



2005

Studio PASSI

Progressi nelle Aziende Sanitarie per la salute in Italia

Ringraziamo di cuore le seguenti persone che hanno contribuito in misura determinata allo svolgimento dello studio:

a livello nazionale

Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scarpetta (CNESPS, Istituto Superiore di Sanità)

Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito (PROFEA)

presso l'Assessorato

Paolo Spoaloro e collaboratori

Peter Kreidl che ha rivestito la funzione di coordinatore durante la rilevazione dei dati

Bernhard Natter per la supervisione del testo in lingua tedesca

a livello provinciale

Ditta Apollis, Ricerche Sociali e Demoscopia, per l'ottima qualità della raccolta dei dati.

Un grazie particolare all'Assessore alla sanità per il sostegno fornito allo studio.

Un grazie sentito, infine, a tutti coloro che hanno partecipato allo studio per la disponibilità e la collaborazione dimostrate.

Impressum

Autori **Sabine Weiss, Antonio Fanolla**

Stampa **Tipografia provinciale, 2007**

in collaborazione con



Indice.....	1
Prefazione	3
Sintesi.....	4
Introduzione.....	7
Obiettivi dello studio.....	8
Obiettivo generale.....	8
Obiettivi specifici	8
Metodi.....	10
Tipo di studio	10
Popolazione in studio	10
Strategie di campionamento.....	10
Interviste	10
Analisi delle informazioni.....	10
Etica e privacy	11
Confronto tra i due metodi di campionamento.....	11
Descrizione del campione	13
Conclusioni e raccomandazioni.....	15
Percezione dello stato di salute	16
Conclusioni e raccomandazioni.....	17
Attività fisica.....	18
Conclusioni e raccomandazioni.....	19
L'abitudine al fumo.....	20
Conclusioni e raccomandazioni.....	23
Abitudini alimentari	25
Conclusioni e raccomandazioni.....	26
Consumo di alcol	27
Conclusioni e raccomandazioni.....	29
Sicurezza stradale	30
Conclusioni e raccomandazioni.....	31
Vaccinazione antinfluenzale.....	32
Conclusioni e raccomandazioni.....	32
Vaccinazione antirosolia	33
Conclusioni e raccomandazioni.....	34
Ipertensione.....	35
Conclusioni e raccomandazioni.....	36
Colesterolemia.....	38
Conclusioni e raccomandazioni.....	39
Situazione nutrizionale.....	41
Conclusioni e raccomandazioni.....	42
Carta di rischio cardiovascolare	43
Conclusioni e raccomandazioni.....	43
Screening neoplasia del collo dell'utero	44
Conclusioni e raccomandazioni.....	45
Screening neoplasia della mammella.....	46
Conclusioni e raccomandazioni.....	47
Screening tumore del colon-retto	48
Conclusioni e raccomandazioni.....	48
Definizioni principali	49
Indice di Massa Corporea (IMC)	49
Abitudine al fumo	49
Consumi alimentari	49
Stato di salute percepita.....	49
Giorni con limitazione delle abituali attività per problemi fisici e mentali	50

Incidenti ed Alcol.....	50
Attività fisica.....	50
Screening oncologico.....	50
Tabella riassuntiva dei risultati dello studio	51
Bibliografia.....	55

Prefazione

Care lettrici e cari lettori,

è con grande piacere che vi presento i risultati dell'indagine PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), un rilevamento svolto nel 2005 in tutte le regioni e province autonome d'Italia.

L'obiettivo dichiarato dall'indagine è la sorveglianza dello stato di salute della popolazione tra 18 e 64 anni grazie a un monitoraggio continuo delle abitudini e degli stili di vita per modificare i comportamenti a rischio, associati alle principali cause di mortalità e morbidità, attraverso dei programmi di intervento che promuovono la salute.

L'indagine PASSI è uno dei tanti progetti previsti dal Piano Nazionale di prevenzione 2005-2007, con lo scopo di promuovere stili di vita sani per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete.

Nel 2005 è stato confermato attraverso un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità che le patologie non trasmissibili come le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche, le malattie muscolo-scheletriche e i problemi di salute mentale sono responsabili dell'86% dei decessi in Europa, con tendenza costante all'aumento.

Nell'anno 2004 è stata calcolata in Alto Adige una prevalenza delle cardiovasculopatie di 137,4 casi per 1.000 abitanti (125,4 tra gli uomini e 148,9 tra le donne). Nel quinquennio 1999-2003 sono stati diagnosticati 12.430 nuovi casi di tumore maligno nella popolazione residente (esclusi i carcinomi cutanei) e 5.443 casi di morte a causa di tumore (in media 596 casi/anno negli uomini e 492 casi/anno nelle donne). Inoltre si stima che in Alto Adige i malati di diabete sono ca. 14.422 di tutte le classi d'età.

Anche il Piano sanitario nazionale 2003-2005 affronta il tema della prevenzione sanitaria e della promozione della salute, dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza di sottoporsi a periodici controlli e test di screening. In Alto Adige sono stati introdotti vari programmi di screening tra cui il pap test per una diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina, la mammografia come misura di prevenzione per il tumore alla mammella e la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia per il tumore del colon-retto. L'aderenza della popolazione altoatesina a questi screening è in parte molto soddisfacente. Ma dai risultati di questa indagine emerge la necessità di campagne informative ed educative per convincere la popolazione dell'importanza di sottoporsi a periodici controlli e test di screening.

Mi auguro dunque che la nostra provincia riesca a dare attuazione a queste raccomandazioni, e conto fin d'ora sulla collaborazione fattiva di tutte le categorie interessate.

Ringrazio di cuore tutti coloro che hanno collaborato allo svolgimento dello studio, ossia gli autori e i loro collaboratori, e ovviamente, tutte le persone che hanno accettato di parteciparvi.

L'Assessore alla sanità e ai servizi sociali
Dr. Richard Theiner



Sintesi

Descrizione del campione provinciale

In Alto Adige è stato intervistato un campione casuale di 609 persone, di cui 302 sono state selezionate dalla lista dell'anagrafe sanitaria provinciale e le rimanenti 307 persone partendo dall'elenco telefonico. Il 44% degli intervistati è rappresentato da donne e il 56% da uomini con un'età media di 45 anni. Il 48% ha un livello di istruzione alto e oltre il 77% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

La percezione del proprio stato di salute si è dimostrata una variabile importante correlata alla qualità di vita.

Il 19% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 60% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica

Uno stile di vita completamente sedentario e un'alimentazione sbilanciata sono responsabili del numero crescente di persone in sovrappeso e costituiscono uno dei fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Lo svolgimento regolare di un'attività fisica moderata aumenta la qualità di vita e riduce il rischio di malattie cardiovascolari, cardiopatie ischemiche, diabete tipo II, cancro del colon, osteoporosi, depressione e problemi in seguito a cadute.

È completamente sedentario il 5% del campione e il 65% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo

Il tabagismo è un importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari e respiratorie e per tumori. In confronto agli altri fattori il fumo rappresenta un fattore di rischio eliminabile, la cui interruzione porta ad una dimostrata riduzione dei fattori correlati.

Il 23% si dichiara fumatore e il 27% ex fumatori. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e nessuno dichiara di essere ricorso ad un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa che vieta di fumare nei locali chiusi pubblici e in quelli privati aperti ad utenti o al pubblico, l'81% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Abitudini alimentari

La frutta e la verdura contengono essenziali vitamine, minerali e fibre che proteggono contro le malattie croniche.

Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 12% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 18-34 anni e negli uomini.

Consumo di alcol

L'alcol rappresenta oltre al tabagismo un importante fattore di rischio per la salute. Il consumo moderato anche regolare di alcol può essere visto come non nocivo per la salute, ma il consumo eccessivo e cronico può essere molto dannoso per la salute. L'abuso di alcol può portare a molteplici disturbi di salute e malattie. Oltre a disturbi psichici e fisici come inquietudine, insonnia, tremore, problemi di concentrazione, perdita dell'autocontrollo e malattie correlate all'abuso di alcol, i soggetti interessati spesso lamentano di essere stati respinti dalla famiglia e di aver perso casa e lavoro.

Si stima che oltre due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e oltre un terzo circa abbia abitudini di consumo considerate a rischio. (complessivamente il 29% è forte bevitore o "binge"). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale

Si osserva invece un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (90% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 41% degli intervistati.

Il 14% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale

La vaccinazione antinfluenzale viene consigliata in particolare alle persone con malattie croniche e alla popolazione anziana, in quanto riduce le complicanze della malattia infettiva, l'ospedalizzazione e l'eccesso di mortalità da essa provocato.

In media solo il 18% delle persone, tra 18 e 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinato lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia

Nel novembre 2003 è stato approvato il Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita ed entro il 2007 deve essere garantita una copertura vaccinale del 95% per entrambe le malattie.

In Alto Adige 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%.

Ipertensione

L'ipertensione è una malattia molto diffusa che spesso viene sottovalutata e non curata, nonostante sia un fattore di rischio molto importante per le malattie cerebro-cardiovascolari.

Secondo le indicazioni dei partecipanti allo studio il 21% è iperteso, di cui il 64% sono sotto trattamento farmacologico. Al 5% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia

Valori del colesterolo troppo alti sono correlati ad un aumentato rischio d'infarto del miocardio, danni ai reni e disturbi alla circolazione sanguigna degli arti.

Un intervistato su quattro dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 15% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Un terzo dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

Situazione nutrizionale

Ai partecipanti è stato calcolato il Body mass index in base all'altezza e al peso corporeo dichiarati.

È in sovrappeso il 27% del nostro campione e gli obesi sono l'8%. L'eccesso ponderale è trattato nel 21% dei casi con dieta e solo nel 38% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Carta di rischio cardiovascolare

La carta di rischio cardiovascolare viene utilizzata per stimare la probabilità del proprio paziente di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. Per il calcolo sono necessari i valori dei seguenti fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Viene ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare (solo nel 9% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Il pap test è stato sviluppato nel 1928 da un medico greco, Gorge Papanicolaou. Il Pap test è un esame che indaga le alterazioni delle cellule del collo dell'utero ed è stato sviluppato per la diagnosi rapida dei tumori del collo dell'utero.

Il 93% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e l'85% l'hanno eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella

Lo screening mammografico serve per la diagnosi precoce di un eventuale tumore al seno. Lo scopo di questo esame è di aumentare la durata di vita o perlomeno migliorarne la qualità nelle donne affette da tumore al seno attraverso una diagnosi precoce.

L'82% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (60%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

Screening tumore del colon retto

Il carcinoma del colon retto è un tumore dell'intestino crasso. Questo tipo di tumore rappresenta una delle più frequenti malattie tumorali maligne. Il test ha lo scopo di riconoscere la malattia prima dell'esordio dei sintomi.

Appena il 26% degli ultracinquantenni ha eseguito il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (o una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

Introduzione

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 affronta il tema della prevenzione sanitaria e della promozione della salute, dedicando un'apposita sezione agli stili di vita sani e all'importanza che la popolazione adulta effettui periodici controlli e test di screening. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta un'emergenza sanitaria, comportando l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, che insieme rappresentano le principali cause di mortalità e morbidità nella popolazione adulta. Tra gli obiettivi primari del Piano della Prevenzione 2005-2007 viene pertanto indicata la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete e l'implementazione dei programmi di screening oncologici.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, riconosce tra i propri obiettivi strategici quello di sostenere il Paese nell'adozione di stili di vita sani, attraverso l'individuazione di programmi operativi più efficaci e la verifica degli obiettivi di salute raggiunti. Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza su alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione italiana, sui fattori di rischio comportamentali e sui programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare comportamenti a rischio.

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM). 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 raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati nelle aziende sanitarie locali.

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

Obiettivi dello studio

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. *Aspetti socio-demografici*

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

2. *Salute e qualità di vita percepita*

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

3. *Attività fisica*

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

4. *Abitudine al fumo*

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

5. *Abitudini alimentari*

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

6. *Consumo di alcol*

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

7. *Sicurezza stradale*

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

8. *Vaccinazioni in età adulta*

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

9. *Fattori di rischio cardiovascolare*

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

10. *Screening oncologici*

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone ≥ 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

L'indagine PASSI è uno studio trasversale di prevalenza puntuale. I dati sono stati rilevati tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni. Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza in Alto Adige e la disponibilità di un recapito telefonico, 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, ma sono state utilizzate due fonti diverse. Più precisamente, un campione di 307 persone è stato costituito a partire dall'elenco telefonico e la scelta degli intervistati è avvenuta in due fasi: una prima fase in cui è stata selezionata la famiglia e una seconda fase in cui si è provveduto a scegliere il familiare in maniera casuale. Le altre 302 interviste sono state realizzate mediante estrazione casuale dall'elenco degli iscritti nell'anagrafe sanitaria provinciale.

La dimensione del campione è stata di 609 individui, scelti proporzionalmente al numero di residenti nelle quattro aziende sanitarie, e calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali, per ottenere una stima con precisione assoluta del 10%, con un intervallo di confidenza al 95%.

Ciascuno dei due sottocampioni è stato ponderato secondo una combinazione di zona (maggiori centri urbani e resto della provincia), aziende sanitarie, classi d'età e sesso. La ponderazione del campione complessivo è stata ottenuta come prodotto delle ponderazioni dei due sottocampioni.

In alcune regioni d'Italia il campione è stato ristretto ad un'unica azienda sanitaria, senza campione regionale. A livello nazionale hanno partecipato all'indagine in totale 123 aziende sanitarie (appartenenti a tutte le Regioni italiane) e sono state effettuate circa 16.000 interviste telefoniche.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati tramite lettera personale informativa, così come l'Ordine dei Medici.

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 condotte da collaboratori qualificati della ditta Apollis, Ricerche Sociali e Demoscopia. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 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

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia a livello provinciale sia aggregando i dati delle 123 aziende sanitarie partecipanti 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 la variabile principale.

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. Sono stati richiesti 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 rilevati per questo studio sono stati inseriti direttamente nella banca dati in forma anonima durante l'intervista. Nessun dato nominativo è rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Confronto tra i due metodi di campionamento

Per il campionamento sono stati utilizzati due diversi metodi per valutare se il metodo scelto per questo studio, relativamente dispendioso in termini di tempo, può essere sostituito da un metodo più semplice.

Le procedure dei due metodi erano le seguenti:

- estrazione casuale di 302 partecipanti allo studio dall'elenco degli iscritti nell'anagrafe sanitaria provinciale (secondo il protocollo dello studio)
- scelta di 307 intervistati dall'elenco telefonico in due fasi: una prima fase in cui è stata selezionata la famiglia e una seconda fase in cui si è provveduto a scegliere il familiare in maniera casuale.

In prima linea si trattava di verificare la disponibilità dei dati demografici necessari per il campionamento secondo il metodo scelto per lo studio e cioè come recuperare i numeri telefonici delle persone campionate, dato che l'anagrafe sanitaria provinciale e l'anagrafe comunale non contengono questo dato. Il metodo stabilito dall'ISS prevedeva per la ricerca dei numeri di telefono i seguenti passi:

- ricercare nelle pagine bianche per nome/indirizzo
- nel caso la persona non fosse stata trovata, ottenere ulteriori informazioni dall'anagrafe comunale, in particolare identificare il capofamiglia
- con le nuove informazioni cercare i numeri di telefono nelle pagine bianche
- in caso di ulteriore fallita ricerca, richiedere ai medici di base il numero di telefono dell'assistito. A questo punto bisogna sottolineare che i medici di base spesso non erano in possesso del numero di telefono del paziente e a volte si sono rifiutati di comunicarlo, perciò non era stata considerata questa opzione.

Il secondo metodo invece prevedeva una selezione a due stadi delle persone da intervistare in base all'elenco telefonico: in un primo momento è stata selezionata la famiglia e in un secondo momento il familiare da intervistare. Questo metodo implica una buona rappresentatività del campione, dato che vengono intervistati anche gruppi di persone difficilmente rintracciabili.

Per quanto riguarda la percentuale di partecipazione delle persone campionate non ci sono differenze tra i due campioni, a parte l'aspetto metodologico, che scegliendo i partecipanti dall'elenco telefonico non è possibile fare una selezione a priori per età e dunque possono capitare famiglie dove nessuno dei membri dispone delle caratteristiche necessarie. Non sono state osservate differenze per quanto riguarda la raggiungibilità ed il response-rate delle persone campionate.

Per quanto riguarda il dispendio di tempo, la selezione degli indirizzi dall'anagrafe sanitaria e la successiva ricerca dei numeri di telefono richiedono più tempo in confronto alla selezione dei partecipanti dall'elenco telefonico, ma il tempo richiesto era entro i limiti accettabili

Confrontando la distribuzione per sesso nei due campioni, in particolare nel campione estratto dall'anagrafe sanitaria è stata constatata un'eccedenza di uomini, provocata dalla ricerca dei numeri di telefono in base agli indirizzi delle persone scelte, dove era più facile rintracciare gli uomini, dato che gli allacciamenti del telefono normalmente sono a loro nome.

La distribuzione per età in entrambi i campioni era caratterizzata da una rappresentatività proporzionalmente inferiore delle persone tra 25 e 29 anni di età e una superiore delle persone da 65 anni e più in confronto alla popolazione in generale. Per questa divergenza è nuovamente responsabile la raggiungibilità delle diverse fasce d'età. Le persone appartenenti alla fascia d'età tra 25 e 29 anni sono normalmente difficilmente contattabili per telefono, dato che molti hanno solo un numero di cellulare, lavorano tutto il giorno e vivono spesso da soli.

Tutti e due i metodi hanno vantaggi e svantaggi. Scegliendo i partecipanti dall'elenco telefonico si ha il vantaggio di poter adattare, dopo la determinazione del numero di telefono di un nucleo familiare, il campione alla popolazione principalmente mirata. Questa opzione è necessaria dato che lo svantaggio di questo metodo è che per coprire anche i gruppi di popolazione meno numerosi e dal punto di vista degli allacciamenti telefonici meno frequenti, si è dipendenti dalla casualità. Questa causalità però offre un ritaglio del gruppo di destinatari più rappresentativo in confronto ad un metodo finalizzato, ma solo in parte efficace data la difficile ricerca di persone note soltanto per nome. Il campione scelto dall'anagrafe sanitaria rappresenta quasi in modo perfetto la popolazione generale, ma la procedura della ricerca dei numeri telefonici porta da una distorsione sistematica.

Complessivamente è stato constatato che non vi sono differenze di contenuto. Entrambi i campioni sono molto simili alla popolazione generale in Alto Adige dal punto di vista statistico.

Descrizione del campione

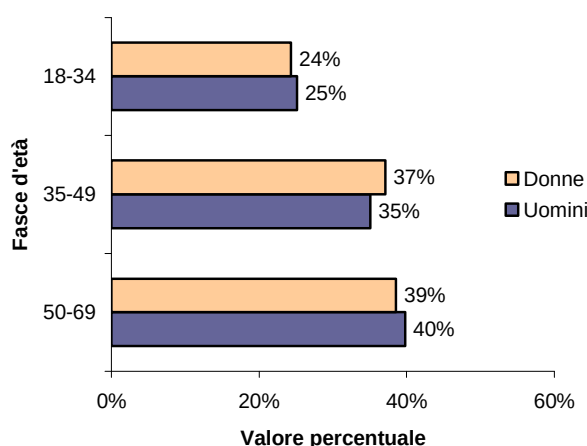
La popolazione in studio è costituita da 609 persone di età compresa tra 18 e 69 anni, di cui 302 sono state selezionate dalla lista dell'anagrafe sanitaria provinciale e le rimanenti 307 persone partendo dall'elenco telefonico.

Le 609 interviste al campione di popolazione sono state effettuate da collaboratori della ditta Apollis, Ricerche Sociali e Demoscopia: 391 persone sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 218 sono state sostituite (36%). La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o che non sono più domiciliati in provincia; solo il 7% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. Tra le aziende sanitarie nazionali partecipanti si è registrato l'84% di accettazione e il 6% di rifiuti.

1. L'età e il sesso

- In Alto Adige il 44% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 25% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 36% in quella 35-49 e il 39% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile alla popolazione generale in Alto Adige ed anche a quella presente nell'anagrafe sanitaria provinciale.

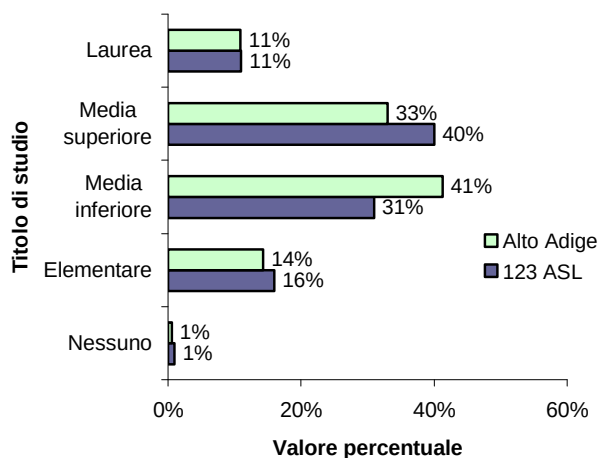
Campione per età e sesso in Alto Adige, PASSI 2005



2. Il titolo di studio

- In Alto Adige l'1% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, l'11% ha la licenza elementare, il 42% la licenza media inferiore, il 35% la licenza media superiore, l'11% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine.

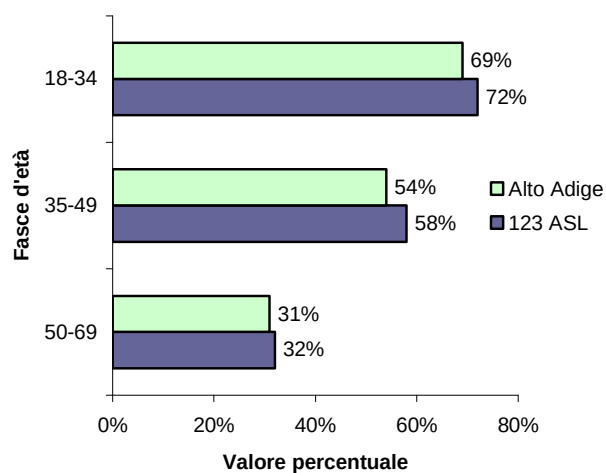
Campione per titolo di studio, Alto Adige PASSI 2005



3. Il livello di istruzione

- Il 48% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra 18 e 34 anni.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.

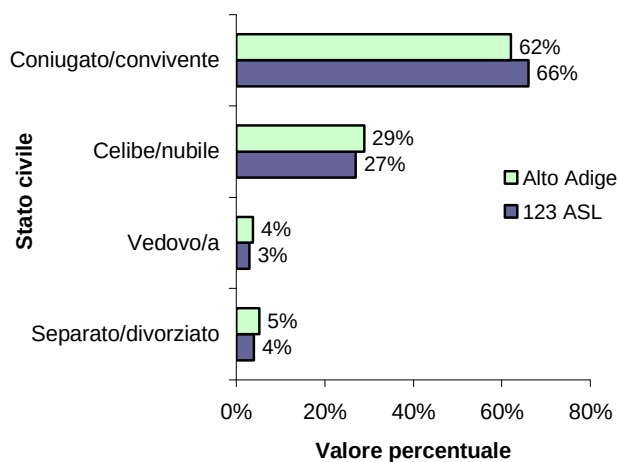
Alto grado d'istruzione per fascia d'età, Alto Adige PASSI 2005



4. Lo stato civile

- In Alto Adige coniugati/conviventi rappresentano il 62%, celibi/nubili il 29%, vedovi/e il 4%, separati/divorziati il 5%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale.

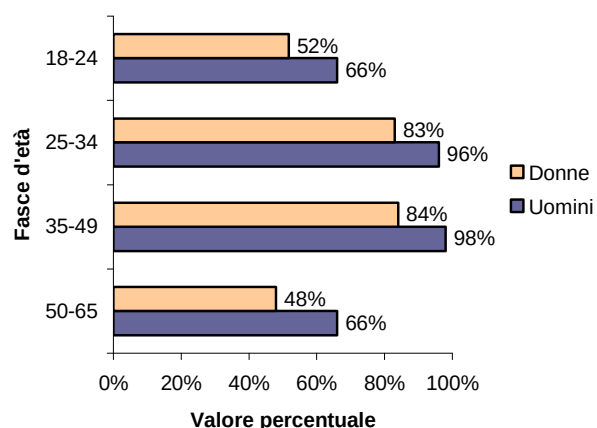
Le categorie dello stato civile, Alto Adige PASSI 2005



5. Il lavoro

- In Alto Adige il 77% del campione (tra 18 e 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (69% vs.83%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

Lavoro regolare per fascia d'età e sesso, Alto Adige PASSI 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione dell'Alto Adige è rappresentativo dell'anagrafe sanitaria provinciale e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione provinciale. Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta a livello provinciale una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

Percezione dello stato di salute

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

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

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

- In Alto Adige l'81% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alto grado d'istruzione
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

Stato di buona salute percepito Alto Adige, Passi 2005	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	81,4 (IC95%: 78,1-84,4)
Età, anni	
18 - 34	93,4
35 - 49	85,4
50 - 69	70,6
Sesso	
uomini	82,7
donne	79,8
Istruzione*	
bassa	76,8
alta	86,4
Patologia severa**	
presente	59,7
assente	86,7

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

- In Alto Adige le persone intervistate riferiscono una media di circa 2,5 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa un giorno al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita Alto Adige, Passi 2005			
Caratteristiche demografiche	N° gg/mese		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,2	2,4	1,2
Età, anni			
18 - 34	1,9	2,7	0,8
35 - 49	2,0	2,5	0,5
50 - 69	5,4	2,1	2,1
Sesso			
uomini	2,2	1,2	0,9
donne	4,5	3,8	1,5

- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 giorni al mese. Anche nelle altre aziende sanitarie i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Conclusioni e raccomandazioni

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

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica in particolare a livello provinciale, 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?

- In Alto Adige il 65% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 30% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 5% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono in particolare i giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine, il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 58% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

Sedentarietà	
Alto Adige, Passi 2005	
Caratteristiche demografiche	Sedentari* (%)
Totale	5,3 (IC95%:3,7-7,4)
Età, anni	
18 - 34	7,9
35 - 49	3,2
50 - 69	5,4
Sesso	
uomini	4,4
donne	6,4
Istruzione**	
bassa	5,4
alta	5,1

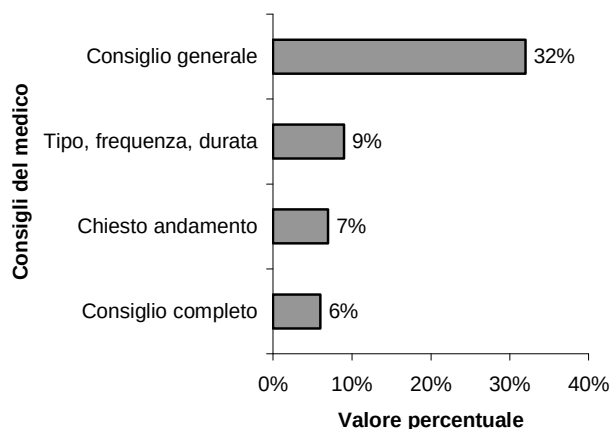
* chi svolge meno di 10 minuti di attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

** 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?

- In Alto Adige le persone intervistate riferiscono che il 33% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica. Al 32% dell'intero campione il medico raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 9% (e il 29% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica) ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 7% (e al 49% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica) è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 6% (e il 18% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica) dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.

Attività fisica e consigli del medico, Alto Adige PASSI 2005*



** per il grafico sono state considerate per le varie categorie sempre il totale del campione (n=609)*

- Tra le persone delle altre 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa il 5% della popolazione dell'Alto Adige conduca uno stile di vita sedentario e il 30% non pratichi sufficiente attività fisica; pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle altre aziende sanitarie partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

In solo un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti. La percentuale di medici che dà consigli più dettagliati è del 9%.

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

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio 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.

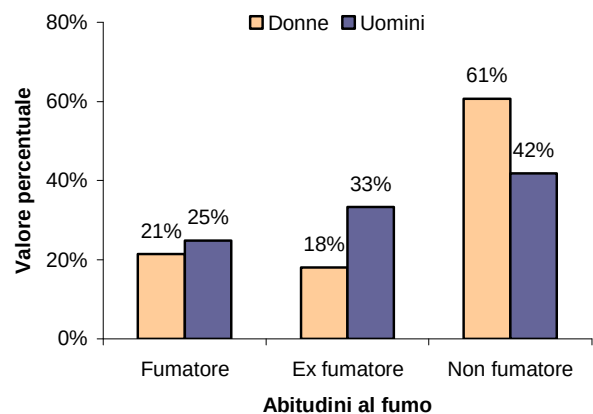
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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?

- In Alto Adige i fumatori sono pari al 23%, gli ex fumatori al 27%, e i non fumatori al 50%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (25% vs. 21%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (61% vs. 42%).
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

Abitudini al fumo, Alto Adige PASSI 2005



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 12 sigarette al giorno.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

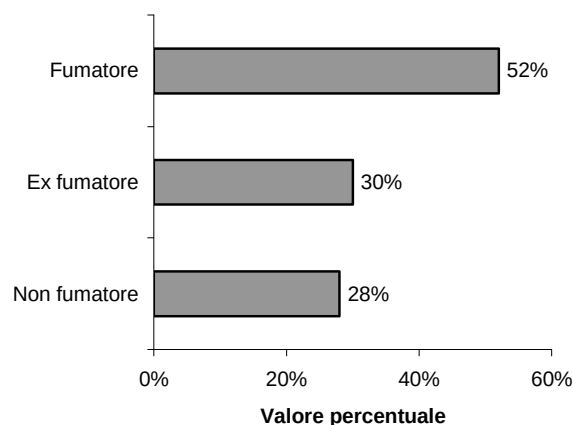
Fumatori Alto Adige, Passi 2005	
Caratteristiche demografiche	Fumatori* (%)
Totale	23,3 (IC95%:20,1-26,9)
Età, anni	
18 - 24	37,5
25 - 34	33,3
35 - 49	23,3
50 - 69	15,9
Sesso	
uomini	24,9
donne	21,3
Istruzione**	
bassa	23,9
alta	22,7

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

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

- In Alto Adige circa un operatore sanitario su tre (34%) si informa sui comportamenti dei propri pazienti in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ca. la metà (52%) dei fumatori, il 30% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori.

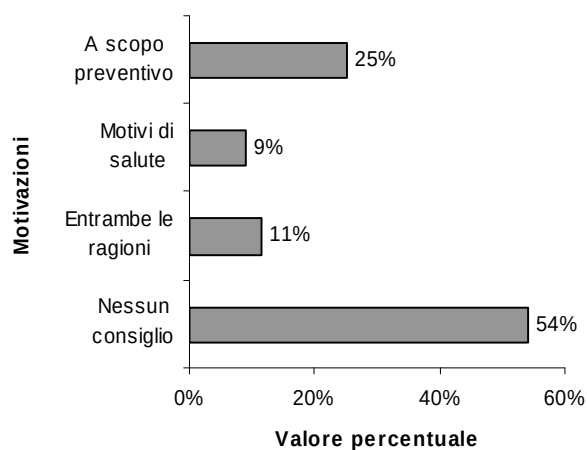
Percentuale di persone interpellate da operatori sanitari sulle proprie abitudini al fumo, Alto Adige PASSI 2005



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

- Il 46% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (25%).
- Il 54% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

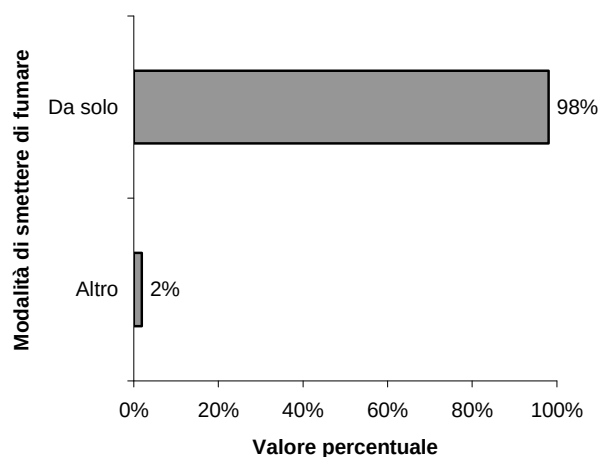
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione, Alto Adige PASSI 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 98% degli ex fumatori dell'Alto Adige ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle 123 aziende sanitarie partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

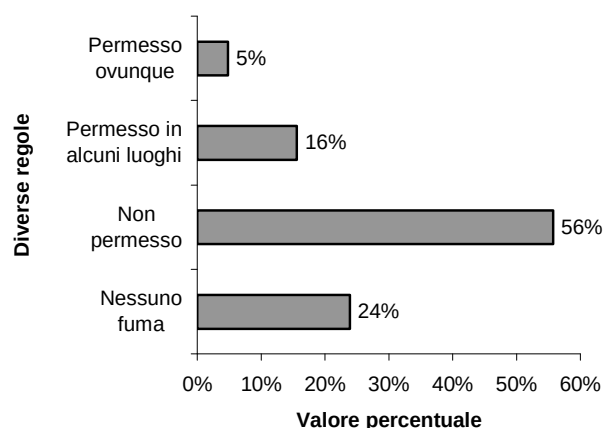
Percentuale delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori, Alto Adige PASSI 2005



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati dell'Alto Adige dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 80% dei casi (56% non permesso; 24% nessuno fuma); nel restante 20% dei casi si fuma ovunque o in parte.

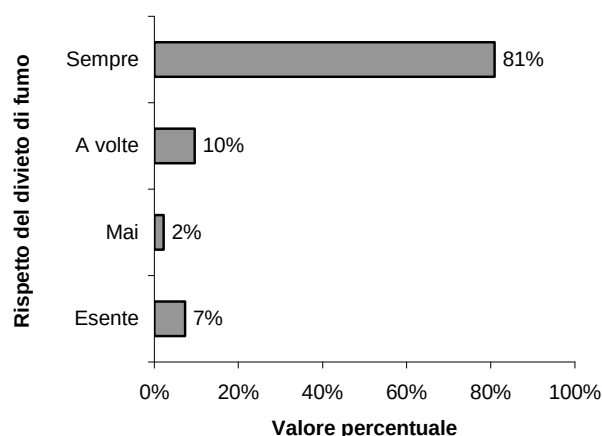
Percentuale delle diverse regole sul permesso di fumare a casa, Alto Adige PASSI 2005



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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nell'81% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

Percentuale di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro, Alto Adige PASSI 2005*



* sul totale dei lavoratori (n=317)

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori inferiore rispetto a quella delle altre aziende sanitarie. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25-34enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

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

Abitudini alimentari

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

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

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

- In Alto Adige il 92% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 12% aderisce alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone con più di 49 anni, tra le donne e le persone con un grado di istruzione basso.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale 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.

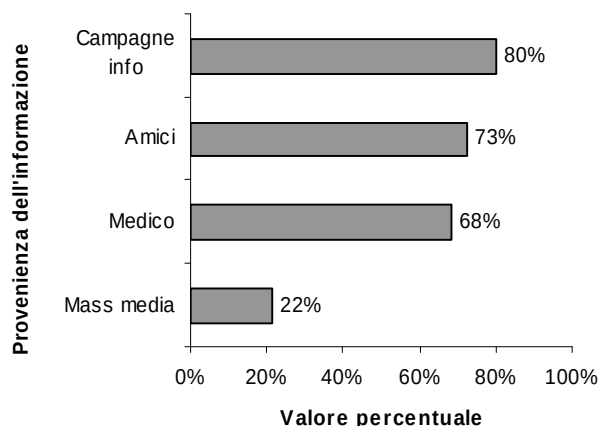
Abitudini alimentari	
Alto Adige, Passi 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	11,5 (IC95% 9,1-14,4)
Età, anni	
18 - 34	7,3
35 - 49	10,5
50 - 69	15,1
Sesso[^]	
uomini	7,6
donne	16,5
Istruzione**	
bassa	13,1
alta	9,8

* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 volte al giorno frutta e verdura
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0004)

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

- Il 44% degli intervistati dell'Alto Adige conosce il “5 a day” (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte dalle campagne informative; solo nel 68% dei casi da un medico.

Provenienza dell'informazione su “5 a day”, Alto Adige PASSI 2005



** sono state considerate soltanto le persone che conoscono il “5 a day” (n=268);*

*** ognuna considerata indipendentemente*

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 10 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 inferiore in confronto ad altre fonti d'informazione. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

Consumo di alcol

L'alcol insieme 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 (guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

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

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 bevono?

- In Alto Adige la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata dell'81%.
- Si sono osservati tassi più alti nei giovani, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% versus 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

Consumo di alcol

Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese*	
Totale	80,8 (IC95%:77,4-83,8)	
Età, anni	18 - 24	90,6
	25 - 34	90,8
	35 - 49	81,7
	50 - 69	73,6
Sesso[^]	uomini	92,7
	donne	65,5
Istruzione**	bassa	74,5
	alta	87,5

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

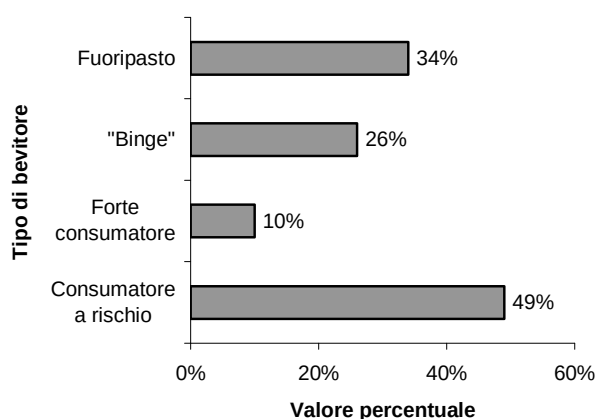
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; differenze statisticamente significative ($p < 0,0001$)

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

Quanti sono bevitori a rischio?

- In un mese il 27% (e il 34% di coloro che nell'ultimo mese hanno consumato almeno una unità di bevanda alcolica), riferisce di aver bevuto fuoripasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 21% (e il 26% di coloro che nell'ultimo mese hanno consumato almeno una unità di bevanda alcolica) è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- L'8% (e il 10% di coloro che nell'ultimo mese hanno consumato almeno una unità di bevanda alcolica) 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 40% (e il 49% di coloro che nell'ultimo mese hanno consumato almeno una unità di bevanda alcolica) può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge").
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale il 12% beve fuoripasto, l'8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

Consumo di alcol*, Alto Adige PASSI 2005



*sul totale del campione

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso nella fascia d'età 35-49 anni, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale di bevitori "binge", è risultata pari al 8%.

Bevitori "binge"*	
Alto Adige, Passi 2005	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge"*** (n=128)
Totale	21,0 (95% CI 17,9-24,5)
Età, anni	
18 - 24	22,7
25 - 34	23,4
35 - 49	29,7
50 - 69	24,2
Sesso^	
uomini	86,7
donne	13,3
Istruzione***	
bassa	46,1
alta	53,9

* per la distribuzione per età, sesso ed istruzione sono stati considerati soltanto i bevitori "binge"

** 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 un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

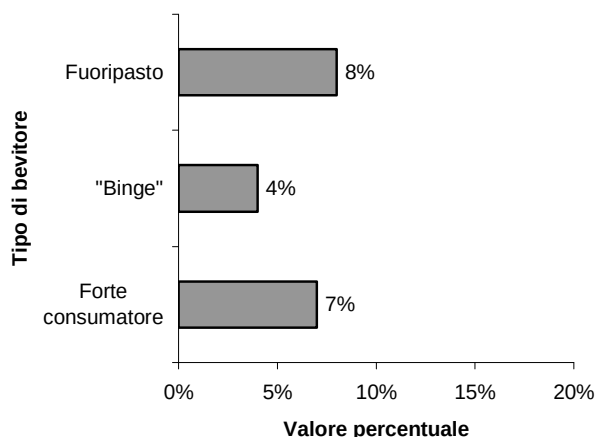
*** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

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

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

- In Alto Adige solo il 16% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 4% dei "binge", l'8% di chi beve fuoripasto ed il 6% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno all'11% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e all'11% dei forti bevitori.

Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere di meno. Alto Adige PASSI 2005



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige si stima che oltre due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 40% abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono superiori a quelli delle aziende sanitarie partecipanti all'indagine.

Come nelle altre aziende sanitarie anche in Alto Adige gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderare il consumo dell'alcol.

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

Sicurezza stradale

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

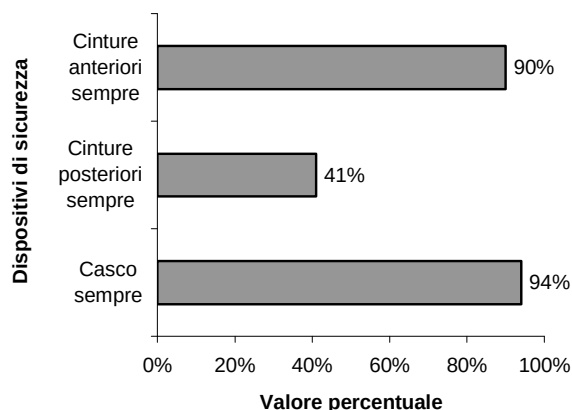
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Alto Adige la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 90%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (41%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 94% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

Uso dei dispositivi di sicurezza*, Alto Adige PASSI 2005



* considerate soltanto le persone che viaggiano in macchina sui sedili anteriori (n=606) oppure posteriori (n=453) e chi viaggia in moto (n=139)

Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 14% degli intervistati (e il 18% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa negli uomini e nelle persone con un alto grado di istruzione
- L'11% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella tra 25 e 34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%)

Guida in stato di ebbrezza

Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche		Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale		13,6 (IC95%:11,1-16,7)
Età, anni		
	18 - 24	6,3
	25 - 34	14,9
	35 - 49	17,4
	50 - 69	11,7
Sesso[^]	M	22,2
	F	2,6
Istruzione^{**}	bassa	11,1
	alta	16,3

*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=0,03)

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

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle aziende sanitarie partecipanti all'indagine.

Per quanto riguarda il problema della guida in stato di ebbrezza risulta più diffuso in Alto Adige rispetto alle aziende sanitarie partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo gli uomini e la fascia d'età 35-49 anni.

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- In Alto Adige il 10% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 29% tra le persone di età tra 65 e 69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 22% risulta vaccinato.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)

Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinati, %
Totale	9,5 (IC95%:7,4-12,2)
Età, anni	
≥65	29,3
<65	6,7
<65 con almeno una patologia cronica	17,6
Sesso	
uomini	8,2
donne	11,2
Istruzione*	
bassa	13,1
alta	5,8

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

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

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 43% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 55% tra 18-24 anni al 26% tra 35-45 anni) e con il livello d'istruzione.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=142) Altro Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	43,0 (IC95%: 34,7–51,5)
Età, anni	
18-24	55,2
25-34	69,4
35-45	26,0
Istruzione*	
bassa	35,3
alta	47,3

* 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 49% 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 (43%) o con un rubeotest positivo (20%).
- Il 2% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 35% 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=142) Altro Adige, Passi 2005

	%
Immuni	63,4
- Vaccinate	43,0
- Non vaccinate con rubeotest positivo	20,4
Suscettibili/stato sconosciuto	36,6
- Non vaccinate; rubeotest negativo	2,1
- Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	5,6
- Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	28,9

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia a livello provinciale sia su scala nazionale 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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Alto Adige il 79% degli intervistati riferisce di aver effettuato la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 16% più di 2 anni fa, mentre il 5% non ricorda o non l'ha effettuata.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.
- I dati locali sono in linea con i dati delle 123 aziende sanitarie partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

Percentuale di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

Alto Adige Passi 2005

Caratteristiche demografiche		%
Totale		79,0 (IC95%:75,5-82,1)
Età, anni	18 - 34	78,8
	35 - 49	74,4
	50 - 69	83,3
Sesso	uomini	80,4
	donne	77,2
Istruzione**	bassa	79,6
	alta	78,3

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

Quanti sono ipertesi?

- In Alto Adige il 21% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su tre è ipertesa (34%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

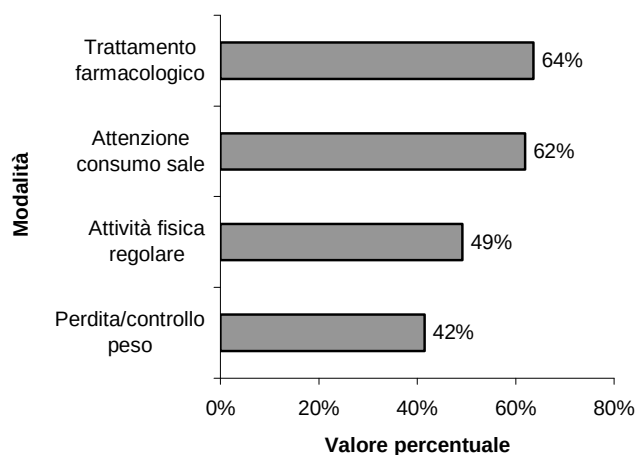
Ipertesi Alto Adige Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	20,7 (IC95%:17,5-24,3)
Età, anni[^]	
18 - 34	9,3
35 - 49	13,7
50 - 69	33,9
Sesso	
uomini	20,3
donne	21,3
Istruzione^{**^}	
bassa	26,2
alta	15,0

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano
 ** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

Come viene trattata l'ipertensione?

- Il 64% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (62%), controllando il proprio peso corporeo (42%) e svolgendo regolare attività fisica (49%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione*, Alto Adige PASSI 2005



* * ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige si stima che sia iperteso poco più di un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, più di un terzo degli ultracinquantenni e circa il 10% dei giovani con meno di 35 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra i 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

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

Colesterolemia

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

- In Alto Adige il 70% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Solo il 48% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni. Questa percentuale non si differenzia in modo statisticamente significativo né per sesso né per istruzione.
- Nelle 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia nei 12 mesi precedenti è pari al 79%.

Percentuale di persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	69,5 (IC95%:65,6-73,1)
Età, anni	
18 - 34	48,3
35 - 49	69,9
50 - 69	82,4
Sesso	
uomini	68,7
donne	70,4
Istruzione*	
bassa	70,1
alta	69,5

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

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 25% 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 123 aziende sanitarie partecipanti a livello nazionale il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile.

Ipercolesterolemici Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	25,4 (IC 95%21,4-29,9)
Età, anni^	
18 - 34	11,0
35 - 49	23,3
50 - 69	32,5
Sesso	
uomini	25,2
donne	25,7
Istruzione**	
bassa	28,7
alta	21,9

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

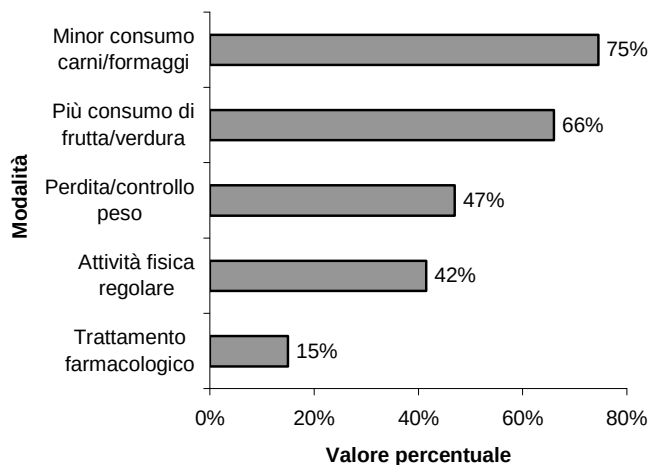
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

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

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 15% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici trattano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (75%), aumentando il consumo di frutta e verdura (66%), controllando il proprio peso corporeo (47%) e svolgendo regolare attività fisica (42%).

Modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia, Alto Adige PASSI 2005*

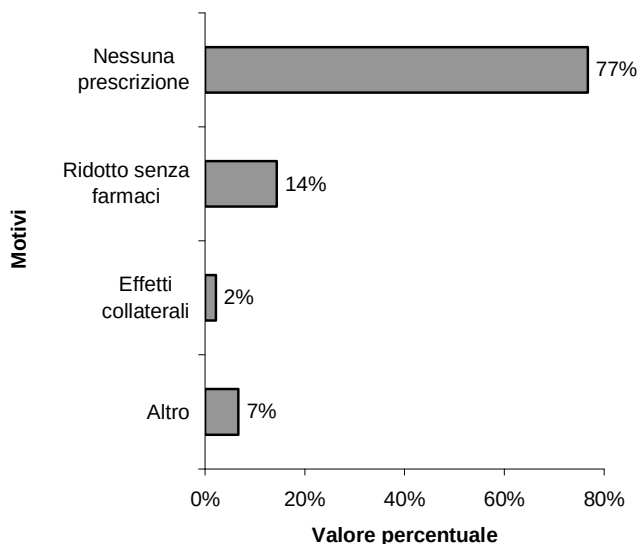


* ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 77% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 14% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 2% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

Motivo di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici, Alto Adige PASSI 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Ad un terzo della popolazione altoatesina non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa uno su quattro della popolazione totale tra 18 e 69 anni e uno su tre persone tra 50-69 anni dichiarano di avere

l'ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre aziende sanitarie partecipanti.

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

Situazione nutrizionale

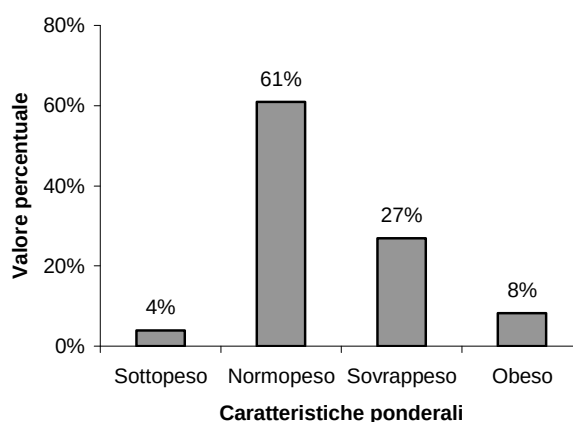
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Alto Adige il 4% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 61% normopeso, il 27% sovrappeso ed l'8% obeso.

Caratteristiche ponderali della popolazione in studio dell'Alto Adige, PASSI 2005



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

- In Alto Adige si stima che il 35% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 49% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 21% svolge una dieta e il 38% fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso

Popolazione con eccesso ponderale* Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	35,1 (IC 95% 31,4-39,1)
Età, anni^	
18 – 24	7,8
25 – 34	28,7
35 – 49	30,6
50 – 69	49,0
Sesso^	
uomini	46,8
donne	20,2
Istruzione **	
bassa	41,7
alta	28,1

* popolazione in sovrappeso od obesa

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0002)

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

Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige si stima che il 35% della popolazione sia in eccesso ponderale, poco inferiore al dato relativo alle altre aziende sanitarie partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, più della metà riferisce di seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso.

Appaiono pertanto opportuni interventi che favoriscano un'attività fisica regolare e abitudini alimentari corrette. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

Carta di rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

- In Alto Adige la percentuale di persone intervistate di età tra 40 e 69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è sovrapponibile (9%).

> 39 anni a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (n=393)

Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche		%
Totale		8,7 (IC 95% 6,1-12,0)
Età, anni		
	40 - 49	4,5
	50 - 59	13,0
	60 - 69	9,9
Sesso		
	uomini	10,5
	donne	6,3
Istruzione*		
	bassa	8,8
	alta	8,4

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

Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia in Alto Adige sia nelle aziende sanitarie partecipanti all'indagine.

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

Screening neoplasia del collo dell'utero

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

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

Quante donne hanno eseguito un pap test?

- In Alto Adige il 93% delle donne intervistate, di età compresa tra 25 e 64 anni, riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; le percentuali diminuiscono con il crescere dell'età. Non si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 27 anni.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra 25 e 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

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

Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche		Effettuato il pap test*
Totale		93,3 (IC95% 88,9-96,4)
Età, anni		
	25 - 34	97,2
	35 - 49	95,8
	50 - 64	87,3
Stato civile		
	coniugata	93,8
	non coniugata	92,5
Istruzione**		
	bassa	91,8
	alta	94,9

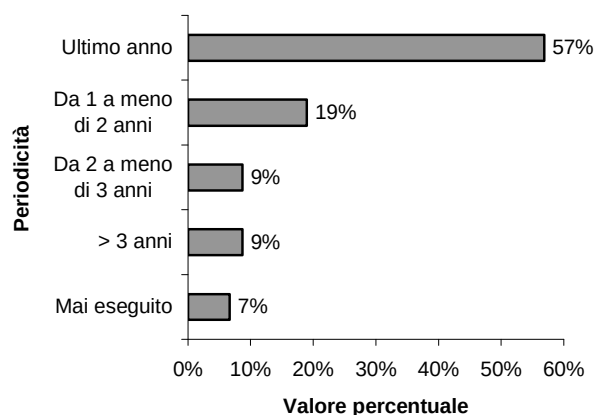
* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi

** 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'85% delle donne di età tra 25 e 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 57% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 7% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.

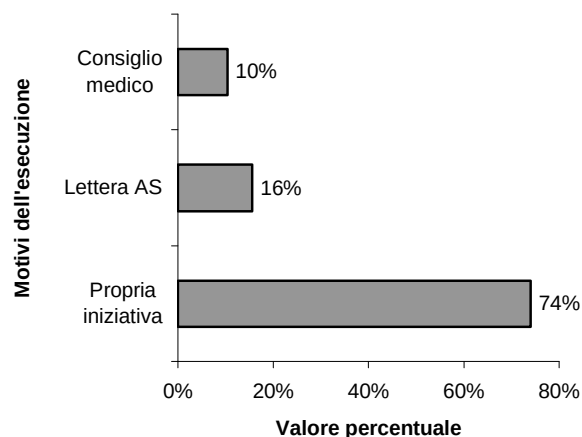
Pap test e periodicità, Alto Adige PASSI 2005



Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 68% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e il 58% di aver ricevuto una lettera invito dall'azienda sanitaria.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'azienda sanitaria (16%), su consiglio medico (10%) e di propria iniziativa (74%).
- Tra le donne delle 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'azienda sanitaria nel 25%.

Motivo dell'esecuzione del pap test, Alto Adige PASSI 2005



Conclusioni e raccomandazioni

In Alto Adige la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di programmi di screening consolidati. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); più della metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi l'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 50 e 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

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

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- In Alto Adige l'82% delle donne intervistate di età tra 50 e 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è maggiore nelle persone con grado di istruzione alto. Non si apprezzano differenze in base all'età e allo stato civile.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

Screening cancro della mammella (≥50 anni)

Alto Adige, Passi 2005

Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia*
Totale		81,6 (IC95%:72,7-88,5)
Età, anni	50 - 59	75,0
	60 - 69	86,4
Stato civile	coniugata	78,6
	non coniugata	87,9
Istruzione**	bassa	78,2
	alta	92,0

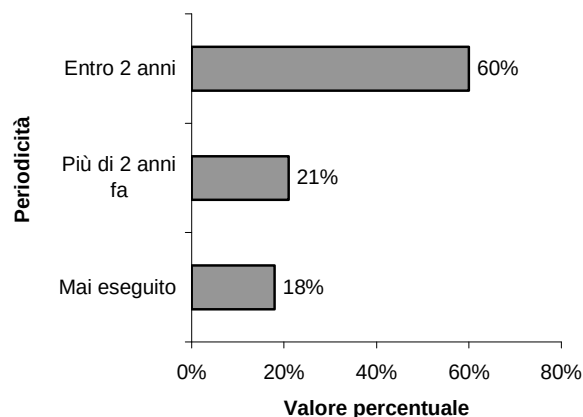
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- In Alto Adige il 60% delle donne tra 50 ed 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 21% più di 2 anni fa. Il 18% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

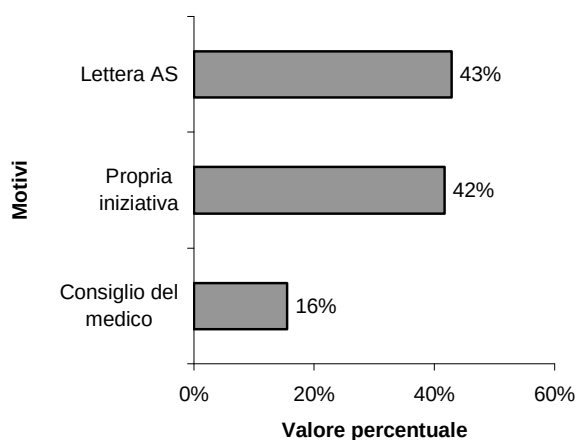
Mammografia e periodicità, Alto Adige PASSI 2005



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 65% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 72% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 15% dei casi su consiglio medico, nel 42% di propria iniziativa e nel 43% in seguito ad una lettera di invito.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% dei casi su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dell'ASL e nel 32% di propria iniziativa.

Motivo dell'esecuzione della mammografia, Alto Adige PASSI 2005



Conclusioni e raccomandazioni

L'esame mammografico è stato eseguito almeno una volta dall'82% delle donne tra 50 e 69 anni, ma solo il 60% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata dalle linee guida. In poco meno della metà dei casi l'ultima mammografia è stata eseguita come risposta alla lettera d'invito da parte dell'azienda sanitaria. Un numero simile di donne aveva effettuato la mammografia di propria iniziativa, mentre solo una su quattro aveva seguito il consiglio del medico. Questo dato testimonia l'importanza della chiamata attiva allo screening per migliorare l'adesione a questo test di prevenzione secondaria sulla base delle linee guida: i dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

Screening tumore del colon-retto

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi). I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

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

- In Alto Adige il 26% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 9% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- Tra le 123 aziende sanitarie partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Screening cancro colon-retto (≥50 anni)		
Alto Adige, Passi 2005		
Caratteristiche demografiche		% Esecuzione di un test* per motivi preventivi
Totale		25,5 (IC95%:20,1-31,5)
Età, anni	50 - 59	23,1
	60 - 69	27,5
Sesso	uomini	25,7
	donne	25,2
Istruzione**	bassa	23,5
	alta	30,1

* 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 colon-rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia.

Definizioni principali

Indice di Massa Corporea (IMC)

L'IMC calcola con la seguente formula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altezza (m}^2\text{)}$

Il valore di IMC permette di classificare i soggetti e di valutarne il rischio di sviluppare alcune malattie conseguenti all'obesità. Secondo la Consensus Conference Italiana "Sovrappeso, Obesità e Salute" del 1991, che si rifà a criteri riconosciuti a livello internazionale, i gradi di obesità e il rischio relativo di sviluppare malattie conseguenti possono essere così classificati:

Classe di obesità	IMC (BMI)	Classificazione	Rischio patologico
0	< 25	Normopeso	Molto basso
0	25-29,9	Sovrappeso	Basso
1	30-34,9	Obesità moderata	Moderato
2	35-39,9	Obesità severa	Elevato
3	> 40	Obesità morbigena	Molto elevato

Abitudine al fumo

- Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma
- Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi
- Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

Ulteriore classificazione di "Fumatore" in base al numero di sigarette fumate:

- Forte fumatore (25 e + sigarette al giorno)
- Fumatore medio (da 15 a 24 sigarette al giorno)
- Fumatore moderato (meno di 15 sigarette al giorno)

Consumi alimentari

Adesione alla raccomandazione "5 a day" (5 al giorno): soggetto che dichiara di consumare tutti i giorni almeno 5 porzioni (circa 100 g) tra frutta, verdura e ortaggi

Stato di salute percepita

Percezione soggettiva dello stato di salute rilevato attraverso cinque risposte, predefinite, alla domanda: come va la sua salute:

Categorie: - molto bene; bene; discretamente; male; molto male;

Giorni con limitazione delle abituali attività per problemi fisici e mentali

Percezione soggettiva dei giorni con limitazione delle abituali attività per problemi fisici/mentali rilevati sulla base dei quesiti: per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non è stato in grado di svolgere le sue abituali attività per problemi fisici o mentali?

Per ciascuna delle tre variabili si calcola la media dei giorni per mese. Si calcola inoltre il Summary Index, dato dalla somma dei giorni in cattiva salute percepiti per problemi fisici e mentali, fino a un massimo di trenta.

Incidenti ed Alcol

- Corretto utilizzo cinture anteriori: soggetto che riferisce di usare “sempre” la cintura
- Corretto utilizzo cinture posteriori: soggetto che riferisce di usare “sempre” la cintura
- Corretto uso casco: soggetto che riferisce di usare “sempre” il casco
- Guida in stato di ebbrezza: soggetto che riferisce di aver assunto 2 o più bevande alcoliche da meno di un’ora prima di mettersi al volante
- Consumatore di alcol: soggetto che riferisce di aver assunto almeno una bevanda alcolica nell’ultimo mese
- Consumatore modesto: soggetto che riferisce di aver assunto meno di 3 o 3 bevande/giorno per i maschi, meno di 2/giorno o 2 per le femmine e che non riferisce binge drinking
- Consumatore forte: soggetto che riferisce di aver assunto più di 3 bevande/giorno per i maschi, più di 2/giorno per le femmine
- Consumatore a rischio: soggetto che riferisce binge drinking (chi assume più di 5 unità alcoliche nella stessa occasione) oppure consumo fuori pasto oppure consumo forte

Attività fisica

- Aderente alle raccomandazioni: almeno 30 minuti di attività per almeno 5 giorni /chi fa lavoro sedentario oppure chi fa attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni/chi fa lavoro sedentario
- Attivo: soggetto che fa lavoro pesante oppure che aderisce alle raccomandazioni (Department of Health and Human Services)
- Sedentario: soggetto che fa un lavoro sedentario o che non osserva le raccomandazioni

Screening oncologico

- Aderente alle raccomandazioni su Pap-test: donna tra 25-64 anni che ha eseguito almeno un pap test a scopo preventivo da non più di 3 anni
- Aderente alle raccomandazioni su Mammografia: donna tra 50-64 anni che ha eseguito almeno una mammografia a scopo preventivo da non più di 2 anni
- Aderente alle raccomandazioni su Colon-retto: persona >50 anni che ha eseguito almeno un esame per la ricerca del sangue occulto o sigmoido/colonscopia a scopo preventivo da non più di 2 anni
- Aderente a pap-test e mammografia: donna da 50 a 64 anni che ha eseguito almeno un pap test a scopo preventivo da non più di 3 anni e almeno una mammografia a scopo preventivo da non più di 2 anni

Tabella riassuntiva dei risultati dello studio

(di 123 ASL, non pesati)

Descrizione del campione aziendale	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
età media	45,2 anni	43,9 anni
donne, %	43,8	51,6
titolo di studio, %		
laurea	10,9	11,2
media superiore	33,0	40,4
media inferiore	41,3	30,5
elementare	14,3	16,0
nessuno	0,5	1,3
livello di istruzione*, %		
alto	48,4	51,6
stato civile, %		
coniugati/conviventi	62,1	66,2
celibi/nubili	28,9	27,4
vedovi/e	3,8	2,9
separati/divorziati	5,3	3,5
lavoro regolare**, %	76,7	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 Alto Adige (% gg)	123 ASL partecipanti (%)
salute molto-buona/buona, %	81,4	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,2	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	2,4	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,2	1,6

Attività fisica	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
adesione linee guida^ o lavoro pesante dal punto di vista fisico	64,7	42,4
popolazione completamente sedentaria^^	5,3	23,3
consigli dei medici: ^^^		
domande sull'attività fisica	32,5	38,2
consiglio di fare attività fisica	31,7	40,1
indicazioni su tipo, frequenza e durata	9,0	10,2
verifica andamento in altre visite	7,4	9,9
ricevuto consigli completi	5,7	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 Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
fumatori*	23,3	26,5
uomini	24,9	31,5
donne	21,3	21,7
ex fumatori**	26,6	19,7
non fumatori***	50,1	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	98,1	94,2
aiuto del medico	0	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	33,8	38,6
a fumatori	52,1	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	45,8	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	55,7	37,0
nessuno fuma	23,9	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
sempre	80,9	76,3
a volte/mai	11,8	20,7

* 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 Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	91,5	90,8
conosce il 5 a day [^]	44,0	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	11,5	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	21,6	45,4
medico	68,4	18,5
campagne informative	80,1	12,1

[^] mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima ASL (%)	123 ASL partecipanti (%)
bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	80,8	63,8
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	27,4	12,4
bevitori binge ^{◇◇◇}	21,0	8,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	8,4	5,5
chiesto dal medico sul consumo	16,3	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 Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
cintura anteriore sempre	90,1	83,0
cintura posteriore sempre	41,3	19,7
casco sempre [#]	94,2	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	13,6	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	11,0	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 Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
vaccinati 18-69 anni	9,5	15,3
vaccinati ≥ 65	29,3	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	17,6	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
vaccinate	43,0	30,6
hanno eseguito rubeotest*	49,4	40,6
Immune**	63,4	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	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	79,0	81,4
Ipertesi*	20,7	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	63,6	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	61,9	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	41,5	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	49,2	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

Colesterolemia	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	69,5	79,3
Ipercolesterolemici [^]	25,4	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	15,1	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	74,5	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	66,0	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	47,2	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	41,5	39,0

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

Situazione nutrizionale	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
popolazione con eccesso ponderale	35,1	43,6
<i>sovrappeso</i>	26,9	32,5
<i>obeso</i>	8,2	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	21,0	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	38,3	22,7

Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	8,7	9,0

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

Screening neoplasia del collo dell'utero [^] (donne 25 - 64 anni)	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
eseguito almeno un pap test	93,3	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	84,6	69,7
viene consigliato pap test periodico	68,2	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	58,0	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	14,9	24,6
<i>consiglio medico</i>	9,9	30,6
<i>propria iniziativa</i>	70,7	43,6

[^] eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
eseguita almeno una mammografia	81,6	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	60,2	56,7
viene consigliata mammografia periodica	65,0	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'Asl	71,8	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	42,9	38,7
<i>consiglio medico</i>	15,5	28,6
<i>propria iniziativa</i>	41,7	32,0

◇ valori Asl partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguito a scopo preventivo

Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni) [#]	Stima Alto Adige (%)	123 ASL partecipanti (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	25,5	14,0
eseguito negli ultimi due anni	9,2	8,3

eseguito a scopo preventivo

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Relazione Sanitaria Provinciale 2004 – Provincia Autonoma di Bolzano, Alto Adige

Salute e qualità di vita percepita

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

Attività fisica

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

Fumo

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

Alimentazione

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

Alcol

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

Sicurezza stradale

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

Rischio cardiovascolare

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

Screening oncologici

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