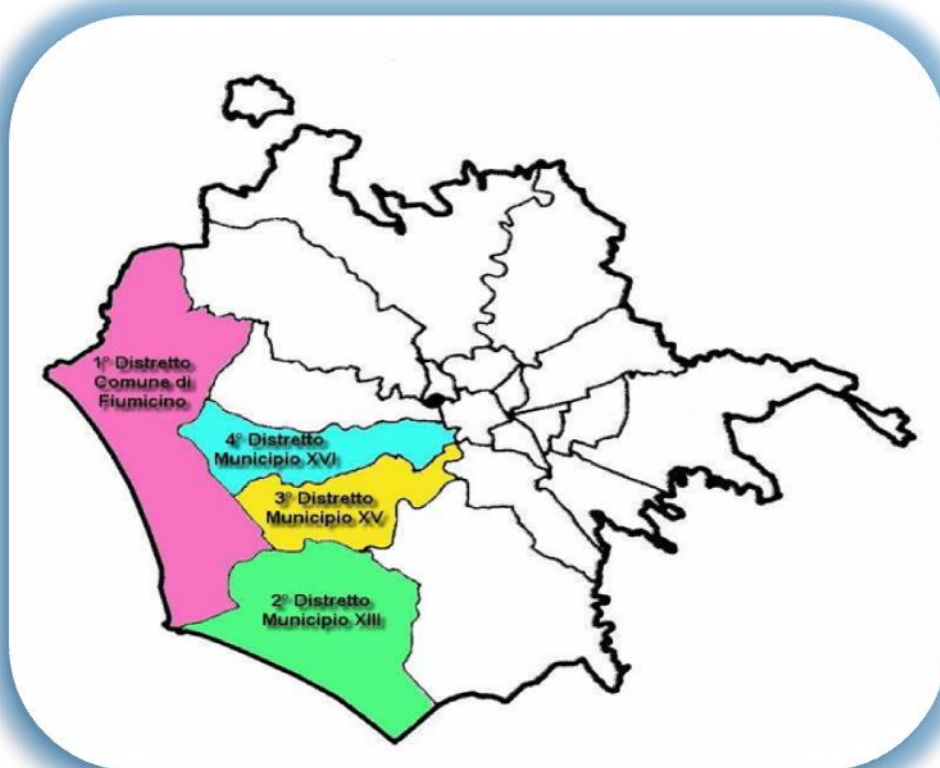




Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

## La Sorveglianza P.A.S.S.I. ASL Roma D Rapporto aziendale anni 2007-2010



Piano Regionale della  
Prevenzione 2010-2012





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 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 e sufficientemente precisa per la maggior parte delle variabili, di ogni aspetto indagato della popolazione adulta della nostra ASL.

### 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. Dal 2007 a dicembre 2010 sono state intervistate 802 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età.

#### **L'età e il sesso**

Il **53%** del campione intervistato è costituito da donne.

Il **26%** degli intervistati è compreso nella fascia d'età 18-34 anni, il **38%** in quella 35-49 anni e il **36%** in quella 50-69 anni.

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 **30%** del campione ha un basso livello di istruzione (nessun titolo/licenza elementare/scuola media inferiore), senza differenze statisticamente significative in base al sesso.

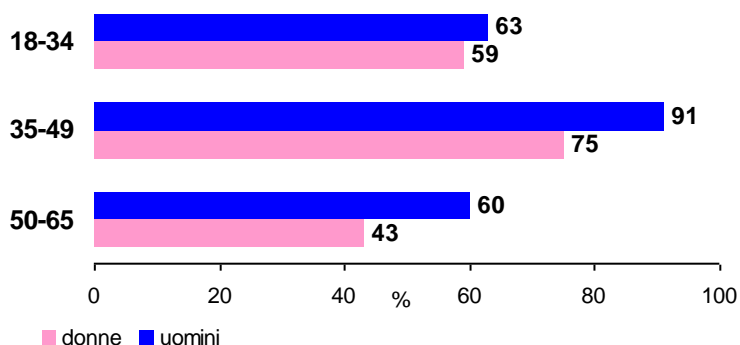
### Lo stato civile

I coniugati/conviventi rappresentano il **60%** del campione, i celibi/nubili il **30%**, i separati/divorziati il **7%** ed i vedovi/e il **3%**.

### Il lavoro

Il **67%** del campione intervistato tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente. Si osservano differenze in termini di occupazione tra gli uomini (74%) e le donne (61%).

**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ASL Roma D - PASSI 2007-2010



## Alcuni dati di sintesi

<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>66%</b> si giudica in buona salute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>7%</b> riferisce sintomi depressivi nelle ultime due settimane</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>20%</b> è iperteso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>26%</b> ha il colesterolo alto</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>37%</b> è in eccesso ponderale : il 29% è in sovrappeso, l'8% è obeso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>30%</b> fa una buona attività fisica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>16%</b> è un bevitore a rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>34%</b> fuma</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>il <b>9%</b> ha guidato "sotto l'effetto dell'alcol" nell'ultimo mese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>l' <b>88%</b> usa sempre le cinture anteriori di sicurezza</li> </ul>

## Percezione dello stato di salute

### Salute percepita

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; 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.

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 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 **66%** degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute. A riferire buone condizioni di salute sono in particolare:

- giovani (87% nei 18-34enni)
- uomini (71%)
- persone con alto livello d'istruzione (76%)
- persone senza difficoltà economiche (76%)
- persone che non soffrono di patologie croniche (75%).

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 3,3 giorni al mese contro 1,7 degli uomini).

Nel 2010, nel Lazio e tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è stata rispettivamente del 67% e del 68%.

## Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, di lavorare in modo utile e di apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.



Il **7%** delle persone intervistate riferisce sintomi depressivi nelle 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 (11% vs 3%), nelle persone con difficoltà economiche (15% vs 3%) e nei portatori di almeno una patologia cronica (16% 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 31% delle persone non depresse.

Nel 2010, nel Lazio e nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata rispettivamente dell'8% e del 6%.

## Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, alimentazione. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, di verdura e di pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, di grassi saturi e di grassi idrogenati, ecc.).

Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità ed isolamento sociale. Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale.

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative ed amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedano il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute".

L'approccio individuale, invece, è volto ad identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione.

PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. Assieme ad altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene anche presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

## Iperensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale nella dieta, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.



L'83,5% degli intervistati della ASL Roma D ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6,5% più di 2 anni fa, mentre il restante 10% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione. Nel 2010, nella Regione Lazio e nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di intervistati a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni è stata, rispettivamente, del 85% e dell' 83%.

**Il 20%** degli intervistati riferisce di essere iperteso, l'80% di tale popolazione è in trattamento farmacologico.

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa

- al crescere dell'età (38% nella fascia 50-69 anni)
- nelle persone con livello istruzione molto basso (40%)
- nelle persone con eccesso ponderale (32%)

Persone con diagnosi riferita di ipertensione ASL Roma D - PASSI 2007-2010		
Caratteristiche		% ipertesi
<b>Totale</b>		<b>20</b>
<b>Classi di età</b>	18-34 aa	5
	35-49 aa	10
	50-69 aa	38
<b>Sesso</b>	uomini	22
	donne	18
<b>Istruzione</b>	bassa	40
	alta	14
<b>Difficoltà economiche</b>	si	22
	no	19
<b>Stato nutrizionale</b>	sotto/normopeso	12
	sovrappeso/obeso	32

## Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

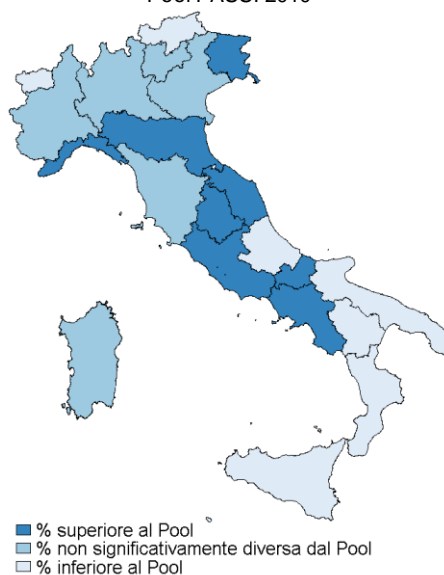
Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

Il **26%** della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 30% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Il 17% dichiara di non aver mai misurato il colesterolo.

### Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)

Pool PASSI 2010



Nel 2010, nella Regione Lazio e nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue è stata rispettivamente del 25% e del 24%.

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

- ridurre il consumo di carne e formaggi (93%),
- svolgere regolare attività fisica (90%),
- ridurre o controllare il proprio peso (91%),
- aumentare il consumo di frutta e verdura (90%).



## Carta e punteggio individuale del 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 variazioni apportate agli 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.

Nella ASL Roma D solo al 7% degli intervistati nella fascia 35-69 anni è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.

In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi: nelle classi d'età più elevate (10%), nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

In tutte le ASL della Regione Lazio, la percentuale di persone che riferiscono aver avuto calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è molto bassa. Nel 2010 la media regionale è stata dell'8%.

Nel 2010, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è pari al 7%.

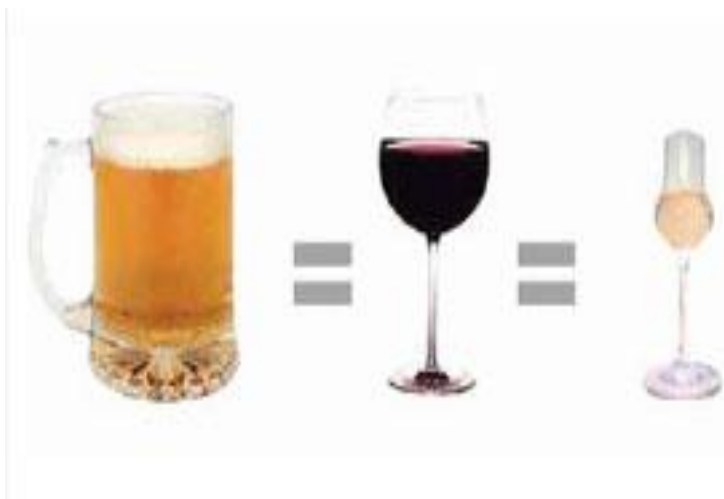
## STILI DI VITA

### Il consumo di alcol

L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome fetto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile - dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia).

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, 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) e le persone che in un'unica occasione bevono grandi quantità alcoliche (*binge drink*).



**L'unità alcolica** corrisponde a:

- un boccale di birra (33 cc)  
oppure
- un bicchiere di vino (20 cc)  
oppure
- un bicchierino di liquore (5 cc)

Nella Asl Roma D, il 51,5% degli intervistati dichiara di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica.

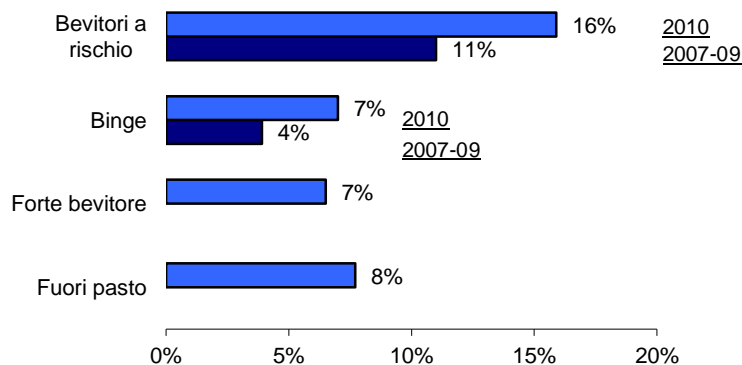
Nel 2010 il **7%** degli intervistati della Asl può essere classificabile come bevitore *binge*. Questa percentuale è più alta rispetto a quella del triennio precedente, 2007-2009, perché nel 2010 i valori che definiscono il consumo binge sono variati da "aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche a 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne".

Tale incremento si ripercuote anche sulla percentuale di bevitori a rischio del 2010 (**16%**), definiti tali o perché consumatori binge o perché forti bevitori (6,5%) o perché bevitori fuori pasto (7,7%) oppure per una combinazione delle tre modalità.

Nel 2010, nella Regione Lazio e nel Pool di ASL, le percentuali di bevitori a rischio sono, rispettivamente, del 16% e 19%.

### Bevitori a rischio\* per categorie

ASL Roma D PASSI 2007-10



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

Solo una parte degli intervistati (24%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. La percentuale di bevitori che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario è dell' 8%.

Tra i fattori di rischio comportamentali il consumo di alcol rappresenta l'abitudine di cui si ha meno consapevolezza.

Nella Regione Lazio nel 2010 la percentuale d'intervistati che ha riferito che un medico o operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol è del 17%, mentre il 7% dei bevitori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo.

Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, nel 2010 il 15% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:

- nelle classi di età 25-34 anni (35%) e 18-24 anni (24%);
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto (20%).

## L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio di numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi.

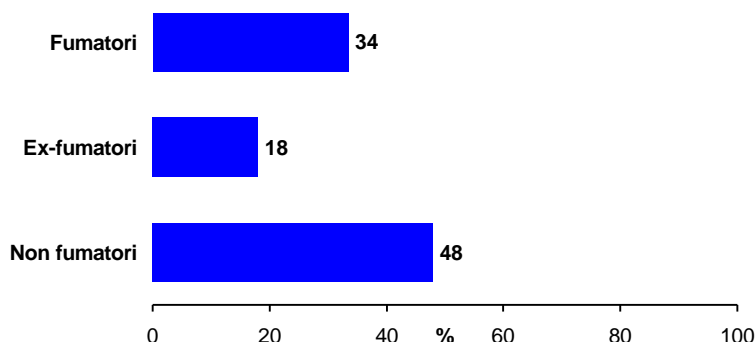
Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Smettere di fumare significa 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 2007-2010



Nella nostra ASL il **34%** degli intervistati ha riferito di essere fumatore, il 18% di essere un ex fumatore e il 48% di non fumare. Nella Regione Lazio, nel 2010 la percentuale di fumatori è del 31% e nel pool di Asl Passi 2010 del 28%.

Condizione di fumatore ASL Roma D 2007-10		
nei due sessi	Uomini	33,7%
	Donne	33,4%
nelle classi di età	18-24 anni	22,4%
	25-34 anni	39,7%
	35-49 anni	35,5%
	50-69 anni	31,6%
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	38,6%
	Media inferiore	45,5%
	Media superiore	31,0%
	Laurea	22,9%
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	42,6%
	Qualche difficoltà	40,8%
	Nessuna difficoltà	24,8%
Quanto si fuma ASL Roma D 2007-10		
Sigarette fumate in media		14,4
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno		9,8%

L'abitudine al fumo è ugualmente diffusa negli uomini e nelle donne (rispettivamente 33,7% e 33,4%). È più diffusa nei 25-34enni (39,7%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (45,5%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (42,6%).

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 14,4.

Tra i fumatori, il 10% è un forte fumatore (almeno un pacchetto di sigarette al giorno). Il 2% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

Circa il 52% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

L'89% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o quasi sempre rispettato il divieto sul fumo.

## 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.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di Massa Corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").



Il **29%** del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono l'**8%**. Nel 2010, nella Regione Lazio e nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di intervistati che ha presentato un eccesso ponderale è stata, rispettivamente, del 41% (30% in sovrappeso e 11% obesi) e del 42% (32% in sovrappeso e 10% obesi).

Stato nutrizionale della popolazione				
ASL Roma D - PASSI 2007-2010				
		Sottopeso/ Normopeso %	Sovrappeso %	Obesi %
<b>Totale</b>		<b>63</b>	<b>29</b>	<b>8</b>
<b>Classi di età</b>	18-34 aa	<b>80</b>	<b>16</b>	<b>4</b>
	35-49 aa	<b>62</b>	<b>31</b>	<b>7</b>
	50-69 aa	<b>50</b>	<b>37</b>	<b>13</b>
<b>Sesso</b>	uomini	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>10</b>
	donne	<b>72</b>	<b>21</b>	<b>7</b>
<b>Istruzione*</b>	bassa	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>18</b>
	alta	<b>69</b>	<b>26</b>	<b>5</b>
<b>Difficoltà economiche</b>	si	<b>61</b>	<b>31</b>	<b>8</b>
	no	<b>66</b>	<b>26</b>	<b>8</b>

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

L'eccesso ponderale è trattato nel 29% dei casi con dieta e nel 60% con la pratica di attività fisica regolare.



Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 10% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque porzioni al giorno; il 46% 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 (95%) e nei normopeso (91%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 53% ritiene il proprio peso normale.

Il 66% delle persone intervistate in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 58,5% delle persone in sovrappeso e il 92,5% delle persone obese.

## 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.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione Europea nel Public Health Programme (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma Guadagnare Salute si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

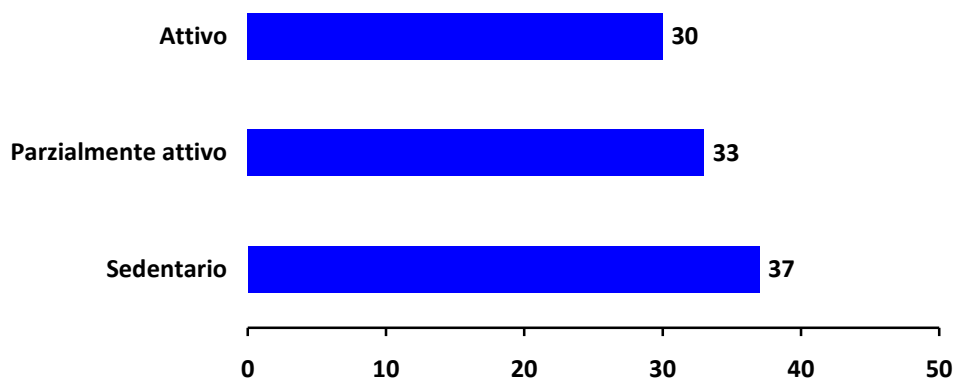


Il **30%** degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il **33%** svolge una moderata attività fisica; il restante **37%** non svolge alcuna attività fisica o comunque ne fa poca. La sedentarietà risulta, in maniera statisticamente significativa, più diffusa tra le donne (44% versus 30%).

Nel 2010, nella Regione Lazio e nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di intervistati risultata sedentaria è stata, rispettivamente, del 35% e del 31%.

Il 45% degli intervistati riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se effettuasse attività fisica e ha ricevuto il consiglio di svolgerla regolarmente.

### Livello di attività fisica (%) ASL Roma D PASSI 2007-2010



## Interventi di Prevenzione

È elevata nella popolazione residente l'adesione alla diagnostica precoce dei tumori della mammella e dell'utero. Ancora bassa invece è la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 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

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo.

Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

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

Nella nostra ASL l'82% 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 (53%) fa ipotizzare che esista un sovra-ricorso al test.

Il 40% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL ed il 71% 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. Tra le intervistate il 27,5% ha effettuato il Pap test all'interno di un programma di screening mentre il 54,5% ha aderito allo screening spontaneamente.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38%\* delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test all'interno di un programma di screening organizzato, altrettante hanno dichiarato di aver aderito allo screening spontaneamente. Nel Lazio, rispettivamente il 29%\* e il 53%.



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 is in Italian and provides information about screening for breast and cervical cancer.

**Si scrive screening  
si legge prevenzione dei tumori.**

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.

...ALLUNGA LA LINEA DELLA VITA

Per un appuntamento rivolgiti  
al centro screening della tua ASL e  
per maggiori informazioni visita il sito  
[www.asplazio.it](http://www.asplazio.it)

Screening femminile

\* Il valore riportato è più alto di quello reale. PASSI infatti sovrastima la percentuale di donne che hanno effettuato il Pap test all'interno di un programma di screening organizzato poiché include in questo gruppo anche quella quota di donne che non ha sostenuto spese per l'effettuazione del Pap test perché esente del pagamento del ticket per reddito o per effetto di quanto previsto dalla vigente Legge finanziaria 2001.



## Screening neoplasia della mammella

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

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

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa.

Il numero delle donne intervistate tra 50 e 69 anni è ancora troppo basso per fornire stime sufficientemente precise riguardo alla effettuazione del test mammografico: 149 intervistate in totale di cui il 72,5% 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 44 anni.

Nel Lazio, nel 2010, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è stata del 76%. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Tra le donne intervistate, il 48%\* ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 24,5% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 74% delle donne dichiara di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 38 anni.

Tra le intervistate della fascia di età 50-69 anni, il 71% riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla ASL ed il 69% 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. Infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile. Il programma di screening organizzato è un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia.

\* Il valore riportato è più alto di quello reale. PASSI infatti sovrastima la percentuale di donne che hanno effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato poiché include in questo gruppo anche quella quota di donne che non ha sostenuto spese per l'effettuazione della mammografia perché esente del pagamento del ticket per reddito o per effetto di quanto previsto dalla vigente Legge finanziaria 2001.

Il 18% 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 il 16% di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni. Il 74% non ha effettuato né una ricerca del sangue occulto né una colonscopia preventiva. Il 7% delle persone intervistate tra i 50 ed i 69 anni dice di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL, il 22% di aver ricevuto da medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità la ricerca del sangue occulto ed il 16% ha visto una campagna informativa.

Tra le persone che riferiscono di non aver mai effettuato una ricerca di sangue occulto, il 40% ritiene di non averne bisogno ed il 42% 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.

L'effetto della vaccinazione stagionale è stato indagato in numerose ricerche presenti in letteratura scientifica e i risultati confermano il rapporto positivo tra rischi e benefici della vaccinazione stagionale. Sulla scorta di queste valutazioni, il Servizio Sanitario Nazionale promuove e offre la vaccinazione antinfluenzale a coloro che hanno il maggior rischio di conseguenze negative dall'influenza e ha stabilito l'obiettivo di copertura di almeno i tre quarti della popolazione target.

Il 13% delle persone intervistate (18-64 anni) riferisce di essersi vaccinata nelle ultime quattro campagne antinfluenzali. Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica risulta vaccinato il 23%, copertura insufficiente e largamente migliorabili.

## Rosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Il Piano strategico per la rosolia congenita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si prefiggeva di ridurre entro il 2010 a meno di 1 caso per 100.000 nati l'incidenza della rosolia congenita. Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, PASSI misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

Dall'indagine si riscontra che il 4% 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 53% è immune (vaccinata o rubeotest positivo). Del rimanente 43% non si conosce lo stato immunitario.

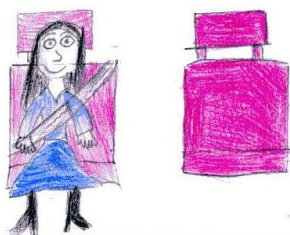
## Comportamenti sicuri

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: infatti sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

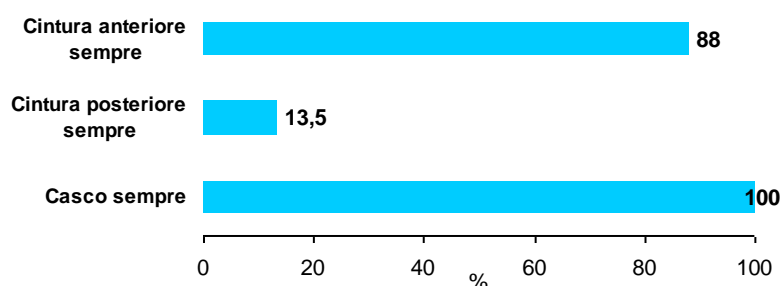
Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol.



Uso dei dispositivi di sicurezza: il **100%** di coloro che dichiarano di andare in moto ha riferito di usare sempre il casco, l'**88%** di coloro che usano l'auto riferisce di usare sempre la cintura anteriore, mentre l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (13,5%).

### 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 a una lattina di birra o a un bicchierino di liquore.

## 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.

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

Dall'indagine effettuata risulta che il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 92% 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.

Nel 2010 nella nostra ASL il 3% degli intervistati ha riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. Nel pool di Asl PASSI questa percentuale è del 3,7%.





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**

Patrizia Battilocchi\*, Angela Colaiacomo\*\*, Rosa Dacchille°, Giustina Faparelli\*, Maria Paola Filippi°, Domenico Follacchio\*, 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**

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

**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 per l'assistenza, alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione per il sostegno fornito.**

