



Profea

PASSI

Progressi nelle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

S t u d i o P A S S I

R a p p o r t o 2 0 0 6 ASL1 dell'Umbria



Regione Umbria

Assessorato Sanità
Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali
UDT Prevenzione

ASL¹
Azienda Sanitaria Locale 1 Umbria

A cura di:

Daniela Felicioni, Anna Pasquale, Gabriella Vinti, Ornella Cecchini, Antonella Nardi, Cinzia Procacci (*Dipartimento di Prevenzione ASL 1 Città di Castello*)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Mariadonata Giaimo (*Responsabile UDT Prevenzione - Regione Umbria*)

Anna Tosti (Referente regionale Studio PASSI)

Carla Bietta (Coordinatore regionale Studio PASSI)

Nancy Binkin, Alberto Perra (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Giuseppina De Lorenzo, Daniela Lombardi, Maria Miceli, Paolo Niutta, Pierluigi Piras, Mauro Ramigni, Gaia Scavia (*Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*)

Con il prezioso supporto di Antonino Bella, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

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

Dott. Vincenzo Panella (Direttore Generale ASL 1)

Dott. Silvio Pasqui (*Direttore Sanitario ASL 1*)

Dott. Domenico Barzotti (Responsabile Area Risorse Umane ASL 1)

Dott. Sandro Lepri Responsabile Servizio Igiene degli Alimenti di origine animale

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

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

Campionamento

Marcello Romeggini (Sistema Informativo Aziendale)

Intervistatori

Ornella Cecchini, Antonella Nardi, Anna Pasquale, Cinzia Procacci, Gabriella Vinti, (*Dipartimento di Prevenzione*) Renata Ceci, Simona Ceci, Andrea Albanesi (assistenti sanitari libero professionisti).

Organizzazione interviste

Daniela Felicioni, Gabriella Vinti (*Dipartimento di Prevenzione*)

Predisposizione Rapporto e sua divulgazione

Daniela Felicioni, Daniela Lalleroni

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

Per qualsiasi informazione e chiarimento contattare Ornella Cecchini e Cinzia Procacci allo 0759239329.
Inviare un'e-mail a prevenz.isp@asl1.umbria.it.

INDICE

	pagina
INDICE	iii
SINTESI DEL RAPPORTO	vi
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2006	x
INTRODUZIONE	xv
OBIETTIVI	xvii
METODI	xx
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	1
Aspetti socio-demografici	1
Conclusioni	3
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	4
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute	4
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	5
Conclusioni e raccomandazioni	5
ATTIVITÀ FISICA	6
Quanti attivi fisicamente	6
Chi non fa attività fisica o ne fa troppo poca	7
Chi resta seduto molte ore	7
Promozione attività fisica	8
Conclusioni e raccomandazioni	8
ABITUDINE AL FUMO	9
Distribuzione dell'abitudine al fumo	9
Caratteristiche dei fumatori	10
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	10
Consigli sullo smettere di fumare	11
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	11
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	11
Conclusioni e raccomandazioni	12
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	13
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	13
Quanti sono in eccesso ponderale	14
Come considerano il loro peso	14
Come considerano la propria alimentazione	15
Consigli sulla propria situazione nutrizionale	15
Come hanno cambiato la propria alimentazione	16
Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini	16
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	17
Conclusioni e raccomandazioni	17
CONSUMO DI ALCOL	18
Quante persone bevono	18
Quanti sono i bevitori a rischio	19
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	19
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	20
Conclusioni e raccomandazioni	20

SICUREZZA STRADALE	21
L'uso dei dispositivi di sicurezza	21
Quanti guidano in stato di ebbrezza	21
Conclusioni e raccomandazioni	22
INFORTUNI DOMESTICI	23
Quanti si sono infortunati	23
Quanti sono gli infortuni domestici e loro gravità	24
Qual è la percezione del rischio	24
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni	25
Conclusioni e raccomandazioni	26
SICUREZZA ALIMENTARE	27
Quanti mangiano cibi crudi	27
Frequenza lettura delle etichette dei cibi	28
Quanti hanno avuto un episodio di diarrea nell'ultimo anno	28
Frequenza dei casi di diarrea e a chi ci si rivolge	29
Conclusioni e raccomandazioni	29
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	30
Quanti si sono vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale	30
Conclusioni e raccomandazioni	30
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	31
IPERTENSIONE ARTERIOSA	31
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	31
Quanti sono ipertesi	32
Come viene trattata l'ipertensione	32
Conclusioni e raccomandazioni	32
COLESTEROLEMIA	33
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	33
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	33
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	34
Conclusioni e raccomandazioni	34
PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	35
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	35
Conclusioni e raccomandazioni	36
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO	37
Quante hanno eseguito un Pap test	37
Periodicità di esecuzione del Pap test	38
Consigliato il Pap test	38
Costo ultimo Pap test	39
Conclusioni e raccomandazioni	39
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA	40
Quante hanno eseguito una mammografia	40
Periodicità di esecuzione della mammografia	41
Consigliata la mammografia	41
Costo ultima mammografia	42
Conclusioni e raccomandazioni	42

SCREENING NEOPLASIA DEL COLON RETTO	43
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	43
Conclusioni e raccomandazioni	43
SINTOMI DI DEPRESSIONE	44
Diffusione dei due sintomi di depressione	44
Chi riferisce i sintomi di depressione	45
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	45
Quanti assumono farmaci	46
Conclusioni e raccomandazioni	46
VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE DELLA SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE – STUDIO PASSI	47
BIBLIOGRAFIA	49

Sintesi del rapporto

Descrizione del campione aziendale

Nella nostra Azienda è stato intervistato un campione casuale di 201 persone di 18-69 anni, selezionate dalla lista assistiti dell'ASL. Il 51,7% degli intervistati è rappresentato da uomini e il 48,3% da donne, con un'età media del campione di 45,9 anni. Il 61,7% ha un livello d'istruzione alto ed il 70,2% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato che lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

Nell'ASL 1 dell'Umbria il 69% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni) e le persone con alto livello d'istruzione (81% alta, 49% bassa), più per gli uomini (75% buono-molto buono) che per le donne (62%).

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle classi d'età più avanzate e nelle donne.

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Esiste ormai un largo consenso circa il livello d'attività fisica auspicabile alla popolazione: un *buon livello* è compiuto da chi fa almeno 1 ora d'attività fisica intensa per almeno 3 giorni la settimana o un equivalente consumo metabolico; un *livello moderato* da chi fa almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti viene classificato nella categoria *livello scarso o assente*.

Nell'ASL 1 dell'Umbria, il 46% degli intervistati ha un buon livello d'attività fisica, ma il 26% riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno. Ciò interessa il 36% dei cittadini con istruzione alta contro il 10% dei cittadini con istruzione bassa, il 35% degli uomini, contro il 16% delle donne.

Il 52% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello d'attività fisica praticato e il 44% ha ricevuto un consiglio generico a svolgere attività fisica. Dei soggetti sovrappeso/obesi solo il 64% pratica attività fisica. Risulta, pertanto, importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (prevalentemente a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo e sui benefici dell'astensione e della disuasione.

La recente entrata in vigore della norma del divieto di fumo nei locali pubblici rappresenta, inoltre, un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo, importante causa documentata di morbosità.

Un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

Nell'ASL 1 dell'Umbria i fumatori rappresentano il 35% degli intervistati, gli ex fumatori il 23% e i non fumatori il 42%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori nella classe 18-34 anni (38%), nelle donne (36% vs. 34% degli uomini) e pari distribuzione per livello di istruzione degli intervistati (il 52% del campione a bassa istruzione non ha mai fumato, vs il 35% di quelli ad istruzione alta). Il 47% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente.

Risulta, pertanto, opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 78 % tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi, dichiara che il divieto sul luogo di lavoro viene sempre rispettato, il 17% a volte, il 5% mai.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

L'eccesso alimentare e la dieta sbilanciata sono cause rilevanti di malattia e morte nei paesi industrializzati, rappresentando un importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari, ipertensione, alcuni tipi di neoplasia, obesità e diabete. È riconosciuta, invece, l'efficacia protettiva di frutta e verdura di cui se ne raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni al giorno ("five a day").

Nell'ASL 1 dell'Umbria la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (97%), anche se solo un'esigua parte (9%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

L'eccesso di peso, definito sulla base del valore del body mass index, aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete) fino alla morte prematura.

Nell'ASL 1 il 33% degli intervistati è in sovrappeso e il 10% è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati. Nella categoria degli obesi si constata una coincidenza nell'81% del gruppo degli obesi, che sale all'86% nel gruppo dei sottopeso/normopeso e al 65% nelle persone sovrappeso. Il peso aumenta con l'età. Il sovrappeso e l'obesità sono più rappresentati tra gli intervistati con istruzione bassa e tra gli uomini.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il 21% riferisce di effettuare una dieta. Appaiono, pertanto, opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

Consumo di alcol

L'alcol, insieme a fumo, attività fisica e alimentazione, sta assumendo un'importanza sempre maggiore in ambito preventivo a causa delle conseguenze che il suo uso eccessivo può avere in termini di mortalità, morbosità, ripercussioni sulle famiglie e la collettività. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, attraverso interventi rivolti principalmente alle persone a rischio (i forti consumatori, coloro che bevono fuori pasto ed i consumatori 'binge').

Nell'ASL 1 si stima che il 28% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Il 45% degli intervistati della categoria istruzione bassa dichiara di non bere alcol (contro il 27% degli intervistati ad istruzione alta) Solo il 12% degli intervistati riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario nel corso dell'ultimo anno.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità. Si stima che il 60% degli incidenti stradali sia conseguente a fattori umani, per cui una rilevante quota del rischio può essere ridotta da sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti e sulla velocità in auto.

Nell'ASL 1 l'86% degli intervistati utilizza sempre il casco e l'77% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (9%).

Il 24,2% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato d'ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 24% di essere stato trasportato da chi guidava in stato d'ebbrezza.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

Nell'ASL 1 il 19% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per l'84% di questi è stata sufficiente una medicazione in casa e nel 16% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso. Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 52% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

Nessun intervistato negli ultimi 12 mesi ha ricevuto informazione dai medici sugli infortuni domestici.

Sicurezza alimentare

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità. Limitatamente alle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%), spesso accompagnati da gastro-enteriti, sono provocate da comportamenti inidonei presso gli stessi ambienti domestici, scarsamente studiati, che generalmente sfuggono alla valutazione del rischio o a sorveglianza.

Nell'ASL 1 dell'Umbria l'80% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti (prevalentemente dolci al cucchiaio, carne e insaccati freschi, pesce e frutti di mare). Sulle pratiche di preparazione degli alimenti, il 77% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Oltre il 65% degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette, il 94% la data di scadenza, mentre solamente il 59% la data di produzione, il 54% le modalità di conservazione e il 52% le istruzioni per l'uso.

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 vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata alle persone sopra ai 65 anni, a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie e agli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari). In base ai registri vaccinali, nell'ASL 1, si registra una buona copertura (70% nel 2005-2006) nelle persone sopra i 65 anni. Il PASSI non fornisce tuttavia informazioni sugli ultrasessantenni.

Maggiori problemi emergono invece per quanto riguarda la copertura nelle persone sotto i 65 anni portatrici di patologie croniche: il 17% del campione si era vaccinato negli ultimi 12 mesi. Il 26,5% degli intervistati nella fascia 18-64 anni, con almeno una patologia cronica, dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza.

Ipertensione

L'ipertensione è un importante fattore di rischio cardiovascolare, molto diffuso nella popolazione e responsabile di cospicui costi sia in termini di salute, sia economici.

Nell'ASL 1 si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni (il 74% degli ipertesi ha più di 50 anni); il 60% degli ipertesi sono uomini. Degli ipertesi l'84% riferisce di essere in trattamento con farmaci. Al 77% degli ipertesi in trattamento farmacologico è stato consigliato dal medico di controllare o perdere peso, al 79% è stato consigliato di svolgere attività fisica regolare.

La percentuale di persone alle quali non è stata mai misurata la pressione arteriosa o è stata misurata da più di 2 anni è del 14%.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia costituisce uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare. L'eccesso di rischio aumenta in presenza di altri fattori di rischio come ipertensione, fumo e diabete.

Nell'ASL 1 il 15% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 31% dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (66% sopra ai 50 anni), di questi il 21% riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Punteggio di rischio cardiovascolare

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

Solo al 12% delle persone sopra ai 40 anni, (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate (64% del campione), dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non sia ancora utilizzato da parte dei medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. Lo screening, tramite esecuzione del Pap test, si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati; l'esecuzione del test è raccomandata nelle donne di 25-64 anni ogni tre anni.

Nell'ASL 1 il 90% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e l'84% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap test è stato la lettera ricevuta dell'ASL nel 60%, l'iniziativa personale nel 28% e il consiglio di un medico nel 13%. Il 25% delle donne (1 donna su 4) che hanno eseguito Pap test hanno pagato l'esame.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne.

Nell'ASL 1 l'86% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo e il 61% l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il motivo principale dell'esecuzione dell'ultima mammografia è stato l'aver ricevuto la lettera d'invito dell'ASL nel 71%, l'iniziativa personale nel 21% e il consiglio di un medico nell'8%.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo quello del polmone negli uomini e della mammella nelle donne. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci o gli esami endoscopici (colonscopia) da eseguirsi ogni due anni nelle persone di 50-69 anni.

Il 30% degli ultracinquantenni del campione riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: il 16% ha effettuato l'accertamento negli ultimi due anni come raccomandato.

Nell'ASL 1, come nel resto della Regione, il programma di screening è iniziato alla fine del 2006 ed interessa tutti i cittadini di età compresa tra 50 e 74 anni

Sintomi di depressione

L'OMS prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati. I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce, che il 7% dei cittadini con età superiore ai 18 anni ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi.

Nell'ASL 1, il 31% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, almeno un sintomo di depressione tra i seguenti: poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze, di questi, due cittadini su tre con entrambi i sintomi (28% delle donne, 13% degli uomini). Circa il 59% dei sintomatici ha riferito anche impedimenti alla realizzazione delle normali attività negli ultimi 30 giorni. Fra tutti coloro che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, circa il 24% si è rivolto a un medico e il 23% ha intrapreso un trattamento farmacologico.

Le **tabelle** nelle pagine seguenti sintetizzano i risultati principali.

Tabelle riassuntive dei risultati dello studio PASSI 2006

Descrizione del campione aziendale	ASL 1 (%)
donne	48,3
età media	45,9 anni
18-34	28,9
35-49	27,4
50-65	43,8
titolo di studio	
nessuno	1,0
elementare	15,4
media inferiore	21,9
media superiore	49,8
laurea	11,9
livello di istruzione*	
alto	61,7
stato civile	
coniugati/conviventi	65,2
celibi/nubili	26,4
separati/divorziati	2,5
vedovi/e	6,0
lavoro regolare**	70,2

* 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	ASL 1 (%gg)
risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute, %	69
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,8
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,2
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,3

Attività fisica	ASL 1 (%)
livelli di attività fisica secondo linee guida [^]	
buono	45,6
moderato	27,2
scarso o assente	27,2
chi resta seduto molte ore ^{^^}	26,1
consigli dei medici	
chiesto se fa attività fisica	51,7
consigliato di fare attività fisica	44,3
verificato andamento in altre visite	24,9

[^] **buono**: fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; **moderato**: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti **scarso o assente**

^{^^} 6 ore o più trascorse ogni giorno restando seduti

Abitudine al fumo	ASL 1 (%)
fumatori*	34,8
<i>uomini</i>	33,7
<i>donne</i>	36,1
ex fumatori**	23,4
non fumatori***	41,8
consigli dei medici:	
<i>chiesto se fuma</i>	37,8
<i>ai fumatori</i>	55,7
<i>consigliato di smettere di fumare</i>	47
come hanno smesso gli ex fumatori:	
<i>da solo</i>	94,1
<i>aiuto del medico</i>	3,9
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):	
<i>sempre</i>	77,5
<i>a volte/mai</i>	17,1

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi

** 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

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	ASL 1 (%)
popolazione con eccesso ponderale	43,3
<i>sovrappeso</i>	32,8
<i>obeso</i>	10,4
percezione del proprio peso	
obesi	
<i>troppo alto</i>	81
<i>giusto</i>	19
sovrappeso	
<i>troppo alto</i>	65,2
<i>giusto</i>	34,8
consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario	
obesi	
<i>dieta</i>	52,9
sovrappeso	
<i>dieta</i>	19
<i>svolgimento di attività fisica</i>	21,2
<i>Sovrappeso/obesi</i>	64,4
principali modifiche nell'alimentazione	
<i>meno carboidrati</i>	33,3
<i>meno grassi</i>	46,3
<i>più frutta e verdura</i>	37,8
<i>meno carne</i>	30,3
<i>meno sale</i>	34,3
frutta e verdura almeno 1 porzione al giorno	48,8
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	8,5

Consumo di alcol	ASL 1 (%)
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	66,2
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	13,5
bevitori binge ^{◇◇◇}	15,9
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	6,1
chiesto dal medico sul consumo	12

[◇] 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	ASL 1 (%)
casco sempre*	86
cintura anteriore sempre	77,1
cintura posteriore sempre	9,5
guida in stato di ebbrezza**	24,2
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza***	24

* 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

Infortuni domestici	ASL 1 (%)
persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno che assistenza sanitaria è stata necessaria:	19,4
<i>solo medicazione in casa</i>	84,2
<i>ricorso al pronto soccorso</i>	15,8
percezione del rischio (basso o assente)	52,5
quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni	22,4

Sicurezza alimentare	ASL 1 (%)
quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni) [^]	80
quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto ^{^^}	79,5
quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati	65,8
più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi	16,9
rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)	33,9

[^] consideriamo alto comportamento a rischio chi ha assunto più di 3 cibi crudi nell'ultimo anno

^{^^} a temperatura ambiente o in frigorifero

Vaccinazione antinfluenzale	ASL 1 (%)
vaccinati 65-69 anni	46,2
vaccinati <65 anni	13,1
vaccinati <65 con almeno una patologia cronica	26,5

Iperensione arteriosa	ASL 1 (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	85,6
ipertesi*	21,4
come viene trattata l'ipertensione:	
<i>Consiglio riduzione consumo di sale</i>	93
<i>trattamento farmacologico</i>	83,7
<i>Consiglio riduzione/controllo del peso corporeo</i>	76,7
<i>Consiglio svolgimento di attività fisica regolare</i>	79,1

* 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	ASL 1 (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	84,6
Ipercolesterolemici [^]	30,8
consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:	
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	77,4
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	61,3
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	54,8
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	75,8
<i>trattamento farmacologico</i>	21

[^] 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

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	ASL 1 (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	12,5

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

Screening neoplasia del collo dell'utero[◇] (donne 25 - 64 anni)	ASL 1 (%)
ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni	84,2
eseguito almeno un Pap test nella vita	89,5
viene consigliato Pap test	88
<i>lettera ASL</i>	88
<i>consiglio medico</i>	88
<i>lettera/consiglio</i>	81,3
<i>niente</i>	5,3
costi Pap test	
<i>nessuno</i>	75
<i>pagamento intero</i>	14,7
<i>pagamento ticket</i>	10,3

[◇] eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) [◇]	ASL 1 (%)
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	61,4
eseguita almeno una mammografia	86,4
viene consigliata mammografia	
<i>lettera ASL</i>	84,1
<i>consiglio medico</i>	81,8
<i>lettera/consiglio</i>	70,5
<i>niente</i>	4,5
costi mammografia	
<i>nessuno</i>	97,4
<i>pagamento intero</i>	2,6
<i>pagamento ticket</i>	0

◇ eseguita a scopo preventivo

Screening neoplasia del colon retto (50 - 69 anni) [#]	ASL 1 (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o endoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	29,9
eseguito negli ultimi due anni	15,9

eseguita a scopo preventivo

Sintomi di depressione	ASL 1 (%)
2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi ^{*,**}	20,4
figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>nessuno</i>	50
<i>famigliari/amici</i>	22,6
<i>medico di famiglia</i>	17,7
<i>medico specialista</i>	6,5
<i>altro</i>	3,2
assunzione farmaci	23

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Introduzione

Nel 2005, l'OMS ha confermato che le patologie definite non trasmissibili (malattie cardio-vascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono attualmente responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza all'aumento a causa per esempio dell'epidemia di diabete, e consumano in media il 77% del budget per la salute dei paesi membri.

Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che queste patologie sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli "stili di vita", principalmente come alimentazione, fumo, consumo di alcol, attività fisica. Tutte le strategie a medio e lungo termine, come quella recentemente indicata dall'OMS, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente monitorare da una parte i fattori comportamentali di rischio e dall'altra la penetrazione delle attività di prevenzione all'interno della popolazione.

Questa consapevolezza è andata rafforzandosi anche nel nostro Paese e alla fine del 2004 il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie e le Regioni facenti parte della Commissione "Mattoni" per il Nuovo Sistema Sanitario hanno dato l'incarico al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS, ISS) di testare, in alcune ASL, metodi e procedure in vista di un'eventuale sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione che coinvolgesse tutte le regioni e le ASL italiane.

Una prima volta nel 2005, il CNESPS, con il suo gruppo PROFEA, ha progettato e realizzato il PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno studio trasversale che ha utilizzato un questionario standardizzato somministrato telefonicamente a un campione di popolazione di 18-69 anni rappresentativo delle ASL o regioni partecipanti. Tale studio ha misurato fattori di rischio comportamentali con strumenti già ampiamente usati e validati in altri Paesi (USA, Australia, Finlandia, studi DG SANCO in Europa) testando alcune modalità di campionamento e procedure di coinvolgimento dei gruppi di interesse. L'interesse destato da questa iniziativa nella realtà sanitaria italiana è testimoniato dalla partecipazione di 117 ASL che si sono aggiunte volontariamente (singolarmente o con la propria regione) alle 6 selezionate inizialmente per lo studio. Questo entusiasmo si può giustificare con l'interesse e l'utilità di poter disporre in prospettiva di una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. La stessa base di dati permetterebbe inoltre al livello regionale (e centrale) di confrontare le diverse realtà aziendali fra di loro e seguirne l'evoluzione nel tempo.

Dall'inizio del 2005 tuttavia non solo sono stati segnati dei progressi dal punto di vista tecnico-scientifico, ma contestualmente le strutture politiche e amministrative del Paese hanno gettato delle basi sempre più solide per la messa a regime di una sorveglianza di popolazione. I segni in tal senso sono inequivocabili: il nuovo Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) indica la sorveglianza PASSI come un obiettivo operativo da raggiungere per le regioni italiane e il CCM (del Ministero della Salute e delle Regioni) ha cominciato attraverso il CNESPS un progetto biennale di sperimentazione e sostegno alla messa a regime della sorveglianza di popolazione; la conferenza degli assessori alla sanità ha approvato la sperimentazione di tale sistema per i prossimi 2 anni (2007-2008).

Lo studio PASSI, nella sua versione 2006 ha modificato alcuni moduli (attività fisica, alimentazione) e aggiunto alcuni di nuovi (sicurezza domestica, sicurezza alimentare, sintomi di depressione). I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, infortuni domestici, sicurezza alimentare, sintomi di depressione, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Lo studio realizzato ha prodotto una vasta messe di dati che possono essere usati per una migliore comprensione dei problemi di salute e per una migliore definizione dei gruppi a rischio. In questo rapporto tuttavia sono documentati solo i risultati che sono più pertinenti a un'attività di sorveglianza. Per la valorizzazione degli altri risultati tuttavia il gruppo PROFEA del CNESPS ha messo a disposizione delle ASL partecipanti allo studio un software che permetterà un'analisi più approfondita e un più completo uso dei dati dello studio.

Il presente rapporto nasce dalla necessità di mettere a disposizione delle ASL, che hanno partecipato allo studio, degli strumenti semplici e utili per la comunicazione di alcuni indicatori semplici sui fattori comportamentali di rischio e sui progressi dei programmi di prevenzione delle malattie croniche.

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano un livello di attività fisica buono o moderato;
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà (chi sta seduto più di 6 ore al giorno) ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la proporzione di persone beneficiarie 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;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- stimare la proporzione di popolazione che è convinta di avere consumi alimentari corretti;
- 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;
- stimare la proporzione di persone che hanno modificato le proprie abitudini alimentari e quale sia il tipo di cambiamento;
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura).

6. Consumo di alcol

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

7. Sicurezza stradale

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

8. Infortuni domestici

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver subito infortuni in casa;
- stimare il numero di infortuni domestici e il tipo di intervento sanitario effettuato;
- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico e l'ambiente in cui è più facile subire un infortunio grave;
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

9. Sicurezza alimentare

- stimare la proporzione di persone che mangiano cibi crudi o poco cotti e che utilizzano modalità scorrette di scongelamento del cibo;
- stimare la frequenza della lettura delle etichette dei cibi acquistati;
- stimare la percentuale di persone che dichiara di aver avuto almeno un episodio di diarrea, la percentuale di quanti si sono rivolti ad un operatore sanitario e la prevalenza di persone a cui è stato prescritto l'esame delle feci.

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-69 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale.

11. Fattori di rischio cardiovascolare

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

12. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un Pap test a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno di un programma di screening;
- 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 persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia.

13. Sintomi di depressione

- stimare la percentuale della popolazione che riferisce di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività;
- stimare la percentuale della popolazione che ha fatto ricorso a qualche figura per aiuto;
- stimare la percentuale di persone che assumono farmaci e di quali principali tipi.

Metodi

Tipo di studio

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL 1 (aggiornato al 31.12.2005). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL 1. La dimensione del campione è stata di 201 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da professionisti sanitari del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 24 minuti.

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

Analisi delle informazioni

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

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. È stata data 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 gli obiettivi dello studio, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

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

Descrizione del campione **aziendale**

La popolazione in studio è costituita da 101.295 cittadini di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASL 1 al 31/12/2005.

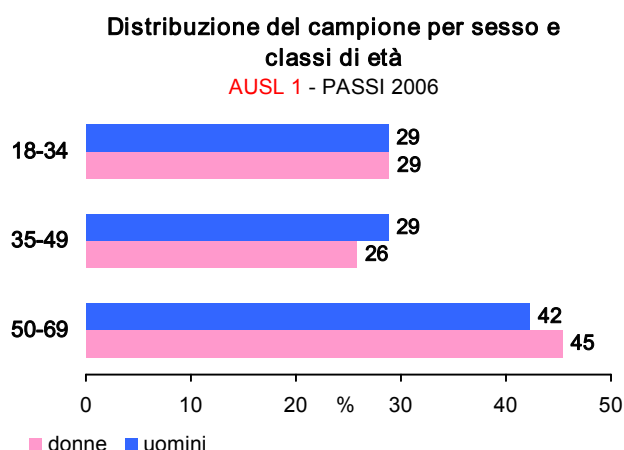
Sono state selezionate 201 persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dall'anagrafe sanitaria. Dei soggetti inizialmente selezionati, 176 persone, pari all'87,5%, sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 25 sono state sostituite (12,5%).

Il 32% delle sostituzioni dei titolari ha riguardato assistiti non rintracciabili telefonicamente, il 46% titolari che avevano rifiutato la partecipazione allo studio, infine l'8% alcune persone che non erano più domiciliate nel territorio aziendale, il restante 6% è stato escluso principalmente per condizioni di salute che ne impedivano la somministrazione del questionario.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

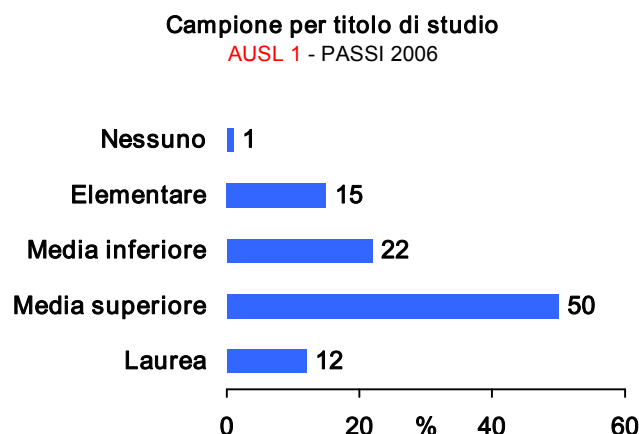
L'età e il sesso

- Nell'ASL 1 il 48,3% del campione intervistato (97) è costituito da donne.
- Il 28,9% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 27,4% in quella 35-49 e il 43,8% in quella 50-69. In ciascuna fascia d'età la percentuale di uomini è poco più alta di quella delle donne, tranne che nell'ultima fascia di età.



Il titolo di studio

- Nell'ASL 1 l'1% del campione non ha alcun titolo di studio, il 15,4% ha la licenza elementare, il 21,9% la licenza media inferiore, il 49,8% la licenza media superiore, l'11,9% è laureato.

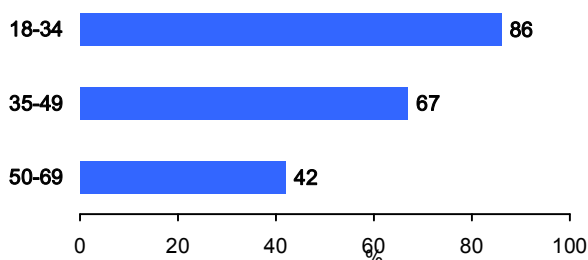


Il livello di istruzione

- Il 61,7% del campione osservato nell'ASL 1 presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).

Alto grado d'istruzione* per classi di età

AUSL 1 - PASSI 2006



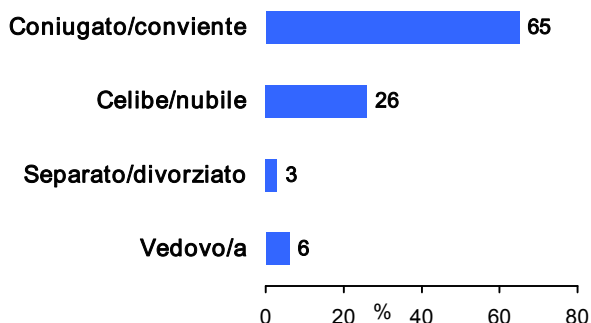
* istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea

Lo stato civile

- Nell'ASL 1 i coniugati/conviventi rappresentano il 65,2%, i celibi/nubili il 26,4%, i separati/divorziati il 2,5%, i vedovi/e il 6%.

Campione per categorie stato civile

AUSL 1 - PASSI 2006

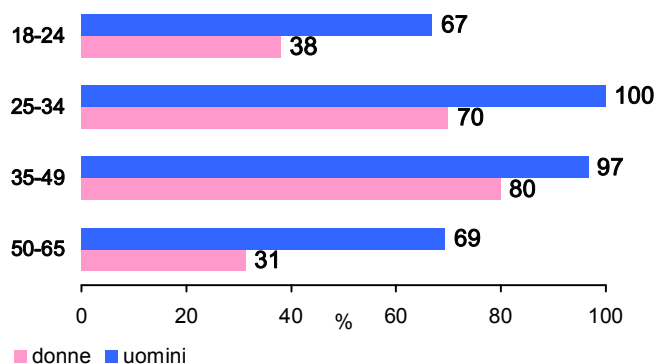


Il lavoro

- Nell'ASL 1 il 70,2% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (55,3% contro 83,3%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze (37,5%). Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.

% di lavoro regolare per classi di età e sesso

AUSL 1 - PASSI 2006



Conclusioni

Il campione dell'ASL 1 è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la bontà del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

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.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nell'ASL 1 il 69 % degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute.
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente*		
ASL 1 - PASSI 2006		
Caratteristiche demografiche		%
Totale		69
		(IC95%: 62,1-75,3)
Età		
	18 - 34	91,4
	35 - 49	72,7
	50 - 69	51,7
Sesso		
	M	75
	F	62,5
Istruzione**		
	bassa	48,7
	alta	81,5
Patologia severa***		
	presente	37,8
	assente	78,1

* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

** 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

Le differenze per età, livello di istruzione e per severità della patologia risultano significative dal punto di vista statistico ($p > 0.05$).

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

- Nell'ASL 1 le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1 giorno al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici.

Giorni in cattiva salute percepita ASL 1 - PASSI 2006			
Caratteristiche demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	2,86	3,2	1,3
Età			
18 - 34	2,0	1,76	0,7
35 - 49	2,5	2,6	1,0
50 - 69	3,6	4,5	1,9
Sesso			
M	2,26	2,4	1,1
F	3,5	4,05	1,5

Si osservano differenze statisticamente significative per sesso ed età riguardo il numero medio di giorni percepiti in cattiva salute per motivi psicologici ($p > 0.05$).

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando 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 forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, per esempio per quella dei sintomi di depressione, alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie, ed è talvolta indispensabile per il trattamento di patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

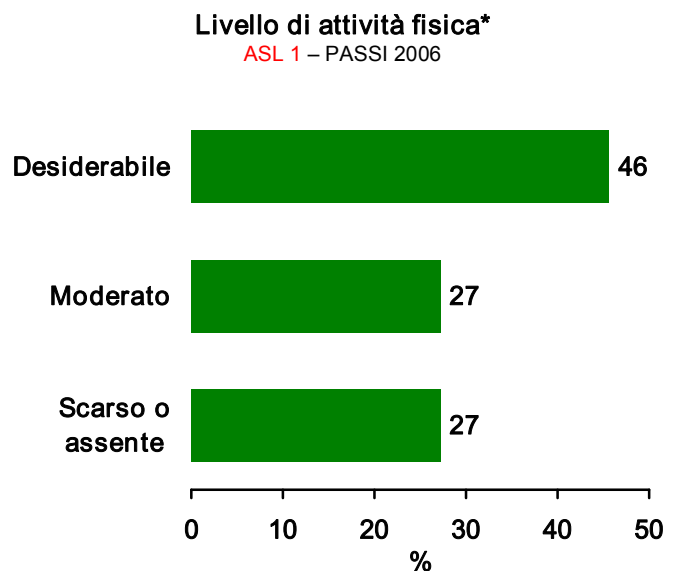
Lo stile di vita sedentario è però in aumento nei paesi sviluppati e, oltre a rappresentare già da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, assieme ad una cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

Per lo Studio PASSI, uno schema di classificazione internazionale (IPAQ) basato sulla frequenza e la durata della attività fisica vigorosa e moderata e del camminare viene utilizzato per suddividere la popolazione in tre gruppi: buono, moderato, e scarso o assente. Le persone che fanno almeno un'ora al giorno di attività moderata o vigorosa o che camminano a lungo vengono classificate come impegnate in buoni livelli di attività fisica; chi effettua almeno mezz'ora di attività moderata o vigorosa in più giorni è classificato come impegnato nei livelli moderati. Il resto della popolazione viene classificato nella categoria "scarsa" o "assente".

È importante che i medici raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) si sono infatti dimostrati utili nell'incrementare l'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASL 1 il 45,6% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica desiderabile; il 27,2% svolge una moderata attività fisica; il restante 27,2% non svolge del tutto attività fisica o comunque ne fa troppo poca.



* **buono**: fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; **moderato**: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti **scarso o assente**

Chi è che non fa attività fisica o ne fa troppo poca?

- Non ci sono differenze significative tra uomini e donne e tra persone di diversi livelli di istruzione.
- Le persone di 35-49 anni sono meno attive di quelle più giovani e leggermente meno attive delle persone di 50-69 anni.
- È significativamente meno attiva la frazione di popolazione che percepisce la propria salute come non buona.
- Tutti i gruppi di persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica sono meno attivi della popolazione generale.

Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica

ASL 1 – PASSI 2006

Caratteristiche	%
Totale	27,2 (IC95% 21,1-34)
Sesso	
M	29,8
F	22,7
Classi di età	
18 – 34	22,4
35 – 49	20
50 – 69	33
Istruzione	
bassa	29,9
alta	24,2
Salute percepita	
buona	25,4
non buona	29
Condizioni particolari*	
sovrappeso/obesità	35,6
ipertensione	27,9
ipercolesterolemia	37,1
depressione	30,6

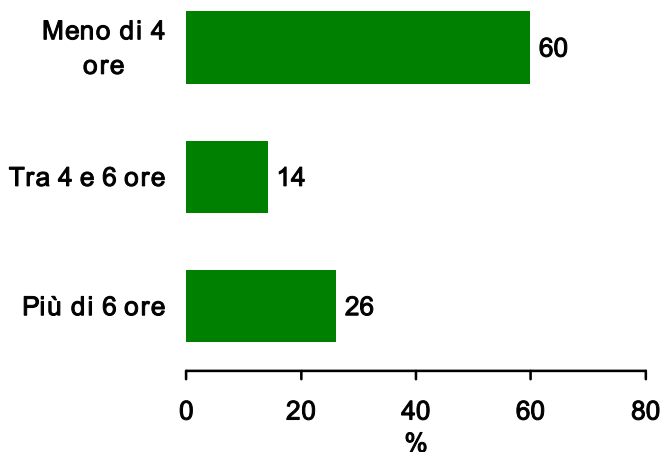
* risultano statisticamente significative le differenze per sovrappeso ed obesità rispetto a normopeso ed ipercolesterolemia ($p > 0.05$)

Chi resta seduto molte ore?

- Il 26% della popolazione riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno, e un altro 14% sta seduto per almeno 4 ore.
- Tra i 18-34enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore è del 31,6%; i valori corrispondenti per i 35-49enni e i 50-69enni sono rispettivamente 32,7% e 18,4%.
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 36% sta seduto più di 6 ore mentre per il gruppo con un basso livello, il valore corrispondente è 10,4%. Questa differenza è statisticamente significativa.
- Sta seduto per più di 6 ore al giorno il 35,6% degli uomini e il 15,8% delle donne, questa differenza per sesso è statisticamente significativa.

Ore trascorse rimanendo seduti

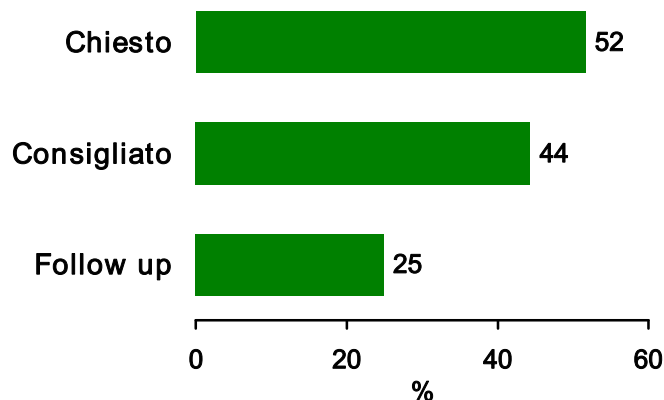
ASL 1 – PASSI 2006



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

- Nell'ASL 1 solo al 52% delle persone intervistate il medico chiede se svolgono attività fisica e consiglia loro di farla regolarmente solo nel 44,3% dei casi.
- Soltanto al 24,9% (il 56% circa di quelli che avevano ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica) è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata
- La percentuale di chi raggiunge un livello desiderabile di attività fisica è più alta tra le persone a cui viene chiesto anche in successivi controlli se svolgono l'attività fisica loro consigliata (44% contro il 39% di coloro che non vengono più seguiti una volta ricevuto il primo consiglio).

**Promozione dell'attività fisica
da parte degli operatori sanitari**
ASL 1 – PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell'ASL 1 il 45,6% della popolazione raggiunga un livello desiderabile di attività fisica, mentre il 27,2% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La frazione di popolazione che non svolge esercizio fisico o comunque non ne fa abbastanza è alta tra le persone che ne beneficerebbero di più (obesi o in sovrappeso, ipertesi, ipercolesterolemici, depressi).

Più di un quarto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è più diffusa tra le prime due classi di età, tra le persone con livello alto di istruzione e tra gli uomini. Questi gruppi dovrebbero godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti a sostenere l'attività fisica nella popolazione.

I medici promuovono ancora scarsamente l'attività fisica dei loro pazienti, anche se il loro consiglio, quando poi viene rinforzato in occasione di visite successive, aiuta le persone a raggiungere un livello adeguato di attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (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.

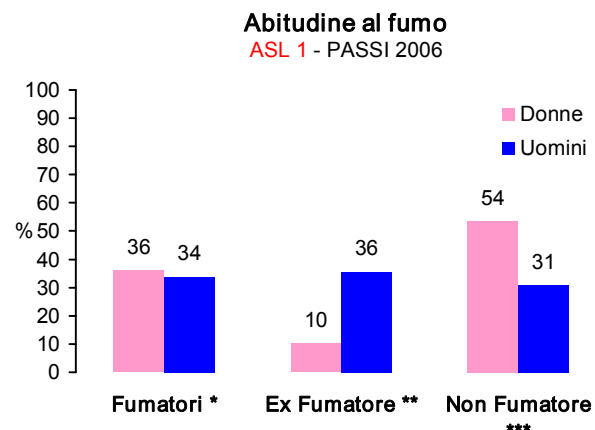
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

- Nell'ASL 1 i fumatori sono pari al 34,8%, gli ex fumatori al 23,4%, e i non fumatori al 41,8%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra le donne che tra gli uomini (36,1% versus 33,7%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (61,9% versus 38,1%).



*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

Le differenze per sesso sono statisticamente significative ($p < 0.05$)

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

Fumatori ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	34,8 (IC95%:28,3-41,8)
Età, anni	
18 - 34	37,9
35 - 49	34,5
50 - 69	33,0
Sesso ^	
M	33,7
F	36,1
Istruzione**	
bassa	35,1
alta	34,7

* 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;

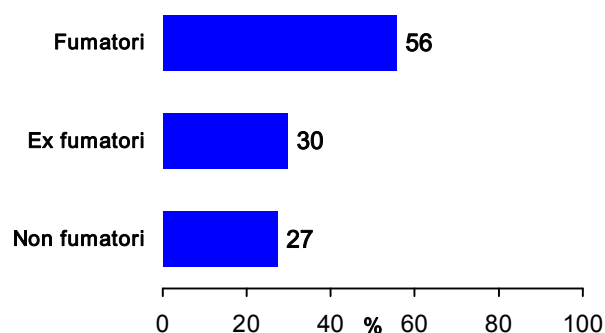
- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra le donne e nelle persone con alto livello di istruzione.

- In media si fumano circa 12,8 sigarette al giorno.

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

- Nell'ASL 1 circa poco più di un intervistato su tre (38%) dichiara di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 55,7% dei fumatori, il 29,8% degli ex fumatori e il 27,4% dei non fumatori.

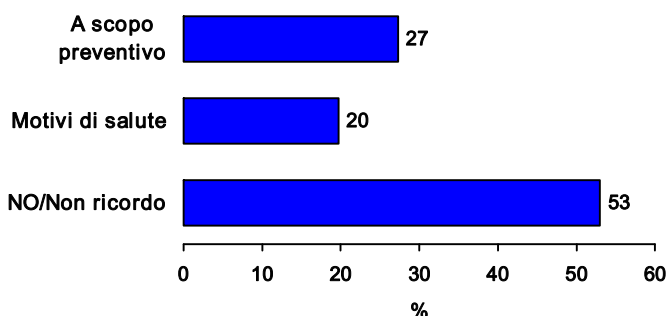
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo
ASL 1 - PASSI 2006



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

- Solo il 47% 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 (27,3%).
- Il 53% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

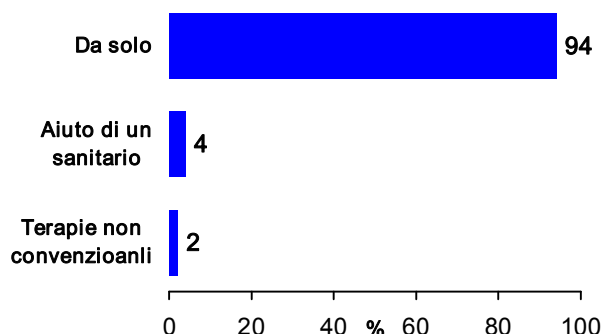
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione
ASL 1 - PASSI 2006



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 94% degli ex fumatori dell'ASL 1 ha smesso di fumare da solo; il 4% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario, il 2% ricorrendo a terapie non convenzionali.

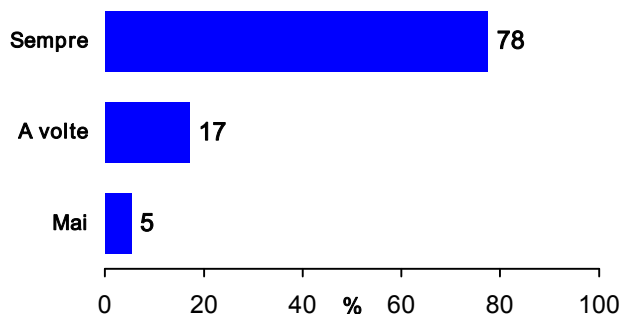
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori
ASL 1 - PASSI 2006



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

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nel 77,5% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori)
ASL 1 - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 18 - 49enni, dove circa 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori e tra le donne che fumano per più di un terzo.

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

Il fumo 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.

Alcuni degli indicatori utilizzati nel PASSI sono sufficientemente sensibili al cambiamento da poter essere utilizzati nella sorveglianza dell'abitudine al fumo nelle aziende sanitarie.

L'evidenza scientifica a nostra disposizione indica che gli interventi di migliore efficacia nell'abitudine al fumo sono quelli integrati e continui nel tempo.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.

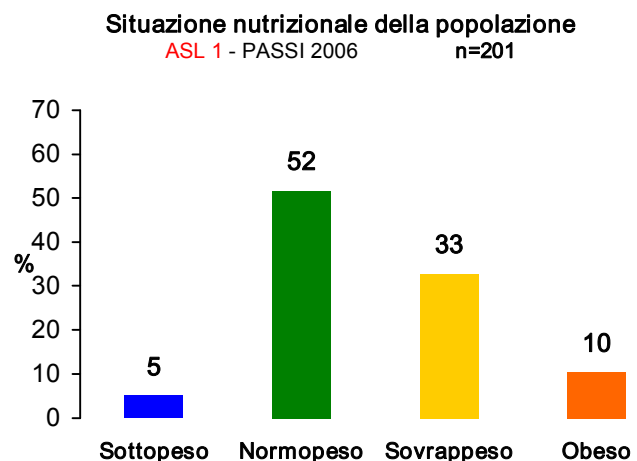
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, body mass index - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI ≥ 30).

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti 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 riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è oramai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'ASL 1 il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51,7% normopeso, il 32,8% sovrappeso ed il 10,4% obeso.



Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- Nell'ASL 1 si stima che il 43,2% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce significativamente con l'età, ed è maggiore negli uomini e nei soggetti appartenenti alle categorie a bassa istruzione.

Popolazione con eccesso ponderale [^] ASL 1 - PASSI 2006 n=87	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	43,2 (IC 95%33-55,3)
Età, anni*	
18 – 34	29,3
35 – 49	43,6
50 – 69	52,3
Sesso**	
M	57,7
F	27,8
Istruzione ***°	
Bassa	53,2
Alta	37,1

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

* le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,023$)

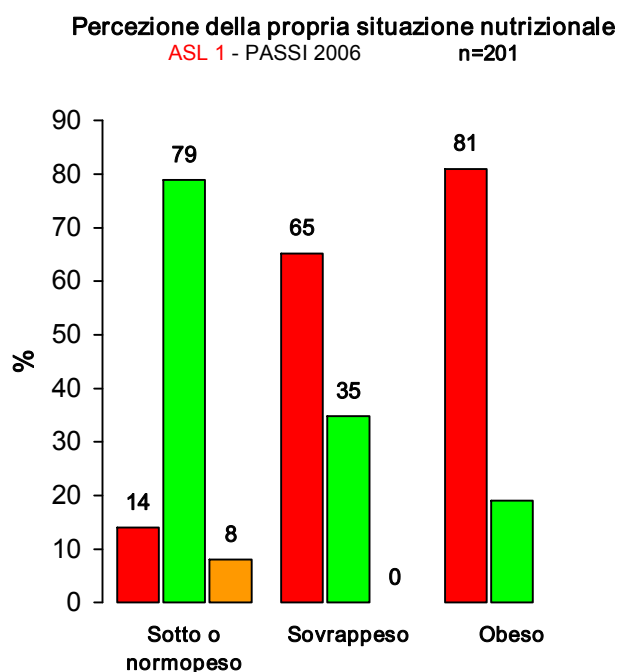
** le differenze risultano statisticamente significative ($p<0,003$)

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

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

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Neanche nella categoria degli obesi si constata una perfetta coincidenza (81% percepisce il proprio peso come troppo alto, mentre il 19% lo considera giusto).
- L'86% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con l'IMC; per le persone in sovrappeso scende al 65,2%.



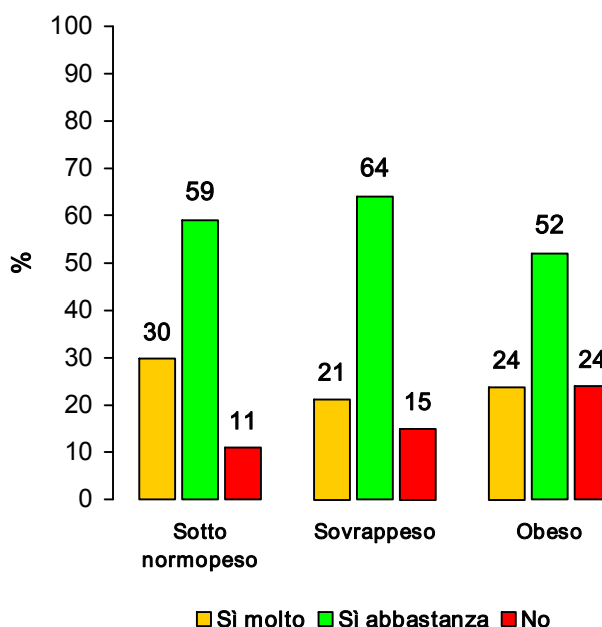
■ Peso troppo alto ■ Peso più o meno giusto ■ Peso troppo basso

Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?

ASL 1 - PASSI 2006 n=201

- Nell'ASL 1 mediamente l'86,1% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione benefica per la propria salute e, più in dettaglio, l'88,6% nel gruppo dei normopeso, l'84,8% in quello dei sottopeso e il 76,2% in quello degli obesi.

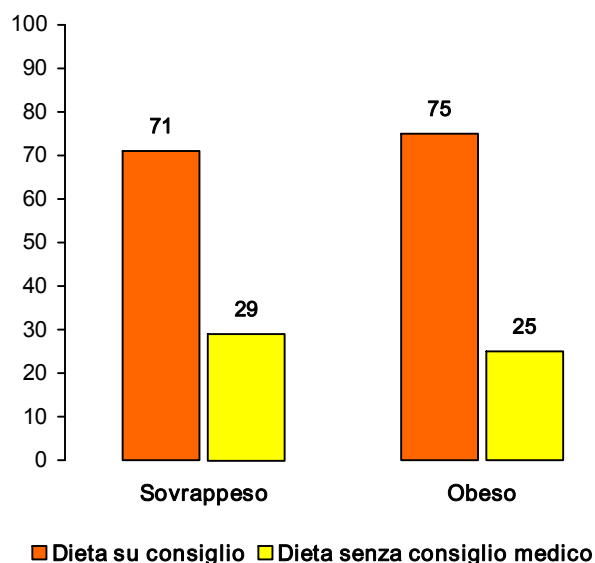


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli sulla propria situazione nutrizionale dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Attuazione della dieta in rapporto al consiglio dell'operatore sanitario

ASL 1 - PASSI 2006 n=18

- Nell'ASL 1 il 52,9% delle persone in sovrappeso e obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Il 21,2% delle persone sovrappeso e il 19% di quelle obese segue una dieta per perdere peso. Il consiglio degli operatori sanitari sembra aver influenzato l'attuazione della dieta (71,4% a dieta dopo consiglio vs 28,6% non a dieta nonostante consiglio nei sovrappeso e 75% vs 25% negli obesi).

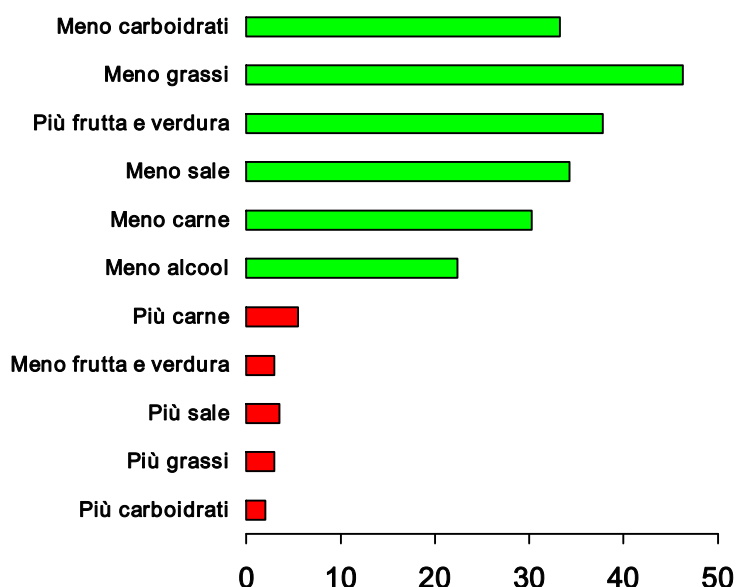


Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi

ASL 1- PASSI 2006 n=201

- Nell'ASL 1 le persone intervistate riferiscono che negli ultimi 12 mesi hanno modificato le proprie abitudini alimentari, i cambiamenti principali riferiti sono prevalentemente in positivo.



NB: Sono indicati in **verde** i cambiamenti positivi ed in **rosso** quelli negativi

Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

Nella tabella che segue vengono riportati dei dettagli sui quattro cambiamenti principali osservati. Le donne hanno riferito una tendenza maggiore degli uomini alla riduzione di carboidrati e all'aumento di frutta e verdura.

Caratteristiche demografiche	Meno carboidrati	Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno sale
Totale	33,3 (IC 95%26,9-40,3)	46,3 (IC 95%39,2-53,4)	37,8 (IC 95%31,1-44,9)	34,3 (IC 95%27,8-41,3)
Età, anni				
18 – 24	30	35	45	25
25 – 34	28,9	39,5	47,4	34,2
35 – 49	34,5	41,8	43,6	27,3
50 – 69	35,2	54,5	28,4	40,9
Sesso				
M	32,7	43,3	40,4	30,8
F	34	49,5	35,1	38,1
Istruzione *				
bassa	33,8	51,9	29,9	37,7
alta	33,1	42,7	42,7	32,3

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

Risulta essere significativa la differenza per classi di età nei sessi sulla riduzione dei grassi, $p < 0,003$

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

- Nell'ASL 1 il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo l'8,5% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se oltre il 39,8% mangia almeno 3 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone fra i 50 e i 69 anni. Non si osservano invece differenze rilevanti per sesso, se si esclude il fatto che l'83% di coloro che affermano di non consumare frutta e verdura sono uomini.
- L'assunzione di frutta e verdura è maggiore nelle persone con istruzione bassa. Coloro che affermano di non consumare frutta e verdura appartengono tutti alla categoria d'istruzione alta.

Consumo di frutta e verdura ASL 1 - PASSI 2006 n=201	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" * (%)
Totale	8,5% (IC95%:5-13,2)
Età	
18 - 34	6,9
35 - 49	7,3
50 - 69	10,2
Sesso ^	
uomini	6,7
donne	10,3
Istruzione**	
bassa	7,8
alta	8,9

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

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

La differenza non è statisticamente significativa per nessuna delle categorie, $p > 0,05$

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 l'eccesso ponderale è molto diffuso (43,2% della popolazione) e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente l'81% degli obesi ed il 65% dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto 1 persona obesa su 4 considera la propria alimentazione non idonea. Le misure di prevenzione individuali dell'obesità, l'esercizio fisico e una dieta, sono praticate rispettivamente solo dal 64% e dal 26% delle persone sovrappeso/obese.

La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, oltre il 45% ne assume oltre 3 porzioni, anche se solo 1 persona su 10 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati mostrano che è necessario promuovere una maggiore consapevolezza nella popolazione del valore della prevenzione. L'ASL dovrà operare per migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione in favore della prevenzione con interventi di promozione sanitaria di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendo l'evoluzione della situazione nutrizionale e delle abitudini alimentari.

Consumo di alcol

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

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

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

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

Quante persone consumano alcol?

- Nell'ASL 1 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 66,2%.

- Si sono osservati tassi più alti nei giovani nelle fasce 25-34 anni e 35-49), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% chi ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica*
Totale	66,2% (IC95%:59,2-72,7)
Età, anni	
18 - 24	65
25 - 34	71,1
35 - 49	72,7
50 - 69	60,2
Sesso[^]	
M	86,5
F	44,3
Istruzione^{**}	
bassa	54,5
alta	73,4

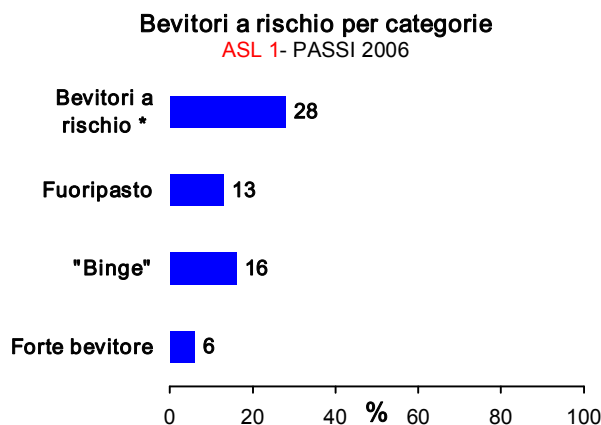
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative per sesso e livello di istruzione ($p < 0,003$)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 27,6% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 13,5% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- Il 15,9% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 6,1% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.

Bevitori "binge"	
ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge"* (n=28)
Totale	15,9 (95% IC 11,2 – 21,7)
Età, anni	
18 - 24	15
25 - 34	28,9
35 - 49	21,8
50 - 69	6,8
Sesso[^]	
M	26
F	5,2
Istruzione^{**}	
bassa	10,4
alta	19,4

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

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

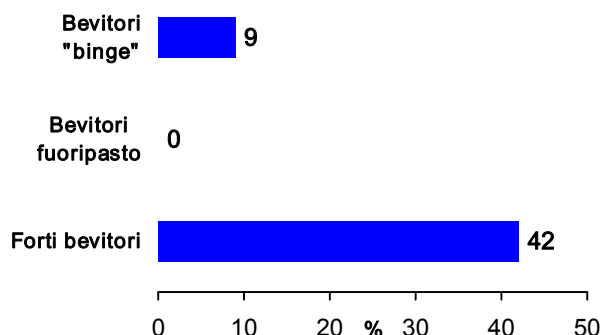
[^] le differenze risultano statisticamente significative per sesso e livello di istruzione ($p < 0,0001$)

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

- Nell'ASL 1 solo il 12% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol nell'ultimo anno.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 9,4% dei "binge", nessuno tra chi beve fuori pasto ed il 41,7% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)

ASL 1 - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 si stima che oltre i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un quarto circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

L'indagine dimostra che 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.

Il counselling degli operatori sanitari si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentale relativi agli stili di vita.

Sarebbe opportuno strutturare tale attività e monitorarla adeguatamente nel tempo.

Lo studio PASSI è riuscito a misurare degli indicatori che si sono mostrati utili, in altri contesti, per monitorare il cambiamento nel tempo di questo fattore di rischio.

Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese. Nel 2003 si sono verificati 225.141 incidenti stradali che hanno causato 6015 morti, mentre ogni anno circa un milione e mezzo di ricoveri al Pronto Soccorso e 20.000 casi di invalidità sono imputabili a incidenti stradali.

La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

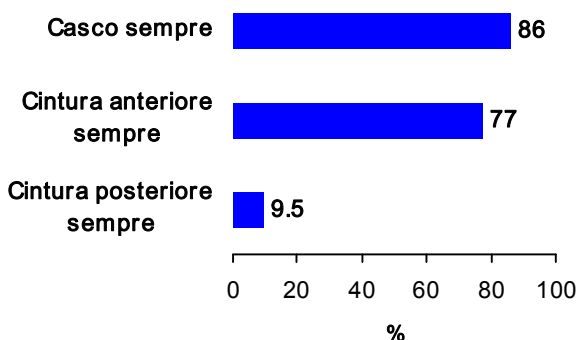
La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato a ridurre la guida in stato di ebbrezza e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell'ASL 1 tra le persone che vanno in moto o in motorino l'85,5% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 77%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (9,5%).

Uso dei dispositivi di sicurezza

ASL 1 - PASSI 2006



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

Guida in stato di ebbrezza

ASL 1 - PASSI 2006

- Il 50 % degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i più giovani ed i più anziani e nelle donne.
- Il 50% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Caratteristiche demografiche		Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale		50 (IC95%:43,1-57,4)
Età		
	18 - 34	53,4
	35 - 49	43,6
	50 - 69	52,3
Sesso		
	M	39,4
	F	61,9
Istruzione**		
	bassa	59,7
	alta	44,4

*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

Differenze statisticamente significative per sesso e livello d'istruzione
p<0.05

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 dell'Umbria si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, e in particolare per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori, ma anche per il casco che viene indossato solo dall'85,5 di chi va in moto o in motorino.

Il problema della guida in stato di ebbrezza è piuttosto diffuso.

Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono 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.

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi consegue, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni.

Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le misclassificazioni sono molto frequenti.

La definizione di caso adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede: la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che l'evento si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

Quante persone si sono infortunate?

- Nell'ASL 1 il 19,4% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una più elevata frequenza di infortuni tra le donne (25,8%) che tra gli uomini (13,5%); il fenomeno sembra interessare le classi d'età più giovani.

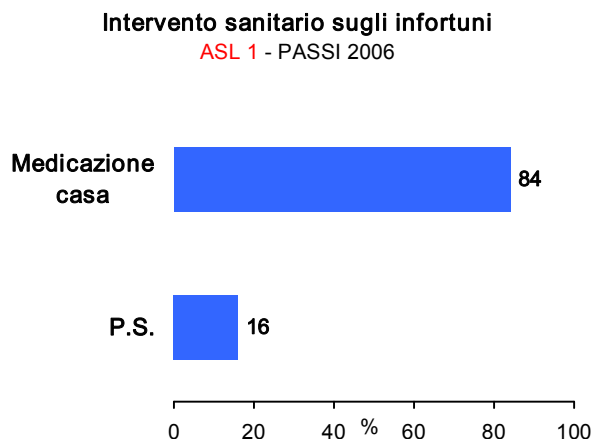
Persone infortunate (ultimi 12 mesi) ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico
Totale	19,4 (IC95%: 14,2-25,6)
Età	
18 - 34	31
35 - 49	12,7
50 - 69	15,9
Sesso	
M	13,5
F	25,8
Istruzione*	
bassa	14,3
alta	22,6

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

Le differenze per età e sesso risultano statisticamente significative ($p < 0.05$)

Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- Nell'ASL 1 tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 65,8% ne dichiara uno solo (71,4% negli uomini, 62,5% nelle donne), il 7,9% due, il 26,3% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per l'84% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e nel 16% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero.



Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- Nell'ASL 1 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è sufficiente. Infatti il 52% degli intervistati lo ritiene basso o assente, in particolare negli uomini. Non si evidenziano differenze significative né per classi di età né per istruzione.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è la cucina (69%), seguita da scale (15%) e bagno (8%).

Bassa percezione di rischio infortunio domestico ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
Totale	52,2 (IC95%: 45,1-59,3)
Età, anni	
18 - 34	48,3
35 - 49	54,5
50 - 69	53,4
Sesso	
M	56,7
F	47,4
Istruzione**	
bassa	55,8
alta	50
Infortunio	
Si	35,9
No	56,2

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

Differenze statisticamente significative tra gli infortunati ($p < 0.05$)

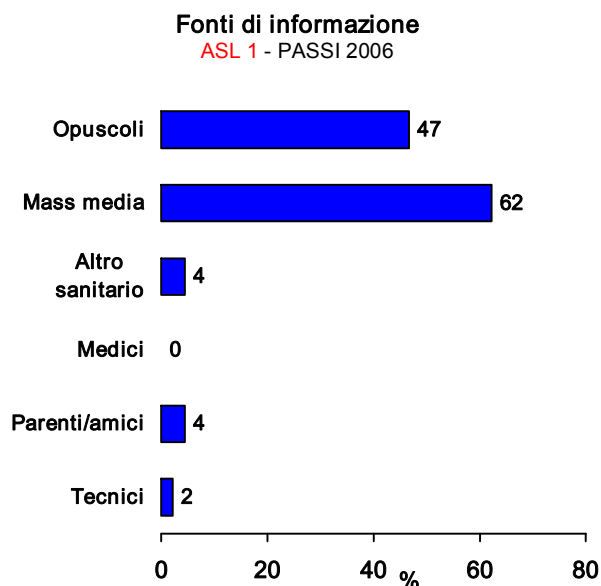
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- Nell'ASL 1 solo il 22,4% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono in maggior percentuale di essere state informate.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 31,3% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi) ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	22,4 (IC95%:16,8-28,8)
Età, anni	
18 - 34	19
35 - 49	14,5
50 - 69	29,5
Sesso	
M	23,1
F	21,6
Istruzione*	
bassa	20,8
alta	23,4
Infortunio	
Si	17,9
No	23,5

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

- Le fonti principali di informazione sono state gli opuscoli e i mass media (tv, radio, giornali), meno da personale sanitario o da tecnici.



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di Sanità Pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nell'ASL 1 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità. Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non sono all'interno del gruppo di età campionato dal PASSI e quindi la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Si evidenzia, ciononostante, la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente varato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, sarà in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Sicurezza alimentare

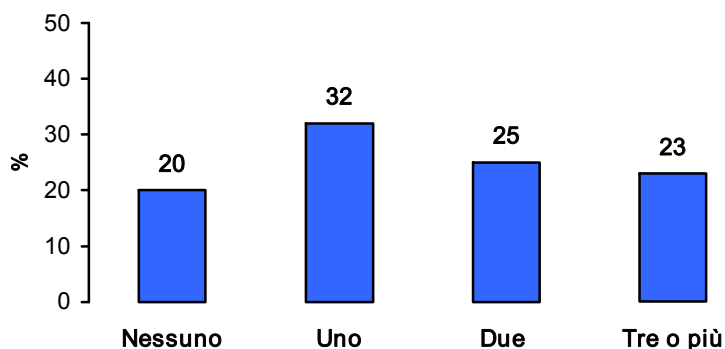
Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. I dati relativi all'occorrenza delle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), anche nel nostro Paese sottostimano le dimensioni del fenomeno, ed i sistemi di sorveglianza attuati spesso non consentono nemmeno di ottenere dati sulla reale incidenza (es. reti di sorveglianza di laboratorio). A tale riguardo è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%), sono provocate da comportamenti inadeguati presso gli stessi ambienti domestici.

Quante persone mangiano cibi crudi (carne, pesci, uova, dolci, latte)?

Comportamenti a rischio per assunzione di cibi crudi:
ASL 1- PASSI 2006 n=201

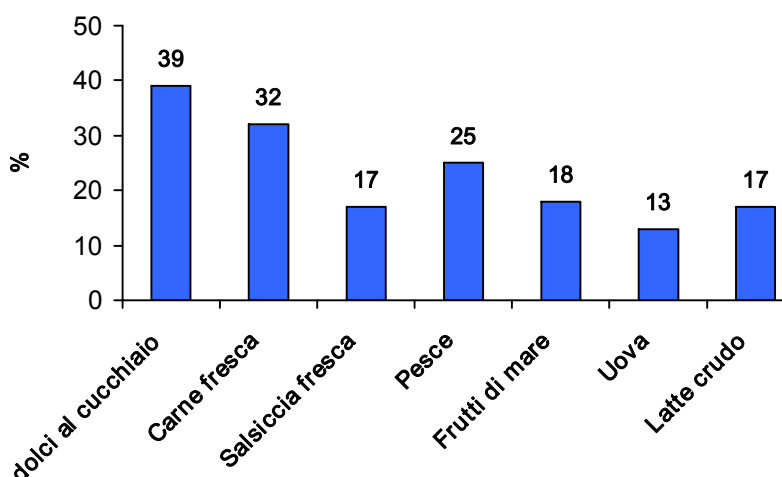
Range dei comportamenti a rischio per assunzione cibi crudi

- Nell'ASL 1 l'80% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti.
- Il 23,4% degli intervistati ha assunto più di tre tipi di cibi crudi; nel sesso maschile questa abitudine è più frequentemente riferita.
- Esistono differenze statisticamente significative nell'assunzione di cibi crudi fra le classi di età e fra i vari gradi di istruzione.



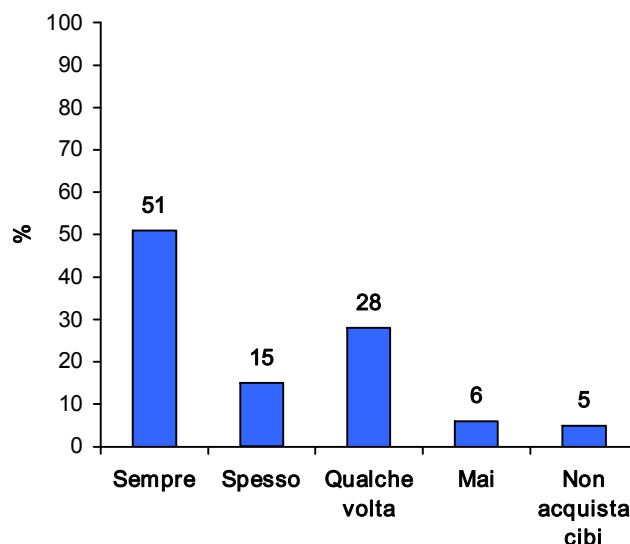
Alimenti ingeriti crudi o poco cotti

- Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio (39%), carne (32%) e salsicce fresche (17%), pesce (25%) e frutti di mare (18%).
- Quanto allo scongelamento, il 79,5% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente o in frigorifero) favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti.



Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

Frequenza di lettura delle etichette
ASL 1 - PASSI 2006 n=201



- Nell'ASL 1 il 66% degli intervistati legge le etichette frequentemente (sempre/spesso). Le donne sono in percentuale più attente degli uomini. Sono più attenti i cittadini appartenenti alle classi di età maggiori.
- Fra coloro che acquistano i cibi e leggono le etichette frequentemente (sempre/spesso), il 94% legge la data di scadenza, mentre solamente il 60% legge la data di produzione, il 54% legge le modalità di conservazione e il 52% legge le istruzioni per l'uso.

Quante persone hanno avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi e quali sono le loro caratteristiche?

Episodi di diarrea
ASL 1 - PASSI 2006 n=201

- Nell'ASL 1 circa il 29% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno è meno frequente con l'aumentare dell'età e nel sesso femminile.
- Esiste una certa differenza legata al grado di istruzione.
- Non ci sono differenze significative associate ai comportamenti alimentari considerati a rischio (modalità scorrette di scongelamento, scarso controllo delle etichette) e la frequenza di diarrea, fatta eccezione per l'assunzione di cibi crudi. Si rileva un certo incremento delle diarree con l'aumentare dell'assunzione di cibi crudi.

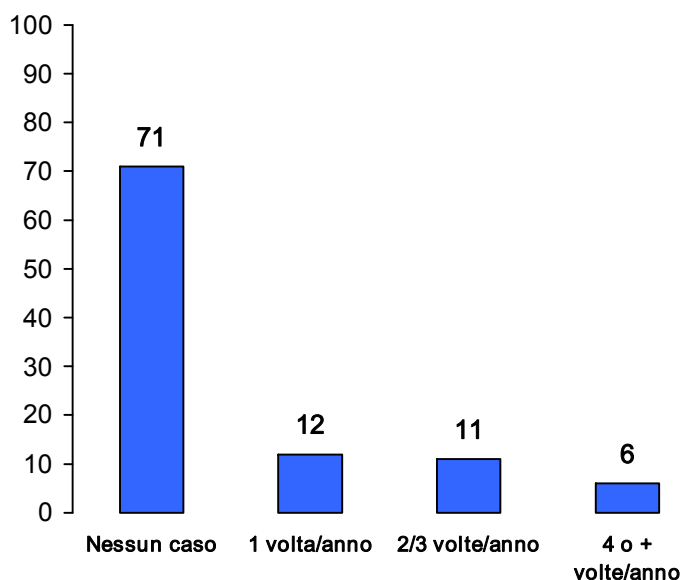
Caratteristiche demografiche		Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)
Totale		29,4%
		(IC95%:23,2-36,2)
Età		
	18 - 34	29,3
	35 - 49	34,5
	50 - 69	26,1
Sesso		
	M	32,7
	F	25,8
Istruzione*		
	bassa	23,4
	alta	33,1

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

Come si distribuisce la frequenza della diarrea e a chi ci si rivolge?

Frequenza degli episodi di diarrea per persona in un anno
ASL 1 - PASSI 2006 n=201

- Nell'ASL 1 il 17% degli intervistati dichiara di avere avuto più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il 34% di quelli che hanno avuto almeno un episodio di diarrea si sono rivolti ad un operatore sanitario.
- Al 15% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 è molto diffuso (4 persone su 5) il consumo di cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute. È molto scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e 3 persone su 5 prestano attenzione alle etichette, 1 persona su 2 legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso.

Non risultano essersi verificati nel nostro territorio episodi recenti (ultimi 5 anni) di tossinfezione alimentare correlabili alla grande distribuzione o ristorazione. Per ridurre le tossinfezioni di tipo alimentare, nella nostra realtà sono state adottate diverse strategie, che cominciano da una serie programmata di verifiche alle aziende produttrici e ai loro sistemi di autocontrollo, seguite da operazioni di educazione sanitaria agli operatori del settore agro-alimentare (vengono effettuati molti corsi durante l'anno), e potenziate con l'attività educativa del consumatore finale.

Vengono ciononostante notificati annualmente numerosi casi di salmonellosi sporadiche o familiari, adottate quali indicatori di esito per rischio infettivo a trasmissione oro-fecale (69 nel 2004, 45 nel 2005, 30 nel 2006) e di epatiti A (2 nel 2004, 5 nel 2005, 2 nel 2006) ascrivibili a contaminazioni a livello domestico.

Risulta quindi fondamentale l'attività, fra l'altro prevista anche dalle normative nazionali ed europee, di educazione alla salute e alle buone pratiche igieniche nella gestione degli alimenti in ambito domestico. Gli interventi sono tanto più efficaci quanto più sono semplici e effettuati su una popolazione giovane. Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per effettuare tali corsi, soprattutto le elementari e le medie.

Il sistema di sorveglianza e gli indicatori che sono stati misurati possono costituire un utile strumento per seguire il fenomeno nel tempo e monitorare l'impatto di eventuali interventi.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze soprattutto in soggetti appartenenti a determinate categorie a rischio. Si stima, inoltre, che nei paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (protezione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

Pertanto è raccomandata soprattutto ai soggetti per i quali l'influenza può essere particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da particolari patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)
ASL 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		Vaccinati
Totale		17,4% (IC95% :12,4-23,4)
- Nell'ASL 1 il 17,4% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale è pari al 46,2% tra i 65-69 anni. - Tra i soggetti intervistati di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, pari al 19,4 degli intervistati sotto 65 anni, solo il 26,5% risulta vaccinato.	Età	
	65 - 69	46,2
	<65	13,1
	<65 con almeno una patologia cronica	26,5
	Sesso	
	M	17,3
	F	17,5
	Istruzione*	
	bassa	18,2
	alta	16,9

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

Tutte le differenze relative alle classi di età ed alle categorie a rischio risultano statisticamente significative ($p < 0.05$)

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente l'impatto dell'influenza in termini di morbosità, letalità e morbilità è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute con apposita Circolare e le strategie adottate nell'ASL hanno permesso di raggiungere una buona copertura vaccinale, seppure deve tenersi in conto che la copertura è misurata fra i 65 e i 69 anni; ma i risultati sono ancora insoddisfacenti tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie: solo il 26,5% risulta vaccinata.

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere pertanto ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di individuazione ed offerta attiva ai gruppi target in (soggetti a rischio di età inferiore a 65 anni) collaborazione anche con i medici specialisti e altre istituzioni territoriali.

Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari. Dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie.

Indagare sulla diffusione di queste patologie nella popolazione è di fondamentale importanza in considerazione della possibilità di effettuare interventi di Sanità Pubblica sia individuali che sulla popolazione a rischio che possano determinare variazioni negli stili di vita delle persone, riducendo così l'impatto dei fattori di rischio che portano alle patologie cardiovascolari.

In questa sezione dello studio PASSI si va ad indagare l'ipertensione, l'ipercolesterolemia ed il calcolo del punteggio cardiovascolare.

Ipertensione arteriosa

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

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, sebbene molte persone con ipertensione richiedono anche un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa
negli ultimi 2 anni
ASL 1 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		% *
- Nell'ASL 1 l'86% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7,5% più di 2 anni fa, mentre il 7% non ricorda o non l'ha mai avuta. - Non si rilevano differenze di età tra le persone controllate nè tra i sessi o per livello di istruzione, statisticamente significative.	Totale	85,6 (IC95%:79,9-90,1)
	Età, anni	
	18 - 34	81
	35 - 49	85,5
	50 - 69	88,6
	Sesso*	
	M	84,6
	F	86,6
	Istruzione**	
	bassa	81,8
	alta	87,9

* le differenze non sono statisticamente significative

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

Quante persone sono ipertese?

- Nell'ASL 1 il 21,4% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su tre è ipertesa (36%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso né per livello di istruzione.

Caratteristiche delle persone con ipertensione ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	21,4 (IC 95%:15,9-27,7)
Età, anni	
18 - 34	1,7
35 - 49	18,2
50 - 69	36,4
Sesso	
M	25
F	17,5
Istruzione**	
bassa	27,3
alta	17,7

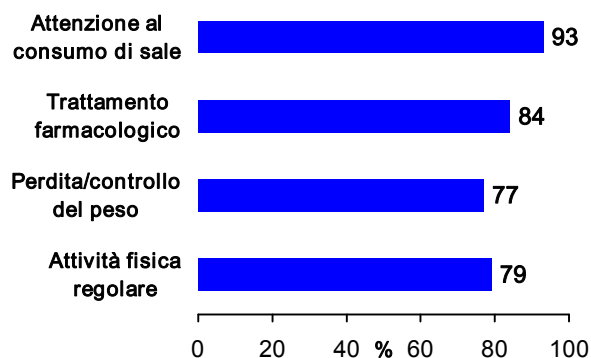
* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

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

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- L'83,7% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver affrontato l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (93%), controllando il proprio peso corporeo (76,7%) e svolgendo regolare attività fisica (79%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa*
ASL 1 - PASSI 2006



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, più di un terzo degli ultracinquantenni e circa il 2% 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 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo della ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare screening regolari, soprattutto attraverso i MMG, per l'identificazione delle persone con ipertensione.

In molti casi, si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa 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 considerata 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 tuttavia intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASL 1 l'84,6% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 77% degli intervistati riferisce di essere stato sottoposto a misurazione della lipemia entro gli ultimi 2 anni, il 7,5% più di due anni fa, mentre il 15,4% non ricorda o non l'ha fatta.
- Il 63,8% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test, si sono osservate percentuali significativamente più alte tra i 35-49enni e i 50-59enni. Non si rilevano differenze significative per sesso. I meno istruiti hanno avuto il test in percentuale maggiore.

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	84,6 (IC95%:78,8-89,3)
Età, anni	
18 - 34	63,8
35 - 49	89,1
50 - 69	95,5
Sesso	
M	83,7
F	85,6
Istruzione	
bassa	92,2
alta	79,8

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 30,8% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione significativamente 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.

Ipercolesterolemici ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	30,8 (IC 95%24,5-37,7)
Età, anni[^]	
18 - 34	12,1
35 - 49	25,5
50 - 69	46,6
Sesso	
M	28,8
F	33
Istruzione** °	
bassa	40,3
alta	25

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,000$)

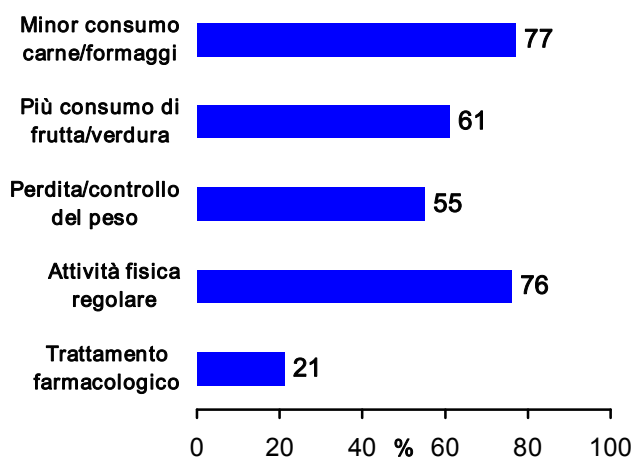
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

° le differenze risultano statisticamente significative ($p = 0,015$)

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL 1 - PASSI 2006

- Il 21% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Il 77,4 % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 61,3% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 54,8% di controllare il proprio peso corporeo e il 75,8% di svolgere regolare attività fisica.



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nel 15% della popolazione dell'ASL 1 non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 30,8% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 46,6% tra le persone di 50-69 anni.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio di counselling più standardizzato e più esteso alla popolazione con questi fattori di rischio.

Punteggio 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.

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

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

- Nell'ASL 1 la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 12,5%.

% persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	12,5 (IC 95%7,3-19,5)
Età, anni	
40 - 49	7,7
50 - 59	9,3
60 - 69	19,6
Sesso	
M	11,9
F	13,1
Istruzione*	
bassa	9,1
alta	16,1

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

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente calcolato ed utilizzato da parte dei medici per la comunicazione del rischio individuale ai pazienti sia **nell'ASL 1** sia nelle ASL partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile per lui perchè può essere confrontato con quello calcolato nelle visite successive, permettendogli così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio al paziente che avendo saputo dal medico da quali elementi viene estratto il valore numerico che si riferisce al suo livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere il dato seguendo le indicazioni del proprio curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

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 oltre 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati.

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

Quante donne hanno eseguito un Pap test in accordo alle linee guida?

- Nell'ASL 1 l'84% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. L'esecuzione del test aumenta con l'aumentare dell'età, si osservano differenze per stato civile seppur non statisticamente significative, il livello d'istruzione non sembra condizionare l'esecuzione del test.

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni) ASL 1 - PASSI 2006		
Caratteristiche demografiche		% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale		84,2 (IC95%:74-91,6)
Età		
	25 - 34	75
	35 - 49	84
	50 - 64	90,3
Stato civile		
	coniugata	81,8
	non coniugata	90,5
Istruzione**		
	bassa	83,9
	alta	84,4

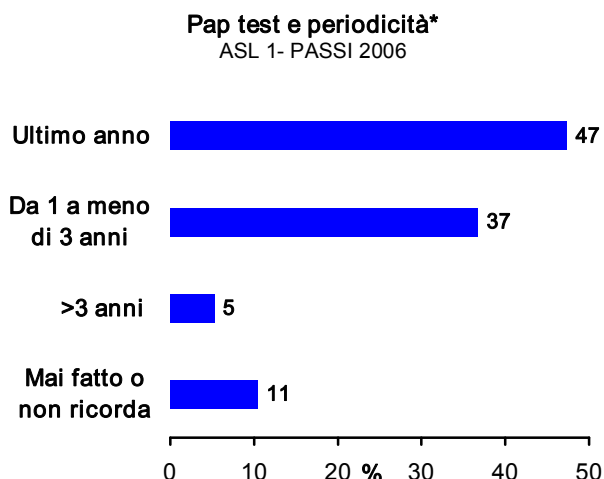
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi

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

Verificare stat (nulla sembra significativo)

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

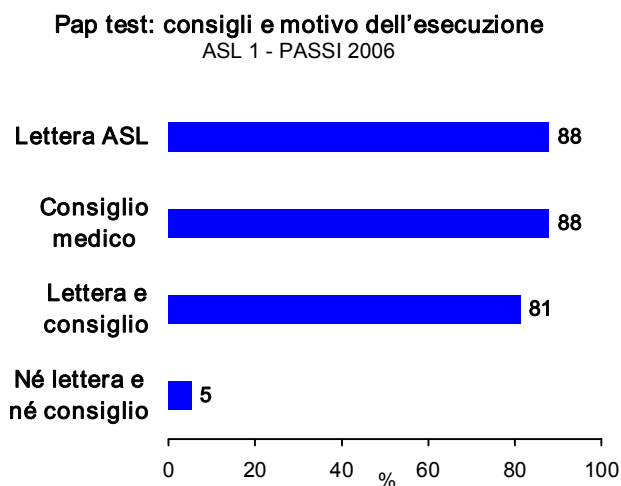
- Nell'ASL 1 quasi il 90% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Il 47,4% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni ha riferito l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Il 36,8% riferisce l'esecuzione di un Pap test preventivo da uno a meno di tre anni e il 5,3% da più di tre anni.
- Il 10,5% non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.



*Realizzazione di un test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Viene consigliato il Pap test alle donne?

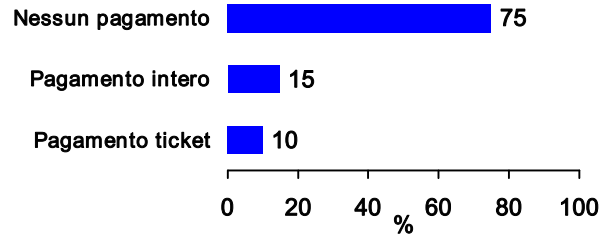
- Nell'ASL 1 l'88% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL e l'88% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test. Inoltre, l'81,3% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 5,3% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno fatto almeno una volta il Pap test, il motivo principale dichiarato per cui è stato effettuato l'ultimo test è stato per lettera personale ricevuta dall'ASL nel 58,8%, su consiglio medico nel 13,2% e di propria iniziativa nel 27,9%.



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

Costi del Pap test per le pazienti
ASL XXX - PASSI 2006

- Nell'ASL 1 il 66% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; l'11% ha pagato solamente il ticket e il 23% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Il 76,5% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 23,5% in una struttura privata.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 dell'Umbria è avviato dal 1999 il programma di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina. Il tasso di copertura delle donne in età compresa tra 25 e 64 anni all'ultimo round completo è stata del 56%. La percentuale delle donne intervistate che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta, proprio grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni) e il 47% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

Risulta rilevante la percentuale di donne (23,5%) che ha dichiarato di aver eseguito il test presso uno specialista privato.

All'interno dell'ASL, ulteriori sforzi devono esser fatti per migliorare la copertura col Pap test, facilitando l'accesso delle donne alle strutture che lo eseguono gratuitamente, come previsto dalle norme vigenti.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con oltre 36.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

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

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

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia in accordo alle linee guida?

- Nell'ASL 1 dell'Umbria l'86,4% delle donne intervistate, di età tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- Il 61% delle donne in età di screening riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Esiste una differenza per classi di età, non per stato civile e livello d'istruzione.
- L'età media della prima mammografia preventiva è risultata pari a 48,6 anni, più bassa pertanto rispetto a quella alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

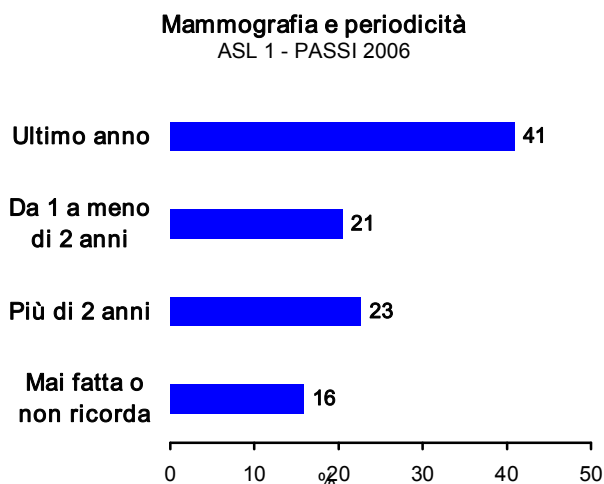
Screening cancro della mammella (≥50 anni)	
ASL 1 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni*
Totale	61,4 (IC95%:45,5-75,6)
Età	
50 - 59	78,9
60 - 69	48
Stato civile	
coniugata	56,7
non coniugata	71,4
Istruzione**	
bassa	60
alta	64,3

*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

Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

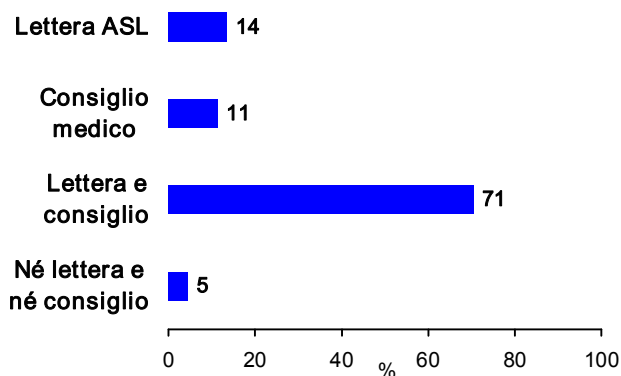
- Nell'ASL 1 il 41% delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 20,5% fra 1 e 2 anni ed il 22,7% più di 2 anni fa.
- Il 16% non ha mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Nell'ASL 1 l'84% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, l'81,8% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia. Inoltre, il 70,5% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 4,5% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultima mammografia è stata eseguita nell'8% su consiglio medico, nel 21% di propria iniziativa e nel 71% in seguito ad una lettera di invito.

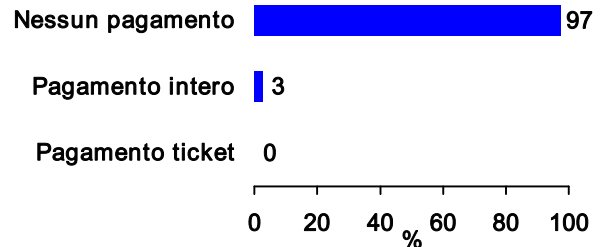
Mammografia: consigli e motivo dell'esecuzione
ASL 1 - PASSI 2006



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

Costi della mammografia per le pazienti ASL 1 - PASSI 2006

- Nell'ASL 1 il 100% delle donne intervistate che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica.
- Il 97,4% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 2,6% ha pagato l'intero costo dell'esame.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 1 dell'Umbria è avviato dal 2001 il programma per la prevenzione dei tumori della mammella nelle donne. Il tasso di copertura all'ultimo round completo (2004-2005) è stato del 65% (10.260 donne screenate su 15.853 donne da screenare).

In base a ciò che emerge dall'indagine, il 61% delle donne in età di screening ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni), in particolare le appartenenti alla classe di età 50-59 anni (80%); il 40% l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

La totalità delle donne intervistate si è rivolta alla Struttura Pubblica per effettuare il test di screening, la quasi totalità usufruendo del programma di offerta gratuita.

All'interno dell'ASL, ulteriori sforzi devono esser fatti per migliorare la copertura per le fasce di età più avanzate, facilitando l'accesso delle donne alle strutture che lo eseguono gratuitamente, come previsto dalle norme vigenti.

Screening neoplasia 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 37.000 persone con una elevata mortalità (oltre 29.000 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 2005-2007 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 i 69 anni con frequenza biennale.

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto in accordo alle linee guida?

Screening cancro colon retto (≥50 anni)

ASL XXX - PASSI 2006

- Nell'ASL 1 circa il 30% delle persone intervistate di età superiore a 50 anni, riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto (15%) o la retto o colonscopia (7%) a scopo preventivo e l'8% entrambi i test. Non si osservano differenze significative per classi di età, sesso e livello di istruzione.
- Circa il 16% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007. Il 70% degli intervistati non ha mai fatto alcun test.

Caratteristiche demografiche		% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi
Totale		29,9 (IC95%:20,5-40,6)
Età		
	50 - 59	23,9
	60 - 69	36,6
Sesso		
	M	36,4
	F	23,3
Istruzione**		
	bassa	32
	alta	27

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

Conclusioni e raccomandazioni

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in diverse regioni italiane sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione.

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.

Nella nostra ASL è stato avviato il programma regionale per la prevenzione dei tumori del colon retto e si sta conducendo il primo round sperimentale. Il test di screening è rappresentato dalla ricerca del sangue occulto nelle feci con metodica immuno-enzimatica, che viene eseguito direttamente a casa dai cittadini del target (uomini e donne tra 50 e 74 anni) ai quali viene spedito mediante Poste Italiane un kit contenente provetta per campione ed istruzioni. Il test di approfondimento consiste nella panocolonscopia.

Considerato il recente avvio di questo screening i dati riportati non permettono ancora di effettuare valutazioni su tale programma.

Sintomi di depressione

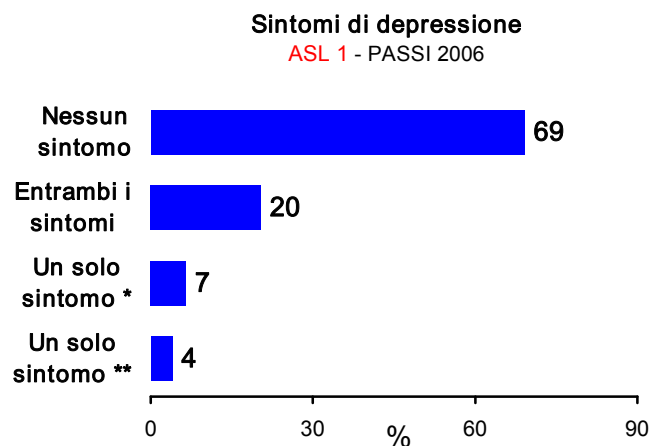
L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale. Le tipologie più frequenti di patologie mentali sono i disturbi legati all'ansia ed alla depressione e, pertanto, il costo socio-sanitario delle patologie mentali è notevole e si valuta attorno al 3-4% del PIL. Si stima che nei Paesi europei, mediamente, circa la metà (44-70%) delle persone colpite da malattie mentali non venga mai curata.

I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese: il 7,3% dei cittadini (con età superiore ai 18 anni) ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi ed, in particolare, il 5,1% ha sofferto di un disturbo d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi depressivi a 12 mesi è stimata nel 3,5%.

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Nell'ASL 1 dell'Umbria il 20,4% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, 2 sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.
- Se a queste persone si aggiungono quelle che hanno riferito anche uno solo dei due sintomi, si rileva che il 31% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nell'arco dei 12 mesi precedenti l'intervista.



* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Chi riferisce entrambi i sintomi di depressione e quali conseguenze hanno nella loro vita?

- Nell'ASL 1 i 2 sintomi di depressione associati non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione:
 - più interessate sono le donne (circa 2 volte più degli uomini) e le persone in stato di disoccupazione stabile e saltuario
 - l'età ed il livello di istruzione non comportano differenze.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 44% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 16% molto o moltissimo difficile.

Sintomi di depressione ASL 1 - PASSI 2006 n = 201	
Caratteristiche demografiche	% di chi ha riferito entrambi i sintomi
Totale	20,4% (IC95%: 15,1-26,6)
Età	
18 - 34	19
35 - 49	12,7
50 - 69	26,1
Sesso	
M	27,8
F	13,5
Istruzione *	
bassa	27,3
alta	16,1
Occupazione	
presente	15,4
saltuaria	19
assente	34

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

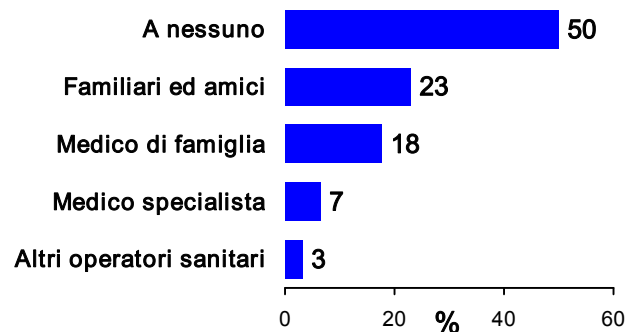
Le differenze per sesso e condizione lavorativa risultano statisticamente significative ($p < 0.02$)

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico risulta del 25%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione

ASL 1 - PASSI 2006 n = 62 *



* persone che riferiscono anche uno solo dei due sintomi di depressione: cioè che ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose e/o si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Tra chi ha sintomi di depressione, quanti assumono farmaci?

- Sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 22,6% ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.
- Se consideriamo solo coloro che riferiscono entrambi i sintomi, la proporzione di persone che assume farmaci sale al 29,3%.

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico	
ASL 1 - PASSI 2006 n = 62	
Persone con almeno un sintomo	% tra chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi
Totale	30.8
Entrambi i sintomi	20.4
Un solo sintomo *	4.0
Un solo sintomo **	6.5

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

** si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Conclusioni e raccomandazioni

Sotto l'aspetto metodologico e delle informazioni ricavabili, la sezione del PASSI riguardante i sintomi di depressione ha mostrato di essere utile, valida e di facile applicabilità.

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino una notevole fetta della popolazione in studio, con una distribuzione non omogenea: sono stati infatti evidenziati gruppi con caratteristiche socio-demografiche a maggior rischio, in genere coloro le cui condizioni di vita sono da considerare precarie.

I risultati del PASSI evidenziano inoltre tassi ancora bassi relativamente al trattamento dei disturbi mentali e all'utilizzo dei servizi sanitari, con possibile grado di bisogno insoddisfatto. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

Valutazione della sperimentazione della sorveglianza di popolazione - Studio Passi

Introduzione

La valutazione di processo dello studio Passi 2006 ha avuto l'obiettivo di rendere disponibili informazioni sulla accettabilità, fattibilità ed utilità di metodi e procedure utilizzate nella realizzazione di questo studio trasversale. Attraverso il confronto con i risultati derivati dal processo valutativo del PASSI 2005, si sono ottenute indicazioni utili al passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione.

Di seguito si riportano alcuni risultati ottenuti.

Metodi

La valutazione della sperimentazione si è avvalsa di un approccio quantitativo.

Ai partecipanti al Passi 2006 è stato inviato un questionario semistrutturato che ricalcava ampiamente quello messo a punto nel 2005, costruito a sua volta, sulla scorta di indicazioni ottenute dalla valutazione propedeutica. Tale fase aveva consentito di raccogliere e testare le domande relative ai bisogni conoscitivi, espressi dai diversi gruppi di interesse coinvolti nello studio.

Il questionario, inviato nel mese di maggio 2006, inoltre, permetteva di ottenere informazioni aggiuntive su alcuni ambiti che si erano rivelati critici nel 2005 quale, ad esempio, il grado di aggiornamento delle anagrafi sanitarie utilizzate per il campionamento.

La scelta di utilizzare lo stesso questionario derivava principalmente dalle seguenti considerazioni:

- Il suo utilizzo consentiva di avvalersi di uno strumento ampiamente validato (oltre 120 ASL nel 2005)
- Il medesimo questionario si era rivelato adatto al raggiungimento degli obiettivi conoscitivi
- Apportava un valore aggiunto in termini informativi derivante dal confronto dei dati 2005 - 2006.

Risultati

Tempistica dello studio

La preparazione dell'indagine è durata in media 19 giorni e le interviste sono state realizzate nell'arco di 49 giorni.

Risorse e formazione

Una ASL su quattro ha lamentato difficoltà nel reperire risorse materiali ed una su due per quanto riguarda il reperimento di risorse umane dedicate.

Il dato relativo all'impiego inappropriato di medici per la realizzazione delle interviste risulta in calo rispetto al 2005, evidenziando un migliore utilizzo delle risorse disponibili.

L'attività formativa ed il materiale didattico fornito dall'ISS per l'addestramento del personale sono stati giudicati adeguati dalla quasi totalità delle ASL partecipanti.

Campionamento ed interviste

Le liste delle anagrafi sanitarie, che costituiscono la base per il campionamento PASSI, sono risultate aggiornate nella metà delle ASL mentre nelle restanti è stata individuata una quota media di persone iscritte all'anagrafe sanitaria, in realtà non più residenti nel territorio della ASL oppure decedute, pari al 2%.

Solo per il 30% delle persone campionate le liste anagrafiche fornivano i numeri di telefono e gli indirizzi. Attraverso la consultazione di elenchi telefonici, liste anagrafiche comunali ed il rilevante contributo dei MMG, tale quota ha raggiunto il 93%.

Nella fase di somministrazione del questionario per telefono, non è stato possibile rintracciare il 7% delle persone campionate nonostante lo sforzo degli intervistatori; infatti 1 intervista su 5 è stata eseguita al di fuori dell'orario di lavoro (sera, prefestivo e festivo).

A fronte di un maggiore coinvolgimento dei MMG per contattare le persone da intervistare rispetto al 2005, il 13% ha rifiutato l'intervista. Complessivamente sono stati sostituiti il 26% di titolari campionati; tale dato è leggermente più elevato rispetto a quanto rilevato nel 2005 (24%).

Il questionario si è rivelato appropriato e mediamente accettabile. Qualche operatore e alcuni intervistati ha ritenuto fosse troppo impegnativo, in particolare per le sezioni relative all'attività fisica, alimentazione, sicurezza alimentare, sicurezza domestica e consumo di alcol.

Infine, secondo i coordinatori del PASSI, le attività più critiche risultavano essere quelle relative alla sostituzione dei titolari campionati, la validazione dei questionari ed il recupero dei recapiti.

Conclusioni

I risultati ottenuti dalla valutazione di processo nel 2006 sono ampiamente sovrapponibili a quanto emerso nel 2005.

I principali punti di forza della sperimentazione riguardano:

- Semplicità e flessibilità: l'inserimento delle nuove sezioni di indagine del PASSI 2006 non ha creato particolari difficoltà al completamento dell'indagine
- Tempestività nella produzione dei dati: il cronogramma dell'indagine è stato complessivamente rispettato
- Disponibilità e flessibilità del personale tecnico coinvolto e dei MMG
- Efficacia del percorso e strumenti formativi.

Le criticità emerse, ancora una volta, rimangono:

- Reperimento risorse umane e materiali
- Reperimento recapiti telefonici e reclutamento degli intervistabili, anche a fronte di un maggiore coinvolgimento dei MMG
- Elevato tasso di sostituzione: può comportare una scarsa rappresentatività della popolazione.

In merito a quest'ultimo punto, nonostante il maggiore coinvolgimento dei MMG, non solo il tasso complessivo di sostituzione è rimasto elevato (1 persona su 4) ma, addirittura, la quota dei rifiuti da parte degli intervistati è cresciuta notevolmente (5% nel 2005 vs 13% nel 2006), con conseguente rischio di introduzione di bias di selezione nello studio.

Possono giocare a favore dell'incremento del tasso di rifiuto da un lato il calo di entusiasmo partecipativo da parte degli operatori sanitari già coinvolti nell'indagine 2005, dall'altro il crescente uso dell'indagine telefonica, anche per altri fini, cui è sottoposta la popolazione in generale.

Sulla soluzione di queste criticità e sulle difficoltà connesse alle attività di campionamento e sostituzione sarà opportuno un approfondimento in vista della transizione dello studio PASSI verso un sistema di sorveglianza della popolazione.

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>

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
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

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/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.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.)

Infortuni domestici

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
- Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Databse Syst Rev 2003

Sicurezza alimentare

- Kendall PA, Elsbernd A, Sinclair K, Schroeder M, Chen G., Bergmann V, Hillners VN, Medeiros LC. Observation versus self-report: validation of consumer food behavior questionnaire. J Food Prot (2004) 67:11 2578-2586
- Bremer V, Bocter N, Rehmet S, Klein G, Breuer T, Ammon A. Consumption, knowledge, and handling of raw meat: a representative cross-sectional survey in Germany, March 2001. J Food Prot (2005) 68 785-78
- Medeiros LC, Hillers VN, Kendall PA, Mason A. Food safety education: what should we be teaching to consumers? J Nutr Educ. (2001) 33:2 108-113
- Mitakakis TZ, Sinclair MI, Fairley CK, Lightbody PK, Leder K, Hellard ME Food safety in family homes in Melbourne, Australia. J Food Prot. (2004) 67:4 :818-822
- Meer RR, Misner SL. Food safety knowledge and behavior of expanded food and nutrition education program participants in Arizona. J Food Prot. (2000) 63:12,1725-1731
- Yang S, Angulo FJ, Altekruse SF Evaluation of safe food-handling instructions on raw meat and poultry products. J Food Prot. (2000) 63:10, 1321-1325
- Hillers VN, Medeiros L, Kendall P, Chen G, DiMascola S. Consumer food-handling behaviors associated with prevention of 13 foodborne illnesses. J Food Prot. (2003) 66:10,1893-1899.

- Altekruze SF, Street DA, Fein SB, Levy AS. Consumer knowledge of foodborne microbial hazards and food-handling practices. J Food Prot. 1996 59:3, 287-294
- Federal Register Notices (2002) 67:188, 61109-61110 FoodSafety Survey Advisory Council on Food and Environmental Hygiene. On-line: http://www.hwfb.gov.hk/en/committees/board/paper2001_26.html. Accessed 10/01/2006
- Food Safety Survey: Summary of Major Trends in Food Handling Practices and Consumption of Potentially Risky Foods. On-line <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fssurvey.html>. accessed 10/01/2006
- Batz MB, Doyle MP, Morris G Jr, Painter J, Singh R, Tauxe RV, Taylor MR, Lo Fo Wong DM; Food Attribution Working Group. Attributing illness to food. Emerg Infect Dis. 2005 Jul;11(7):993-9.
- Voetsch AC, Van Gilder TJ, Angulo FJ, Farley MM, Shallow S, Marcus R, Cieslak PR, Deneen VC, Tauxe RV; Emerging Infections Program FoodNet Working Group. FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States. Clin Infect Dis. 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S127-34.
- Scallan E, Majowicz SE, Hall G, Banerjee A, Bowman CL, Daly L, Jones T, Kirk MD, Fitzgerald M, Angulo FJ. Prevalence of diarrhoea in the community in Australia, Canada, Ireland, and the United States. Int J Epidemiol. 2005 Apr;34(2):454-60. Epub 2005 Jan 19.
- Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, Scallan E, Fitzgerald M, Adak GK, Sockett P, Ellis A, Hall G, Gargouri N, Walke H, Braam P. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. Clin Infect Dis. 2005 Sep 1;41(5):698-704. Epub 2005 Jul 22.

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)

Sintomi di depressione

- "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)

- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - *European Neuropsychopharmacology*. 15 (2005): 357-376
- "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH (*"European Study on the Epidemiology of Mental Disorders"*, realizzato nell'ambito della *WHO World Mental Health Survey Initiative*)". De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)