



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

## Rapporto ASL SA / 3

Luglio 2006

**A cura di:**

Dott. Giuseppe Della Greca, Dott.ssa Anna Maria Trani, Michela Raimondo, Mirta Barra  
Servizio di Epidemiologia e Prevenzione  
Dipartimento di Prevenzione ASL SA/3

Direttore: Dott. Giuseppe DI FLURI

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori coinvolti nell'organizzazione dell'inchiesta e nell'esecuzione delle interviste:

**Campionamento**

|             |                             |
|-------------|-----------------------------|
| Mirta Barra | Dipartimento di Prevenzione |
|-------------|-----------------------------|

**Intervistatori**

|                           |                                                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|
| Dott.ssa Anna Maria Trani | Dipartimento di Prevenzione - S.E.P.                |
| Michela Raimondo          | Dipartimento di Prevenzione - S.E.P.                |
| Maria Pizino              | Dipartimento di Prevenzione                         |
| Massimo Bufano            | Dipartimento di Prevenzione - UOPC Distretto n. 108 |
| Mirta Barra               | Dipartimento di Prevenzione                         |

**Organizzazione interviste**

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Dott. Giuseppe Della Greca | Dipartimento di Prevenzione - S.E.P. |
| Dott.ssa Anna Maria Trani  | Dipartimento di Prevenzione - S.E.P. |

Si ringraziano inoltre tutte le persone che, ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

---

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Dipartimento di Prevenzione - Via O. De Marsilio, 176 Vallo della Lucania - SA  
Servizio di Epidemiologia e Prevenzione - tel. 0974 711801

# INDICE

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| SINTESI                                                                | pag. v    |
| INTRODUZIONE                                                           | pag. vii  |
| OBIETTIVI                                                              | pag. viii |
| METODI                                                                 | pag. x    |
| RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE                                        | pag. 1    |
| DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE                                     | pag. 5    |
| Aspetti socio-demografici                                              | pag. 5    |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 7    |
| PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE                                       | pag. 8    |
| Buona percezione del proprio stato di salute                           | pag. 8    |
| Giorni in cattiva salute percepiti al mese                             | pag. 9    |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 9    |
| ATTIVITÀ FISICA                                                        | pag. 10   |
| Sedentari e attivi                                                     | pag. 10   |
| Promozione attività fisica                                             | pag. 11   |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 12   |
| ABITUDINE AL FUMO                                                      | pag. 13   |
| Distribuzione dell'abitudine al fumo                                   | pag. 13   |
| Caratteristiche dei fumatori                                           | pag. 14   |
| Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario | pag. 14   |
| Consigli sullo smettere di fumare                                      | pag. 15   |
| Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori                            | pag. 15   |
| Esposizione al fumo in ambiente domestico                              | pag. 16   |
| Esposizione al fumo nel luogo di lavoro                                | pag. 16   |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 16   |
| ABITUDINI ALIMENTARI                                                   | pag. 17   |
| Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno               | pag. 17   |
| Quanti conoscono il "5 a day"                                          | pag. 18   |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 18   |
| CONSUMO DI ALCOL                                                       | pag. 19   |
| Quante persone bevono                                                  | pag. 19   |
| Quanti i bevitori a rischio                                            | pag. 20   |
| Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"                     | pag. 20   |
| Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario   | pag. 21   |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 21   |
| SICUREZZA STRADALE                                                     | pag. 22   |
| L'uso dei dispositivi di sicurezza                                     | pag. 22   |
| Quanti guidano in stato di ebbrezza                                    | pag. 23   |
| Conclusioni e raccomandazioni                                          | pag. 23   |

---

|                                                                    |         |
|--------------------------------------------------------------------|---------|
| VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE                                        | pag. 24 |
| Quanti si vaccinano                                                | pag. 24 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 24 |
| VACCINAZIONE ANTIROSOLIA                                           | pag. 25 |
| Quante donne sono vaccinate                                        | pag. 25 |
| Quante donne sono suscettibili                                     | pag. 26 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 26 |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA                                             | pag. 27 |
| L'ultima misurazione della pressione arteriosa                     | pag. 27 |
| Quanti sono ipertesi                                               | pag. 28 |
| Come viene trattata l'ipertensione                                 | pag. 28 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 28 |
| COLESTEROLEMIA                                                     | pag. 29 |
| Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo            | pag. 29 |
| Quanti hanno livelli alti di colesterolemia                        | pag. 29 |
| Come viene trattata l'ipercolesterolemia                           | pag. 30 |
| Perché non si assumono farmaci                                     | pag. 30 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 30 |
| SITUAZIONE NUTRIZIONALE                                            | pag. 31 |
| Qual è lo stato nutrizionale della popolazione                     | pag. 31 |
| Quanti sono in eccesso ponderale                                   | pag. 31 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 32 |
| CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE                                   | pag. 33 |
| A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare | pag. 33 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 33 |
| SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO                           | pag. 34 |
| Quante hanno eseguito un pap test                                  | pag. 34 |
| Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni                 | pag. 34 |
| Consigliato il pap test                                            | pag. 35 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 35 |
| SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA                                 | pag. 36 |
| Quante hanno eseguito una mammografia                              | pag. 36 |
| Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni                 | pag. 37 |
| Consigliata la mammografia                                         | pag. 37 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 37 |
| SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO                                   | pag. 38 |
| Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto      | pag. 38 |
| Conclusioni e raccomandazioni                                      | pag. 38 |
| TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI               | pag. 39 |

---

---

# Sintesi del rapporto aziendale

---

## *Quali sono i risultati principali?*

**Descrizione del campione aziendale:** Nella nostra Azienda sono state intervistate un campione casuale di 200 persone, selezionate dalla lista Assistiti dell'ASL. Il 51,5% degli intervistati è rappresentato da donne e il 48,5% da uomini con un'età media di 45 anni (43 per le donne e 48 per gli uomini). Il 43,5% ha un livello di istruzione alto ed il 42,5% ha un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Circa il 95% delle persone intervistate ha una percezione positiva (dosata, buona, molto buona) del proprio stato di salute, mentre il restante 5% ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 50,5% del campione e solo il 21% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** Il 24,5% si dichiara fumatore e il 13% ex fumatori. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena il 1% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario. A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 70,8% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

**Abitudini alimentari:** Il 22% dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Nessuno degli intervistati aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumare frutta e verdura cinque volte al giorno (5 a day).

**Consumo di alcol:** Si stima che oltre due quinti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un quinto circa abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 18% è forte bevitore o "binge"). Pochi intervistati dichiarano di essere interpellati dagli operatori sanitari sulle loro abitudini al consumo dell'alcol e di ricevere raramente il consiglio di moderarne il consumo.

**Sicurezza stradale:** Si osserva invece un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (87% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nell'11% degli intervistati. Il 7,5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 6% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Vaccinazione antinfluenzale:** In media solo il 22% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

**Vaccinazione antirosolia:** È possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 33,3% delle donne in età fertile: in particolare, il 20% riferisce di essere stato vaccinato e il 21,6% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 13,3%; negativo il 8,3%). Pertanto, la percentuale di

donne in età fertile suscettibile alla rosolia è ancora sensibilmente superiore ai valori ritenuti necessari per l'eradicazione della rosolia congenita.

**Ipertensione:** Si stima che sia iperteso un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 77,5% sono sotto trattamento farmaceutico. Al 13,5% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

**Colesterolemia:** Più di un quinto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 28,6% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Uno su cinque dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

**Situazione nutrizionale:** È in sovrappeso il 45% del nostro campione e gli obesi sono il 13%. L'eccesso ponderale è trattato nel 14,6% dei casi con dieta e solo nel 47,4% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

**Carta di rischio cardiovascolare:** Ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare (solo nel 36,3% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 62% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e il 47,5% l'hanno eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 42,9% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (36,2%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

**Screening tumore del colon retto:** Appena il 11,3% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

# Introduzione

---

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio delle principali cause di mortalità e morbidità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

# Obiettivi

---

## Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

## Obiettivi specifici

### 1. Aspetti socio-demografici

- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati.

### 2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività.

### 3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa;
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica;
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la proporzione di persone beneficiari di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari.

### 4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari;
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

### 5. Abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea;
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari;
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura);
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari



riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo.

**6. Consumo di alcol**

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori modesti e forti;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol;
- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol.

**7. Sicurezza stradale**

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

**8. Vaccinazioni in età adulta**

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test;
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza;
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-65 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

**9. Fattori di rischio cardiovascolare**

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica);
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione.

**10. Screening oncologici**

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening; stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening; stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening.

# Metodi

---

## *Tipo di studio*

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

## *Popolazione in studio*

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL SA/3 (aggiornato al 31.12.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL SA/3 e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## *Strategie di campionamento*

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL SA3. La dimensione del campione è stata di **200** individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

## *Interviste*

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da assistenti Sanitari del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

## *Analisi delle informazioni*

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia per l'Azienda sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti livello nazionale senza il metodo della pesatura.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza solo per la variabile principale.

## *Etica e privacy*

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. E' stato richiesto la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

# La sperimentazione

---

## *Risultati della valutazione su un pool di 89 ASL*

### **Introduzione**

La possibilità di sperimentare una raccolta di dati sui comportamenti legati a stili di vita che mettono a rischio la salute della popolazione e sull'andamento di interventi di salute nazionali, regionali o aziendali è un progetto che affascina gli operatori in salute pubblica che, per missione, ricercano e utilizzano dati per migliorare l'azione in salute pubblica. Il Ministero della Salute e le regioni che promuovono il cambiamento del sistema di informazione sanitario del nostro Paese, hanno chiesto all'Istituto Superiore di Sanità (al gruppo PROFEA del CNESPS) di sperimentare un approccio che producesse i dati in maniera tempestiva e valida per poter orientare l'azione a livello locale (ASL) e regionale. Lo studio PASSI è stato quindi valutato durante tutto l'arco della sua realizzazione per produrre evidenza sulla validità, fattibilità, utilità della raccolta dei dati, per rispondere a gruppi di interesse e finanziatori, alla comunità e identificare materiali e metodi per preparare il passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza.

### **Metodi**

Prima di iniziare lo studio, è stata condotta una valutazione propedeutica con l'intento di testare procedure e metodi e di inventariare le domande di valutazione dei gruppi di interesse (Ministero della Salute, Regioni, responsabili politici e tecnici di Aziende Sanitarie, operatori nell'ambito della prevenzione, società scientifiche dei medici di medicina generale, ISTAT) utilizzando focus group e interviste strutturate e semi-strutturate.

La valutazione di processo invece, è stata conclusa nel giugno 2005 utilizzando un questionario autocompilato dai coordinatori aziendali.

### **Risultati**

**La valutazione propedeutica** ha evidenziato che lo studio PASSI ha suscitato interesse per la possibilità di colmare un vuoto informativo sugli stili di vita, sulla diffusione di alcuni interventi preventivi e la loro efficacia. Vengono però espressi alcuni dubbi e critiche:

- sulla potenza statistica che in alcuni casi non permette la stratificazione per alcune variabili quali l'età e il livello socioeconomico,
- la mancanza di alcuni argomenti quali aspetti legati alla professione/rischi lavorativi
- una possibile duplicazione con altri sistemi informativi, per esempio gli screening.

Inoltre, si sono espresse perplessità sull'utilizzo del personale delle ASL in quanto senza nessuna esperienza su come si fanno le interviste tramite telefono.

Nella **valutazione del processo**, è emerso che la raccolta dati è durata in media due mesi e mezzo, mentre la fase interviste è durata 45 giorni; il 92% degli intervistatori erano assistenti sanitari o affini, riducendo ad un numero esiguo l'utilizzo inappropriato di medici.

Secondo gli operatori aziendali le Regioni non sempre hanno giocato il ruolo favorente necessario, creando talvolta qualche difficoltà nel costruire efficaci collaborazioni con le istituzioni locali.

Il **campionamento** è stato fatto a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie; delle persone campionate solo per il 27% erano disponibili numeri di telefono ed indirizzi in quanto le liste sono incomplete e a volte non aggiornate. Tale percentuale è salita all'81%, dopo una ricerca

tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali. In totale quindi sono stati sostituiti il 12% di persone campionate. Nella fase di somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 5% di rifiuti e l'11% di persone non rintracciate. Quando interpellati i medici di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità, diffidenza ecc).

La disponibilità di **linee telefoniche**, cellulari aziendali e carte telefoniche prepagate si è rivelato un elemento essenziale sia per non penalizzare il lavoro di routine dei dipartimenti di prevenzione, che per poter fare le telefonate fuori orario di lavoro. Resta il problema del riconoscimento delle ore di straordinario per gli intervistatori.

**Il questionario** è stato ritenuto appropriato, accettabile (da parte degli operatori e degli intervistati) e un buon strumento nelle sue parti, anche se è stato rilevato che complessivamente aveva troppe domande; le sezioni sul consumo di alcol e quella sull'attività fisica contengono alcune domande poco chiare.

**L'utilità** della raccolta di dati sperimentata dal PASSI è stata stimata su alcune qualità richieste a un buon sistema di sorveglianza:

- **Semplicità:** l'azienda utilizzando le proprie risorse e conoscenze è riuscita a completare l'indagine
- **Flessibilità:** è stato possibile inserire nel questionario e quindi nell'analisi di dati alcuni argomenti aggiuntivi (es. incidenti domestici) che in alcune aziende sanitarie era stato oggetto di uno specifico intervento
- **Qualità dei dati:** i questionari prodotti incompleti o con errori sono al di sotto del 5% e i dati raccolti sono in linea con altre indagini campionarie o demoscopiche (per esempio ISTAT)
- **Sensibilità e valore predittivo positivo:** in accordo con dati di altri Paesi, poiché si tratta di dati autoriferiti, ci si può attendere perlopiù una sottostima di molti fenomeni misurati
- **Rappresentatività:** il campione selezionato e intervistato è risultato rappresentativo della popolazione in studio. Le sostituzioni per mancanza del numero telefonico (12%) e le sostituzioni per rifiuto (5%) rimangono a livelli ragionevolmente bassi per possibili rischi di bias di selezione; tuttavia si può migliorare la performance con un coinvolgimento dei medici di famiglia già nella fase di campionamento.
- **Tempestività:** l'indagine si è conclusa nei tempi previsti, che permettono di produrre dei risultati annuali necessari per questo tipo di sorveglianza
- **Accettabilità:** la partecipazione degli operatori all'indagine nella fase organizzativa (corsi di formazione e reperimento dati anagrafici è stata del 80%, nella fase di esecuzione le interviste incomplete o errate sono state sotto il 5%). La partecipazione delle istituzioni locali è stata importante in quanto hanno messo a disposizione le anagrafi comunali.

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

Tabella 1: stima dei principali costi dell'indagine PASSI, Euro  
200 interviste      600 interviste

|              |        |        |
|--------------|--------|--------|
| Formazione   | 2.000  | 2.000  |
| Promozione   | 3.000  | 3.000  |
| Interviste   | 4.000  | 12.000 |
| Monitoraggio | 2.000  | 2.500  |
| Inserimento  | 500    | 1.500  |
| totale       | 11.500 | 21.000 |

### Discussione

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

I punti più critici dello studio sono il reperimento dei dati degli assistiti (indirizzo e telefono) ed il non completo coinvolgimento dei gruppi di interesse. Per quanto riguarda il reperimento dei dati degli assistiti si possono pensare altre strategie che coinvolgano da subito i medici di famiglia, evitando così potenziali bias di selezione di alcuni gruppi quali i giovani e immigrati in possesso di sola telefonia mobile.

Sul coinvolgimento dei gruppi di interesse, soprattutto cittadini e decisori in campo sanitario e politico (per esempio i sindaci) si gioca la reale utilità del sistema di sorveglianza: la sua utilità si misura sull'effettivo cambiamento dello stato di salute della comunità "provocato" dall'utilizzo delle informazioni che il sistema produce. Ma questi cambiamenti sono possibili solo se c'è il coinvolgimento dei tre soggetti principali: comunità, decisori e operatori sanitari.

Come in tutte le sperimentazioni le nuove idee e l'entusiasmo giocano un ruolo importante che a volte aiutano a superare difficoltà organizzative e risorse limitate. Il passaggio dalla sperimentazione alla routine ovvero all'istituzionalizzazione pone tuttavia come prerequisito un forte mandato da parte delle Regioni che devono costruire delle solide basi organizzative e gestionali per creare e consolidare il sistema di sorveglianza di popolazione nei mesi a venire.

## ***Risultati della valutazione di processo nell'ASL SA/3***

Nell'ASL SA/3 la prima fase del processo (preparazione indagine e formazione intervistatori) è durata circa 28 giorni mentre le interviste hanno richiesto 47 giorni. Sono stati utilizzati 5 intervistatori di cui un medico.

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, riportava solo nel 5% dei casi l'indirizzo delle persone campionate, ma nessun numero telefonico; in compenso erano presenti nel 100% dei casi il comune di residenza e il codice del medico di medicina generale. Ciò ha consentito, attraverso l'irrinunciabile e prezioso contributo degli uffici anagrafici comunali e dei medici di medicina generale, unitamente alla consultazione degli elenchi telefonici, di ottenere la lista completa di indirizzo e recapito telefonico del 95% dei cittadini campionati casualmente, realmente residenti nel nostro territorio.

Tra i 200 residenti inclusi nello studio, selezionati con il criterio della casualità semplice, è risultato irrintracciabile il 8%, mentre lo 0,5% ha rifiutato l'intervista e lo 0,5% non era intervistabile per altri motivi (patologie, servizio di leva, fuori sede per lavoro, studio, turismo); pertanto, i rimpiazzati, appaiati per classi di età e sesso, sono del 9%.

Le interviste telefoniche sono state effettuate in tutte le fasce orarie: mattino 67%, pranzo 19%, pomeriggio 14%.

Non sono stati utilizzati telefonini né schede prepagate forniti dall'azienda, si è ricorso all'utilizzo di ore di lavoro sia di routine che fuori orario.

# Descrizione del campione aziendale

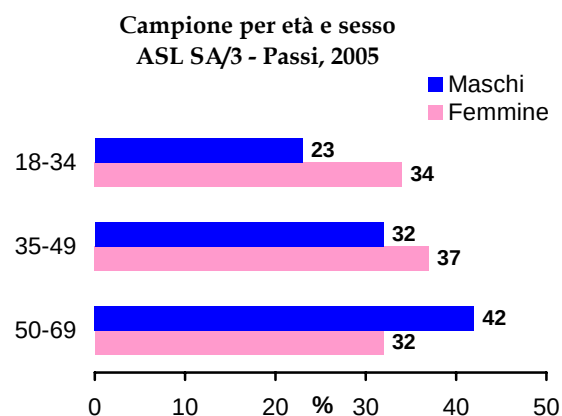
La popolazione in studio è costituita da 200 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'A.S.L. SA/3 al 31/12/2004.

Le 200 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 5 operatori sanitari: 182 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 18 sono stati sostituiti (9%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

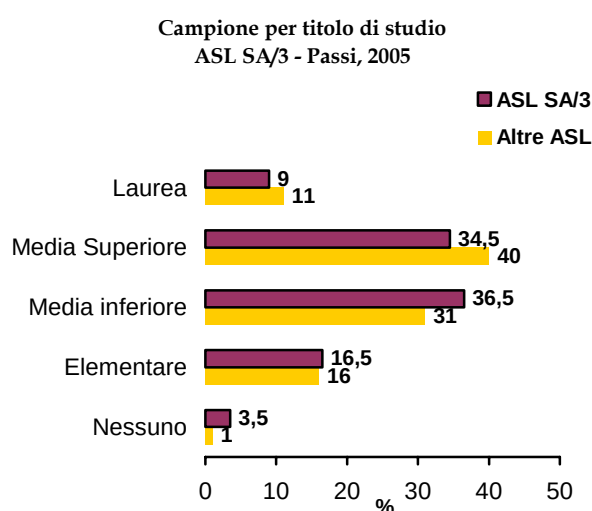
### L'età e il sesso

- nell'ASL SA/3 il 51,5% del campione intervistato è costituito da donne.
- il 23,7% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 33% in quella 35-49 e il 43,3% in quella 50-69.
- la distribuzione per sesso del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale.



### Il titolo di studio

- nell'ASL SA/3 il 3,5% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 16,5% ha la licenza elementare, il 36,5% la licenza media inferiore, il 34,5% la licenza media superiore, il 9% è laureato.
- questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.

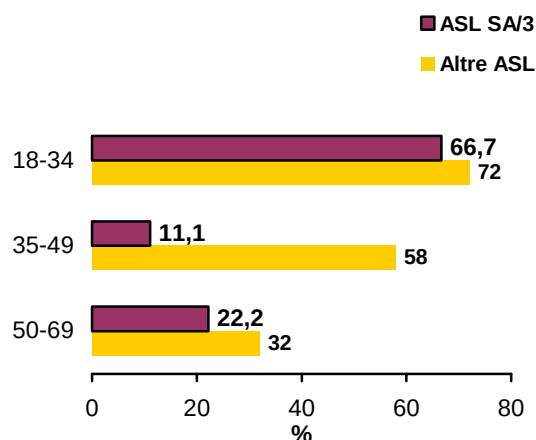




## Il livello di istruzione

- il 43,5% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.

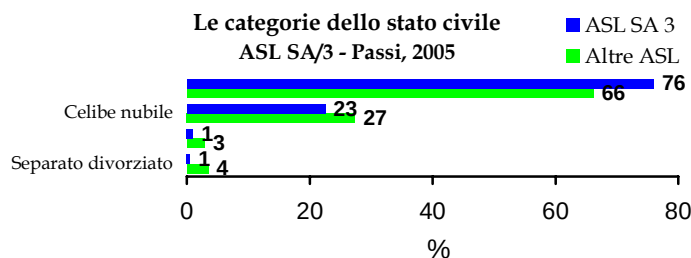
Alto grado d'istruzione per classe d'età  
ASL SA/3 - Passi, 2005



## Lo stato civile

- nell'ASL SA/3 coniugati/conviventi rappresentano il 76%, celibi/nubili il 22,5%, vedovi/e lo 0,5%, separati/divorziati l'1%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti.

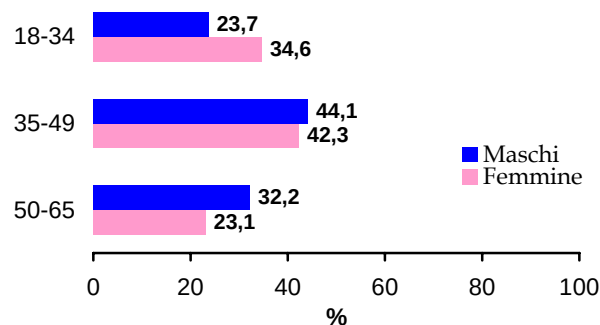
Le categorie dello stato civile  
ASL SA/3 - Passi, 2005



## Il lavoro

- nell'ASL SA/3 il 42,5% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (30,6% versus 69,4%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

Il lavoro regolare per sesso  
ASL SA/3 - Passi, 2005



### ***Conclusioni e raccomandazioni***

Il campione dell'ASL SA/3 è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. Le differenze del livello di istruzione per età suggeriscono che possono essere intraprese una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione totale registrato in particolare tra i giovani rappresenta una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

# Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici, e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

## Quanti cittadini hanno una buona percezione del proprio stato di salute ?

- nell'ASL SA/3 il 54,5% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- in particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alta istruzione\*
  - le persone senza patologie severe.
- nelle ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

### Stato di buona salute percepito

ASL di SA/3 - Passi, 2005

| Caratteristiche Demografiche |          | %    |
|------------------------------|----------|------|
| 54,5 (IC 95%: 42,6 – 67,7)   |          |      |
| Età                          |          |      |
|                              | 18 - 34  | 87,7 |
|                              | 35 - 49  | 59,4 |
|                              | 50 - 69  | 24,4 |
| Sesso                        |          |      |
|                              | M        | 58.8 |
|                              | F        | 51.5 |
| Istruzione*                  |          |      |
|                              | bassa    | 46,8 |
|                              | alta     | 53,2 |
| Patologia Severa**           |          |      |
|                              | presente | 3,5  |
|                              | assente  | 51,2 |

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

\*\* almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

- nell'ASL SA3 le persone intervistate riferiscono una media di circa 4 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 4 giorni al mese.
- il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che psicologici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.
- le donne lamentano più giorni (5,5 per le donne e 3 per gli uomini) in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici e sono più limitate nelle loro abituali attività.
- nelle ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

**Giorni in cattiva salute percepita**  
ASL di SA3- Passi, 2005

| Caratteristiche Demografiche | N° gg/mese per |                    |                   |
|------------------------------|----------------|--------------------|-------------------|
|                              | Motivi Fisici  | Motivi Psicologici | Attività Limitata |
| <b>Totale</b>                | <b>4</b>       | <b>3</b>           | <b>4</b>          |
| <b>Età</b>                   |                |                    |                   |
| 18 - 34                      | 2,5            | 2                  | 3                 |
| 35 - 49                      | 4              | 3                  | 4                 |
| 50 - 69                      | 9              | 8                  | 13.5              |
| <b>Sesso</b>                 |                |                    |                   |
| M                            | 3              | 7.5                | 3                 |
| F                            | 4.5            | 3                  | 5.5               |

## Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con l'indagine multiscopo 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

# Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASL SA/3 l'8% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 34,5% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 45% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani e gli uomini.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

| Sedentarietà                 |                          |      |
|------------------------------|--------------------------|------|
| ASL SA3 - Passi, 2005        |                          |      |
| Caratteristiche demografiche | Sedentari, %*            |      |
| Totale                       | 45% (IC 95% : 38 - 52,2) |      |
| Età                          | 18 - 34                  | 43,8 |
|                              | 35 - 49                  | 40,5 |
|                              | 50 - 69                  | 50   |
|                              |                          |      |
| Sesso^                       | uomini                   | 42,2 |
|                              | donne                    | 47,5 |
| Istruzione**                 | bassa                    | 43,3 |
|                              | alta                     | 47,1 |

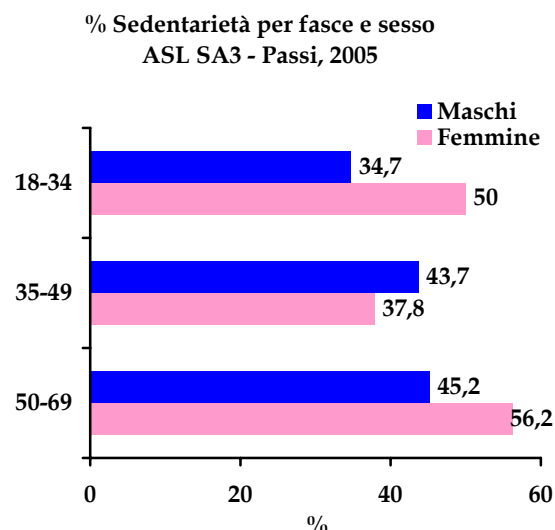
\* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

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

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0005)

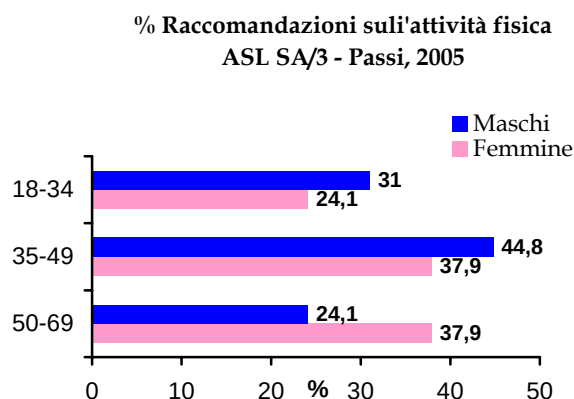
## *Gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione*

- Nell'ASL SA/3 il 45% del campione intervistato riferisce di non svolgere attività fisica e la fascia più sedentaria è quella che va dai 50 ai 69 anni.
- Di questi le femmine sono più sedentarie nella fascia d'età 18-49, mentre sono più sedentari i maschi nella fascia anziana.
- Inoltre, il 43,3% dei sedentari dichiara di godere di uno stato di salute discreto, 35,6% buono, 14,4% molto buono, solo il 6,7% di cattiva salute. L'84,4% sono non fumatori.



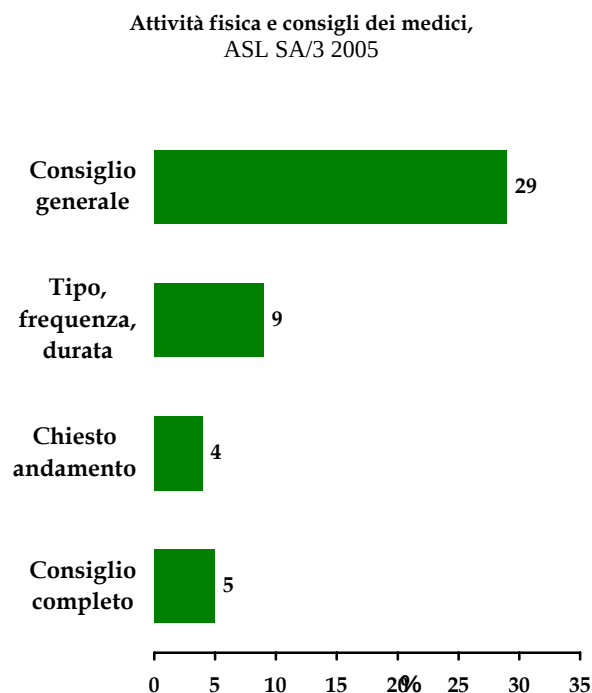
## *Stima della proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica*

- La media dei giorni dedicata all'attività sportiva è di 3 giorni a settimana con relativa durata di 50 minuti al giorno.



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

- 
- Nell'ASL SA/3 le persone intervistate riferiscono che il 21,5% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 29% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 9% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 4% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 5% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che circa il 45% della popolazione dell'ASL SA3 conduca uno stile di vita sedentario e il 78% non pratichi sufficiente attività fisica.

In poco più di un quarto dei casi i medici informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale che danno consigli più dettagliati è del 5%.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.).

# L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico- degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardio-vascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

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

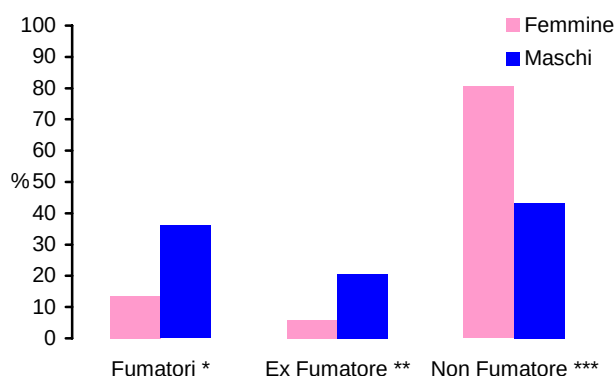
Oltre agli effetti del fumo sul fumatore, è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione a fumo passivo e alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione anche al problema del fumo passivo.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nel comunicare con gli assistiti sui rischi del fumo, che è di documentata efficacia nel promuovere la disassuefazione al fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo all'opportunità di smettere di fumare.

## Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell'ASL SA/3 i fumatori sono pari al 24,5% (49), gli ex fumatori al 13% (26), e i non-fumatori al 62,5% (125).
- Fumano più gli uomini delle donne (28,6% vs 71,4%). Tra i non fumatori ci sono più donne che uomini (66,4% vs 33,6%).
- La distribuzione tra i sessi è analoga: gli uomini fumano di più e ci sono più donne tra i non fumatori.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

Abitudine al fumo ASL SA/3 - Passi, 2005



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

\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

\*\*\*Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma



## Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti tra le classi d'età medie, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 10 sigarette al giorno.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

### Fumatori ASL SA/3

Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | Fumatori %*                  |      |
|------------------------------|------------------------------|------|
|                              | 24,5% (IC 95% : 18,7 – 31,1) |      |
| <b>Età, anni</b>             |                              |      |
|                              | 18 - 24                      | 12,2 |
|                              | 25 - 34                      | 14,3 |
|                              | 35 - 49                      | 46,9 |
|                              | 50 - 69                      | 26,5 |
| <b>Sesso</b>                 |                              |      |
|                              | M                            | 71,4 |
|                              | F                            | 28,6 |
| <b>Istruzione**</b>          |                              |      |
|                              | bassa                        | 47,1 |
|                              | alta                         | 42,9 |

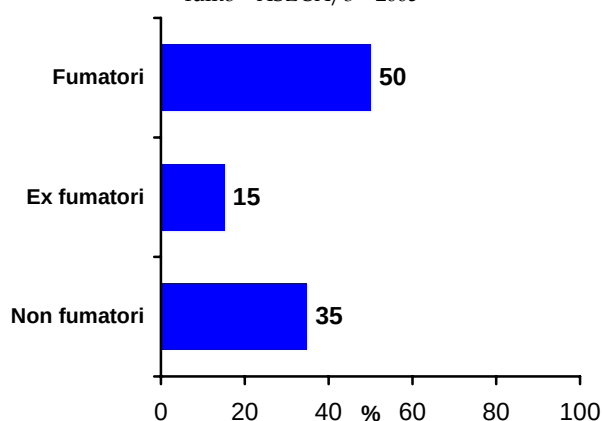
\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno.

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

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

- Nella ASL SA3 circa un operatore sanitario su due (33%) si informa sui comportamenti dei propri pazienti in relazione all'abitudine al fumo
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 50% dei fumatori, il 15,1% dei ex fumatori ed 34,8% dei non fumatori.

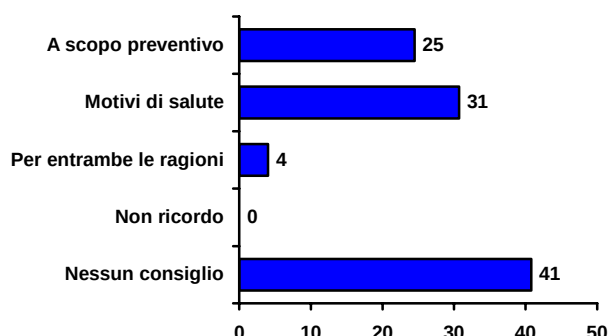
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo - ASL SA/3 2005



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

- Il 59,2% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (30,6%)
- Il 40,8% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

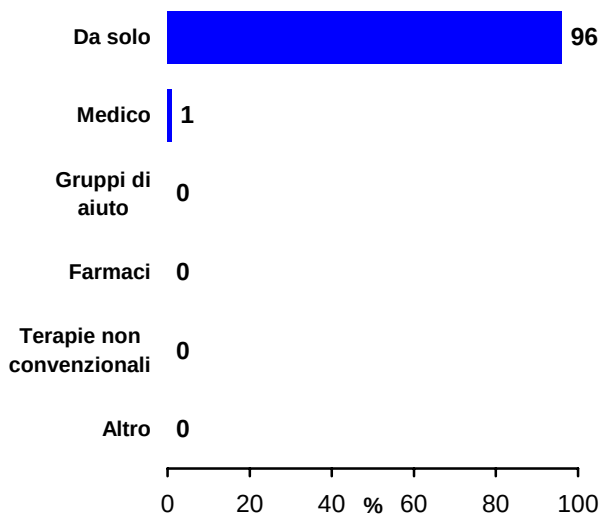
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione ASL SA/3 - Passi 2005



## *Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?*

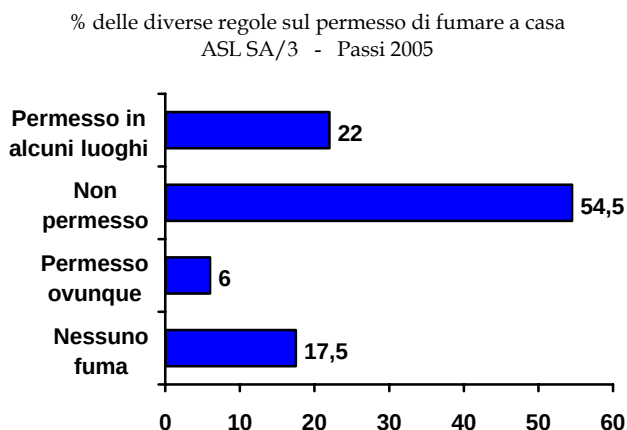
- Il 99% degli ex fumatori della ASL SA/3 ha smesso di fumare da solo; 1 riferisce di aver avuto l'aiuto da un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL SA/3 - Passi 2005



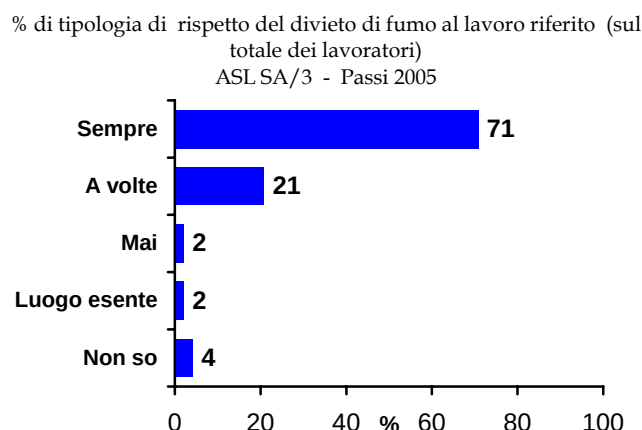
## Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- I residenti nella ASL SA/3 dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 66% dei casi (54,4% non permesso; 17,5% nessuno fuma); nel restante 44% dei casi si fuma ovunque o in parte.



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

- Le persone che lavorano riferiscono nel 70,8% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL SA/3 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori specialmente nella classe d'età dei 35-49 anni.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

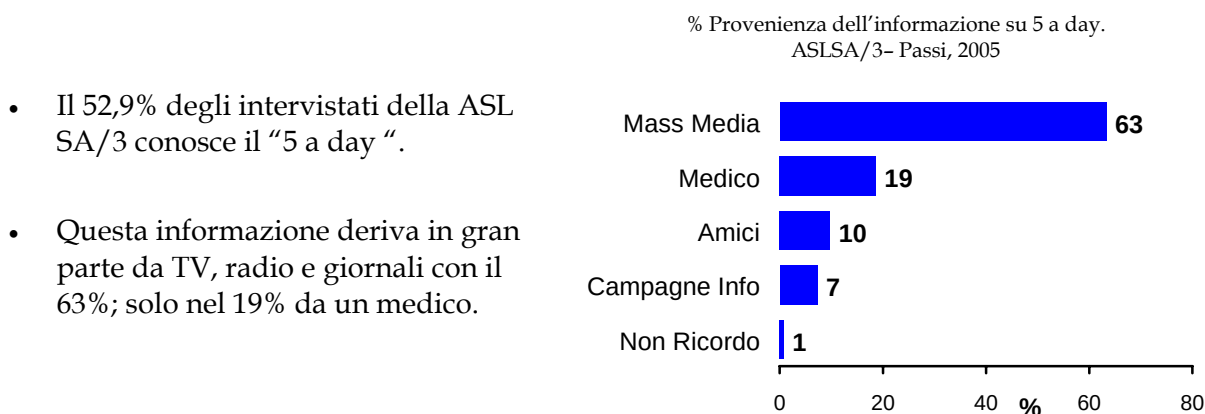
Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

# Abitudini alimentari

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

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

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



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

- Nella ASL SA/3 il 22% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno, tuttavia nessuno, tra questi, aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni. L'abitudine è significativamente più diffusa tra le donne.

## *Conclusioni e raccomandazioni*

Nella ASL SA/3 si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura, anche se nessuno mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti meno della metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare ulteriormente la popolazione su questo aspetto, garantendo la stretta collaborazione tra servizi di prevenzione e medici di medicina generale.

# Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

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

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

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

## Quante persone consumano alcol?

- Nell'ASL SA/3 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 37,5.
- Si sono osservati tassi più alti nella fascia media (in particolare nella fascia 35-49 anni), negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% versus 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% versus 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

| Consumo di alcol<br>ASL SA/3 Passi, 2005 |                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Caratteristiche demografiche             | % che ha bevuto ≥1<br>unità di bevanda<br>alcolica* nell'ultimo<br>mese |
| Totale                                   | 37,5 (IC 95% : 30,8 – 44,6)                                             |
| <b>Età, anni</b>                         |                                                                         |
| 18 - 34                                  | 36,8                                                                    |
| 35 - 49                                  | 40,6                                                                    |
| 50 - 69                                  | 35                                                                      |
| <b>Sesso^</b>                            |                                                                         |
| uomini                                   | 52,6                                                                    |
| donne                                    | 23,3                                                                    |
| <b>Istruzione**</b>                      |                                                                         |
| bassa                                    | 36,3                                                                    |
| alta                                     | 39                                                                      |

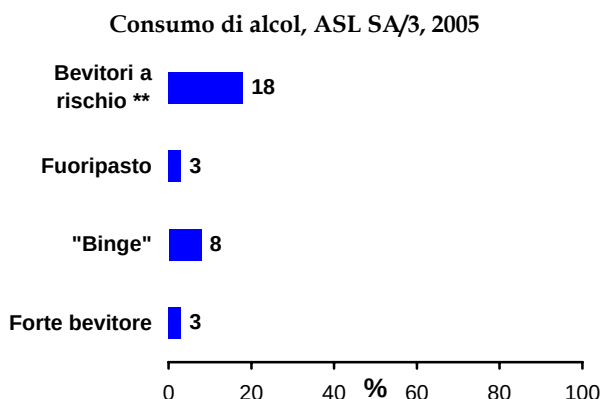
\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

## Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 18% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori-pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 3% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- L'8% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuori pasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

\*\* I bevitori a rischio possono essere contati più volte nelle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)



## Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso nella fascia d'età 18-49, negli uomini e nelle persone con più basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% versus 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% versus 7%).

Bevitori "binge"  
ASL SA/3- Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | Bevitori "binge" (n=16) |      |
|------------------------------|-------------------------|------|
| Totale                       | 8% (IC 95%:4,6 - 12,7)  |      |
| Età, anni                    | 18 - 34                 | 8,7  |
|                              | 35 - 49                 | 8,7  |
|                              | 50 - 69                 | 6,7  |
| Sesso^                       | M                       | 14,4 |
|                              | F                       | 1,9  |
| Istruzione**                 | bassa                   | 11,7 |
|                              | alta                    | 3,8  |

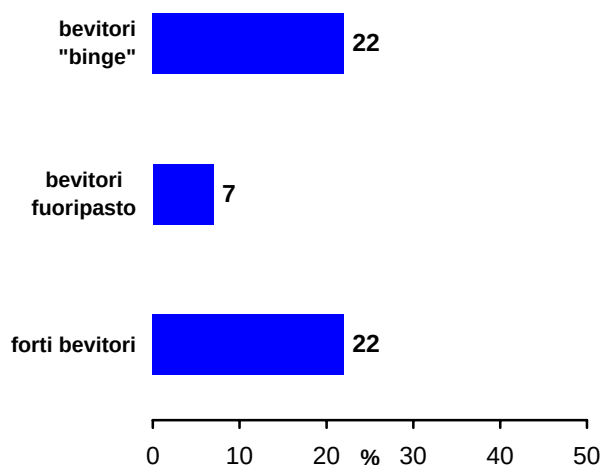
\* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

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

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

- Nell'ASL SA/3 solo il 13,5% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 22% (n=6) dei "binge", il 7% (n=2) di chi beve fuori pasto ed il 22% (n=6) dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

**Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi),  
ASL SA/3 - Passi, 2005**



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA/3 si stima che circa un terzo del campione consuma bevande alcoliche e un quinto circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Nell'ASL SA/3 gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderare il consumo dell'alcol.

I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.



# Sicurezza stradale

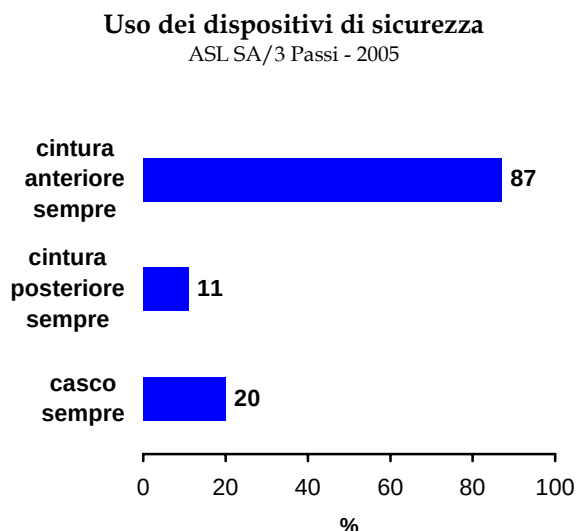
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

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

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

## *L'uso dei dispositivi di sicurezza*

- Nella ASL SA/3 la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 87%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (11%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 20% riferisce di usare sempre il casco (considerando che il 72,5% del campione riferisce di non andare in motorino).
- Nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 7,5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- Il 6% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% versus 2%).

### Guida in stato di ebbrezza

ASL SA/3 - Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | Guida in stato di ebbrezza* (%) |  |
|------------------------------|---------------------------------|--|
| Totale                       | 7,5 (IC 95% : 3,1 - 14,8)       |  |
| Età*                         |                                 |  |
| 18 - 34                      | 7                               |  |
| 35 - 49                      | 8,6                             |  |
| 50 - 69                      | 6,7                             |  |
| Sesso***                     |                                 |  |
| M                            | 11,3                            |  |
| F                            | 3,8                             |  |
| Istruzione****               |                                 |  |
| bassa                        | 8,8                             |  |
| alta                         | 5,7                             |  |

\*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL SA/3 si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta da considerare nell'ASL; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 35 e 49 anni.

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

# Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

## Quanti si vaccinano per l'influenza?

- nell'ASL SA/3 il 20,5% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 38% tra i 65-69 anni.
- tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 22% risulta vaccinato.
- tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

### Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)

ASL SA/3 Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche         | Vaccinati                   |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Totale                               | 20,5 (IC 95% : 15,1 – 26,8) |
| <b>Età</b>                           |                             |
| ≥65                                  | 38                          |
| <65                                  | 12,5                        |
| <65 con almeno una patologia cronica | 5,5                         |
| <b>Sesso<sup>^</sup></b>             |                             |
| uomini                               | 21,6                        |
| donne                                | 19,4                        |
| <b>Istruzione<sup>*</sup></b>        |                             |
| bassa                                | 24,7                        |
| alta                                 | 14,9                        |

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

## Conclusioni e raccomandazioni

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

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

# Vaccinazione antirosolia

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

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 20% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate passa dall'11% della fascia d'età 18-24, al 28% appartenente alla fascia d'età 25-34 e il 21% per la fascia 35 -45 anni. Il livello d'istruzione risulta basso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=60)

ASL SA/3 Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | Vaccinate, %               |      |
|------------------------------|----------------------------|------|
|                              | 20% (IC 95% : 10,8 - 32,3) |      |
| <b>Totale</b>                |                            |      |
| <b>Età</b>                   |                            |      |
|                              | 18-24                      | 11   |
|                              | 25-34                      | 28   |
|                              | 35-45                      | 21   |
| <b>Istruzione*</b>           |                            |      |
|                              | bassa                      | 27,2 |
|                              | alta                       | 15,7 |

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

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

- Tra le donne non vaccinate il 20% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 33,3% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (20%) o con un rubeotest positivo (13,3%).
- Il 8,3% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 66,6% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

| Stato immunitario<br>(donne 18-45 anni; n=60)<br>ASL SA/3, Passi, 2005 |  | %           |
|------------------------------------------------------------------------|--|-------------|
| <b>Immuni</b>                                                          |  | <b>33,3</b> |
| Vaccinate                                                              |  | 20          |
| Non vaccinate con rubeotest positivo                                   |  | 13,3        |
| <b>Suscettibili</b>                                                    |  | <b>8,3</b>  |
| Non vaccinate; rubeotest negativo                                      |  |             |
| <b>Stato immunitario sconosciuto</b>                                   |  | <b>66,6</b> |
| Non vaccinate; rubeotest effettuato                                    |  | 21,6        |
| ma risultato sconosciuto                                               |  | 8,3         |
| Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato           |  | 58,3        |

## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti rivelano che nella ASL SA/3, è possibile quantificare lo stato immunitario di appena il 33% delle donne in età fertile: in particolare il 20% riferisce di essere stato vaccinato e il 21,6% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 13,3% e negativo il 8,3%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile immune verso la rosolia è ancora sensibilmente inferiore a quella richiesta per l'eradicazione della rosolia congenita.

Appare, quindi, necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche), per abbassare sotto la soglia del 5%, indispensabile per l'eradicazione della rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla malattia.

# Ipertensione arteriosa

L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso. Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione non diagnosticata o scarsamente controllata, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati richiede un trattamento farmacologico; anche l'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori.

## *A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?*

|                              |         | % di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni |  |
|------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
|                              |         | ASL SA/3 - Passi, 2005                                                         |  |
| Caratteristiche demografiche |         | % *                                                                            |  |
| <b>Totale</b>                |         | <b>84,0 (IC95%:81,2-91,5)</b>                                                  |  |
| <b>Età, anni</b>             |         |                                                                                |  |
|                              | 18 - 34 | 75,4                                                                           |  |
|                              | 35 - 49 | 80                                                                             |  |
|                              | 50 - 69 | 94,6                                                                           |  |
| <b>Sesso</b>                 |         |                                                                                |  |
|                              | uomini  | 83,5                                                                           |  |
|                              | donne   | 84,4                                                                           |  |
| <b>Istruzione**</b>          |         |                                                                                |  |
|                              | bassa   | 84                                                                             |  |
|                              | alta    | 84                                                                             |  |

- Nell'ASL SA/3 l'84% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 2,5% più di 2 anni fa, mentre il 13,5% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.
- I dati locali sono in linea con i dati delle ASL partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

## *Quanti sono ipertesi?*

- Nell'ASL SA/3 il 24% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su due è ipertesa (52,7%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

| Ipertesi<br>ASL SA/3 - Passi, 2005 |         |                   |
|------------------------------------|---------|-------------------|
| Caratteristiche demografiche       |         | % *               |
| <b>Totale</b>                      |         | <b>24(IC 95%)</b> |
| <b>Età, anni<sup>^</sup></b>       |         |                   |
|                                    | 18 - 34 | 5,2               |
|                                    | 35 - 49 | 8,7               |
|                                    | 50 - 69 | 52,7              |
| <b>Sesso</b>                       | uomini  | 25,7              |
|                                    | donne   | 22,3              |
| <b>Istruzione**</b>                | bassa   | 40,2              |
|                                    | alta    | 11,5              |

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

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

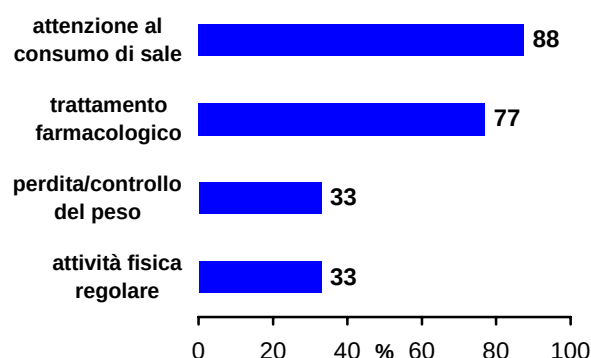
<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

### Come viene trattata l'ipertensione?

- Il 77,5% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (87,5%), controllando il proprio peso corporeo (33%) e svolgendo regolare attività fisica (33%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 69%.

#### Modalità di trattamento dell'ipertensione\*\*

ASL SA/3 - Passi, 2005



\*\* ognuna considerata indipendentemente

### Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL SA/3 si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, la metà circa degli ultracinquantenni e circa il 14% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi, si può controllare l'ipertensione attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, ma questa non può essere considerato sostitutiva di stili di vita corretti.

# Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia (generalmente misurata come livello serico) e coronarosclosi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

## Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASL SA/3 l'80% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia. Il 61% della popolazione riferisce di aver effettuato tale misurazione nell'ultimo anno.
- Solo il 68,4% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni. Questa percentuale non si differenzia in modo statisticamente significativo né per sesso né per istruzione.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita è pari al 79%.

| Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ASL SA/3 - Passi, 2005                                                        |                          |
| Caratteristiche demografiche                                                  | %                        |
| Totale                                                                        | 80 (IC 95%: 73,8 - 85,3) |
| <b>Età, anni</b>                                                              |                          |
| 18 - 34                                                                       | 68,4                     |
| 35 - 49                                                                       | 82,6                     |
| 50 - 69                                                                       | 86,5                     |
| <b>Sesso</b>                                                                  |                          |
| M                                                                             | 83,5                     |
| F                                                                             | 76,7                     |
| <b>Istruzione</b>                                                             |                          |
| bassa                                                                         | 82,5                     |
| alta                                                                          | 78                       |

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 21,8% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile al dato locale.

| Ipercolesterolemici              |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| ASL SA/3 - Passi, 2005           |                            |
| Caratteristiche demografiche     | % *                        |
| Totale                           | 21,8 (IC 95%: 15,7 - 29,1) |
| <b>Età, anni<sup>^</sup></b>     |                            |
| 18 - 34                          | 2,5                        |
| 35 - 49                          | 28                         |
| 50 - 69                          | 28,1                       |
| <b>Sesso</b>                     |                            |
| M                                | 20,9                       |
| F                                | 22,7                       |
| <b>Istruzione<sup>**</sup> °</b> |                            |
| bassa                            | 25                         |
| alta                             | 17,6                       |

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

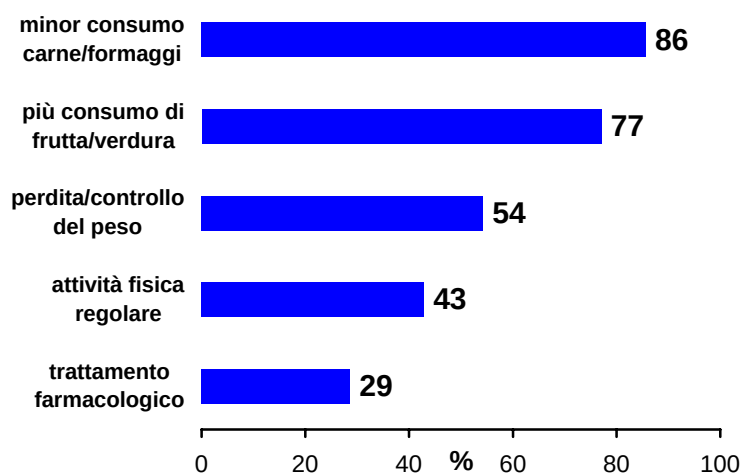
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;



## Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 28,6% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, l'85,7% degli ipercolesterolemici trattano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi, il 77,1% aumentando il consumo di frutta e verdura, il 54,3% controllano il proprio peso corporeo ed il 42,9% svolgono regolare attività fisica.
- Tra le ASL partecipanti il 24% riferisce di essere sottoposto a trattamento farmacologico.

Modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia\*\*  
ASL SA/3 - Passi, 2005

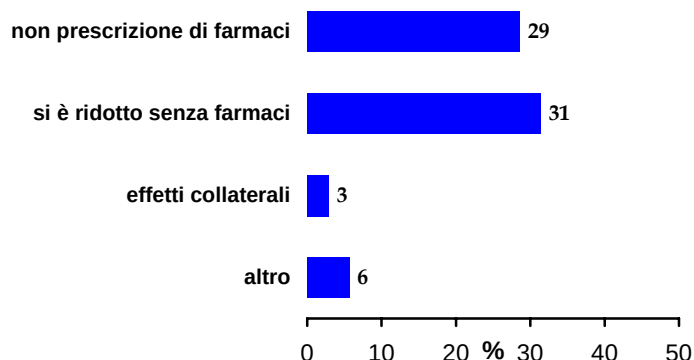


\*\* ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 28,6% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 31,4% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 2,9% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici  
ASL SA/3 - Passi 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

Nel 19% della popolazione dell'ASL SA/3 non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa 8 persone su 10 della popolazione totale tra 18 e 69 anni, 3 su 10 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia.

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

# Situazione nutrizionale

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

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

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

### Caratteristiche ponderali della popolazione

ASL SA/3 - Passi, 2005



- Nell'ASL SA/3 l'1% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 41% normopeso, il 45% sovrappeso ed il 13% obeso.

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

### Popolazione con eccesso ponderale ^

ASL SA/3 - Passi, 2005

- Nell'ASL SA/3 si stima che il 58% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 79,7% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 14,6% svolge una dieta e il 47,4% fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso

| Caratteristiche demografiche |         | %    |
|------------------------------|---------|------|
| Totale                       |         | 58%  |
| Età, anni*                   |         |      |
|                              | 18 - 24 | 12   |
|                              | 25 - 34 | 28   |
|                              | 35 - 49 | 65,2 |
|                              | 50 - 69 | 79,7 |
| Sesso**                      |         |      |
|                              | Uomini  | 72   |
| Istruzione *** °             | Donne   | 44,6 |
|                              | bassa   | 66,9 |
|                              | alta    | 35,3 |

### ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA/3 si stima che il 58% della popolazione sia in eccesso ponderale. Tra le persone in eccesso ponderale, solo il 14,6% riferisce di seguire una dieta ed il 47,4% di praticare attività fisica per perdere peso.

Appaiono pertanto opportuni interventi che favoriscano un'attività fisica regolare e abitudini alimentari corrette coinvolgendo operatori di Sanità Pubblica esperti in: attività fisica, comunicazione, ecc. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

# Carta di rischio cardiovascolare

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

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

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre alla familiarità alla malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

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

## *A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?*

- Nell'ASL SA/3 la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 36,3%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è sovrapponibile (9%).

| Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| ASL SA/3 - Passi, 2005                                                                 |                                |
| Caratteristiche demografiche                                                           | % *                            |
| <b>Totale</b>                                                                          | <b>36,3 (IC 95% 27,8-45,4)</b> |
| <b>Età, anni</b>                                                                       |                                |
| 40 - 49                                                                                | 12                             |
| 50 - 59                                                                                | 45,9                           |
| 60 - 69                                                                                | 59,4                           |
| <b>Sesso</b>                                                                           |                                |
| uomini                                                                                 | 34,7                           |
| donne                                                                                  | 38                             |
| <b>Istruzione*</b>                                                                     |                                |
| bassa                                                                                  | 39,3                           |
| alta                                                                                   | 28,5                           |

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

## *Conclusioni e raccomandazioni*

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia nell'ASL SA/3 sia nelle Asl partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

# Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati.

Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

## Quante donne hanno eseguito un pap test?

- Nell'ASL SA/3 il 62% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate al crescere dell'età. Non si osservano differenze significative per livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 42 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

**Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)**  
ASL SA/3 Passi, 2005

| Caratteristiche demografiche | Effettuato il pap test * |
|------------------------------|--------------------------|
| <b>Totale</b>                | 62 (IC95%:50,7-72,3)     |
| <b>Età</b>                   |                          |
| 25 - 34                      | 32,0                     |
| 35 - 49                      | 67,5                     |
| 50 - 64                      | 86,3                     |
| <b>Istruzione**</b>          |                          |
| bassa                        | 64,2                     |
| alta                         | 59,5                     |

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

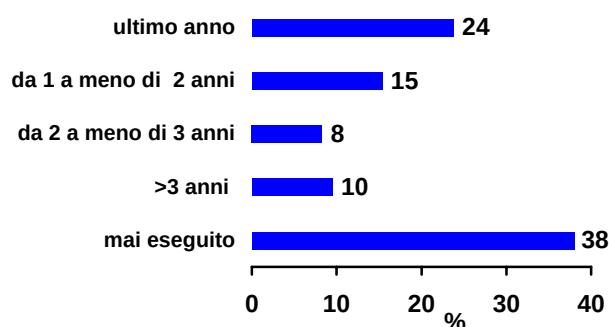
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 47,5% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 23,8% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 38% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.

**Pap test e periodicità**

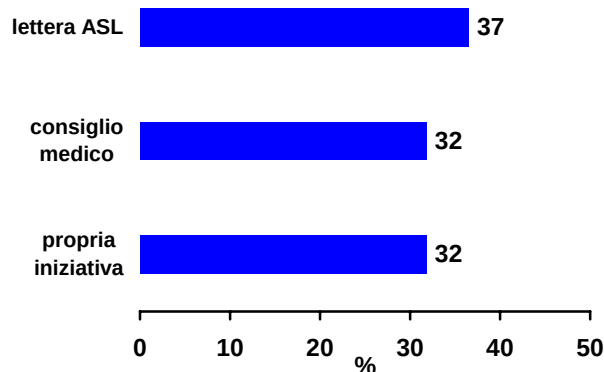
ASL SA/3 - Passi, 2005



### ***Viene consigliato il pap test alle donne?***

- Il 60,7% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e l'66,7% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (13%), su consiglio medico (7%) e di propria iniziativa (7,5%).
- Tra le donne delle altre ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL nel 25%.

Pap test: consigli e motivo dell'esecuzione  
ASL SA/3 - Passi, 2005



### ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA/3 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è bassa. Risulta bassa anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); meno di un quarto l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. È da notare la differenza significativa in relazione allo stato civile tra le donne che effettuano il pap test: quelle coniugate sono maggiormente rappresentate (55%), mentre quelle non coniugate risultano essere meno rappresentate (7%).

Di conseguenza saranno necessari programmi aziendali organizzati al fine di aumentare l'adesione di tale sottopopolazione.

# Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

I risultati dello stato attuale, per questo aspetto, sono limitati ad una sottopopolazione del campione selezionato (84 donne): i dati riportati sono caratterizzati, pertanto da un'ampia variabilità che non permette di trarre conclusioni particolarmente "affidabili". La ASL è impegnata a stendere indagini sullo screening ad un campione maggiormente rappresentativo della popolazione in studio; i risultati contribuiranno ad aggiornare la versione definitiva del presente documento.

## Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nell'ASL SA/3 il 42,9% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è inferiore nelle coniugate e in chi ha un basso livello di istruzione. Non si apprezzano differenze in base all'età.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 42 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

| Screening cancro della mammella ( ≥50 anni) |               |                           |
|---------------------------------------------|---------------|---------------------------|
| ASL SA/3 Passi, 2005                        |               |                           |
| Caratteristiche demografiche                |               | Effettuata mammografia*   |
| <b>Totale</b>                               |               | 42,9 (IC95%: 26,3 - 60,6) |
| <b>Età</b>                                  |               |                           |
|                                             | 50 - 59       | 44,4                      |
|                                             | 60 - 69       | 41,1                      |
| <b>Stato civile<sup>^</sup></b>             |               |                           |
|                                             | coniugata     | 42,4                      |
|                                             | non coniugata | 50                        |
| <b>Istruzione<sup>**</sup></b>              |               |                           |
|                                             | bassa         | 39,2                      |
|                                             | alta          | 57,1                      |

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

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

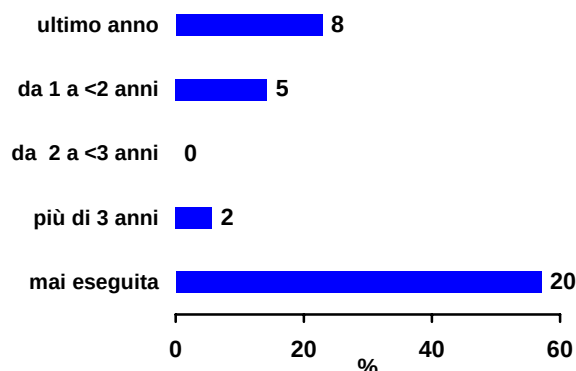
<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,09)

## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nell'ASL SA/3 il 36,2% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 5,7% più di 2 anni fa. Il 51,4% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

### Mammografia e periodicità

ASL SA/3 - Passi, 2005

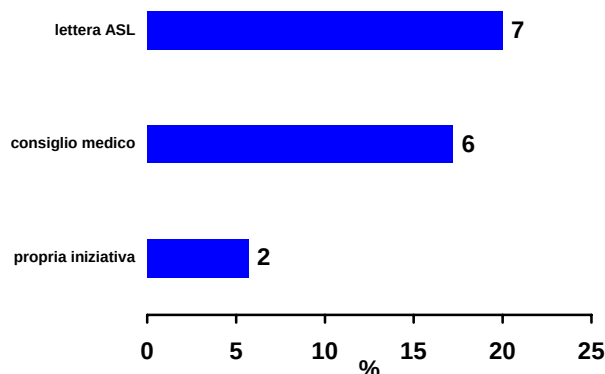


## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 17,2% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 20% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 17,2% su consiglio medico, nel 5,7% di propria iniziativa e nel 20% in seguito ad una lettera di invito.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% della propria iniziativa.

### Mammografia: consigli e motivo dell'esecuzione

ASL SA/3 - Passi, 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

Al momento il programma aziendale di offerta attiva prevede l'offerta a tutte le donne residenti di età compresa tra i 50 - 69 anni (Progetto "Viva", maggio 2004). L'esame mammografico è comunque stato eseguito almeno una volta dall'42,9% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 36,2% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.



# Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi).

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

## Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto?

| Screening cancro colon retto (≥50 anni)<br>ASL SA/3- Passi, 2005 |                                                 |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Caratteristiche demografiche                                     | Esecuzione di un test*<br>per motivi preventivi |
| <b>Totale</b>                                                    | <b>11,3</b> (IC95%: 5,3 - 20,3)                 |
| <b>Età</b>                                                       |                                                 |
| 50 - 59                                                          | 7,3                                             |
| 60 - 69                                                          | 15,3                                            |
| <b>Sesso<sup>^</sup></b>                                         |                                                 |
| uomini                                                           | 17,7                                            |
| donne                                                            | 2,8                                             |
| <b>Istruzione<sup>**</sup></b>                                   |                                                 |
| bassa                                                            | 8                                               |
| alta                                                             | 22,2                                            |

\* sangue occulto o sigmoidoscopia  
 \*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative

## Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia. Al momento il programma prevede uno screening rivolto ad un gruppo di soggetti, campionati mediante il metodo random, residenti nei comuni dei Distretti di età compresa dai 50 ai 70 anni, con l'offerta del test della ricerca del sangue occulto nelle feci sigmoidoscopia nei soggetti a rischio.

**Tabella riassuntiva dei risultati dello studio PASSI (di 123 ASL, non pesati)**

| Descrizione del campione aziendale | Stima ASL | ASL partecipanti allo studio |
|------------------------------------|-----------|------------------------------|
| età media                          | 45 anni   | 43,9 anni                    |
| donne, %                           | 51,5      | 51,6                         |
| titolo di studio, %                |           |                              |
| laurea                             | 9         | 11,2                         |
| media superiore                    | 34,5      | 40,4                         |
| media inferiore                    | 36,5      | 30,5                         |
| elementare                         | 16,5      | 16,0                         |
| nessuno                            | 3,5       | 1,3                          |
| livello di istruzione*, %          |           |                              |
| alto                               | 43,5      | 51,6                         |
| stato civile, %                    |           |                              |
| coniugati/conviventi               | 76        | 66,2                         |
| celibi/nubili                      | 22,5      | 27,4                         |
| vedovi/e                           | 0,5       | 2,9                          |
| separati/divorziati                | 1         | 3,5                          |
| lavoro regolare**, %               | 42,5      | 62,5                         |

\* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

\*\*Campione compreso tra 18 e 65 anni

| Percezione dello stato di salute                            | Stima ASL<br>(%,gg) | ASL partecipanti<br>allo studio (%,gg) |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|
| salute molto-buona/buona, %                                 | 54,5                | 63,5                                   |
| giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)               | 4                   | 3,2                                    |
| giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)          | 3                   | 3,3                                    |
| giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese) | 4                   | 1,6                                    |

| Attività fisica                                                              | Stima ASL<br>(%) | ASL partecipanti<br>allo studio (%) |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico | 8                | 42,4                                |
| popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>                           | 45               | 23,3                                |
| consigli dei medici: <sup>^^^</sup>                                          |                  |                                     |
| chiesto sull'attività fisica                                                 | 21,5             | 38,2                                |
| consigliato di fare attività fisica                                          | 29               | 40,1                                |
| indicato anche tipo, frequenza e durata                                      | 9                | 10,2                                |
| verificato andamento in altre visite                                         | 4                | 9,9                                 |
| ricevuto consigli completi                                                   | 29               | 7,2                                 |

<sup>^</sup>30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

<sup>^^</sup>chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

<sup>^^^</sup>consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

| Abitudine al fumo                                   | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|-----------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| fumatori*                                           | 24,5          | 26,5                             |
| uomini                                              | 36,1          | 31,5                             |
| donne                                               | 13,6          | 21,7                             |
| ex fumatori**                                       | 13            | 19,7                             |
| non fumatori***                                     | 62,5          | 53,9                             |
| come hanno smesso gli ex fumatori:                  |               |                                  |
| da solo                                             | 99            | 94,2                             |
| aiuto del medico                                    | 0,5           | 1,8                              |
| consigli dei medici:                                |               |                                  |
| chiesto se fuma                                     | 33            | 38,6                             |
| a fumatori                                          | 50            | 64,9                             |
| consigliato di smettere di fumare (a fumatori)      | 59,2          | 62,2                             |
| permesso di fumare in ambiente domestico:           |               |                                  |
| non permesso                                        | 54,4          | 37,0                             |
| nessuno fuma                                        | 17,5          | 25,4                             |
| rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora): |               |                                  |
| sempre                                              | 71            | 57,6                             |
| a volte/mai                                         | 23            | 15,5                             |

\* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.

\*\*più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

\*\*\*meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano

| Abitudini alimentari                      | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|-------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| frutta e verdura almeno 1 volta al giorno | 15            | 90,8                             |
| conosce il 5 a day <sup>^</sup>           | 52,9          | 55,8                             |
| 5 porzioni di frutta e verdura al giorno  | 0             | 13,3                             |
| da chi ne hanno sentito parlare:          |               |                                  |
| mass media                                | 63            | 45,4                             |
| medico                                    | 19            | 18,5                             |
| campagne informative                      | 7             | 12,1                             |

<sup>^</sup>mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

| Consumo di alcol                                                        | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup> | 37,5          | 63,8                             |
| bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>                                       | 3             | 12,4                             |
| bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>                                           | 8             | 8,0                              |
| forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>                                          | 3             | 5,5                              |
| chiesto dal medico sul consumo                                          | 13,5          | 14,4                             |

◇una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

◇◇in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana

◇◇◇nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

◇◇◇◇più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

| <b>Sicurezza stradale</b>                                    | <b>Stima ASL (%)</b> | <b>ASL partecipanti allo studio (%)</b> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| cintura anteriore sempre                                     | 87                   | 83,0                                    |
| cintura posteriore sempre                                    | 11                   | 19,7                                    |
| casco sempre <sup>#</sup>                                    | 20                   | 88,1                                    |
| guida in stato di ebbrezza <sup>##</sup>                     | 7,5                  | 10,6                                    |
| trasportato da guidatore in stato di ebbrezza <sup>###</sup> | 6                    | 12,0                                    |

<sup>#</sup>calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

<sup>##</sup>aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

<sup>###</sup>nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

| <b>Vaccinazione antinfluenzale</b>       | <b>Stima ASL (%)</b> | <b>ASL partecipanti allo studio (%)</b> |
|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| vaccinati 18-69 anni                     | 20,5                 | 15,3                                    |
| vaccinati $\geq 65$                      | 38                   | 51,2                                    |
| vaccinati $<65$ con almeno una patologia | 22                   | 27,9                                    |

| <b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)</b> | <b>Stima ASL (%)</b> | <b>ASL partecipanti allo studio (%)</b> |
|------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| vaccinate                                            | 20                   | 30,6                                    |
| hanno eseguito rubeotest*                            | 21,6                 | 40,6                                    |
| Immune**                                             | 33,3                 | 52,6                                    |

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

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

| <b>Ipertensione arteriosa</b>                  | <b>Stima ASL (%)</b> | <b>ASL partecipanti allo studio (%)</b> |
|------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| misurazione P.A. negli ultimi 2 anni           | 84                   | 81,4                                    |
| Ipertesi*                                      | 24                   | 22,6                                    |
| come viene trattata l'ipertensione:            |                      |                                         |
| <i>trattamento farmacologico</i>               | 77,5                 | 69,1                                    |
| <i>riduzione consumo di sale</i>               | 87,5                 | 71,0                                    |
| <i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>   | 33                   | 37,4                                    |
| <i>svolgimento di attività fisica regolare</i> | 33                   | 34,6                                    |

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

| <b>Colesterolemia</b>                          | <b>Stima ASL (%)</b> | <b>ASL partecipanti allo studio (%)</b> |
|------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| misurazione colesterolo almeno una volta       | 80                   | 79,3                                    |
| Ipercolesterolemici <sup>^</sup>               | 21,8                 | 24,7                                    |
| come viene trattata l'ipercolesterolemia:      |                      |                                         |
| <i>trattamento farmacologico</i>               | 28,6                 | 24,3                                    |
| <i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>   | 85,7                 | 76,6                                    |
| <i>aumento consumo di frutta e verdura</i>     | 77,1                 | 57,8                                    |
| <i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>   | 54,3                 | 41,6                                    |
| <i>svolgimento di attività fisica regolare</i> | 42,9                 | 39,0                                    |

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

| Situazione nutrizionale                  | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| popolazione con eccesso ponderale        | 58            | 43,6                             |
| <i>sovrappeso</i>                        | 45            | 32,5                             |
| <i>obeso</i>                             | 13            | 10,8                             |
| come viene trattato l'eccesso ponderale: |               |                                  |
| <i>dieta</i>                             | 14,6          | 28,0                             |
| <i>svolgimento di attività fisica</i>    | 47,4          | 22,7                             |

| Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)                | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|-------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| popolazione cui è stato calcolato il punteggio <sup>#</sup> | 36,3          | 9,0                              |

<sup>#</sup> coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

| Screening neoplasia del collo dell'utero <sup>^</sup> (donne 25 - 64 anni) | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| eseguito almeno un pap test                                                | 62            | 78,4                             |
| ultimo pap test eseguito da non più di tre anni                            | 47,5          | 69,7                             |
| viene consigliato pap test periodico                                       | 60,7          | 70,1                             |
| ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl                                 | 66,7          | 56,0                             |
| ultimo pap test è stato eseguito per                                       |               |                                  |
| <i>invito attivo dell'ASL</i>                                              | 37            | 24,6                             |
| <i>consiglio medico</i>                                                    | 32            | 30,6                             |
| <i>propria iniziativa</i>                                                  | 32            | 43,6                             |

<sup>^</sup>eseguito a scopo preventivo

| Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) <sup>◇,◇◇</sup> | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| eseguita almeno una mammografia                                         | 42,9          | 74,9                             |
| ultima mammografia eseguita da non più di due anni                      | 36,2          | 56,7                             |
| viene consigliata mammografia periodica                                 | 17,2          | 65,7                             |
| ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl                              | 20            | 57,6                             |
| ultima mammografia è stata eseguita per                                 |               |                                  |
| <i>invito attivo dell'ASL</i>                                           | 7             | 38,7                             |
| <i>consiglio medico</i>                                                 | 6             | 28,6                             |
| <i>propria iniziativa</i>                                               | 2             | 32,0                             |

◇ valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

| Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni) <sup>#</sup>                                            | Stima ASL (%) | ASL partecipanti allo studio (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta | 11,3          | 14,0                             |
| eseguito negli ultimi due anni                                                                          | 7,5           | 8,3                              |

<sup>#</sup>eseguita a scopo preventivo

# Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide [www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss)
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

## *Salute e qualità di vita percepita*

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

## *Attività fisica*

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

## *Fumo*

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

## *Alimentazione*

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

### *Alcol*

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

### *Sicurezza stradale*

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

### *Rischio cardiovascolare*

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

### *Screening oncologici*

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