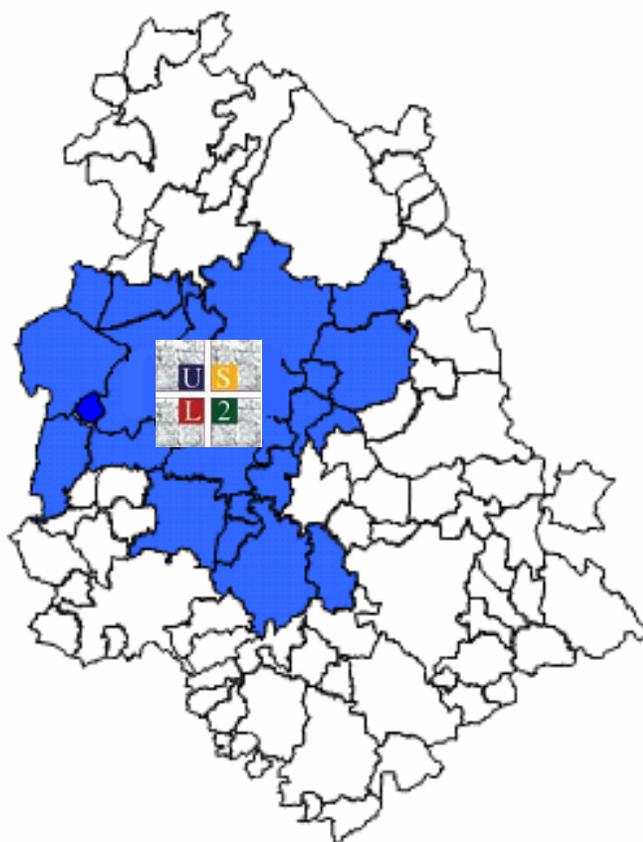




Studio "PASSI PER L'ITALIA":
Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
Sperimentazione dei metodi per la sorveglianza

Rapporto Aziendale



Azienda USL 2 dell'Umbria

Servizio Epidemiologia – Dipartimento di Prevenzione

Dicembre 2005

A cura di:

Carla Bietta *Coordinatore regionale e aziendale dello studio PASSI
Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione Azienda USL 2 dell'Umbria*

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

Con la supervisione di:

Nancy Binkin, Nicoletta Bertozzi 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:

Mariadonata Giaimo *Direttore Dipartimento di Prevenzione AUSL 2*

Marco Petrella *Responsabile Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione AUSL 2*

Gonario Guaitini *Dirigente Responsabile Servizio IV Prevenzione e Sanità Pubblica - Regione Umbria*

Anna Tosti *Referente regionale studio PASSI. Responsabile Sez. Sorveglianza e protezione malattie infettive e diffuse, educazione sanitaria, medicina del lavoro - Regione Umbria*

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni dell'Azienda per la preziosa collaborazione fornita

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

Organizzazione interviste:

Mariadonata Giaimo *Dipartimento di Prevenzione*
Marco Petrella *Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione*
Carla Bietta *Servizio Epidemiologia- Dipartimento di Prevenzione*

Campionamento:

Carla Bietta *Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione*

Intervistatori:

Erminia Battista *Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione*
Igino Fusco Moffa *Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione*
Gabiella Madeo *Servizio Epidemiologia - Dipartimento di Prevenzione*
Assunta Maurini *Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione*
Raffaella Peder *Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione*

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.

Indice

Sintesi del Rapporto Aziendale	pag. 5
Introduzione	pag. 7
Obiettivi dello studio	pag. 8
Metodi	pag. 10
Risultati	pag. 12
La valutazione di processo	pag. 13
Il pool delle ASL	pag. 13
L'Azienda USL 2	pag. 14
Descrizione del campione aziendale	pag. 15
Aspetti socio-demografici	pag. 15
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 16
Percezione dello stato di salute	pag. 17
Buona percezione del proprio stato di salute	pag. 17
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	pag. 18
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 18
Attività fisica	pag. 19
Sedentari e attivi	pag. 19
Promozione attività fisica	pag. 20
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 20
Abitudine al fumo	pag. 21
Distribuzione dell'abitudine al fumo	pag. 21
Caratteristiche dei fumatori	pag. 22
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	pag. 22
Consigli sullo smettere di fumare	pag. 23
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	pag. 23
Esposizione al fumo in ambiente domestico	pag. 24
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	pag. 24
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 24
Abitudini alimentari	pag. 25
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	pag. 25
Quanti conoscono il "5 a day"	pag. 25
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 26
Consumo di alcol	pag. 27
Quante persone non bevono	pag. 27
Quanti i bevitori a rischio	pag. 28
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	pag. 28
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	pag. 29
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 29

Sicurezza stradale	pag. 30
L'uso dei dispositivi di sicurezza	pag. 30
Quanti guidano in stato di ebbrezza	pag. 30
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 31
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 32
Quanti si vaccinano	pag. 32
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 32
Vaccinazione antirosolia	pag. 33
Quante donne sono vaccinate	pag. 33
Quante donne sono suscettibili	pag. 33
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 34
Ipertensione arteriosa	pag. 35
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	pag. 35
Quanti sono ipertesi	pag. 35
Come viene trattata l'ipertensione	pag. 36
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 36
Colesterolemia	pag. 37
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	pag. 37
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	pag. 37
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	pag. 38
Perché non si assumono farmaci	pag. 38
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 38
Situazione nutrizionale	pag. 39
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	pag. 39
Quanti sono in eccesso ponderale	pag. 39
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 40
Carta di rischio cardiovascolare	pag. 41
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	pag. 41
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 41
Screening neoplasia del collo dell'utero	pag. 42
Quante hanno eseguito un pap test	pag. 42
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	pag. 42
Consigliato il pap test	pag. 43
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 43
Screening neoplasia della mammella	pag. 44
Quante hanno eseguito una mammografia	pag. 44
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	pag. 44
Consigliata la mammografia	pag. 45
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 45
Screening tumore del colon retto	pag. 46
Quanti hanno eseguito un test per il tumore del colon retto	pag. 46
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 46
Tabella riassuntiva dei risultati dello studio passi	pag. 47
Bibliografia	pag. 51

Sintesi del Rapporto Aziendale

Quali sono i risultati principali?

Nella nostra Azienda il 56% delle persone intervistate è rappresentato da donne. L'età media degli intervistati è di circa 43 anni; inoltre più della metà ha un alto livello di istruzione e circa il 70% possiede un lavoro regolare.

Tre persone su quattro ritengono buono o molto buono il proprio stato di salute mentre più della metà dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

E' completamente sedentario il 13% del campione, mentre il 44% effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa la metà dei casi le persone riferiscono che i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Il 34% si dichiara fumatore e il 24% ex fumatori. Tra questi ultimi quasi tutti riferiscono di aver smesso di fumare da soli. A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa due persone su tre dichiarano che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Il consumo quotidiano di frutta e verdura è buono anche se solo il 15% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno

Si stima che una persona su tre non consumi bevande alcoliche; mentre uno su cinque può essere considerato bevitore a rischio (bevitore fuori pasto, forte o "binge"). Gli intervistati dichiarano che gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle loro abitudini in relazione all'alcol e che consigliano raramente di moderarne il consumo. Inoltre l'8% del campione dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 12% di essere stato trasportato da chi guidava entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica.

L'uso dei dispositivi di sicurezza stradale è buono: quasi tutti coloro che vanno in moto o in motorino usano sempre il casco; inoltre due persone su tre usano in macchina la cintura anteriore sempre. Scarso l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo dal 9% degli intervistati.

In media solo il 18% 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. Mentre il numero di donne suscettibili alla rosolia risulta essere molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita; infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 37%.

Per quanto riguarda fattori di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia, nella AUSL 2 dell'Umbria si stima che sia iperteso un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni e che un quarto abbia valori elevati di colesterolemia.

E' in sovrappeso il 27% del campione intervistato e gli obesi sono il 12%. L'eccesso ponderale è trattato nel 42% dei casi con dieta e nel 32% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

La carta del rischio cardiovascolare sembra essere ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 3% degli ultra quarantenni intervistati infatti riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare.

La percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è invece alta. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato l'ultimo pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); quasi la metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Una donna su due ha inoltre eseguito l'ultimo pap test dopo lettera di invito della ASL.

A conferma della presenza sul territorio anche dell'offerta dello screening mammografico, la quasi totalità (97%) delle donne intervistate nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver ricevuto una lettera di invito ad effettuare l'esame mammografico. Si stima inoltre che due donne su tre l'abbiano effettuato negli ultimi due anni, così come raccomandato dalle Linee Guida internazionali.

Appena il 10% degli ultracinquantenni, invece, ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una sigmoido-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 per le 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 al gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolti 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 della realtà 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 dello studio

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. 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

6. 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

7. Fattori di rischio cardiovascolare

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

8. 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

9. 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

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 ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening

Metodi

Tipo di studio

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'Azienda USL 2 dell'Umbria (aggiornato al 31.12.2004). Criteri di 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 proporzionale alla numerosità di popolazione dei singoli distretti, direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL. La dimensione del campione è stata di 200 individui, calcolata in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state effettuate da maggio a luglio 2005 da due assistenti sanitarie e da un medico del servizio Igiene e Sanità Pubblica e da due medici del Servizio Epidemiologia del Dipartimento di Prevenzione.

L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPIInfo, versione 3.3. Tutte le analisi EPI-Info sono state condotte usando le funzioni di Statistics.

L'analisi è stata condotta sia per l'Azienda USL 2 sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, senza il metodo della pesatura.

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

Etica e privacy

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

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

Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine.

Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.



Risultati

La valutazione di processo

Il pool delle ASL

Lo studio PASSI ha visto la partecipazione di 123 ASL appartenenti a tutte le regioni italiane. 59 di queste hanno partecipato con un campionamento rappresentativo aziendale, 15 regioni hanno invece partecipato con campionamento rappresentativo regionale

Regione	ASL partecipanti PASSI	ASL con campione aziendale	Regione con campione regionale	ASL partecipanti valutazione	Totale ASL
Abruzzo	6	6	1	6	6
Basilicata	5	2	1		5
Bolzano	1	1	1	1	1
Calabria	1	1		1	11
Campania	13	13	1	7	13
E. Romagna	11	7	1	11	11
Friuli VG	6	3	1	6	6
Lazio	3	3		3	12
Liguria	5	3	1	5	5
Lombardia	3	3		3	15
Marche	13		1	6	13
Molise	4	1	1	4	4
Piemonte	3	3			22
Puglia	12	1	1	12	12
Sardegna	8	1	1	5	8
Sicilia	9	1	1	6	9
Toscana	12	2	1	7	12
Trento	1	1	1	1	1
Umbria	1	1		1	5
Val d'Aosta	1	1	1		1
Veneto	5	5		4	21
TOTALE	123	59	15	89	193

La prima fase del processo (preparazione indagine e formazione intervistatori) è durata in media 37 giorni, mentre la fase delle interviste è durata circa 45 giorni. La maggior parte degli intervistatori (92%) erano assistenti sanitari o di qualifica affine, riducendo ad un numero esiguo l'utilizzo inappropriato di medici.

Solo per il 27% delle persone campionate erano disponibili numeri di telefono ed indirizzi direttamente dalla lista dell'anagrafe sanitaria. Tale percentuale è salita al 81%, dopo una ricerca tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali.

In totale è stato sostituito il 19% di persone campionate per mancanza di dati riguardante gli indirizzi e i numeri telefonici.

Nella somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 6% di rifiuti e l'11% di non rintracciati.

Le interviste telefoniche sono state fatte in tutte le fasce orarie: mattino 40%, pranzo 20%, pomeriggio 26%, sera 15%, ciò spiega il ridotto il numero delle sostituzioni.

L'Azienda USL 2 dell'Umbria

Nell'Azienda USL 2 le interviste sono durate circa 3 mesi (maggio-luglio 2005). Gli intervistatori erano 3 medici e 2 assistenti sanitarie

La lista dell'anagrafe sanitaria, disponibile su supporto informatico, disponeva per il 40% delle persone campionate di numeri di telefono ed indirizzi. Tale percentuale è salita al 95%, dopo ricerca delle informazioni mancanti tramite gli elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali.

In totale è stato sostituito il 14% di persone campionate.

Nella somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 4,5% di rifiuti, il 4,5% di non rintracciati; un ulteriore 5% è stato sostituito per altri motivi (patologie, cambio di residenza,..)

Anche in questo caso le interviste telefoniche sono state effettuate in tutte le fasce orarie: mattino 35%, pranzo 31%, pomeriggio 24%, sera 10%.

Descrizione del campione aziendale

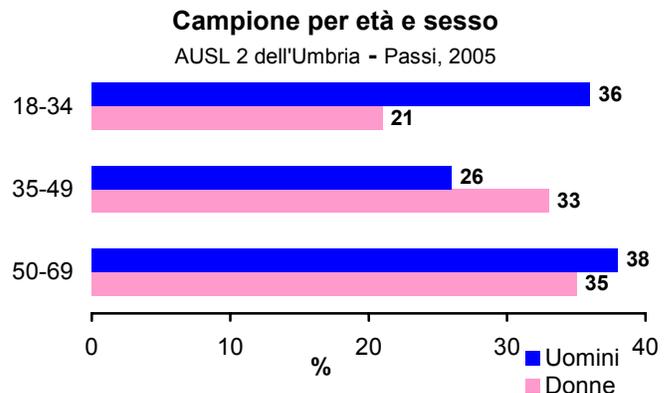
La popolazione in studio è costituita da 218.000 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni, iscritti nella lista di anagrafe sanitaria e residenti nella AUSL 2 dell'Umbria al 31/12/2004.

Le 200 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 6 operatori sanitari: 172 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 28 sono stati sostituiti (14%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 4,5% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

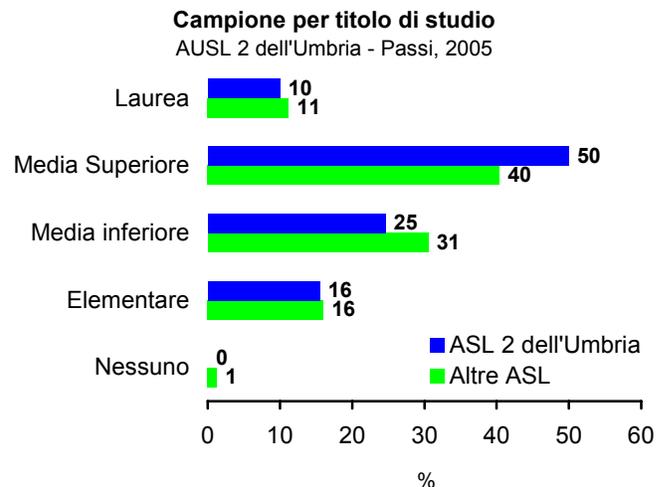
L'età e il sesso

- Nell'AUSL 2 dell'Umbria il 56% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 34% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 30% in quella 35-49 e il 36% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe aziendale.



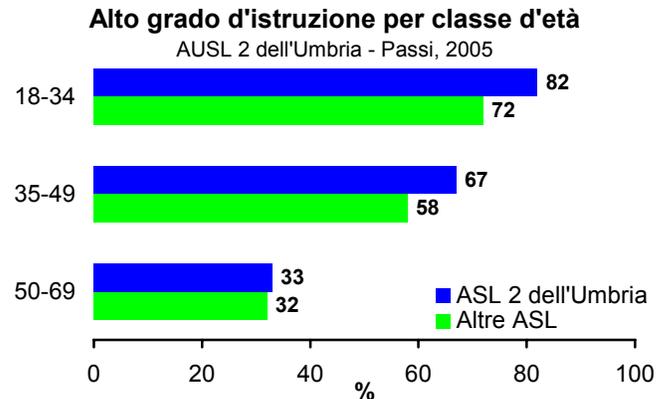
Il titolo di studio

- Nell'AUSL 2 dell'Umbria il 15% degli intervistati ha la licenza elementare, il 25% la licenza media inferiore, il 50% la licenza media superiore, il 10% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine.



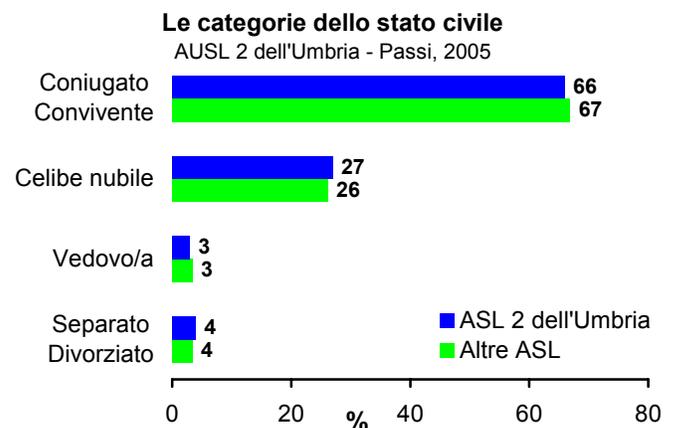
Il livello di istruzione

- Il 60% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.



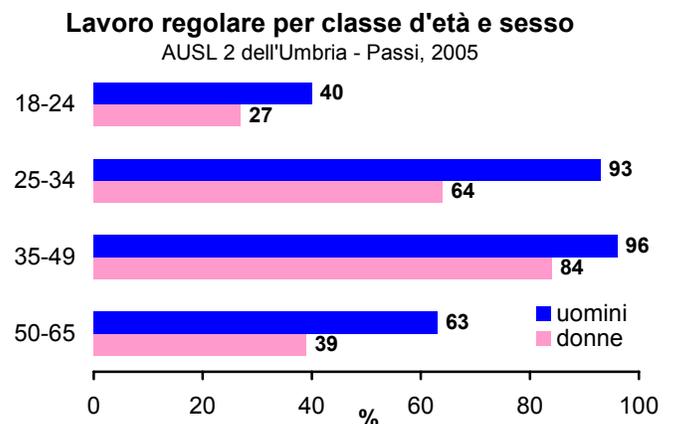
Lo stato civile

- Nella AUSL 2 coniugati/conviventi rappresentano il 65%, celibi/nubili il 29%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 3%.
- Nelle ASL partecipanti la distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato a livello locale.



Il lavoro

- Nella AUSL 2 il 69% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (60% vs.80%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle ASL partecipanti riferisce di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione della AUSL 2 dell'Umbria è rappresentativo dell'anagrafe assistiti, pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. L'elevato livello di istruzione, in particolare tra i più giovani, consente una grande varietà di strategie di prevenzione nell'affrontare i problemi prioritari di salute. Il minor tasso di occupazione registrato in particolare tra i giovani rappresenta una criticità dal punto di vista socio-economico.

Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 78% 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:
 - le persone sotto i 50 anni
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severenon ci sono invece grandi differenze tra i due sessi.
- Tra le 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.

Stato di buona salute percepito		
AUSL 2 dell'Umbria – Passi, 2005		%
Totale		78 (IC95%: 71,6-83,5)
Caratteristiche Demografiche		
Età ^		
	18 - 34	90
	35 - 49	83
	50 - 69	62
Sesso		
	uomini	77
	donne	79
Istruzione***		
	bassa	62
	alta	88
Patologia Severa***		
	presente	52
	assente	85

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

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0003)

^^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

^^^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepita in un mese?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria le persone intervistate riferiscono una media di circa 2-3 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e 4 giorni al mese per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1 giorno al mese.
- Con l'aumentare dell'età cresce il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che psicologici; i giorni con limitazioni nelle abituali attività aumentano nei soggetti con più di 50 anni.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici; la limitazione nelle attività abituali non sembra molto diversa nei due sessi.
- Nelle ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è pari a 3 sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per circa 2 giorni al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
Totale	2,6	4,4	1,2
Età, anni			
18 - 34	1,6	3,4	0,8
35 - 49	2,2	4,4	0,8
50 - 69	3,8	5,3	2
Sesso			
uomini	1,6	2,8	1,2
donne	3,4	5,6	1,3

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute a livello aziendale mostra una buona condizione degli intervistati, significativamente migliore rispetto al dato medio derivante dalle ASL partecipanti allo studio, confermando le correlazioni con età e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

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

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

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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nell'AUSL 2 dell'Umbria il 44% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 42% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 13% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

		Sedentarietà	
		AUSL 2 dell'Umbria - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche		Sedentari, %*	
Totale		13,5 (IC95%:9,1-19,0)	
Età			
	18 - 34		11,8
	35 - 49		10,0
	50 - 69		18,1
Sesso			
	uomini		12,5
	donne		14,3
Istruzione**			
	bassa		15,0
	alta		12,5

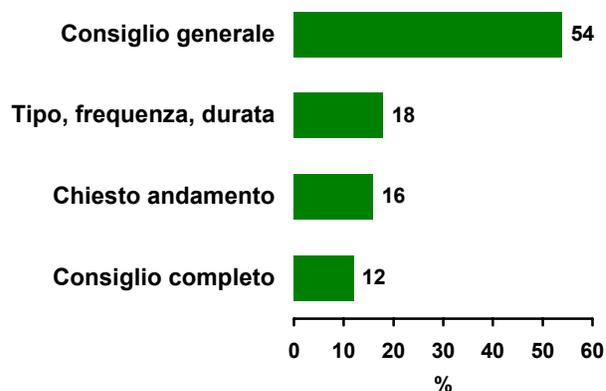
* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

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

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

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 47% degli intervistati riferisce che i medici si informano circa il livello di attività fisica praticato e il 54% dichiara di aver avuto indicazioni di fare regolare attività fisica.
- Solo il 18% dice di aver ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 16% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 12% degli intervistati dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le persone delle altre ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.

Attività fisica e consigli dei medici
AUSL 2 dell'Umbria - Passi 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa 13% della popolazione dell'AUSL 2 dell'Umbria conduca uno stile di vita sedentario e il 71% non pratici sufficiente attività fisica; pur essendo il livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle altre ASL partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

Circa la metà degli intervistati afferma che i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica, mentre la percentuale di coloro dichiarano di aver ricevuto consigli più dettagliati è bassa ma comunque superiore rispetto a quella delle altre ASL partecipanti.

L'opera del medico di medicina generale, sebbene di indubbia importanza, non può essere sufficiente da sola alla promozione dell'attività fisica nella popolazione; è necessario pertanto individuare e programmare interventi comunitari congiunti e sostenuti dai vari attori che a diversi livelli operano nel settore.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

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

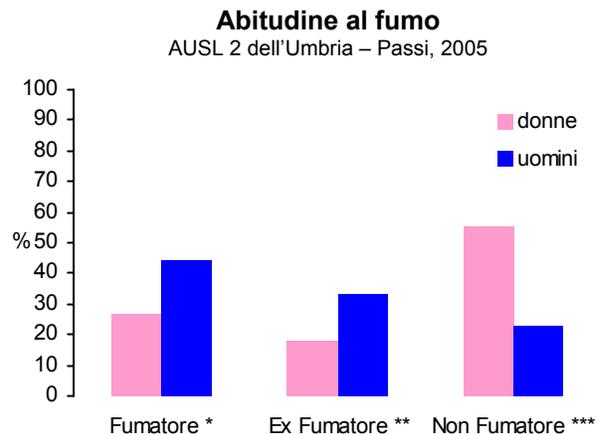
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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 del fumo sul fumatore stesso 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?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria i non fumatori sono pari al 41%, i fumatori al 34% e gli ex fumatori al 25%.
- l'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (44% vs 27%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (55% vs 23%).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine i non fumatori rappresentano il 54%, i fumatori il 26% e gli ex fumatori il 20%.
- L'andamento nei due sessi è invece analogo: le donne sono prevalentemente non fumatrici (64%), mentre gli uomini fumatori (31%).



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

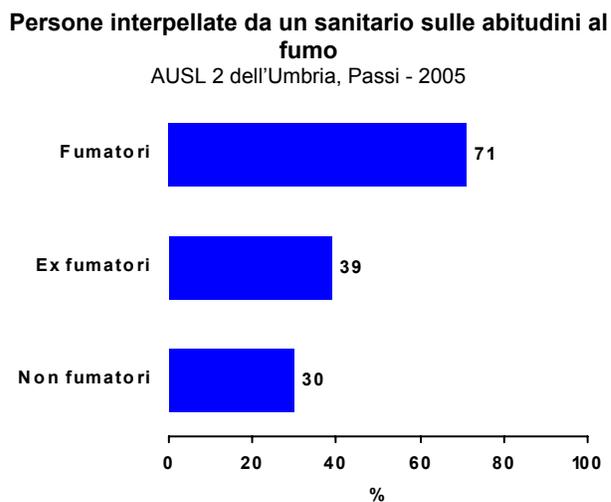
- Si sono osservati tassi più alti tra le classi d'età più giovani, tra gli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 12 sigarette al giorno.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione.

Fumatori	
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005	
Caratteristiche demografiche	% di Fumatori*
Totale	34,4 (IC95%:27,9-41,5)
Età, anni	
18 - 24	37,5
25 - 34	44,2
35 - 49	30,0
50 - 69	30,6
Sesso ^	
uomini	44,3
donne	26,8
Istruzione**	
bassa	27,5
alta	39,2

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno.
 ^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

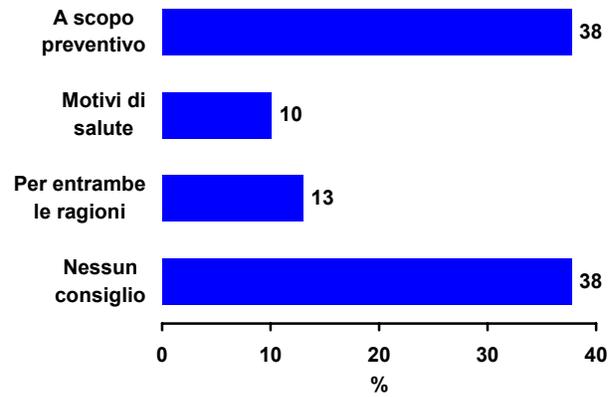
- Nella AUSL 2 circa un intervistato su due (46%) dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 71% dei fumatori, il 39% dei ex fumatori ed 29% dei non fumatori.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 38% degli intervistati dice di essere stato interpellato da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo; tra questi il 64% è fumatore



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

- Il 61% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (38%)
- Il 38% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari
- Anche tra le ASL partecipanti circa 2 fumatori su 3 affermano di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un sanitario. Nel 30% dei casi il consiglio è dato a scopo preventivo, nel 20% per motivi di salute, nel 12% per entrambe le ragioni.

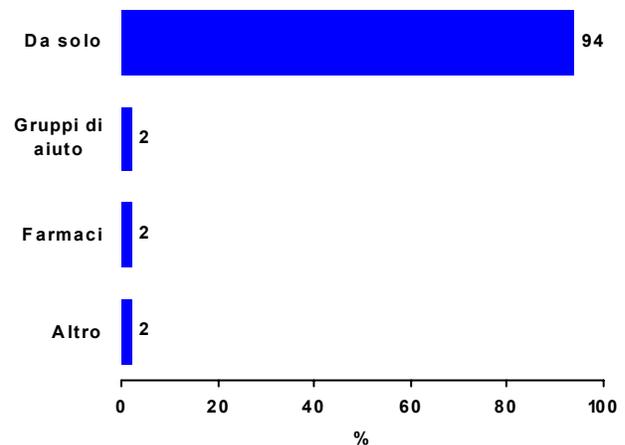
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

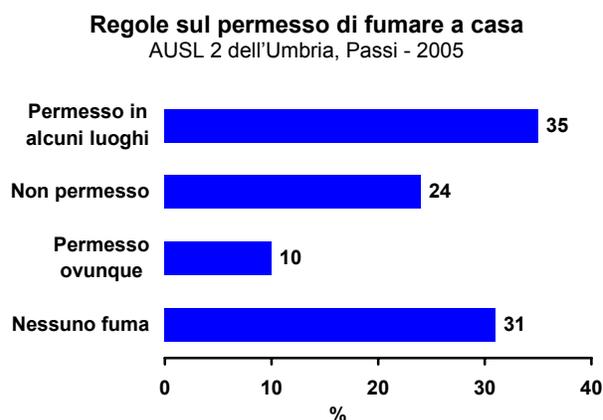
- Il 94% degli ex fumatori della AUSL 2 ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

Modalità di smettere di fumare tra gli ex fumatori
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



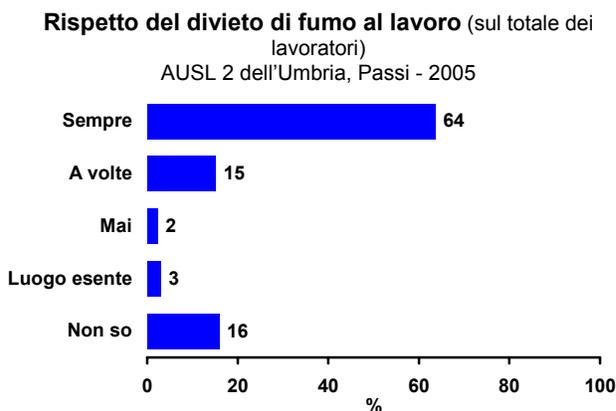
Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati nella AUSL 2 dell'Umbria dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 54% dei casi (24% non permesso; 31% nessuno fuma); nel restante 46% dei casi si fuma ovunque o in parte.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine è il 63% che dichiara di non fumare a casa: infatti per il 38% non è permesso e per il 25% nessuno fuma.



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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 64% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.
- I dati relativi alle altre ASL evidenziano un rispetto del fumo nei luoghi di lavoro pari al 58%



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 dell'Umbria l'abitudine al fumo stimata mostra una prevalenza di fumatori superiore rispetto a quella delle altre ASL partecipanti all'indagine. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25-44enni, dove più di 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

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

Abitudini alimentari

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

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

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

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 91% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 15% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone con più di 35 anni e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- Nelle 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.

Abitudini alimentari	
ASL2 dell'Umbria, Passi - 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day"*
	(%)
Totale	15,0 (IC95%:10,4-20,7)
Età	
18 - 34	10,3
35 - 49	16,7
50 - 69	18,1
Sesso ^	
uomini	9,1
donne	19,1
Istruzione**	
bassa	17,5
alta	13,3

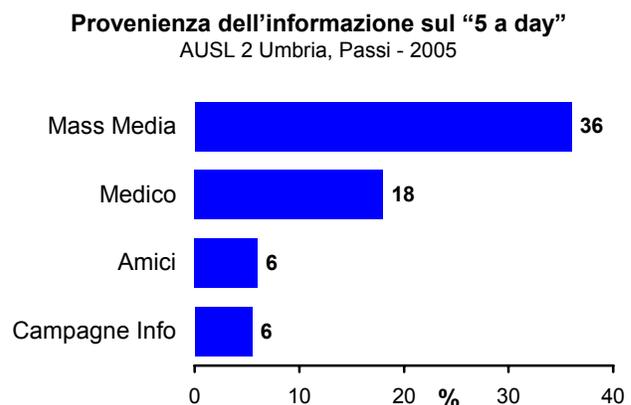
* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,038)

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

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

- Il 47% degli intervistati della ASL2 conosce il "5 a day" (rispetto al 54% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 18% dei casi da un medico (sovrapponibile al dato delle altre ASL partecipanti).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 dell'Umbria la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 8 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti meno della metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

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

Consumo di alcol

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

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

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

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

Quante persone non bevono?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria la percentuale di intervistati che, nell'ultimo mese, non ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 33%.
- Si sono osservati tassi più alti tra le donne, mentre non si apprezzano differenze statisticamente significative tra classi d'età e livelli di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 36%, con tassi leggermente più bassi tra 18-24enni (35%), uomini (21%) e persone con alto livello di istruzione (33%).

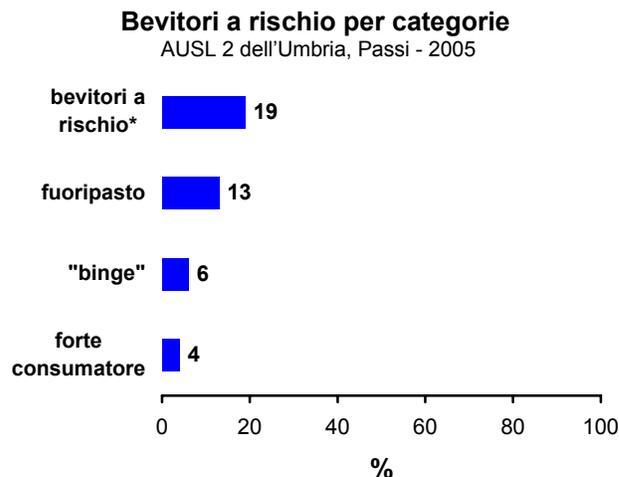
Consumo di alcol	
AUSL 2 dell'Umbria – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% che non ha bevuto nell'ultimo mese
Totale	33,5 (IC95%:27,0 - 40,5)
Età, anni	
18 - 24	37,5
25 - 34	32,7
35 - 49	33,3
50 - 69	33,3
Sesso[^]	
uomini	17,0
donne	46,4
Istruzione^{**}	
bassa	37,5
alta	30,8

^{**} istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore - differenze statisticamente significative (p=0,04)

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

Quanti sono bevitori a rischio?

- In un mese il 13% degli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 6% 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 4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Complessivamente il 19% può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto o forte consumo o “binge”).
- Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuori pasto, l’ 8% è un bevitore “binge” e il 6% è un forte bevitore.



* bevitore fuori pasto o forte consumatore o bevitore binge.
Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori “binge” è risultata pari all’8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

Bevitori “binge”
AUSL 2 dell’Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	Bevitori “binge” (n=13)
Totale	6,5 (IC95%: 3,5-10,9)
Età, anni	
18 - 24	12,5
25 - 34	11,5
35 - 49	6,7
50 - 69	1,4
Sesso[^]	
uomini	12,5
donne	1,8
Istruzione^{**}	
bassa	2,5
alta	9,2

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

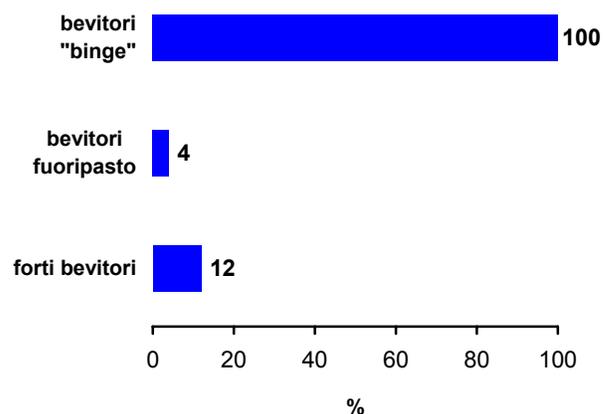
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza risulta statisticamente significativa p=0,03.

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,002)

Quante persone riferiscono di aver ricevuto domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Solo il 9% degli intervistati della AUSL 2 riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 4% di chi beve fuori pasto e il 12% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno, contrariamente ai bevitori "binge" che sono sempre raggiunti da tale consiglio.
- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. E' stato consigliato di bere meno al 7% dei bevitori fuor pasto, al 11% dei forti bevitori e al 12% dei "binge".

Bevitori a rischio che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi), AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 dell'Umbria si stima che circa un terzo della popolazione tra 18 e 69 anni non consuma bevande alcoliche, mentre un quinto ha abitudini di consumo alcolico che possono essere definite a rischio. Questi valori sono paragonabili a quelli delle ASL partecipanti all'indagine.

Come nelle altre ASL, gli intervistati riferiscono che gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle loro abitudini in relazione all'alcol e consigliano di moderarne il consumo soprattutto ai bevitori "binge".

I rischi associati all'alcol possono essere sottovalutati probabilmente 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

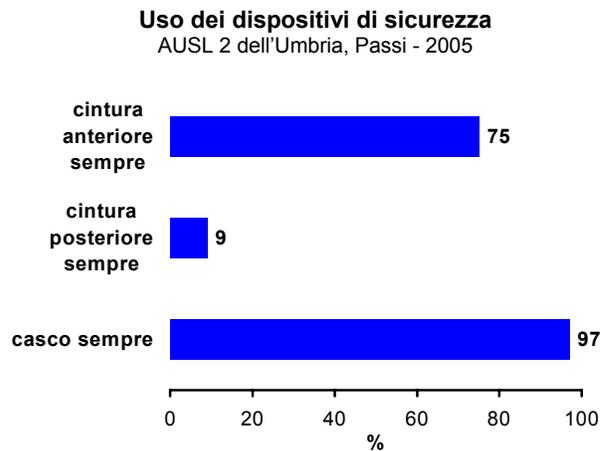
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei maschi sotto i 40 anni 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 AUSL 2 la percentuale di persone che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 75%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora assai poco diffuso (9%).
- Tra coloro che vanno in moto o in motorino oltre il 97% dichiara di usare sempre il casco.
- Nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria l'8% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i 35-49enni e viene riferita solo dagli uomini.
- Il 12% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11%, la classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni, il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

Sicurezza stradale
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	8% (IC95%:4,6-12,7)
Età, anni	
18 - 24	6,3
25 - 34	9,6
35 - 49	11,7
50 - 69	4,2
Sesso[^]	
uomini	18,2
donne	0
Istruzione^{**}	
bassa	3,8
alta	10,8

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

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 dell'Umbria si registra un elevato uso del casco tra chi va in moto o in motorino. Buono anche l'uso della cintura di sicurezza anteriore, sebbene inferiore rispetto al dato medio relativo alle ASL partecipanti all'indagine. Scarso invece l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso rispetto alle altre ASL ed interessa in particolare i giovani e gli uomini.

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria, riferisce di essere vaccinato per l'influenza l'11% degli intervistati; la percentuale sale al 55% tra i 65-69 anni. È significativamente maggiore tra i soggetti con bassa istruzione.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni e portatori di almeno una patologia severa solo il 18% risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nelle persone tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia severa.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)	
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	11,5 (IC95%: 7,4-16,8)
Età, anni	
65 - 69	55,0
< 65	6,7
< 65 anni con almeno una patologia severa	17,6
Sesso	
uomini	12,9
donne	10,7
Istruzione**	
bassa	20,0
alta	5,8

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
^ le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,002$)

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture molto elevate.

Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie mediante la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale hanno permesso di raggiungere gli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie, solo una su cinque risulta vaccinata.

Risulta pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento, anche in questo caso, dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in 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 nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 24% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'aumentare dell'età (passando dal 31% tra 18-24 anni al 22% tra 35-45 anni) ed è maggiore nei soggetti con alto livello d'istruzione basso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=59)

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	23,7 (IC95%: 13,6 – 36,6)
Età, anni	
18-24	30,8
25-34	21,7
35-45	21,7
Istruzione*	
bassa	15,4
alta	26,1

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

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Tra le donne non vaccinate il 58% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 63% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (24%) o con un rubeotest positivo (39%).
- Il 3% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 34% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Vaccinazione antirosolia e immunità

(donne 18-45 anni; n=45)

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

	%
Immuni	62,7
Vaccinate	23,7
Non vaccinate con rubeotest positivo	39,0
Suscettibili	
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,4
Stato sconosciuto	33,9
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1,7
Non vaccinate; rubeotest non effettuato / non so	32,2

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia a livello aziendale sia nelle ASL partecipanti allo Studio, il numero di donne in età fertile suscettibili alla rosolia sia ancora molto alto. Appare pertanto 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).

Ipertensione arteriosa

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nell'AUSL 2 dell'Umbria l'82% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa nei 2 anni precedenti, mentre il 9% di non averla mai avuta.
- La percentuale di persone controllate tende a crescere in maniera significativa con l'aumentare dell'età, mentre non si differenzia tra i sessi e per livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone controllate è pari al 81% in linea con i dati locali; anche l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

Persone che riferiscono di aver avuto la misurazione della Pressione Arteriosa (P.A.) negli ultimi 2 anni

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	82,5 (IC95%:81,2-91,5)
Età, anni ^	
18 - 34	67,6
35 - 49	86,7
50 - 69	93,1
Sesso	
uomini	83,0
donne	82,1
Istruzione*	
bassa	88,8
alta	78,3

^ correlazione statisticamente significativa (p=0,0008)

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

Quante persone sono ipertese?

- Nella AUSL 2 un intervistato su cinque riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa (21%).
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente al crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni circa una persona su due è ipertesa) ed è maggiore tra le persone con basso livello d'istruzione; non emergono invece differenze statisticamente significative per sesso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è pari al 23%. Gli andamenti per classe d'età, sesso ed istruzione sono sovrapponibili ai dati locali, sebbene con valori più bassi.

Ipertesi

AUSL 2 dell'Umbria - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	21,5 (IC 95% 16,0-27,8)
Età, anni ^	
18 - 34	2,9
35 - 49	15,0
50 - 69	44,4
Sesso	
uomini	25,0
donne	18,8
Istruzione* ^^	
bassa	35,0
alta	12,5

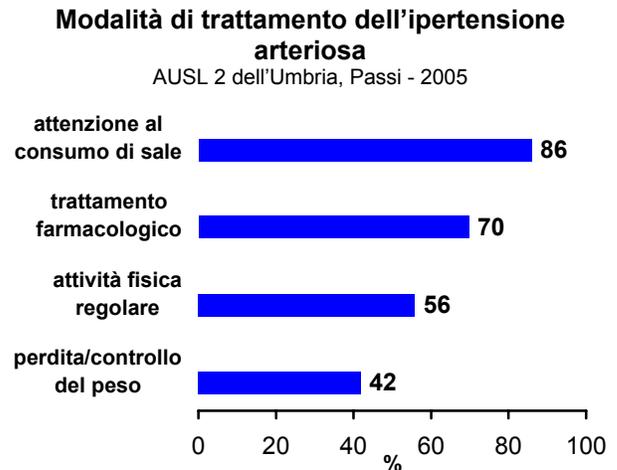
* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

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

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

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 70% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (86%), svolgendo regolare attività fisica (56%) e controllando il proprio peso corporeo (42%)
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi che riferisce di essere in trattamento farmacologico è pari al 69%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 dell'Umbria si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni e quasi la metà dei 50-69enni. Queste percentuali sono in linea con quella delle altre ASL partecipanti all'indagine.

Pur risultando modesta la proporzione di persone che riferiscono di non aver mai avuto una misurazione della pressione arteriosa, tale condizione è comunque da considerare come un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

I dati relativi alle modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa evidenziano, comunque, un buon approccio al problema da parte del medico di medicina generale, vista l'attenzione posta agli stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria l'88% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- La percentuale aumenta in maniera statisticamente significativa con l'età. Non si evidenziano differenze tra i due sessi.
- Nelle ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia è pari al 79%. Le percentuali aumentano significativamente con l'età.

Persone che riferiscono di aver misurato almeno una volta la colesterolemia

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	88,0 (IC95%:82,7-92,2)
Età, anni ^	
18 - 34	79,4
35 - 49	90,0
50 - 69	94,4
Sesso	
uomini	87,5
donne	88,4

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,02)

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 24% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Nelle ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile al dato locale.

Ipercolesterolemici

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	23,9 (IC 95%:17,8-30,9)
Età, anni ^	
18 - 34	13,0
35 - 49	20,4
50 - 69	35,3
Sesso	
uomini	19,5
donne	27,3
Istruzione** °	
bassa	32,4
alta	18,1

* le percentuali sono state calcolate su quanti riferiscono di aver misurato la colesterolemia nell'ultimo anno.

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,012)

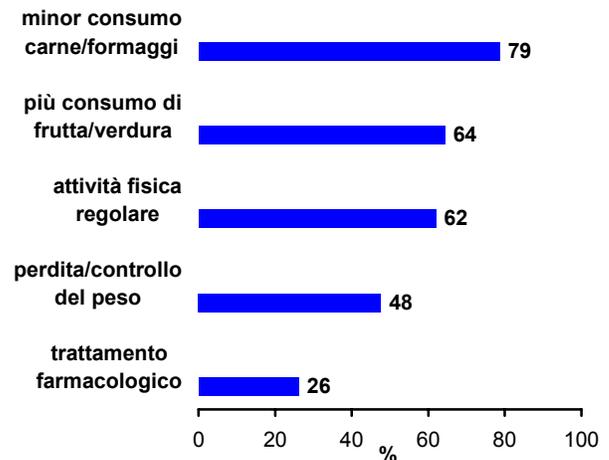
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

° le differenze risultano statisticamente significative (p=0,029)

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 26% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 79% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 64% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 62% di svolgere regolare attività fisica e il 48% di controllare il proprio peso corporeo.
- Tra le ASL partecipanti è il 24% che riferisce di essere sotto trattamento farmacologico

Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita**
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



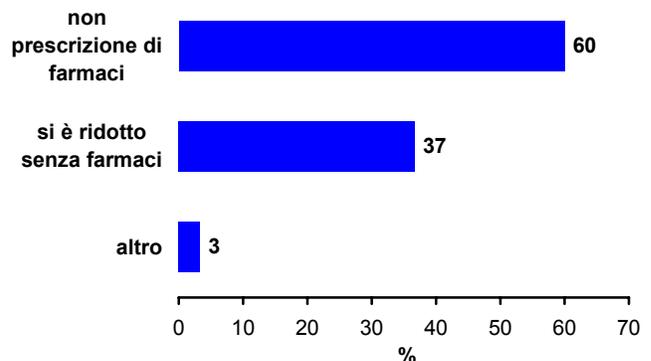
**Ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 43% degli ipercolesterolemici non trattato farmacologicamente dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 36% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Tra le ASL partecipanti il 57% degli ipercolesterolemici non trattato farmacologicamente riferisce di non aver avuto prescrizione di farmaci, il 29% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci mentre il 3% dichiara di non assumere farmaci a causa dei loro effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Il 12% della popolazione dell'AUSL 2 dell'Umbria XX riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni e un terzo dei 50-69enni riferisce di essere ipercolesterolemica; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre ASL partecipanti.

Un ipercolesterolemico su quattro riferisce di essere in trattamento farmacologico; uno su tre ha riportato i livelli di colesterolemia nei limiti senza farmaci.

I dati relativi alle modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia evidenziano infine un buon approccio al problema, viste le percentuali di attività fisica regolare, dieta e controllo del peso corporeo riferite.

Situazione nutrizionale

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

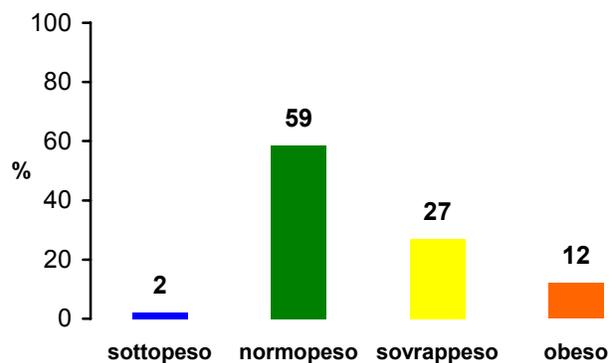
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato.

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 2% degli intervistati risulta essere sottopeso, il 59% normopeso, il 27% in sovrappeso e il 12% obeso.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine la distribuzione delle caratteristiche ponderali è molto simile, con un 3% sottopeso, il 53% normopeso, il 33% in sovrappeso e l'11% obeso.

Caratteristiche ponderali* della popolazione

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



* Sottopeso = soggetto con BMI < 18,5
 Normopeso = soggetto con BMI 18,5 - 24,9
 Sovrappeso = soggetto con BMI 25 - 29,9
 Obeso = soggetto con BMI ≥ 30

Quante persone sono in eccesso ponderale sovrappeso od obese ?

- Nella AUSL 2 si stima che il 39% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età (raggiungendo il 65% tra i 50-69enni), è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale il 42% riferisce di seguire una dieta e il 32% di svolgere attività fisica, percentuali superiori rispetto a quelle relative al totale delle ASL partecipanti all'indagine (dieta 26%, attività fisica 21%)
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 44%. Anche in questo si confermano le medesime associazioni con classe d'età, sesso e livello di istruzione.

Popolazione in eccesso ponderale ^

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	39,5 (IC 95%32,7-46,6)
Età, anni*	
18 – 34	16,2
35 – 49	35,0
50 – 69	65,3
Sesso**	
uomini	47,7
donne	33,0
Istruzione *** °	
bassa	61,3
alta	25,0

^ popolazione in sovrappeso od obesa

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

** le differenze risultano statisticamente significative (p=0,03)

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

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 dell'Umbria si stima che il 39% della popolazione sia in eccesso ponderale; questa percentuale, come pure le associazioni con l'età, il sesso e il livello di istruzione, è in linea con quanto emerso dalle altre ASL partecipanti all'indagine.

Tra coloro che sono in eccesso ponderale risulta buono l'approccio al problema, visto che circa una persona su due segue una dieta e una su tre svolge attività fisica per perdere peso.

Occorre comunque programmare interventi che favoriscano l'aumento di una attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari, tenendo in considerazione i determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

Carta di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (anni che ciascuna persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300 mila anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

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

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

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

- Nella AUSL 2 dell'Umbria la percentuale di persone di 40 anni e più che riferisce di aver avuto il calcolo del proprio punteggio di rischio cardiovascolare è pari al 3%.
- Sono solamente uomini e non emergono differenze statisticamente significative per età e livello di istruzione, vista anche l'esiguità del numero (4 su 113)
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di coloro che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare è dell'9%. Tale percentuale, così come riportato in letteratura, aumenta con l'aumentare dell'età, è statisticamente superiore negli uomini ed è indipendente dal livello di istruzione.

Persone di 40 anni e più e calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	3,5 (IC 95%: 1,0-8,8)
Età, anni	
40 - 49	0
50 - 59	8,3
60 - 69	2,8
Sesso	
uomini	7,7
donne	0
Istruzione**	
bassa	4,9
alta	1,9

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

Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare sembra essere ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia nella AUSL 2 dell'Umbria che nelle ASL partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato e 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 almeno un pap test?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria 93% delle donne dai 25 ai 64 anni intervistate riferisce di aver effettuato almeno un pap test in assenza di segni e sintomi. Non si osservano differenze significative per età e livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 29 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne 25-64enni riferisce di aver eseguito un pap test a scopo preventivo.

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005

Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *
Totale	92,9 (IC95%:85,1-97,3)
Età	
25 - 34	90,9
35 - 49	94,4
50 - 64	92,3
Istruzione**	
bassa	93,5
alta	92,5

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

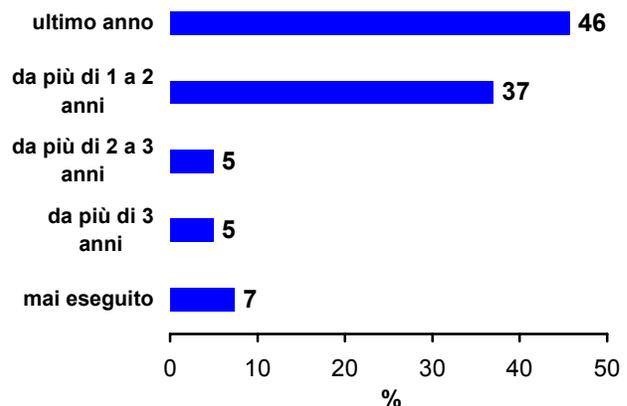
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Qual è l'adesione alle linee guida/ raccomandazioni ?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dall'88% delle donne tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Circa la metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 7% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.

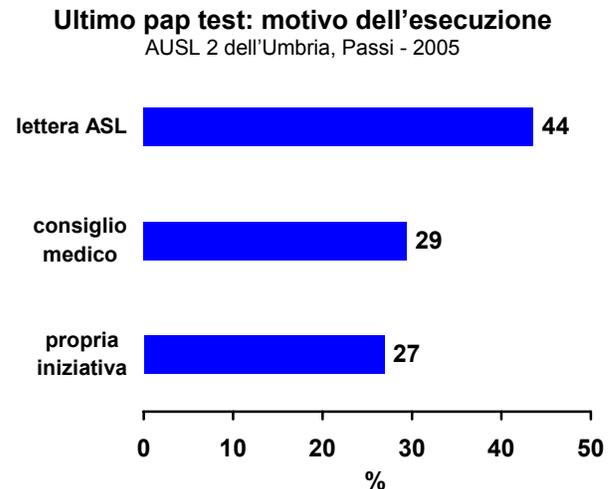
Pap test e periodicità

AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005



Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 56% delle donne intervistate di questa fascia di età riferisce di aver ricevuto almeno 1 lettera di invito al pap test dalla ASL.
- L'81% delle donne riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test.
- L'ultimo pap test è stato eseguito da una donna su due dopo lettera di invito della ASL, una su tre dietro consiglio medico e le altre di propria iniziativa.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, la percentuale di donne che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test è del 70% mentre il 56% riferisce di aver ricevuto almeno una lettera di invito dalla ASL. L'ultimo pap test è stato effettuato di propria iniziativa (44%), su consiglio medico (31%) e per lettera di invito della ASL (25%).



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'AUSL 2 dell'Umbria la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è alta. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato l'ultimo pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); quasi la metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Una donna su due ha inoltre eseguito l'ultimo pap test dopo lettera di invito della ASL.

Il livello di copertura delle donne rispetto allo screening del collo dell'utero può pertanto essere considerato buono.

Vista la presenza nel territorio di un programma di offerta attiva dello screening del collo dell'utero e vista l'offerta del pap test anche fuori di questo programma, appare importante la collaborazione tra ASL e ginecologi circa il recupero di un dato complessivo di copertura della popolazione target.

Screening neoplasia della mammella

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

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

- Nella AUSL 2 dell'Umbria l'85% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito almeno una mammografia in assenza di segni e/o sintomi; tale percentuale appare maggiore nelle donne più anziane (60-69 anni) e nelle coniugate, anche se le differenze non sono statisticamente significative. Non si evidenziano differenze in base al livello d'istruzione.
- L'età media della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa pertanto rispetto a quella raccomandata per l'inizio della mammografia periodica (50 anni).
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito almeno una mammografia a scopo preventivo. Anche in questo caso non ci sono differenze significative per età, stato civile e istruzione.

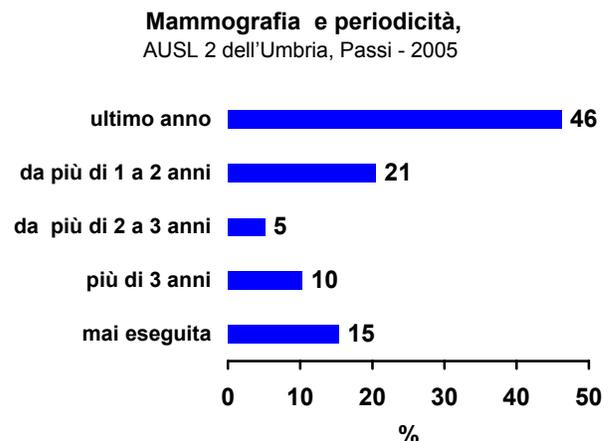
Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*
Totale	84,6 (IC95%: 69,5-94,1)
Età	
50 - 59	76,5
60 - 69	90,9
Stato civile	
coniugata	89,3
non coniugata	72,7
Istruzione**	
bassa	85,2
alta	83,3

*le percentuali sono riferite a chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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

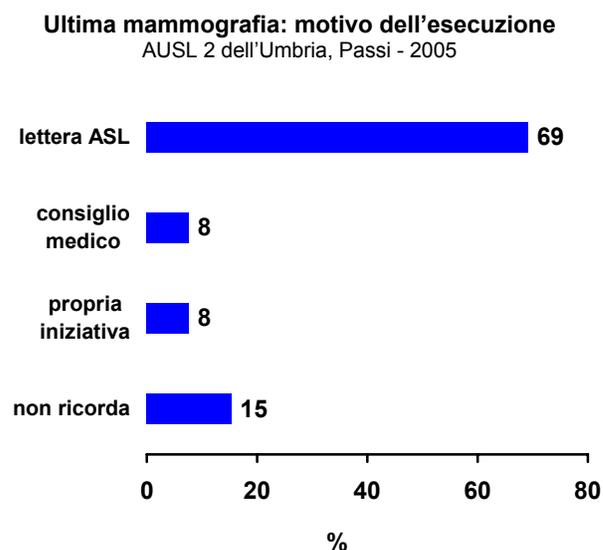
Qual è l'adesione alle linee guida/ raccomandazioni ?

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 66% delle donne tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia entro i due anni (46% nel corso dell'ultimo anno e il 21% da 1 a 2 anni)
- Il 15% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- tra le ASL partecipanti all'indagine, il 57% delle donne intervistate riferisce di aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni; il 21% dichiara altresì di non averla mai effettuata.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 72% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia.
- Il 97% dichiara di aver ricevuto dalla ASL una lettera di invito alla mammografia; due donne su tre dichiarano inoltre di aver eseguito l'ultima mammografia proprio a seguito dell'invito ricevuto dalla ASL.
- Tra le altre ASL partecipanti all'indagine, il 66% delle donne dichiara di aver ricevuto il consiglio da un medico di effettuare regolarmente la mammografia e il 58% una lettera di invito dalla propria ASL. L'ultima mammografia è stata eseguita per il 29% su consiglio medico, per il 39% dopo lettera di invito della ASL e per il 32% di propria iniziativa.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella AUSL 2 è presente dal 1997 un programma di offerta attiva per lo screening mammografico: periodicamente si producono report relativi alla copertura della popolazione bersaglio. A conferma della presenza sul territorio di questa offerta, la quasi totalità (97%) delle donne intervistate nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver ricevuto una lettera di invito ad effettuare l'esame mammografico. Si stima inoltre che due donne su tre inoltre l'abbiano effettuato negli ultimi due anni, così come raccomandato dalle Linee Guida internazionali.

Merita comunque riflessione il dato secondo il quale il 15% di questa fascia di popolazione non avrebbe mai eseguito una mammografia, informazione peraltro in linea con quella desumibile dalle altre ASL partecipanti all'indagine.

Screening tumore del colon-retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per tumore, dopo il tumore del polmone tra gli uomini e quello mammario per le donne. In Italia ogni anno si ammalano di tumore 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, esami in grado di diagnosticare la neoplasia in uno stadio precoce con maggiori possibilità d'intervento e guarigione.

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

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

- Nella AUSL 2 dell'Umbria il 10% dei 50-69enni intervistati riferisce di aver effettuato la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo. Non ci sono differenze significative per età, sesso e livello di istruzione.
- Il 3% ha effettuato il test negli ultimi due anni, in accordo con le indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine, la percentuale di persone che hanno effettuato un test preventivo è risultata del 14% con valori significativamente crescenti all'aumentare dell'età, superiori tra gli uomini. Non ci sono invece differenze per livello di istruzione.

Screening cancro colon retto (≥50 anni)	
AUSL 2 dell'Umbria, Passi - 2005	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
Totale	9,7 (IC95%:4,0-19,0)
Età, anni	
50 - 59	8,3
60 - 69	11,1
Sesso	
uomini	7,7
donne	12,1
Istruzione**	
bassa	6,3
alta	16,7

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colonrettale, sono poche le persone che riferiscono di aver effettuato la ricerca del sangue occulto o una sigmoidoscopia a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva dello screening colon retto stanno iniziando ad essere implementati in diverse regioni.

A livello locale è stato elaborato uno specifico programma di screening. In questa fase di avvio appare quindi opportuno associare campagne educative mirate alla popolazione target, prevedendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale e della Sanità Pubblica.

Tabella riassuntiva risultati studio PASSI

(ASL partecipanti allo studio = 123. Dati non pesati)

Campione	Stima AUSL 2 dell'Umbria	ASL partecipanti allo studio
età media, anni	43,5	43,9
donne, %	56,0	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	10,0	11,2
<i>media superiore</i>	50,0	40,4
<i>media inferiore</i>	24,5	30,5
<i>elementare</i>	15,5	16,0
<i>nessuno</i>	0	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	60,0	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	65,0	66,2
<i>celibi/nubili</i>	29,0	27,4
<i>vedovi/e</i>	3,0	2,9
<i>separati/divorziati</i>	3,0	3,5
lavoro regolare**, %	69,4	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 AUSL 2 dell'Umbria (%gg)	ASL partecipanti allo studio (%gg)
salute molto-buona/buona, %	78,0	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,6	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	4,8	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,2	1,6

Attività fisica	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	44,5	42,4
popolazione completamente sedentaria ^{^^}	13,5	23,3
consigli dei medici: ^{^^^}		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	47,0	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	54,5	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	18,5	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	16,5	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	12,0	7,2

[^]30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

^{^^}chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

^{^^^}consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

Abitudine al fumo	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
fumatori*	34,5	26,5
uomini	44,3	31,5
donne	26,8	21,7
ex fumatori**	24,5	19,7
non fumatori***	41,0	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	93,9	94,2
aiuto del medico	0	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	46,0	38,6
a fumatori	71,0	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	60,9	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	23,5	37,0
nessuno fuma	31,0	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
sempre	63,6	57,6
a volte/mai	17,5	15,5

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

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

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

Abitudini alimentari	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	91,0	90,8
conosce il 5 a day [^]	47,0	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	15,0	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	36,0	45,4
medico	18,0	18,5
campagne informative	5,5	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
bevuto <1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	33,5	36,2
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	13,0	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	6,5	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	4,0	5,5
chiesto dal medico sul consumo	9,5	14,4

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

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

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

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

Sicurezza stradale	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
cintura anteriore sempre	75,3	83,0
cintura posteriore sempre	9,2	19,7
casco sempre [#]	96,7	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	8,0	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	12,0	12,0

[#]calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

^{##}aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

^{###}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

Vaccinazione antinfluenzale	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinati 18-69 anni	11,5	15,3
vaccinati ≥ 65	55,0	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	17,6	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinate	23,7	30,6
hanno eseguito rubeotest*	57,8	40,6
Immune**	62,7	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

Iperensione arteriosa	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	82,5	81,4
Ipertesi*	23,6	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	69,8	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	86,0	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	41,9	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	55,8	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

Ipercolesterolemia	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	88,0	79,3
Ipercolesterolemici [^]	24,0	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	26,8	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	78,6	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	64,3	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	47,6	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	61,9	39,0

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

Stato nutrizionale	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione con eccesso ponderale	39,5	43,6
<i>sovrappeso</i>	27,5	32,5
<i>obeso</i>	12,0	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	41,8	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	31,6	22,7

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	3,5	9,0

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

Screening cancro cervice uterina[^] (donne 25 - 64 anni)	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito almeno un pap test	92,9	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	84,7	69,7
viene consigliato pap test periodico	81,0	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	83,5	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per:		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	43,6	24,6
<i>consiglio medico</i>	29,5	30,6
<i>propria iniziativa</i>	26,9	43,6

[^]eseguito a scopo preventivo

Screening cancro della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguita almeno una mammografia	84,6	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	66,7	56,7
viene consigliata mammografia periodica	71,8	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	97,4	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per:		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	81,8	38,7
<i>consiglio medico</i>	9,1	28,6
<i>propria iniziativa</i>	9,1	32,0

◇ valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento
◇◇ eseguita a scopo preventivo

Screening cancro colon retto (50 - 69 anni)[#]	Stima AUSL 2 dell'Umbria (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	9,7	14,0
eseguito negli ultimi due anni	2,8	8,3

#eseguita a scopo preventivo

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide
www.cdc.gov/brfss/questionnaires
- 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>

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

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 from the Cochrane Library, *BMJ*, 2000, 321: 355-358
- 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)
- 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.iss.it/binary/ofad/cont/Pacifici.1118407792.pdf)
- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana Anno 2003 (www.istat.it/dati/catalogo/20051118_00/)
- ISTAT. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (www.istat.it/sanita/sociosan/)

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

- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana Anno 2003 (www.istat.it/dati/catalogo/20051118_00/)
- ISTAT. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (www.istat.it/sanita/sociosan/)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

Alcol

- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- 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
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) (*Prima parte*) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo, <http://www.iss.it/sitp/ofad/publ/ppdf/0020.pdf>

Incidenti stradali

- 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.)

Screening oncologici

- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- 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
- www.epicentro.iss.it
- www.ministerodellasalute.it
- www.thecommunityguide.org/invoi/feault.htm
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (www.istat.it/sanita/sociosan/)

Salute e qualità di vita percepita

- ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana Anno 2003 (www.istat.it/dati/catalogo/20051118_00/)
- CDC - Healthy days methods 1989