



Centro Nazionale di Epidemiologia  
Sorveglianza e Promozione della Salute



**REGIONE CAMPANIA**



# **AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO 2**



**Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia**

**APRILE 2006**

**A cura di: Maria Grazia Panico, Chiara Ronga, Adele D'Anna  
Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione ASL Salerno 2**

Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS ISS) dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS ISS): Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito.

Con la supervisione di Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra (CNESPS ISS)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (CNESPS ISS)

Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

**Si ringraziano i Medici di Medicina Generale 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:

**Intervistatori**

**Gerardina Ciaglia** Servizio Epidemiologia-Dipartimento di Prevenzione- ASL SA2  
**Anna Bassano** Servizio Epidemiologia-Dipartimento di Prevenzione- ASL SA2  
**Giovanna Imparato** Ufficio Educazione alla Salute-Dipartimento di Prevenzione- ASL SA2

**Organizzazione interviste**

**Chiara Ronga** Servizio Epidemiologia-Dipartimento di Prevenzione- ASL SA2

**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:

**Maria Grazia Panico – [sepsa2@virgilio.it](mailto:sepsa2@virgilio.it) tel. 089-693529**

Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione ASL SA2 - Via Fabio,30 – 84100 Salerno

## INDICE

SINTESI

INTRODUZIONE

OBIETTIVI

METODI

RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE

Aspetti socio-demografici

Conclusioni e raccomandazioni

PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Buona percezione del proprio stato di salute

Giorni in cattiva salute percepiti al mese

Conclusioni e raccomandazioni

ATTIVITÀ FISICA

Sedentari e attivi

Promozione attività fisica

Conclusioni e raccomandazioni

ABITUDINE AL FUMO

Distribuzione dell'abitudine al fumo

Caratteristiche dei fumatori

Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario

Consigli sullo smettere di fumare

Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori

Esposizione al fumo in ambiente domestico

Esposizione al fumo nel luogo di lavoro

Conclusioni e raccomandazioni

ABITUDINI ALIMENTARI

Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

Quanti conoscono il "5 a day"

Conclusioni e raccomandazioni

CONSUMO DI ALCOL

Quante persone bevono

Quanti i bevitori a rischio

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"

Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario

Conclusioni e raccomandazioni

SICUREZZA STRADALE

L'uso dei dispositivi di sicurezza

Quanti guidano in stato di ebbrezza

Conclusioni e raccomandazioni

#### VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Quanti si vaccinano

Conclusioni e raccomandazioni

#### VACCINAZIONE ANTIROSOLIA

Quante donne sono vaccinate

Quante donne sono suscettibili

Conclusioni e raccomandazioni

#### IPERTENSIONE ARTERIOSA

L'ultima misurazione della pressione arteriosa

Quanti sono ipertesi

Come viene trattata l'ipertensione

Conclusioni e raccomandazioni

#### COLESTEROLEMIA

Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo

Quanti hanno livelli alti di colesterolemia

Come viene trattata l'ipercolesterolemia

Perché non si assumono farmaci

Conclusioni e raccomandazioni

#### SITUAZIONE NUTRIZIONALE

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione

Quanti sono in eccesso ponderale

Conclusioni e raccomandazioni

#### PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

Conclusioni e raccomandazioni

#### SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO

Quante hanno eseguito un pap test

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni

Consigliato il pap test

Conclusioni e raccomandazioni

#### SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

Quante hanno eseguito una mammografia

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni

Consigliata la mammografia

Conclusioni e raccomandazioni

#### SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto

Conclusioni e raccomandazioni

#### TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI

# Sintesi del rapporto aziendale

---

## **Quali sono i risultati principali?**

**Descrizione del campione aziendale:** Nella nostra Azienda sono state intervistate 200 persone, selezionate mediante campione casuale semplice dall'Anagrafe Assistiti di sei degli otto distretti dell'ASL. L'età media degli intervistati è di 44 anni e il 56% è rappresentato da donne. Più della metà (57,8%) ha un alto livello di istruzione e il 60% ha un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 46% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 27% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 40,8% del campione e solo il 7% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa nella metà dei casi i medici si informano e/o consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** Il 28,7% si dichiara fumatore e il 16,4% ex fumatori. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena il 3,1% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 54,8% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

**Abitudini alimentari:** Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 17,5% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa maggiormente diffusa nelle persone tra i 18-24 anni e nelle donne.

**Consumo di alcol:** Si stima che il 52,0% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e l'8,5% abbia abitudini di consumo considerate a rischio. 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 (83,3% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 6,3% degli intervistati.

Il 9,1% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 6,5% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Vaccinazione antinfluenzale:** In media il 29,4% 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:** Il numero delle donne suscettibili alla rosolia risulta essere molto lontano dal valore del 5% necessario per eliminare la rosolia congenita, infatti la percentuale delle donne suscettibili o con uno stato immunitario sconosciuto, è pari al 51,8.

**Iperensione arteriosa:** Si stima che circa un quarto della popolazione, tra i 18 e 69 anni, sia iperteso, di cui l'84,6% è trattato farmacologicamente. Al 14,7% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

**Colesterolemia:** il 18% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 22,2% dichiara di essere trattato farmacologicamente. Uno su quattro dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

**Situazione nutrizionale:** È in sovrappeso il 28,1% del nostro campione e gli obesi sono il 17,6%. L'eccesso ponderale è trattato nel 30,8% dei casi con dieta e solo nel 13,2% praticando attività fisica regolare.

**Carta di rischio cardiovascolare:** Ancora scarsamente utilizzata la carta di rischio cardiovascolare da parte dei medici (solo nell'0,8% degli ultraquarantenni intervistati).

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 62,5% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e solo il 52,5% l'hanno eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 47,5% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma solo una su tre l'ha eseguita a intervalli di due anni.

**Screening tumore del colon retto:** Appena il 6,4% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o 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 morbosità 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 argomenti 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 sul punteggio 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 effettuato 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 dell'anagrafe sanitaria di sei degli otto distretti dell'ASL SA2 (aggiornato al 31.12.2004). Criteri d'inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL 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 dell'anagrafe sanitaria dell'ASL.

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***

Prima di avviare le interviste telefoniche sono stati informati i Medici di Medicina Generale.

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

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.

L'intervista telefonica è durata 20-25 minuti.

## ***Analisi delle informazioni***

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3.

Per agevolare la comprensione di questo 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. È stata richiesta la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Gli intervistatori hanno contattato direttamente tramite telefono le persone selezionate e prima dell'intervista, hanno spiegato 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 da cui è stata separata e, conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro. 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.

# Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 235.695 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista dell'anagrafe sanitaria di sei degli otto distretti dell'ASL di SA2 al 31/12/2004.

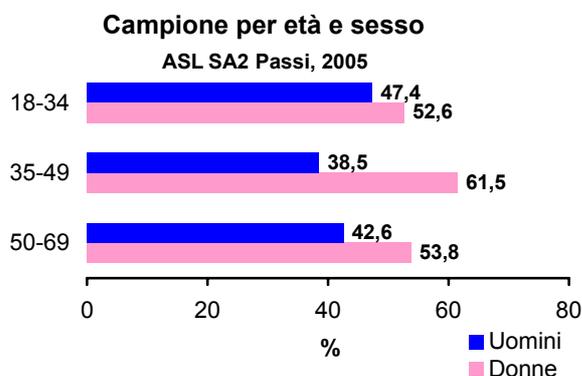
Le 200 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 3 operatori sanitari: tutte le persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente. La partecipazione allo studio è stata buona: solo il 6,5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio.

Tra le ASL partecipanti si è registrato il 6% di rifiuti.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

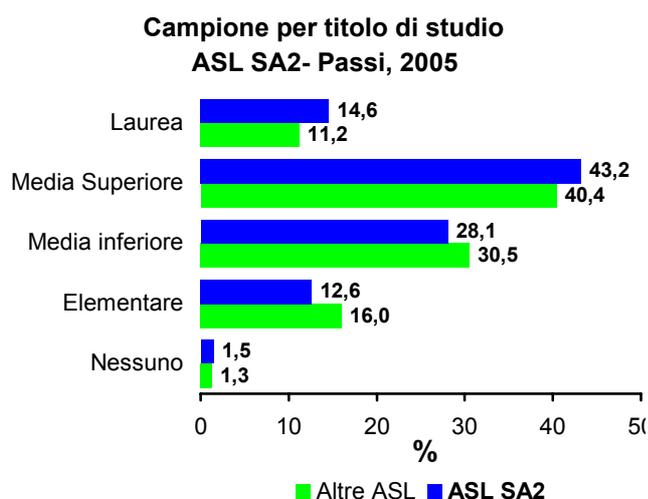
### L'età e il sesso

- Nell'ASL di SA2 il 56% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 28,5% degli intervistati ha un'età compresa tra 18 e 34 anni, il 32,5% tra 35 e 49 e il 39% tra 50 e 69 anni.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale.



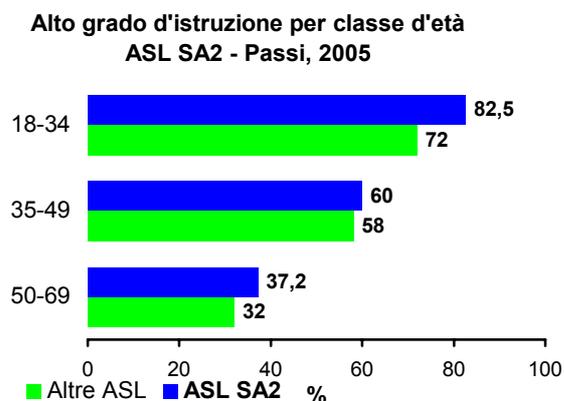
### Il titolo di studio

- Nell'ASL SA2 il 14,6% del campione è laureato, il 43,2% ha la licenza media superiore, il 28,1% la licenza media inferiore, il 12,6% ha la licenza elementare e l'1,5% non ha alcun titolo di studio.
- Questa distribuzione mostra un livello di scolarità alta (laurea e media superiore), superiore a quello riscontrato nel campione relativo alle altre ASL partecipanti all'indagine.



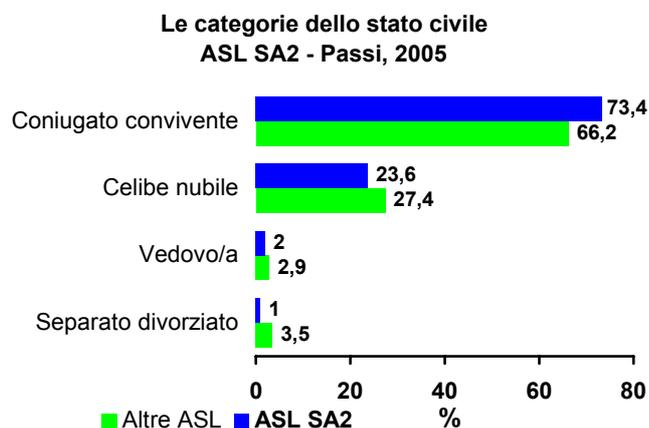
## Il livello di istruzione

- Il 57,5% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce di età più giovani, tra i 18 ed i 34 anni.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione, con una differenza rispetto al campione dell'ASL SA2 attribuibile soprattutto al grado di istruzione dei giovani.



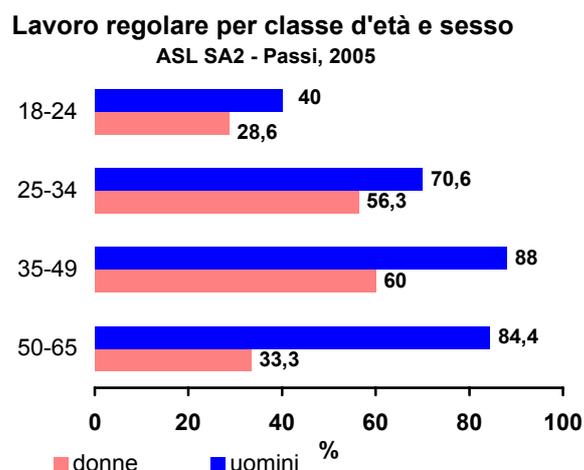
## Lo stato civile

- Nell'ASL SA2 i coniugati/conviventi sono il 73,4%, i celibi/nubili il 23,6%, i vedovi/e il 2% e i separati/divorziati l'1%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle altre ASL partecipanti.



## Il lavoro

- Nell'ASL SA2 il 60% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (46,2% vs.77,4%); tra i giovani ( 18-34 anni) si registra un basso tasso di occupazione (51%).
- Nelle ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Il campione dell'ASL Salerno2 è rappresentativo dell'anagrafe assistiti, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute.

Il basso tasso di occupazione registrato 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.

La percezione dello stato di salute risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (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 SA2 il 54% 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 di età 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con più alto livello di istruzione\*
  - le persone senza patologie severe.
- Nelle ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il proprio 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.

<b>Stato di buona salute percepito ASL di SA2 – Passi, 2005</b>		
<b>Caratteristiche Demografiche</b>		<b>%</b>
<b>Totale</b>		<b>54,0</b> (IC95%: 48,3-63,5)
<b>Età</b>		
	18 - 34	73,7
	35 - 49	56,9
	50 - 69	36,8
<b>Sesso</b>		
	M	68,2
	F	42,9
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	42,4
	alta	62,6
<b>Patologia Severa**</b>		
	presente	27,0
	assente	60,1

\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: dalla 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 SA2 le persone intervistate riferiscono una media di circa 1,7 giorni al mese in cattiva salute per motivi sia fisici sia psicologici; le attività abituali risultano limitate per circa 1 giorno al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute è maggiore nella fascia di età 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni delle abituali attività.
- Le donne, rispetto agli uomini, lamentano più giorni in cattiva salute, soprattutto per motivi fisici e risultano anche 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 una maggiore limitazione delle abituali attività.

**Giorni in cattiva salute percepita  
ASL di SA2- Passi, 2005**

Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
<b>Totale</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>0,9</b>
<b>Età</b>			
18 - 34	1,6	0,9	0,3
35 - 49	0,6	1,7	0,2
50 - 69	2,9	2,4	1,9
<b>Sesso</b>			
M	0,8	1,4	0,4
F	2,5	2,0	1,3

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi dei dati relativi alla 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 nelle classi d'età più avanzate 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 soprattutto a livello di ASL, dove spesso questi dati sono mancanti.

# Attività fisica

La sedentarietà è causa ogni anno di 1,9 milioni di decessi 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 quale l'ictus ischemico, al diabete tipo 2, al cancro del colon, all'osteoporosi, alla depressione e ai 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 minuti 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 particolari gruppi a rischio.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASL SA2 il 27% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Il 40,8% è completamente sedentario.
- Sono prevalentemente sedentari le donne, le persone con basso livello di istruzione e i meno giovani.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 58% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, ed il 23% è completamente sedentario.

Sedentarietà ASL SA2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
<b>Totale</b>	<b>40,8</b> (IC95%:33,9-48,0)
<b>Età</b>	
18 - 34	34,5
35 - 49	37,5
50 - 69	48,1
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	31,4
donne	48,2
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	42,2
alta	39,8

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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,02)

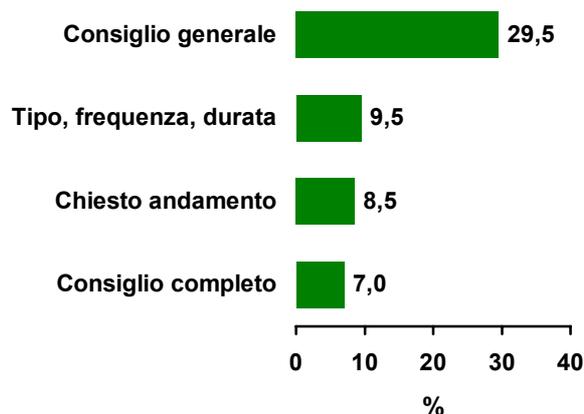
<sup>\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,85)

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

- Nell'ASL SA2 le persone intervistate riferiscono che il 46,4% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica svolta e nel 29,5% dei casi raccomanda di svolgere regolare attività fisica.
- Solo il 9,5% ha però ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e all'8,5% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 7% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni 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 svolta 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%.

**Attività fisica e consigli dei medici,  
ASL SA2 2005**



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che circa il 40,8% della popolazione dell'ASL SA2 conduca uno stile di vita sedentario e che il 32,1% non pratichi sufficiente attività fisica; questo livello di sedentarietà è superiore a quello rilevato nelle altre ASL partecipanti.

In poco più di un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre solo il 7% di questi riceve consigli più dettagliati.

Comunque l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti dalla Sanità Pubblica e da altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.) volti a sensibilizzare le persone sull'importanza di una regolare attività fisica.

# L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio di numerose patologie cronico- degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è 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 sovrapponibili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

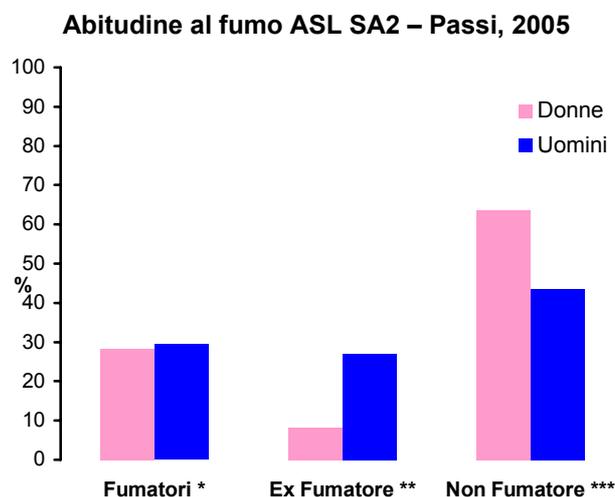
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

## Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell'ASL SA2 i fumatori rappresentano il 28,7% degli intervistati, gli ex fumatori il 16,4% e i non fumatori il 54,9%.
- L'abitudine al fumo è sovrapponibile nei due sessi (29,4% versus 28,2%), mentre tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (63,6% versus 43,5%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.



\*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 di fumatori tra giovani di 25-34 anni di età (39,4%) e nelle persone con più basso livello di istruzione (31,8%).
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 14 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 SA2 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>28,7</b> (IC95%:22,5-35,6)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	25,0
25 - 34	39,4
35 - 49	23,1
50 - 69	28,2
<b>Sesso ^</b>	
M	28,4
F	27,7
<b>Istruzione**</b>	
bassa	31,8
alta	25,2

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

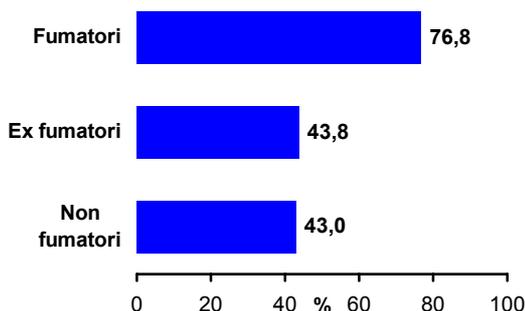
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: dalla scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,39)

^ le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,96).

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

- Nella ASL SA2 una persona su due (52,8%) dichiara di essere stata intervistata da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 76,8% dei fumatori, il 43,8% degli ex fumatori e il 43,0% dei non fumatori.

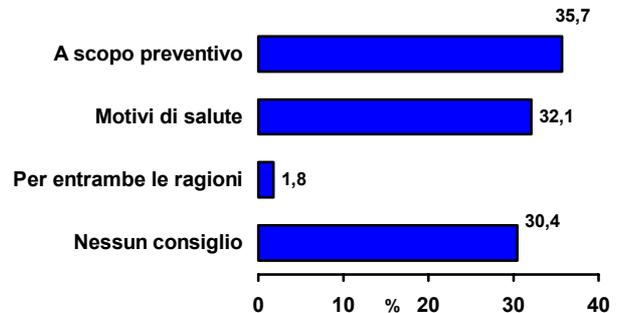
% di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – ASL SA2, 2005



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

- Il 69,6% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (36%)
- Il 30,4% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

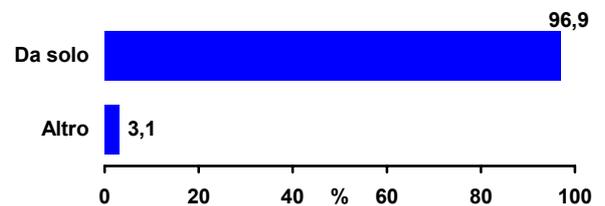
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione ASL SA2, 2005



## Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 96,9% degli ex fumatori della ASL SA2 ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle altre ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

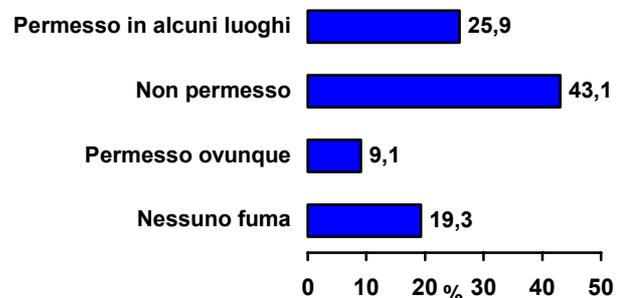
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL SA2, 2005



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

- Il 62,4% degli intervistati dell'ASL SA2 dichiara che nella propria abitazione non si fuma (43,1% non permesso; 19,3% nessuno fuma); nel restante 35% dei casi si fuma ovunque o in parte.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa ASL SA2, 2005



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

- Solo il 54,8% dei lavoratori intervistati riferisce che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è sempre rispettato.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL SA2 la prevalenza dell'abitudine al fumo è di poco superiore a quella delle altre ASL. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25–34 anni, dove 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Circa il 70% 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'opportunità di consigliare di smettere di fumare.

L'abitudine a fumare nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro è ancora particolarmente diffusa, nonostante l'entrata in vigore della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici. E' necessario, pertanto, associare agli interventi legislativi campagne di educazione/informazione sui danni del fumo attivo e passivo.

# Abitudini alimentari

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

È 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 infatti 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").

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

- Nella ASL SA2 il 93% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 17,5% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa tra i più giovani e le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- Nelle altre ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.

### Adesione al "5 a day"<sup>\*\*\*</sup> ASL SA2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" <sup>**</sup> (%)
<b>Totale</b>	<b>17,5</b> (IC95%:10,5-23,5)
<b>Età</b>	
18 - 34	34,1
35 - 49	18,5
50 - 69	17,9
<b>Sesso <sup>^</sup></b>	
uomini	12,5
donne	21,4
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	17,6
alta	17,4

\* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,14)

## **Quanti conoscono il “5 a day”? E da chi ne hanno sentito parlare?**

- Il 70,5% degli intervistati della ASL SA2 conosce il “5 a day “(rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali (63%) e nel 34% dei casi da un medico (superiore al valore del 19% nelle altre ASL).



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nell'ASL SA2 la maggior parte delle persone consuma frutta e verdura ogni giorno, anche se solo 1 persona su 6 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuito alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare nel proteggere da diverse patologie, pur se i due terzi delle persone intervistate ne ha sentito parlare.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale buona. Appare comunque opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

# Consumo di alcol

L'alcol insieme al fumo, all'attività fisica e all'alimentazione sta assumendo un'importanza sempre maggiore in ambito preventivo per le gravi conseguenze che il consumo eccessivo può avere soprattutto tra i giovani. L'abuso di alcol si associa frequentemente a comportamenti ad alto rischio per se e per gli altri (guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, violenza e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate), nonché al fumo e/o all'abuso di droghe.

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

Le persone più a rischio per le conseguenze sfavorevoli legate al consumo di alcol sono quelli che bevono fuori pasto, i 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 i 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 SA2 il 52% delle persone intervistate consuma bevande alcoliche.
- Il consumo di bevande alcoliche è più diffuso tra i giovani (in particolare nella fascia 25-34 anni), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

<b>Consumo di alcol ASL SA2 – Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese</b>
<b>Totale</b>	<b>52,0</b> (IC95%:44,8-59,1)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	45,8
25 - 34	60,6
35 - 49	46,2
50 - 69	55,1
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	73,9
donne	34,8
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	45,9
alta	56,5

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

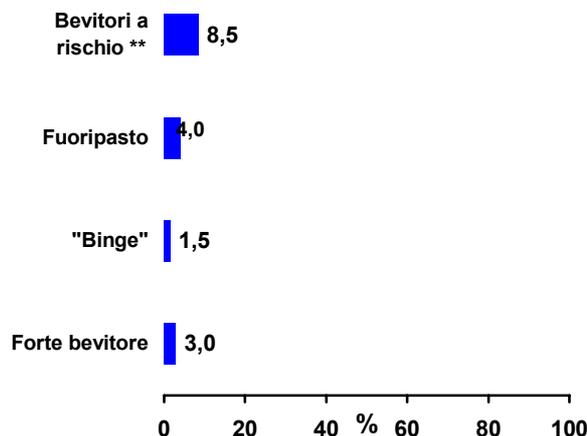
<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001).

<sup>\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: dalla scuola media superiore; le differenze non statisticamente significative (p=0,18).

## Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente l'8,5% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori-pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 4% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- L'1,5% 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 fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

Bevitori a rischio per categorie, ASL SA2 – Passi, 2005



\*\* 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 consumare l'alcol, ritenuto molto pericoloso per la salute, risulta poco diffuso tra gli intervistati dell'ASL/SA2 ed interessa prevalentemente i giovani tra i 25 e i 34 anni di età, e le persone tra i 50-69 anni.
- 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% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

Bevitori "binge" ASL SA2 – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge"* %
<b>Totale</b>	<b>1,5</b> (IC 95%:0,3-4,3)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	-
25 - 34	3,0
35 - 49	-
50 - 69	2,6
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
M	1,1
F	1,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	1,2
alta	1,7

\* 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.

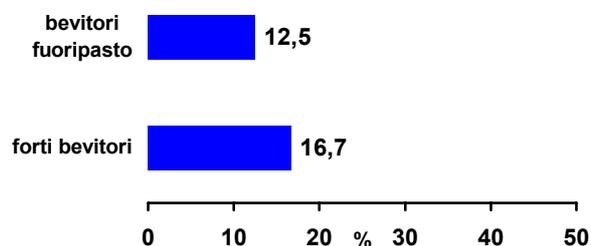
<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,59).

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza non risulta statisticamente significativa (p=0,61).

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

- Nell'ASL SA2 solo il 12% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferiscono di aver ricevuto il consiglio di bere di meno il 12,5% di chi beve fuori pasto, il 16,7% dei forti consumatori e nessuno dei "binge".
- 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 SA2 – Passi, 2005**



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA2 si stima che una persona su due, tra 18 e 69 anni, consumi bevande alcoliche e che 1 su 10 abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono inferiori a quelli delle altre ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL anche nell'ASL SA2 gli operatori sanitari si informano poco sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

I rischi associati all'alcol sembrano essere 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.

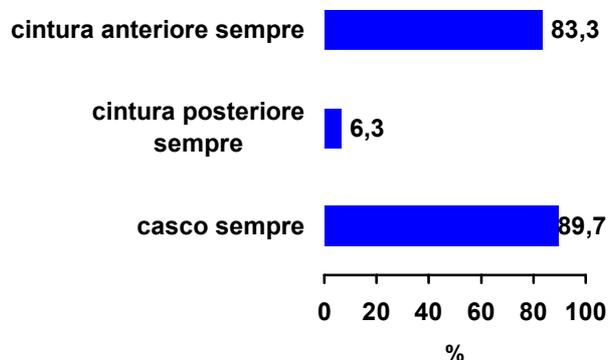
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

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 SA2 la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore è pari al 83,3%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (6,3%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino l'89,7% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle ASL partecipanti la cintura anteriore viene utilizzata per l'83%, la cintura posteriore per il 20%, mentre l'88% delle persone che vanno in moto usa sempre il casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza  
ASL SA2 Passi - 2005



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 9,1% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'indagine; tale comportamento, esclusivo degli uomini, è risultato più diffuso tra i giovani di età compresa tra 25-34 anni.
- Il 6,5% riferisce di essere stato trasportato da conducente che 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% vs2%).

<b>Guida in stato di ebbrezza ASL SA2 – Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Guida in stato di ebbrezza* %</b>
<b>Totale</b>	<b>9,1</b> (IC95%:4,2-16,6)
<b>Età**</b>	
18 - 24	-
25 - 34	6,1
35 - 49	4,6
50 - 69	5,1
<b>Sesso***</b>	
M	10,2
F	-
<b>Istruzione****</b>	
bassa	3,5
alta	5,2

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

\*\*le differenze non risultano statisticamente significative (p = 0,7).

\*\*\* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0005).

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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL SA2 si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per la cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo di tali dispositivi risulta sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso nell'ASL SA2 rispetto alle ASL partecipanti ed appaiono a maggior rischio i giovani tra 25 e 34 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 di sicurezza 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 complicanze secondarie a causa di patologie, agli addetti ai pubblici servizi di primario interesse collettivo e al personale sanitario.

## Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nell'ASL SA2 il 19,5% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 25% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica il 29,4% 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 SA2 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
<b>Totale</b>	<b>19,5</b> (IC95%:14,2-25,7)
<b>Età*</b>	
≥65	25,0
<65	19,1
<65 con almeno una patologia cronica	29,4
<b>Sesso**</b>	
uomini	21,6
donne	17,9
<b>Istruzione***^</b>	
bassa	16,5
alta	21,7

\* le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,42)

\*\* le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,62)

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

^ le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,45)

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate ( $\geq 75\%$ ). Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie basate sul coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale hanno permesso di raggiungere elevate coperture negli anziani con più di 65 anni di età.

Nell'ASL SA2 nelle stagioni influenzali 2004-2005 e 2005-2006 sono stati vaccinati il 70% degli ultrasessantacinquenni. Occorre quindi intensificare gli sforzi per migliorare ulteriormente i valori di copertura in tale fascia di età.

# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna durante la gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità 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 nel vaccinare le donne in età fertile ancora suscettibili individuate attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest). 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?

- Nell'ASL SA2 il 28,6% delle donne intervistate di 18-45 anni di età riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 42,9% tra 18-24 anni al 23,1% tra 35 -45 anni) ed è più bassa in quelle con alto livello d'istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=56) ASL SA2 Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %	
<b>Totale</b>	<b>28,6</b> (IC95%: 17,3 – 42,2)	
<b>Età</b>		
	18-24	42,9
	25-34	25,0
	35-45	23,1
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	38,5
	alta	25,6

\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,46)

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

- Tra le donne non vaccinate (66,1%), il 32,5% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 48,2% delle donne tra i 18 e i 45 anni di età, in quanto vaccinate (28,6%) o con un rubeotest positivo (19,6%). Il 3,6% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 48,2% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Stato immunitario (donne 18-45 anni; n=56) ASL SA2 Passi, 2005		%
<b>Immuni</b>		48,2
-vaccinate		28,6
-non vaccinate con rubeotest positivo		19,6
<b>Suscettibili</b>		51,8
-non vaccinate con rubeotest negativo		3,6
<b>Stato immunitario sconosciuto</b>		48,2
-non vaccinate con rubeotest effettuato, ma con esito non noto		
-non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato		

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

I risultati ottenuti rivelano che nell'ASL SA2, è possibile valutare lo stato immunitario di appena il 48,2% delle donne in età fertile: in particolare il 28,6% riferisce di essere stato vaccinato e il 32,5% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 19,6% e negativo il 3,6%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile immune verso la rosolia è ancora sensibilmente inferiore a quella richiesta per l'eliminazione 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'eliminazione della rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla malattia.

# Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è tra i più importanti e diffusi fattori di rischio cardiovascolare. 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 arteriosa non diagnosticata o scarsamente controllata, con notevoli conseguenze sia in termini di salute sia dal punto di vista socio-economico. Si stima, infatti, che il costo delle complicanze sia 2-3 volte maggiore 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?***

- Nell'ASL SA2 la misurazione della pressione arteriosa risulta essere stata effettuata negli ultimi due anni per l'82,7% degli intervistati, da più di due anni per il 2,5% mentre non ricorda o riferisce mai il 14,7%.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età; non si osservano differenze 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.

<b>% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni ASL SA2 – Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% *</b>
<b>Totale</b>	<b>82,7</b> (IC95%:76,7-87,7)
<b>Età, anni*</b>	
18 - 34	71,4
35 - 49	82,8
50 - 69	90,9
<b>Sesso</b>	
uomini	82,6
donne	82,9
<b>Istruzione**</b>	
bassa	82,9
alta	82,6

\*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: dalla scuola media superiore.

## Quanti sono ipertesi?

- Nell'ASL SA2 è stata posta diagnosi di ipertensione arteriosa al 23,4% degli intervistati.
- La percentuale di ipertesi è significativamente più alta nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su due è ipertesa (44,9%); inoltre risulta più elevata 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 arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

Ipertesi ASL SA2 – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>23,4</b> (IC 95%:17,2-30,5)
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	2,3
35 - 49	12,7
50 - 69	44,9
<b>Sesso</b>	
uomini	24,7
donne	22,3
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	39,7
alta	12,1

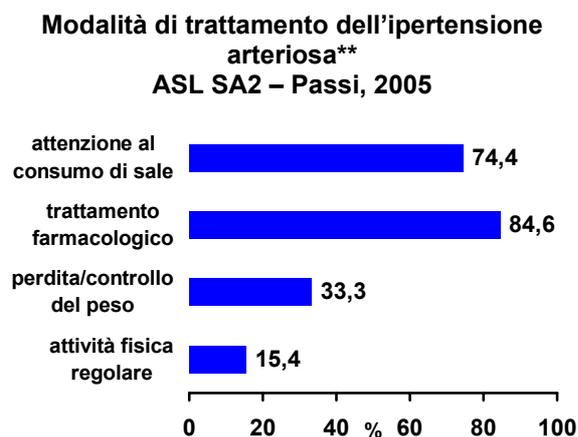
\* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano.

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

<sup>\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: dalla scuola media superiore; le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

## Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- L'84,6% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto i valori della pressione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (74,4%), controllando il proprio peso corporeo (33,3%) e svolgendo regolare attività fisica (15,4%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 69%.



\* \* ognuna considerata indipendentemente

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA2 si stima che una persona su quattro, tra i 18 e i 69 anni, sia ipertesa e che lo sia circa la metà degli ultracinquantenni e il 2,3% delle persone tra i 18 e i 34 anni di età.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, tale comportamento va considerato come evento sentinella di non "*best practice*" (specie se riferito ai pazienti con più di 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

Inoltre, in molti casi, è possibile controllare l'ipertensione arteriosa attraverso una regolare attività fisica, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. Spesso, invece, è ritenuta necessaria la terapia farmacologica per ottenere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, anche se i farmaci non possono essere considerati sostitutivi 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 coronarosclerosi. Il rischio per cardiopatia ischemica dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori quali fumo e ipertensione.

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

- Nell'ASL SA2 il 75% della popolazione riferisce di aver effettuato, almeno una volta, la misurazione della colesterolemia.
- Il 68,4% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; tassi più alti sono stati osservati nelle fasce di età 35- 49 anni e 50-69 anni. Non si osservano differenze statisticamente significative fra i sessi.
- 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 SA2- Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>75,0</b> (IC95%: 68,4-80,8)
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	68,4
35 - 49	83,1
50 - 69	73,1
<b>Sesso</b>	
M	69,3
F	79,5

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, è stata diagnosticata l'ipercolesterolemia al 18,0%.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più avanzate, nel sesso maschile e nelle persone con livello di istruzione più basso.
- Nelle altre 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 SA2 - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>18,0</b> (IC 95% 12,2-25,1)
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	7,7
35 - 49	11,1
50 - 69	31,6
<b>Sesso<sup>**</sup></b>	
M	21,3
F	15,7
<b>Istruzione<sup>*** °</sup></b>	
bassa	21,9
alta	15,1

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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p>0,003)

<sup>\*\*</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,51)

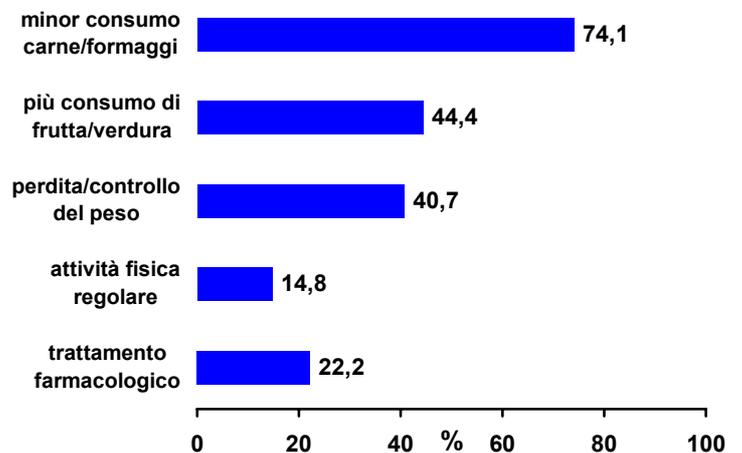
<sup>\*\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da llascuola media superiore;

<sup>°</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,39)

### Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

- Il 22,2% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 74,1% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 44,4% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 40,7% di controllare il proprio peso corporeo e il 14,8% di svolgere regolare attività fisica.
- Tra le ASL partecipanti il 24% riferisce di essere sottoposto a trattamento farmacologico

Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita\*\*  
ASL SA2 – Passi, 2005

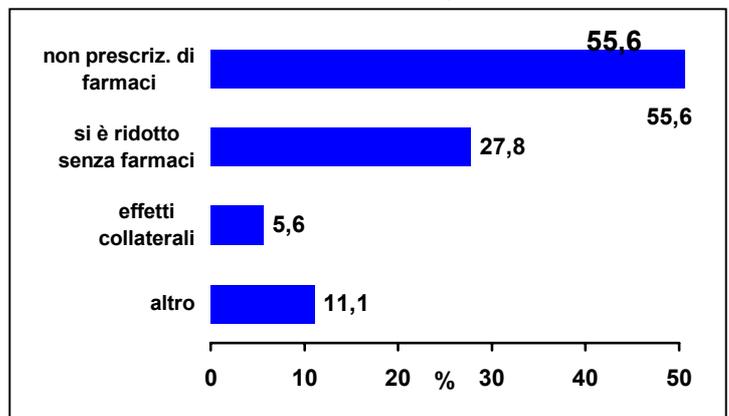


\*\* ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 55,6% degli ipercolesterolemici che non effettua terapia dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 27,8% invece è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza ricorrere ai farmaci.
- Il 5,6% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa degli effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici  
ASL SA2 – Passi, 2005



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nel 25% della popolazione dell'ASL SA2 non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa un quinto della popolazione totale tra 18 e 69 anni e 3 su 10 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere elevati livelli di colesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre Asl partecipanti. Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica possono, in alcuni casi, ridurre i valori di colesterolo, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi dichiarano di aver perso peso o di svolgere 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

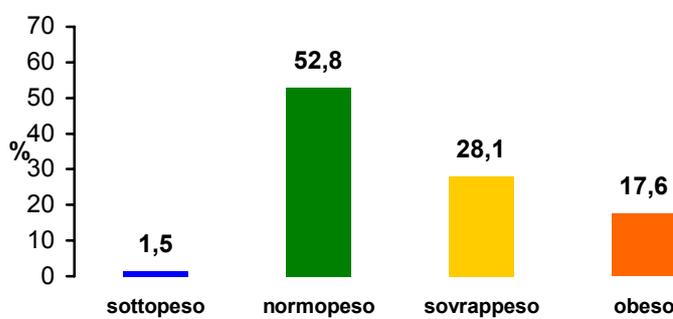
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (tra cui quelle cardiovascolari) fino alla morte prematura.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al valore del *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 SA2 – Passi, 2005

- Nell'ASL SA2 l'1,5% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 52,8% normopeso, il 28,1% in sovrappeso ed il 17,6% obeso.



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

- Nell'ASL SA2 si stima che il 45,7% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione aumenta con l'età, (raggiungendo livelli del 66,7% negli ultracinquantenni), è simile nei due sessi ed è associata ad un basso livello di istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 30,8% segue una dieta e il 13,2% pratica attività fisica per perdere peso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% segue una dieta e il 23% pratica attività fisica per perdere peso

Popolazione con eccesso ponderale <sup>^</sup>  
ASL SA2 – Passi , 2005

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>45,7</b>
	(IC 95%38,7-52,9)
<b>Età, anni*</b>	
18 – 24	20,8
25 – 34	31,3
35 – 49	36,9
50 – 69	66,7
<b>Sesso</b>	
Uomini	46,0
Donne	45,5
<b>Istruzione** °</b>	
bassa	61,9
alta	33,9

<sup>^</sup> popolazione in sovrappeso od obesa

\* le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

\*\* le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0002)

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA2 si stima che il 45,7% della popolazione sia in eccesso ponderale, in linea con il dato relativo alle altre ASL partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, una su tre riferisce di seguire una dieta e una su otto di praticare attività fisica per perdere peso.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modifica di abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati. 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 morte (44% di tutte le morti). Se si considerano inoltre gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media), si stima che le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

I fattori di rischio delle malattie cardiovascolari sono numerosi: l'abitudine al fumo di sigaretta, il diabete, l'obesità, la sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, l'ipertensione arteriosa oltre l'età, il sesso e la familiarità per la malattia. 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 di 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 SA2 la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 0,8%.
- Tra le altre ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è pari al 9%.

<b>Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL SA2 – Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% *</b>
<b>Totale</b>	<b>0,8</b> (IC 95% 0.0-4,4)
<b>Età, anni</b>	
40 - 49	-
50 - 59	-
60 - 69	3,3
<b>Sesso</b>	
uomini	1,9
donne	-
<b>Istruzione*</b>	
bassa	1,5
alta	-

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

La carta di rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici, soprattutto nell'ASL SA2.

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 SA2 il 62,5% 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 tra i 25 e i 49 anni di età e decrescono oltre i 50 anni. Non si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 32 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) ASLSA2 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *
<b>Totale</b>	<b>62,5</b> (IC95%: 51,0-73,1)
<b>Età</b>	
25 - 34	64,3
35 - 49	67,6
50 - 64	56,3
<b>Stato civile<sup>^</sup></b>	
coniugata	64,7
non coniugata	50,0
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	57,5
alta	67,5

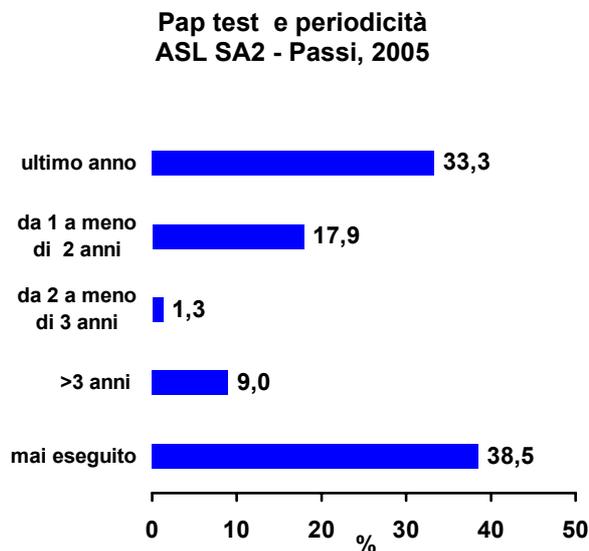
\* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi.

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,49)

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,51).

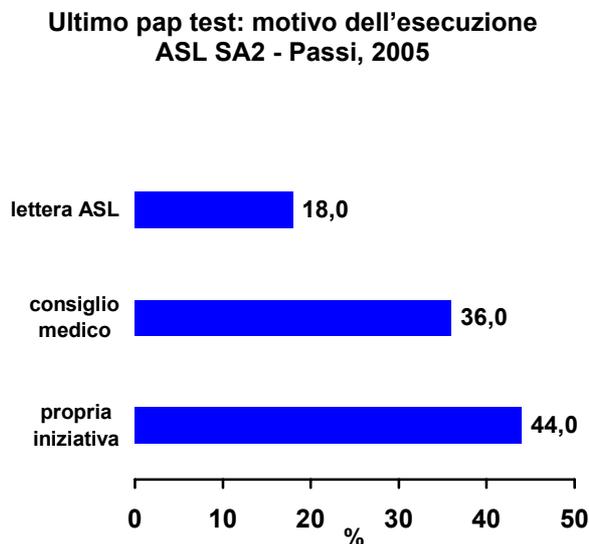
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 52,5% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 33,3% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 38,5% 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.



## Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 73,8% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e il 61,4% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (18,0%), su consiglio medico (36,0%) e di propria iniziativa (44,0%).
- 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%.



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nell'ASL SA2 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è bassa (62,5%) nonostante la presenza di programmi aziendali di screening. Analogamente risulta bassa (52%) anche la percentuale di donne che ha effettuato il pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); più della metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Il 18% riferisce di aver effettuato il pap test a seguito di lettera invito dell'ASL, il 36% su consiglio del medico e il 44% di propria iniziativa. Considerando l'insieme dell'offerta, dentro e fuori dai programmi organizzati, si può stimare che non siano numerose le donne che effettuano il pap test ad intervalli più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati.

# 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 alle donne tra i 50 e i 69 anni, 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 in tale fascia di età. 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.

## Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nell'ASL SA2 il 47,5% 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 maggiore nelle non coniugate. Non si apprezzano particolari differenze in base all'età, mentre è significativa la differenza per livello d'istruzione (75,0 vs 35,7).
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 47 anni, più bassa pertanto rispetto a quella raccomandata dai programmi di screening (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 SA2 Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*
<b>Totale</b>	<b>47,5</b> (IC95%: 31,5- 63,9)
<b>Età</b>	
49 - 59	50,0
60 - 69	43,8
<b>Stato civile<sup>^</sup></b>	
coniugata	44,4
non coniugata	75,0
<b>Istruzione<sup>**</sup> °</b>	
bassa	35,7
alta	75,0

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

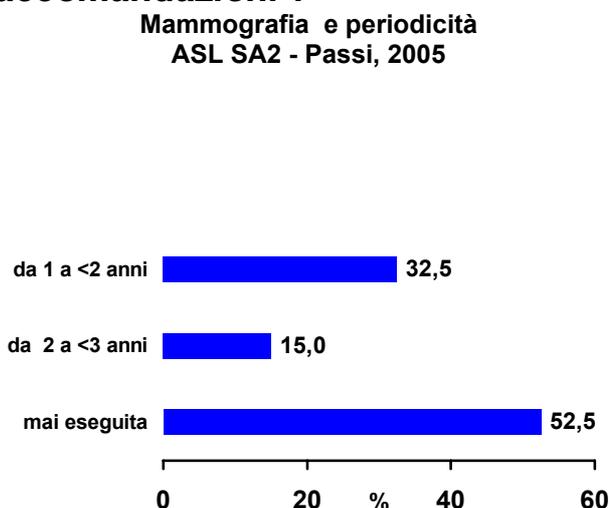
<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,26)

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

<sup>°</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,02).

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

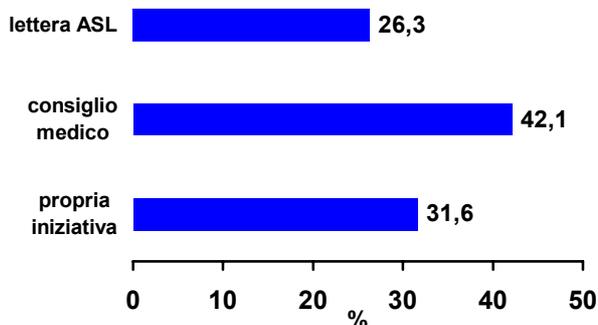
- Nell'ASL SA2 il 32,5% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 15% da più di 2 anni. Il 52,5% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.



## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 65,0% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 40,0% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 42,1% su consiglio medico, nel 31,6% di propria iniziativa e nel 26,3% 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.

Ultima mammografia: motivo dell'esecuzione  
ASL SA2 - Passi, 2005



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Al momento è attivo un programma aziendale di offerta attiva solo in due distretti dell'ASL. L'esame mammografico è comunque stato eseguito almeno una volta dal 47,5% delle donne tra i 50 e 69 anni, ma solo il 32,5% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di implementare su tutto il territorio aziendale un programma per l'offerta attiva della mammografia, analogamente a quanto avviene col pap test: 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 della mammella 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?

- Nell' ASL SA2 il numero di persone che ha riferito di aver effettuato la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo è risultato molto basso, pari al 6,4% delle persone intervistate.
- Il 5,1% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Screening cancro colon retto ( ≥ 50 anni)	
ASL SA2– Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
<b>Totale</b>	<b>6,4</b> (IC95%:2,1-14,3)
<b>Età</b>	
40 - 59	6,3
60 - 69	6,7
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	11,1
donne	2,4
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	8,2
alta	3,4

\* sangue occulto o sigmoidoscopia

<sup>^</sup> le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,13)

<sup>\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta:dalla scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative p=0,38).

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, 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. L'ASL SA2 sta avviando un programma di offerta attiva limitato però all'ambito di un solo distretto sanitario: E' necessaria tuttavia l'estensione a tutto il territorio aziendale, coinvolgendo attivamente i medici di medicina generale e gli operatori di Sanità Pubblica.

# Tabella riassuntiva risultati studio PASSI (di 123 ASL, non pesati)

Descrizione del campione aziendale	Stima ASL	ASL partecipanti allo studio
Età media	44,0 anni	43,9 anni
Donne, %	56,0	51,6
Titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	14,6	11,2
<i>media superiore</i>	43,2	40,4
<i>media inferiore</i>	28,1	30,5
<i>elementare</i>	12,6	16,0
<i>nessuno</i>	1,5	1,3
Livello di istruzione*, %		
<i>Alto</i>	57,5	51,6
Stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	73,4	66,2
<i>celibi/nubili</i>	23,6	27,4
<i>vedovi/e</i>	2,0	2,9
<i>separati/divorziati</i>	1,0	3,5
Lavoro regolare**, %	60,0	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 (%gg)	ASL partecipanti allo studio (%gg)
Salute molto-buona/buona, %	54,0	63,5
Giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	1,7	3,2
Giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	1,7	3,3
Giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	0,9	1,6

Attività fisica	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico	27,0	18,5
Popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>	40,8	23,3
Consigli dei medici: <sup>^^^</sup>		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	46,4	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	29,5	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	9,5	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	8,5	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	7,0	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

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Fumatori*	28,7		26,5
uomini	29,4		31,5
donne	28,2		21,7
Ex fumatori**	16,4		19,7
Non fumatori***	54,9		53,9
Come hanno smesso gli ex fumatori:			
da solo	96,9		94,2
aiuto del medico	3,1		1,8
Consigli dei medici:			
chiesto se fuma	52,8		38,6
a fumatori	76,8		64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	69,6		62,2
Permesso di fumare in ambiente domestico:			
non permesso	43,1		37,0
nessuno fuma	19,3		25,4
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):			
sempre	54,8		57,6
a volte/mai	17,4		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

<b>Abitudini alimentari</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	93,0		90,8
Conosce il 5 a day <sup>^</sup>	70,5		55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	17,5		13,3
Da chi ne hanno sentito parlare:			
<i>mass media</i>	63,0		45,4
<i>medico</i>	34,0		18,5
<i>campagne informative</i>	11,5		12,1

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

<b>Consumo di alcol</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup>	52,0		63,8
Bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>	4,0		12,4
Bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>	1,5		8,0
Forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>	3,0		5,5
Chiesto dal medico sul consumo	12,0		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 (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Cintura anteriore sempre	83,3		83,0
Cintura posteriore sempre	6,3		19,7
Casco sempre <sup>#</sup>	89,7		88,1
Guida in stato di ebbrezza <sup>##</sup>	4,5		10,6
Trasportato da guidatore in stato di ebbrezza <sup>###</sup>	6,5		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 (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Vaccinati 18-69 anni	19,5		15,3
Vaccinati $\geq 65$	25,0		51,2
Vaccinati <65 con almeno una patologia	29,4		27,9

<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Vaccinate	28,6		30,6
Hanno eseguito rubeotest*	32,5		40,6
Immune**	48,2		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>Iperensione arteriosa</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	82,7		81,4
Ipertesi*	23,4		22,6
Come viene trattata l'ipertensione:			
<i>trattamento farmacologico</i>	84,6		69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	74,4		71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	33,3		37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	15,4		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 (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Misurazione colesterolo almeno una volta	75,0		79,3
Ipercolesterolemici <sup>^</sup>	18,0		24,7
Come viene trattata l'ipercolesterolemia:			
<i>trattamento farmacologico</i>	22,2		24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	74,1		76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	44,4		57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	40,7		41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	14,8		39,0

<sup>^</sup> 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>Situazione nutrizionale</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Popolazione con eccesso ponderale	45,7		43,6
<i>sovrapeso</i>	28,1		32,5
<i>obeso</i>	17,6		10,8
Come viene trattato l'eccesso ponderale:			
<i>dieta</i>	30,8		28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	13,2		22,7

<b>Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Popolazione cui è stato calcolato il punteggio <sup>#</sup>	0,8		9,0

# coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

<b>Screening neoplasia del collo dell'utero<sup>^</sup> (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Eseguito almeno un pap test	62,5		78,4
Ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	52,5		69,7
Viene consigliato pap test periodico	73,8		70,1
Ha ricevuto una lettera di invito dall'asl	61,4		56,0
Ultimo pap test è stato eseguito per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>	18,0		24,6
<i>consiglio medico</i>	36,0		30,6
<i>propria iniziativa</i>	44,0		43,6

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

<b>Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) <sup>◇,◇◇</sup></b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
Eseguita almeno una mammografia	47,5		74,9
Ultima mammografia eseguita da non più di due anni	32,5		56,7
Viene consigliata mammografia periodica	65,0		65,7
Ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	40,0		57,6
Ultima mammografia è stata eseguita per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>	26,3		38,7
<i>consiglio medico</i>	42,1		28,6
<i>propria iniziativa</i>	31,6		32,0

◇ valori ASL partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

<b>Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)<sup>#</sup></b>	<b>Stima (%)</b>	<b>ASL</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta eseguito negli ultimi due anni	6,4		14,0
	5,1		8,3

#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)