salute indica che le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute, sia per motivi fisici (in media 4 giorni al mese rispetto ai 3 giorni degli uomini), sia per motivi psicologici (in media 7 giorni al mese rispetto ai 3 giorni degli uomini).

Sintomi di depressione

La sorveglianza PASSI effettua un monitoraggio dei sintomi di depressione utilizzando il “Patient Health Questionnaire (Phq-2)”, che indaga sul numero di giorni nelle ultime due settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentita giù di morale, depressa o senza speranza. Questi sintomi non corrispondono spesso ad una effettiva condizione di depressione per la cui diagnosi occorre una accurata valutazione clinica.

SINTOMI DI DEPRESSIONE - DATI ASL RM A (ANNI 2007-2008)	% (IC 95%)
Sintomi di depressione nelle ultime due settimane ¹	9,1 (6,1-13,0)
Ha cercato aiuto da un medico o un operatore sanitario ²	65,0
Non ha cercato alcun aiuto ²	35,0

¹. Classificazione basata su un punteggio >3 del Patient Health Questionnaire (Phq-2), calcolato sulla base del numero di giorni nelle ultime due settimane in cui la persona ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose o si è sentita giù di morale, depressa o senza speranza.

². La domanda è stata fatta ad un sottogruppo di persone depresse con sintomatologia più importante.



Il 9% 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 (11% rispetto al 6% degli uomini), unitamente alle persone con molte difficoltà economiche e alle persone che soffrono di patologie croniche.

Il 67% delle persone con sintomi di depressione ha descritto il proprio stato di salute in termini non positivi (da “discreto” a “molto male”) rispetto al 31% delle persone non depresse.

Tra le persone con sintomi di depressione solo il 65% si è rivolto ad un operatore sanitario mentre il 35% non ha cercato alcun aiuto.

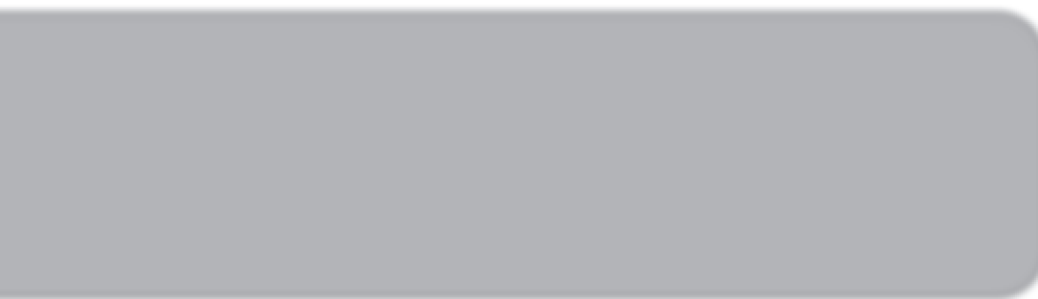
Il ruolo dei servizi sanitari per la presa in carico e il trattamento dei disturbi mentali è quindi ancora limitato. Considerato che i disturbi mentali costituiscono, nei Paesi industrializzati, una quota rilevante del carico complessivo di malattia (anni di vita in buona salute persi), si ritiene che esistano ampi margini per attivare interventi efficaci.

acrylic painting by romantic esoteric painter Aurora Mazzoldi

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute, Piano sanitario nazionale 2003-2005, <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Ministero della Salute - Piano nazionale della prevenzione 2005-2007
- Ministero della Salute - Piano sanitario nazionale 2006-2008
www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf
- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide: www.cdc.gov/brfss
- CDC - Healthy days methods 1989
- Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", Istat, anno 2003
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, Oms 2005.
- Ministero della Salute - programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm
- Healthy People 2010 www.healthypeople.gov
- 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
- Garattini S., La Vecchia C., Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Editrice Kurtis, Milano, 2002
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto superiore di sanità, Osservatorio fumo, alcol e droga. Relazione annuale sul tabagismo 2008
www.ossfad.iss.it
- 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
- European Alcohol Action Plan 2000-2005. <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>
- 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
- Taggi F. et al., Sistema Siniaca - La sicurezza domestica: dalla conoscenza alla prevenzione, documento ISS, O5/AMPP/RT/550, novembre 2005
- Taggi F., Rapporto Istisan 01/11. Istituto superiore di sanità 2001
- Lyons R.A. et al., Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
- Turner C. et al., Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
- McClure R. et al., Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
- 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.
- Hense H.W., Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
- Osservatorio nazionale screening: sesto rapporto
- Lilt - Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione", 2002
- La mortalità per causa nelle regioni italiane 2000-2002, Istat www.istat.it
- Istat, Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe. WHO - Helsinki 2005
<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe. WHO - Helsinki 2005
<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>





Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
un monitoraggio continuo su stili di vita e interventi di prevenzione