



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 ASL3 dell'Umbria



Regione Umbria

Assessorato Sanità
Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali
UDT Prevenzione



A cura di:

Ubaldo Bicchielli Coordinatore Aziendale Studio PASSI ASL 3 Dell'Umbria
Responsabile Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione ASL 3 dell'Umbria

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

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 coloro che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

Franco Santocchia *Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL 3*
Mariadonata Giaimo *Dirigente Responsabile UDT Prevenzione Regione Umbria*
Anna Tosti *Referente Regionale Studio PASSI*
 Responsabile Sez. Prevenzione – UDT Prevenzione. Regione Umbria
Carla Bietta *Coordinatore Regionale studio PASSI*
 Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 dell'Umbria
Marco Cristofori *Vice Coordinatore Regionale Studio PASSI*
 UO Epidemiologia e biostatistica. AUSL 4 dell'Umbria

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale, i Direttori di Distretto, gli operatori dell'Ufficio Anagrafe Assistiti e del Servizio Informatico ed 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:

Intervistatori

Edelweiss Fusconi *Direzione del Dipartimento di Prevenzione*
Manuela Racani *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*
Federica Petasecca *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*
Maria Claudia Paoloni *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*
Silvia Spitelli *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*
Maria Pia Morella *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*
Fabrizio Cerasini *Servizio Igiene e Sanità Pubblica*

Campionamento

Ubaldo Bicchielli *Servizio Epidemiologia*

Inserimento dati

M.Teresa Valentini Servizio Epidemiologia
Katarina Rozman Servizio Epidemiologia

Collaborazione nel Coordinamento

M. Caludia Paoloni *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*
Bruno Minni *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*

Analisi dei dati

Ubaldo Bicchielli *Servizio Epidemiologia*

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

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Ubaldo Bicchielli

Responsabile del Servizio di Epidemiologia

Dipartimento di Prevenzione ASL 3 Regione Umbria

Via del Campanile 12 06034 Foligno (PG)

tel. aziendale 3482887474

e-mail u.bicchielli@asl3.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
Quali sono le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati	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	47
POPOLAZIONE – STUDIO PASSI	
BIBLIOGRAFIA	49

Sintesi del rapporto

Descrizione del campione aziendale

Nella nostra Azienda è stato intervistato un campione di 200 persone di 18-69 anni, estratto con campionamento causale semplice dalla lista assistiti dell'ASL. Il **48,5%** degli intervistati è rappresentato da donne e il **51,5%** da uomini; l'età media è di 44 anni. Il **65,0%** ha un livello di istruzione alto ed il **65,6%** dei soggetti con età inferiore ai 65 anni 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 3 il **63,0%** degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini e le persone con alto livello d'istruzione.

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 di 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 di attività fisica auspicabile per la popolazione: un *buon livello* è effettuato da chi fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla 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 3 il **52,5%** degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, ma il **18,5%** riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Il **50,0%** degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il **44,5%** ha ricevuto un consiglio generico a svolgere attività fisica. Risulta, pertanto, importante consolidare il ruolo degli operatori sanitari quali 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 disassuefazione.

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 3 i fumatori rappresentano il **28,0%** degli intervistati, gli ex fumatori il **19,5%** e i non fumatori il **52,5%**. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia percentuali più alte di fumatori nella classe **25-34** anni e negli **uomini**. Il **58,9%** 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 **27,3%** tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi, dichiara che il divieto di fumo sul luogo di lavoro non viene rispettato.

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 si raccomanda il consumo di almeno cinque porzioni al giorno ("five a day").

Nell'ASL 3 la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (**98,5%**), anche se solo una parte (**14,5%**) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

L'eccesso di peso, definito sulla base del valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC), aumenta la probabilità di sviluppare importanti e frequenti malattie (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete) fino alla morte prematura.

Nell'ASL 3 il **32,0%** degli intervistati è in sovrappeso e l'**13,5%** è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati: infatti il **11,1%** degli obesi e il **53,1%** dei soggetti in sovrappeso ritiene che il proprio peso sia giusto.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il **14,1%** di coloro che sono in sovrappeso e il **25,9%** degli obesi 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 3 si stima che il **15,5%** degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Solo il **9,1%** degli intervistati riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

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 3 il **91,0%** degli intervistati utilizza sempre il casco e l'**80,0%** sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (**9,0%**).

Il **9,5%** degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e sempre il **9,5%** di essere stato trasportato da chi guidava in stato di 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 3 il **16,5%** delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per il **78,8%** di questi è stata sufficiente una medicazione in casa, mentre nel **21,2%** 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 **48,5%** degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto informazione sugli infortuni domestici è limitata al **16,5%**.

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 inadeguati presso gli stessi ambienti domestici, scarsamente studiati, che generalmente sfuggono alla valutazione del rischio o a sorveglianza. Nell'ASL 3 il **58%** degli intervistati ha consumato 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 **65,0%** degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Oltre il **71,2%** degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette; fra questi il **96,6%** la data di scadenza, mentre il **57,6%** la data di produzione, il **50,8%** le modalità di conservazione e il **42,9%** 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 3, si registra una buona copertura (circa il 67,2) nelle persone sopra i 65 anni. Il PASSI *non fornisce* informazioni sugli ultrasessantenni e *quindi il dato che emerge, il 53,3 % si riferisce alle sole età comprese fra 65 e 69 anni.*

Tra le persone sotto i 65 anni portatrici di patologie croniche: solo il **20,8** 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 3 si stima che sia iperteso circa il **20,0%** della popolazione tra i 18 e 69 anni (prevalentemente sopra i 50 anni: *il 44,1%*); *fra gli ipertesi il 67,5%* riferisce di essere in trattamento con farmaci.

La percentuale di persone che riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è **dell'86,0%**.

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 3 il **26,5%** degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il **28,6%** dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (**48,2** sopra ai 50 anni), di cui il **26,2%** 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 all'**8,8%** delle persone intervistate sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non è ancora largamente 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 3 il **88,2%** delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e l'**78,8%** l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap test è stato la lettera ricevuta dell'AUSL nel **58,7%**, l'iniziativa personale nel **30,7%** e il consiglio di un *operatore sanitario* nel **10,7%**.

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 3 l'**86,5%** delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il **67,6%** 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 **71,9%**, l'iniziativa personale nel **21,9%** e il consiglio di un *operatore sanitario* nel **6,3%**.

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 (sigmoidoscopia).

Nell'ASL 3, come nel resto della Regione, i programmi di screening sono iniziati nel corso del 2006: per questo solo il **23,9%** degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: il **16,2%** ha effettuato l'accertamento negli ultimi due anni come raccomandato.

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, e cioè 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 3, il **33,0%** delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze. Fra tutti coloro che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, solo il **35,4%** si è rivolto a un medico e il **22,2** 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 3 (%)
Donne	48,5
Uomini	51,5
età media	43,8 anni
18-34 %	30,0
35-49	36,0
50-65	34,0
titolo di studio	
nessuno	1,0
elementare	12,5
media inferiore	21,5
media superiore	51,5
laurea	13,5
livello di istruzione*	
alto	65,0
stato civile	
coniugati/conviventi	66,5
celibi/nubili	26,0
separati/divorziati	4,5
vedovi/e	3,0
lavoro regolare**	65,6

* 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 3 (%)
risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute, %	63,0
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,5
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	4,1
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,5

Attività fisica	ASL 3 (%)
livelli di attività fisica secondo linee guida ^	
buono	52,5
moderato	22,5
scarso o assente	22,0
chi resta seduto molte ore^^	18,5
consigli dei medici	
chiesto se fa attività fisica	50,0
consigliato di fare attività fisica	44,5
verificato andamento in altre visite	20,5

^ **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 3 (%)
fumatori*	28,0
uomini	32,0
donne	23,7
ex fumatori**	19,5
non fumatori***	52,3
consigli dei medici:	
chiesto se fuma	32,5
ai fumatori	66,1
consigliato di smettere di fumare	58,9
come hanno smesso gli ex fumatori:	
da solo	94,9
aiuto del medico	5,1
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):	
sempre	72,6
a volte/mai	27,3

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

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

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

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	ASL 3 (%)
popolazione con eccesso ponderale	
sovrappeso	32,0
obeso	13,5
percezione del proprio peso	
sovrappeso	
troppo alto	46,9
giusto	53,1
obesi	
troppo alto	88,9
giusto	11,1
consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario	
sovrappeso	37,5
obesi	74,1
come viene trattato l'eccesso ponderale:	
sovrappeso	
dieta	14,1
obesi	
dieta	25,9
principali modifiche nell'alimentazione	
meno grassi	31,0
più frutta e verdura	28,0
meno sale	22,0
meno alcol	5,0
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	98,5
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	14,5

Consumo di alcol	ASL 3 (%)
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	60,5
bevitori fuoripasto ^{◇◇}	6,5
bevitori binge ^{◇◇◇}	7,0
forti bevitori ^{◇◇◇◇}	4,5
chiesto dal medico sul consumo	9,1

◇ 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 3 (%)
casco sempre*	91,0
cintura anteriore sempre	80,0
cintura posteriore sempre	9,0
guida in stato di ebbrezza**	9,5
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza***	9,5

* 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 3 (%)
persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno che assistenza sanitaria è stata necessaria:	16,5
<i>solo medicazione in casa</i>	78,0
<i>ricorso al pronto soccorso</i>	21,0
<i>ricovero ospedaliero</i>	0,0
percezione del rischio (basso o assente)	48,5
quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni	16,5

Sicurezza alimentare	ASL 3 (%)
quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni) [^]	14,5
quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto ^{^^}	65,0
quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati ^{^^^}	71,2
più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi	13,5
rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)	41,8

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

^{^^} a temperatura ambiente o in frigorifero

^{^^^} sempre o spesso

Vaccinazione antinfluenzale	ASL 3 (%)
vaccinati 65-69 anni	53,3
vaccinati <65 anni	11,4
vaccinati <65 con almeno una patologia cronica	20,8

Ipertensione arteriosa	ASL 3 (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	86,0
ipertesi	20,0
come viene trattata l'ipertensione*:	
<i>riduzione consumo di sale</i>	82,5
<i>trattamento farmacologico</i>	67,5
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	69,2
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	81,6

* sul totale degli ipertesi

Colesterolemia	ASL 3 (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	73,5
ipercolesterolemici	21,0
consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:	
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	78,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	70,7
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	56,1
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	76,2
<i>trattamento farmacologico</i>	26,2

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	ASL 3 (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio [#]	9,3

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

Screening neoplasia del collo dell'utero[◇] (donne 25 - 64 anni)	ASL 3 (%)
ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni	78,8
eseguito almeno un Pap test nella vita	88,1
viene consigliato Pap test	74,7
informazioni ricevute per invito al Pap test	
<i>lettera ASL</i>	19,3
<i>consiglio medico</i>	4,8
<i>lettera ASL/consiglio</i>	69,9
<i>nessuna</i>	6,0
costi Pap test	
<i>nessuno</i>	75,7
<i>pagamento ticket</i>	5,4
<i>pagamento intero</i>	18,9

[◇] eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) [◇]	ASL 3 (%)
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	67,6
eseguita almeno una mammografia	86,5
viene consigliata mammografia	70,3
informazioni ricevute per invito alla mammografia	
<i>lettera ASL</i>	21,6
<i>consiglio medico</i>	2,7
<i>lettera/consiglio</i>	67,6
<i>nessuna</i>	8,1
costi mammografia	
<i>nessuno</i>	78,1
<i>pagamento ticket</i>	18,3
<i>pagamento intero</i>	3,1

◇ eseguita a scopo preventivo

Screening neoplasia del colon retto (50 - 69 anni) [#]	ASL 3 (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	23,9
eseguito negli ultimi due anni	16,2

eseguita a scopo preventivo

Sintomi di depressione	ASL 3 (%)
2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi *, **	22,5
figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>nessuno</i>	41,5
<i>famigliari/amici</i>	23,1
<i>medico di famiglia</i>	20,0
<i>medico specialista</i>	11,8
<i>altri operatori sanitari</i>	4,6
assunzione farmaci	22,2

* 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'Azienda USL 3 dell'Umbria (aggiornato al 31.12.2005). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza dell'ASL 3 e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria dell'ASL 3. La dimensione del campione è stata di 200 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state effettuate da personale del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 30 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 **107.063** residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria dell'ASL 3 al 31/12/2005.

Sono state selezionate 200 persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dall'anagrafe sanitaria. Dei soggetti inizialmente selezionati, 148 persone, pari al **74,0%**, sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 52 sono state sostituite (**26,0%**).

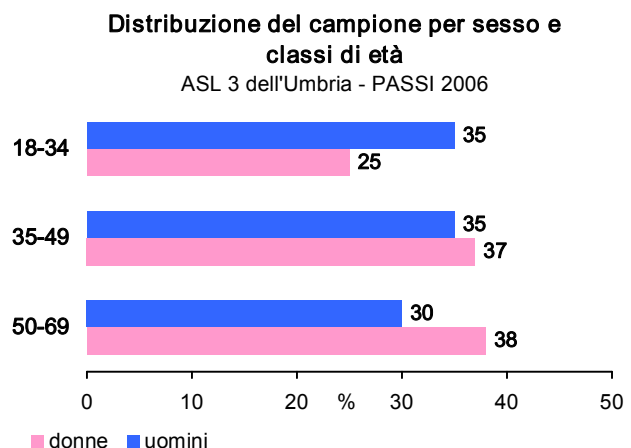
Complessivamente sono stati contattati 291 soggetti.

Il 38,5% delle sostituzioni ha riguardato assistiti non rintracciabili telefonicamente, il 13,5% assistiti che hanno rifiutato la partecipazione allo studio, il 21,2% persone che non erano più domiciliate nel territorio aziendale ed infine il 28,3% per altre ragioni (assenti temporaneamente per ricoveri o altre ragioni, affetti da patologie che non permettono l'intervista).

Quali sono le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati?

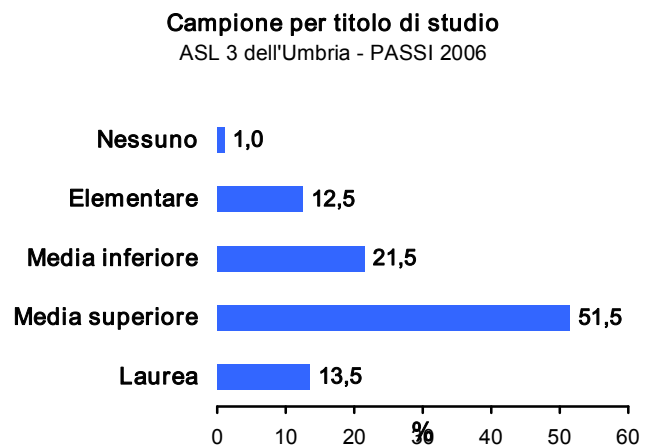
L'età e il sesso

- Nell'ASL 3 il **48,5%** del campione intervistato è costituito da donne.
- Il **30%** degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il **36%** in quella 35-49 e il **34%** in quella 50-69. Nelle fasce d'età 18-34 anni la percentuale di uomini è più alta di quella delle donne, mentre tra i 50-69 e 35-49 anni predominano le donne.
- La distribuzione per sesso e classe d'età del campione intervistato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe assistiti.



Il titolo di studio

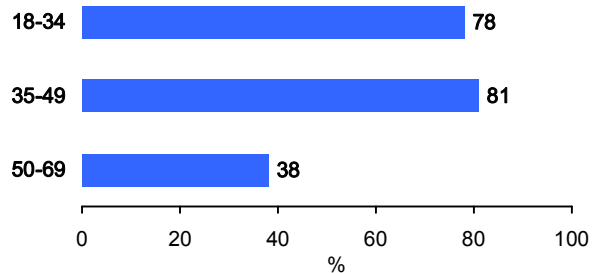
- Nell'ASL 3 l'1% del campione non ha alcun titolo di studio, il 12,5% ha la licenza elementare, il 21,5% la licenza media inferiore, il 51,5% la licenza media superiore, il 13,5% è laureato.



Il livello di istruzione

- Il 65,0% del campione intervistato nell'ASL 3 presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 35 ed i 49 anni (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).

Alto grado d'istruzione* per classi di età
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

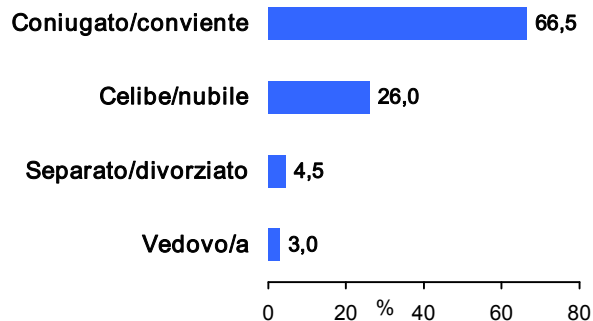


* istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea

Lo stato civile

- Nell'ASL 3 i coniugati/conviventi sono oltre i 2/3 del campione intervistato, i celibi/nubili il 26%, i separati/divorziati il 4.5%, i vedovi/e il 3%.

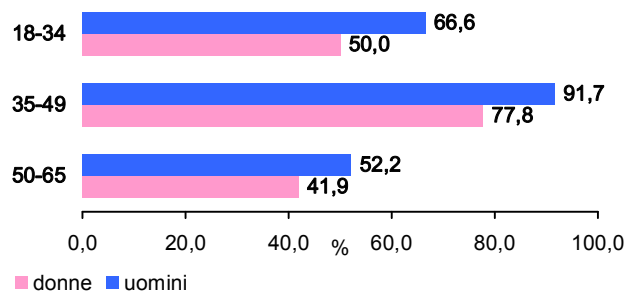
Campione per categorie stato civile
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006



Il lavoro

- Nell'ASL 3 il 65.6% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (58.2% contro 72.6%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze. Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.

Lavoro regolare per classi di età e sesso
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006



Conclusioni

Il campione dell'Azienda USL 3 è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale.

I dati socio-anagrafici, oltre a fornire informazioni altrimenti non disponibili, 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?

Stato di salute percepito positivamente*

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

Caratteristiche		%
Totale		63,0 (IC95%: 55,9-69,7)
Classi d'età	18 - 34	90.0
	35 - 49	65.3
	50 - 69	36.8
Sesso	Uomini	71.8
	Donne	53.6
Istruzione**	Bassa	44.3
	Alta	73.1
Patologia severa***	Presente	38.2
	Assente	68.1

p=0.0000

p=0.007

p=0.00005

p=0.001

* 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

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

Giorni in cattiva salute percepita

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 le persone intervistate riferiscono una **media** di circa 3,5 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici, e 4 giorni per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1,5 giorni al mese.
- Le donne lamentano sempre più giorni in cattiva salute.

Caratteristiche		N° gg/mese per		
		Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale		3,5	4.1	1.5
Classi d'età	18 - 34	1.7	2.5	1.4
	35 - 49	2,5	4.8	1.1
	50 - 69	6.3	4.9	2.0
Sesso	Uomini	3.0	2.2	1.3
	Donne	4.1	6.1	1.8

Si osservano differenze statisticamente significative per sesso riguardo il numero medio di giorni percepiti in cattiva salute per motivi psicologici

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale informazioni 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 ed interpretazione.

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%.

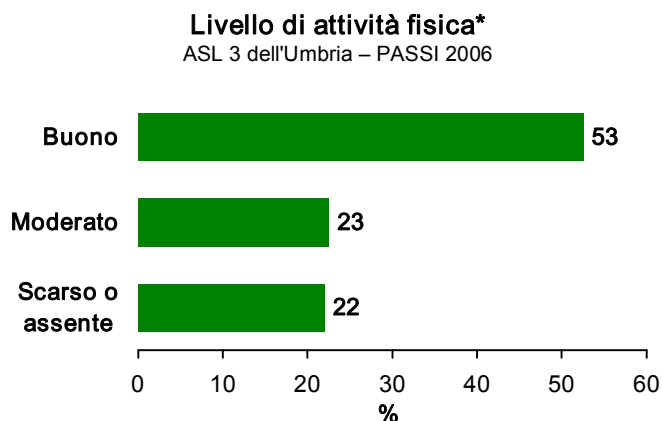
Lo stile di vita sedentario è però in aumento nei paesi sviluppati e, oltre a rappresentare già da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, assieme ad una cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

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 3 il 53 % degli intervistati raggiunge un livello di attività fisica buono; il 23% svolge una moderata attività fisica; il restante 22% non svolge attività fisica o comunque ne fa troppo poca.



* **Buono:** 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?

- Dall'analisi dei dati **non emergono differenze statisticamente significative** per le variabili considerate (sesso, classe d'età, istruzione, salute percepita e alcune condizioni particolari)
- Ciononostante appaiono come meno attive le persone meno istruite e coloro che percepiscono la propria salute come non buona.
- Tra i gruppi di persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica, i depressi sono i meno attivi.
- Il 3,0% degli intervistati non ha saputo descrivere la propria attività fisica (non so/non ricordo)

Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica

ASL 3 dell'Umbria – PASSI 2006

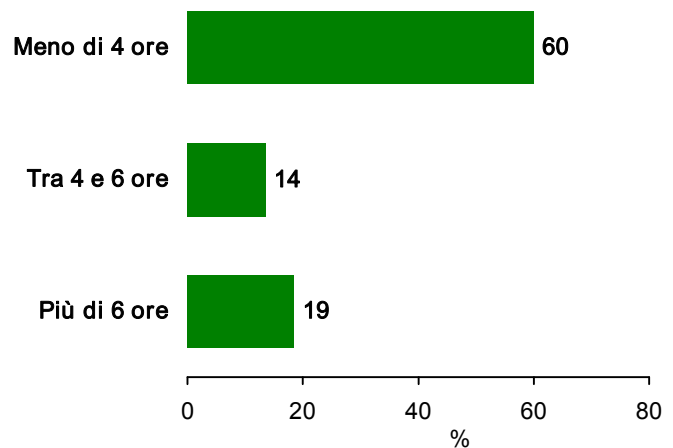
Caratteristiche	%
Totale	22
	(IC95% 16,5-28,4)
Sesso	
Uomini	18,4
Donne	25,8
Classi d'età	
18 – 34	25,0
35 – 49	15,3
50 – 69	26,5
Istruzione	
Bassa	35,7
Alta	14,6
Salute percepita	
Buona	18,3
non buona	28,4
Condizioni particolari	
Sovrappeso/obesità	22,0
Iperensione	17,5
Ipercolesterolemia	21,4
Depressione	27,3

Chi resta seduto molte ore?

- Il 19% 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 50-69 enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore scende al 11,8%, mentre per le altre classi di età rimane del 20% (18-34 anni) e 33,6% (35-49 anni): differenze che non risultano comunque essere significative.
- Tra coloro che hanno un basso livello di istruzione l'8,6 % sta seduto più di 6 ore mentre per il gruppo con alto livello, il valore corrispondente è 23,8% (differenza statisticamente significativa).
- L' 8,0% degli intervistati non ha saputo descrivere il tempo trascorso stando seduto (non so/non ricordo).

Ore trascorse rimanendo seduti

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006



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

- Nell'ASL 3 il 50% delle persone intervistate dichiara che il medico ha chiesto se svolgono attività fisica e nel 45% dei casi di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Soltanto il 21% (il 46% circa di quelli che avevano ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica) riferisce che il medico si è informato, in occasione di visite successive, circa l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Tale monitoraggio dal medico relativo all'attività fisica precedentemente consigliata non risulta significativamente associato, da un punto di vista statistico, con lo svolgimento di un buon livello dell'attività fisica stessa.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell'ASL 3 il 53% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 22% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La frazione di popolazione che non svolge esercizio fisico o comunque non ne fa abbastanza vede percentuali lievemente maggiori tra coloro che hanno un basso livello di istruzione e tra coloro che percepiscono la propria salute come non buona.

Solo il 19% della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è più diffusa tra le persone con livello alto di istruzione.

I medici promuovono l'attività fisica in circa la metà dei loro pazienti, ma potrebbero migliorare il controllo sull'effettivo svolgimento della stessa.

Abitudine al fumo

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

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

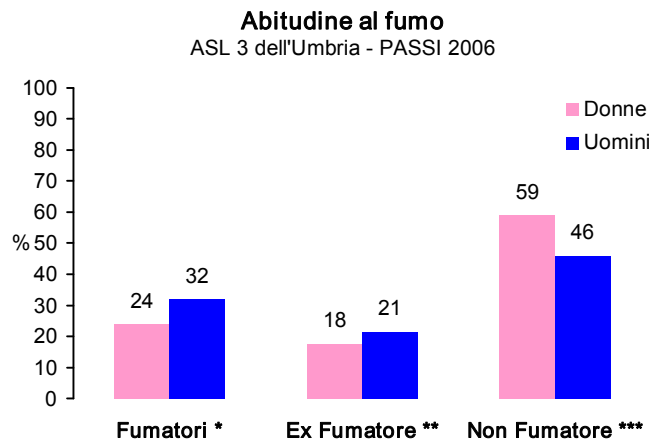
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei 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 3 i fumatori sono pari al 28%, gli ex fumatori al 19,5%, e i non fumatori al 52,5%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% versus 24%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (59% versus 46%).



* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

		Fumatori *	
		ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006	
		Caratteristiche	% Fumatori
		Totale	28,0 (IC95%:21,9-34,8)
- Si sono osservati tassi più alti di fumatori nella classe d'età 25-34 anni, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione. - In media si fumano circa 14 sigarette al giorno.	Classi d'età ^	18 - 24	26,1
		25 - 34	29,7
		35 - 49	26,4
		50 - 69	29,4
	Sesso ^	Uomini	32,0
		Donne	23,7
	Istruzione**	Bassa	28,6
		Alta	27,7

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente fuma

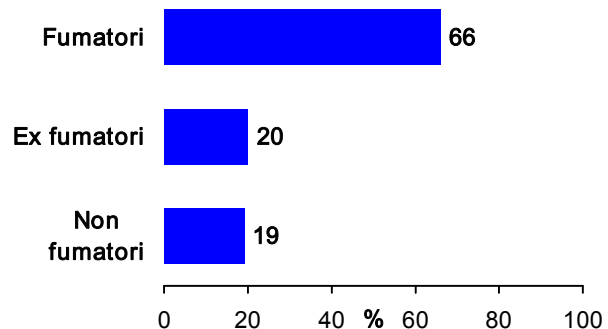
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

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

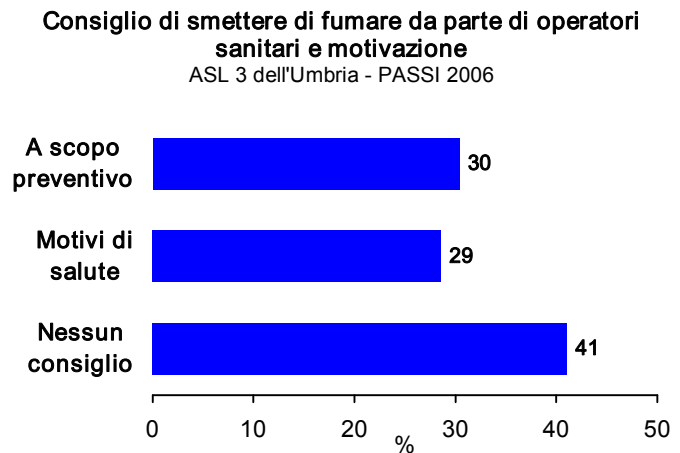
Persone interpellate da un sanitario sulle abitudini al fumo
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 circa un terzo (32,5%) dichiara di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferiscono di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 66 % dei fumatori e il 20 % degli ex fumatori



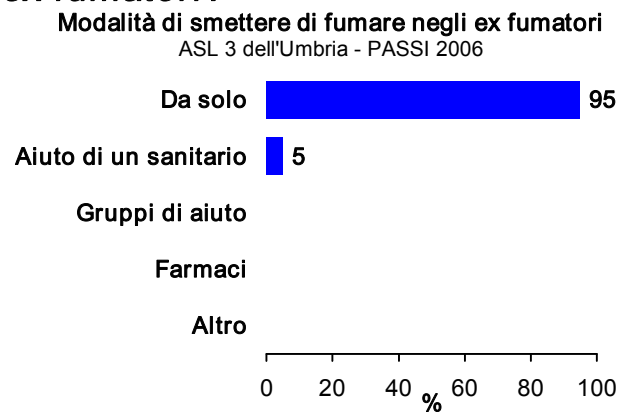
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Il 59% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (30%).
- Il 41% dei fumatori dichiara altresì di non ricordare aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.



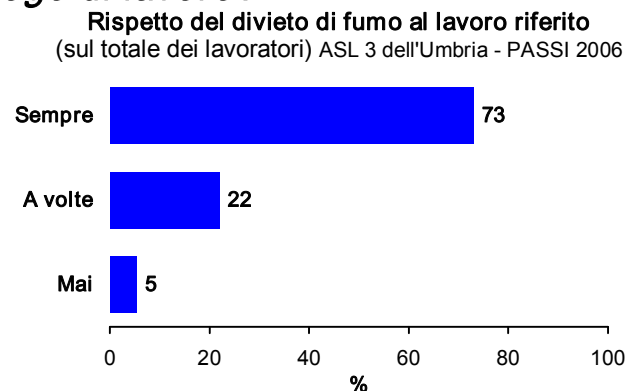
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 95% degli ex fumatori dell'ASL 3 ha smesso di fumare da solo mentre circa il 5% è ricorso all'aiuto di un sanitario. Nessuno ha partecipato a gruppi di aiuto o utilizzato farmaci.



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

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nel 73% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora elevata. In particolare è elevata la prevalenza tra i giovani adulti (24-34 anni) che con un 29,7% di fumatori superano la % media nazionale dall'indagine multiscopo ISTAT 2005 (27,8%).

Più della metà dei fumatori riferiscono di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un buon livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci 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: infatti un quarto degli intervistati riferisce che il divieto di fumo negli ambienti di lavoro viene rispettato a volte o mai.

Alcuni degli indicatori utilizzati nel PASSI sono sufficientemente sensibili al cambiamento da poter essere utilizzati nella sorveglianza dell'abitudine al fumo a livello di 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 IMC (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 (IMC < 18,5); normopeso (IMC 18,5-24,9); sovrappeso (IMC 25-29,9); obeso (IMC ≥ 30).

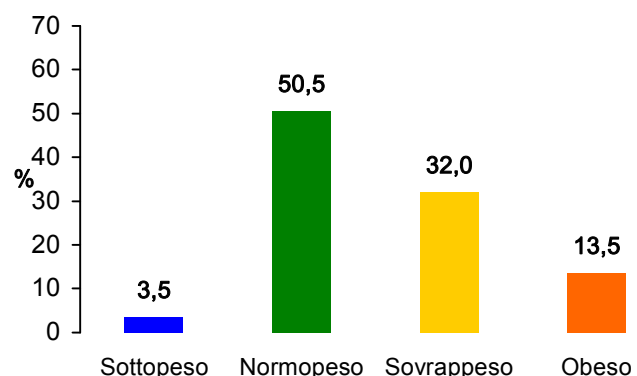
Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante 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 associate 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?

Situazione nutrizionale della popolazione
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 il 50,5% delle persone intervistate risulta normopeso, mentre circa il 45% è in sovrappeso o obeso.
- Una persona si è rifiutata di comunicare il proprio peso pur avendo risposto a tutte le altre domande



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

- Nell'ASL 3 si stima che il 45.5% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce significativamente con l'età, è maggiore, ugualmente in maniera significativa, negli uomini e, soprattutto, tra le persone con bassa istruzione.

Popolazione con eccesso ponderale [^] ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006			n=91
Caratteristiche		%	
Totale		45,5 (IC 95% 38,5 - 52,7)	
Classi d'età *	18 – 34	36,7	
	35 – 49	40,3	
	50 – 69	58,8	
Sesso **	Uomini	59,2	
	Donne	30,9	
Istruzione° ***	Bassa	62,9	
	Alta	36,2	

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

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

* le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,04$)

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

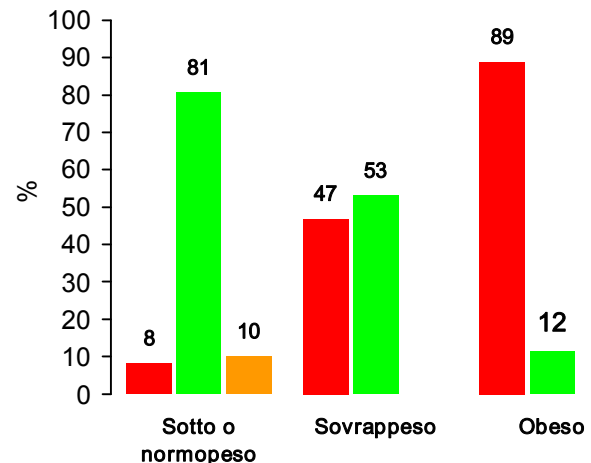
*** le differenze risultano statisticamente significative ($p=0,0004$)

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

Percezione della propria situazione nutrizionale

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- 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 maggior consapevolezza del proprio stato nutrizionale (89%) mentre solo il 47 % delle persone in sovrappeso percepiscono il proprio peso come troppo alto.
- Inoltre l'81% nel gruppo degli intervistati sotto o normopeso ha una percezione coincidente con l'IMC.



■ Peso troppo alto
■ Peso troppo basso

■ Peso più o meno giusto

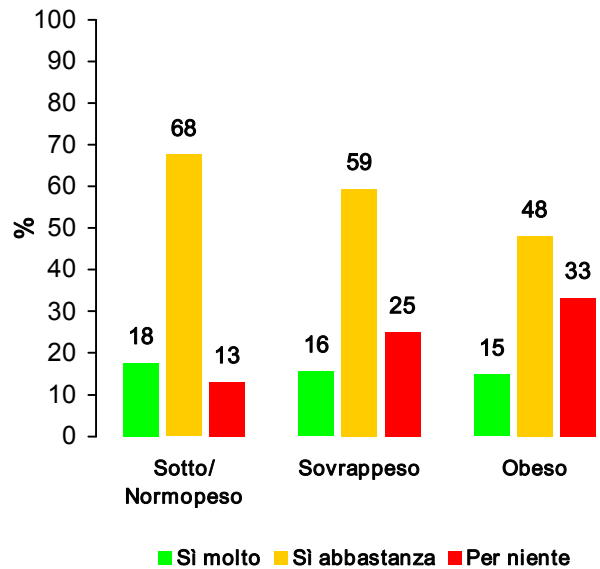
Legenda Percezione

Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 mediamente l'79% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione benefica per la propria salute e, più in dettaglio, il 85% nel gruppo dei sotto o normopeso, il 75% in quello dei sovrappeso e l'63% in quello degli obesi.
- Da notare che tre soggetti (1,5%) hanno risposto "non saprei"



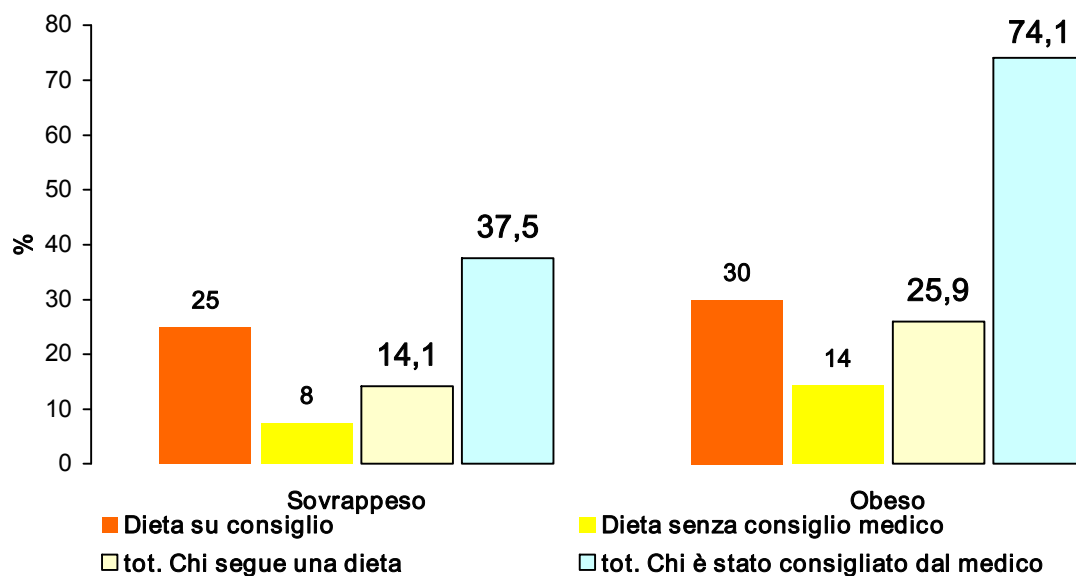
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli sulla propria situazione nutrizionale dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nell'ASL 3 il 37,5% delle persone in sovrappeso e il 74,1% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Il 14% delle persone sovrappeso e il 25% di quelle obese segue una dieta per perdere peso. Il consiglio degli operatori sanitari non sembra influenzare molto l'attuazione della dieta.

Attuazione della dieta in rapporto al consiglio dell'operatore sanitario*

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

n=91

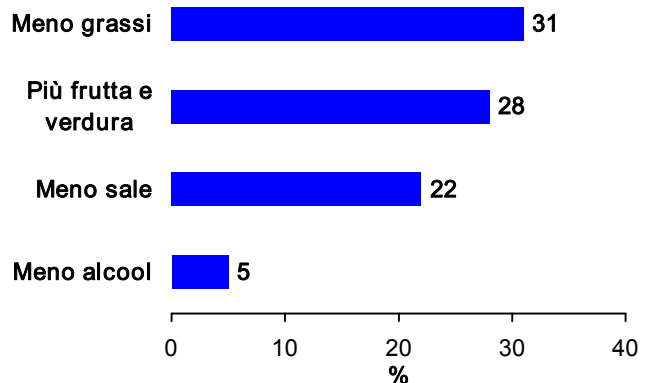


* nel grafico sono state omesse le % delle persone in sovrappeso o obese che *non* eseguono la dieta e *non* sono state consigliate

Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Relativamente ai cambiamenti in positivo, nell'ASL 3 circa una persona su 3 riferisce che **negli ultimi 12 mesi** ha ridotto il consumo di grassi e aumentato quello di frutta e verdura, mentre 1 su 4 consuma meno sale; inoltre 1 su 20 riferisce di consumare meno alcool.



Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

- La tendenza al cambiamento con riduzione del consumo di grassi è maggiore tra le donne, tra chi ha un alto livello di istruzione e aumenta con l'aumentare dell'età; analoga situazione per il consumo di sale, eccetto per il livello di istruzione.
- Per frutta e verdura si osserva una maggior tendenza all'aumento di consumo tra 25-49enni, tra le donne e tra le persone con maggior livello di istruzione.

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

Caratteristiche		Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno sale	Meno alcool
Totale		31,0 (IC 95%24,7-37,9)	28,0 (IC 95%21,9-34,8)	22,0 (IC 95%16,5-28,4)	5,0% (IC 95%2,4-9,0)
Classi d'età	18 – 24	30,4	39,1	21,7	0,0
	25 – 34	32,4	40,5	21,6	2,7
	35 – 49	27,8	23,6	22,2	4,2
	50 – 69	33,8	22,1	22,1	8,8
Sesso	Uomini	26,2	22,3	18,4	6,8
	Donne	36,1	34,0	25,8	3,1
Istruzione *	Bassa	30,0	24,3	25,7	7,1
	Alta	31,5	30,0	20,0	3,8

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

- Per il consumo di alcool la tendenza alla diminuzione è legata all'aumento dell'età e al sesso maschile, nelle età più giovani vi è una tendenza all'aumento (18-24 anni: diminuzione 0%, aumento dei consumi 4,3 %).
- In nessuno dei casi citati le differenze sono statisticamente significative.

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

Consumo di frutta e verdura

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 il 98,5% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Inoltre il 14,5% aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, il 45% 1-2 porzioni e il 39% 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine aumenta nella classe di età 35-49 ed è più diffusa tra le donne.
- Il "5 a day" è inoltre maggiore nelle persone con alta istruzione.

Caratteristiche		Adesione al "5 a day"*
		(%)
Totale		14,5% (IC95%:9,9-20,2)
Classi d'età	18 - 34	10,0
	35 - 49	18,1
	50 - 69	14,7
Sesso	uomini	13,6
	donne	15,5
Istruzione**	bassa	12,0
	alta	15,4

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

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

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 le persone in eccesso ponderale rappresentano circa il 45% della popolazione, da notare che il 60% di queste si collocano nella popolazione a basso livello di istruzione; degli obesi, inoltre, solo il 33% considera la propria alimentazione non idonea, mentre 1 persona in sovrappeso su 2 non è cosciente di esserlo.

La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, quasi la metà ne assume oltre 3 porzioni, mentre quasi 1 persona su 6 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate dalle linee guida internazionali.

Anche se gran parte della popolazione in eccesso ponderale dichiara di aver ricevuto consigli sulla propria situazione nutrizionale da parte del personale sanitario, si ritiene comunque opportuno operare per migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione al riguardo, 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

In Italia il consumo complessivo di alcool è andato diminuendo costantemente nel corso degli ultimi decenni. Malgrado ciò 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 per se stessi e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza), nonché ad un maggior ricorso 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 3 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 60,5%.
- Si sono osservati tassi tendenzialmente più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), e nelle persone con alto livello di istruzione; inoltre mostrano percentuali significativamente maggiori gli uomini rispetto alle donne.
- Il 39,5% della popolazione intervistata dichiara invece di non bere alcool.

Consumo di alcol (ultimi 30 gg) ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche		% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica*
Totale		60,5 (IC95%:53,4-67,3)
Classi d'età	18 - 24	65,2
	25 - 34	59,6
	35 - 49	63,9
	50 - 69	55,9
Sesso ^	Uomini	75,7
	Donne	44,3
Istruzione**^^	Bassa	50,0
	Alta	66,2

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

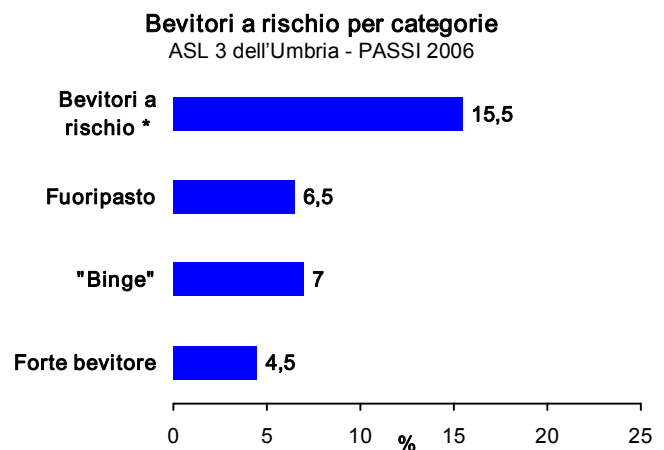
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,00001$)

^^ le differenze risultano statisticamente significative ($p < 0,03$)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 15,5% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Più di 1 persona su 20 riferisce di aver bevuto fuori pasto negli ultimi 30 gg almeno 1 volta la settimana.
- Il 7% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Circa il 5% 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"?

Bevitori "binge"
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto a rischio risulta più diffuso tra i giovani (18-24 anni), negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- 2 intervistati hanno dichiarato di non ricordare se hanno avuto nell'ultimo mese episodi di eccesso alcolico

Caratteristiche		Bevitori "binge" * (n=14)
Totale		7,0 (95% CI 3,9-11,5)
Classi d'età	18 - 24	21,7
	25 - 34	5,4
	35 - 49	2,8
	50 - 69	7,4
Sesso	Uomini	11,7
	Donne	2,1
Istruzione**	Bassa	1,4
	Alta	10,0

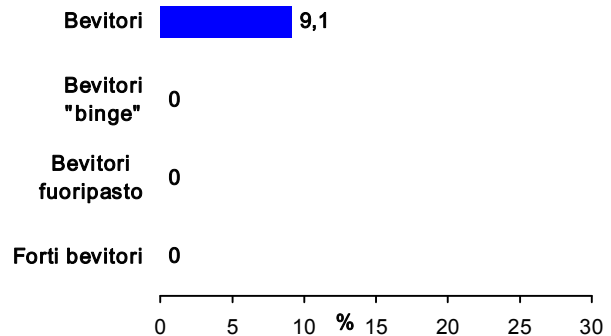
* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

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

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

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) **N=117**
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 il 9,1% degli intervistati consumatori di alcolici riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, *nessuno* dei "binge" o di chi beve fuori pasto o dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 si stima che il 60 % della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un sesto circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Solo 1/10 del campione intervistato e che consuma alcol riferisce che un operatore sanitario si è informato sui propri comportamenti relativi all'alcol, ma nessuno, fra le categorie considerate a rischio, ha ricevuto il consiglio di moderarne il consumo.

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 permette di misurare degli indicatori che possono essere utili 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.

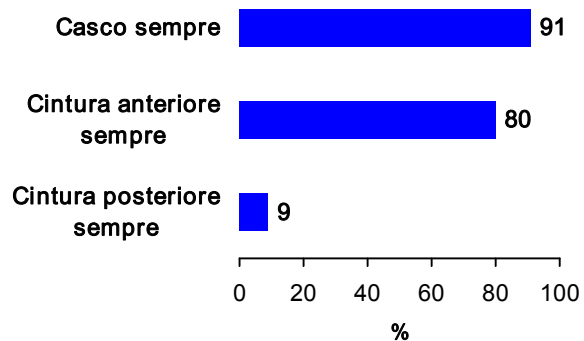
La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

Uso dei dispositivi di sicurezza

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 91% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'80%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (9%).



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

Guida in stato di ebbrezza

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Il 9,5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è significativamente più diffusa tra gli uomini.
- Il 9,5% riferisce inoltre di essere stato trasportato almeno una volta da chi guidava in stato di ebbrezza.

Caratteristiche		Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale		9,5 (IC95%:5,8–14,4)
Classi d'età	18 - 34	13,3
	35 - 49	9,7
	50 - 69	5,9
Sesso ^	Uomini	14,6
	Donne	4,1
Istruzione**	Bassa	4,3
	Alta	12,3

$p=0,02$

*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

^ la differenza risulta statisticamente significativa

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 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.

Il problema della guida in stato di ebbrezza costituisce un problema 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.

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

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 3 il 16,5 % delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una percentuale di infortuni più elevata tra le donne rispetto agli uomini, nella classe di età 18-34 e negli intervistati di livello di istruzione alto: tali differenze non sono però statisticamente significative.

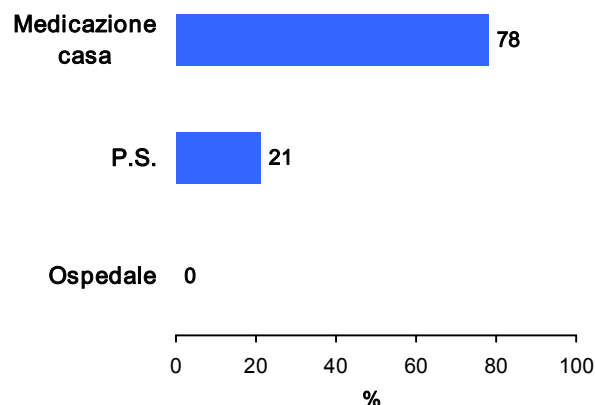
Persone infortunate (ultimi 12 mesi)		
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico	
Totale	16,5 (IC95%:11,6-22,4)	
Classi d'età	18 - 34	23,3
	35 - 49	13,9
	50 - 69	13,2
Sesso	Uomini	12,6
	Donne	20,6
Istruzione*	Bassa	8,6
	Alta	20,8

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

Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

Intervento sanitario sugli infortuni
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N = 49

- Nell'ASL 3 tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 72,7% ne dichiara uno solo (76,9% negli uomini, 70% nelle donne), il 9,1% due, il 18,2% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per il 78% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 21% 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?

Bassa percezione di rischio infortunio domestico*
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 la possibilità di infortunio in ambito domestico è, per quasi la metà degli intervistati, bassa o assente; in particolare è significativamente meno rilevante in chi ha un basso livello di istruzione.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è la cucina (85%), seguita dalle scale (5%) e dagli ambienti esterni (4%).

Caratteristiche		%
Totale		48,5 (IC95%: 41,4-55,7)
Classi d'età	18 - 34	45,0
	35 - 49	45,8
	50 - 69	54,4
Sesso	Uomini	52,4
	Donne	44,3
Istruzione** ^	Bassa	61,4
	Alta	41,5
Infortunio	Si	36,4
	No	50,6

P = 0,01

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

^ differenza statisticamente significativa

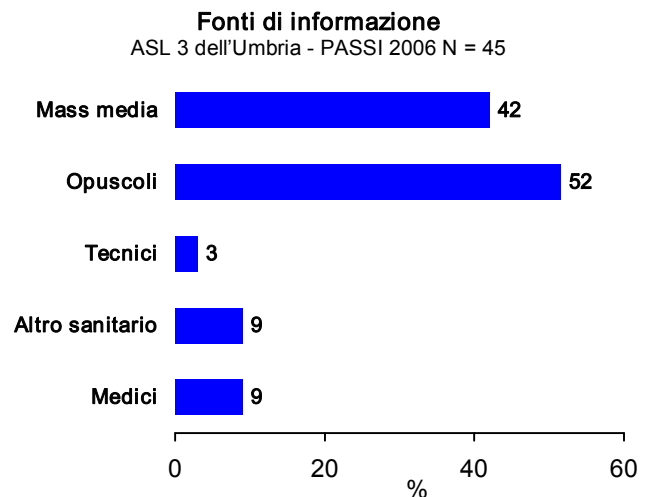
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- Nell'ASL 3 solo il 16,5% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le donne e 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 39% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi) ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche		% che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale		16,5 (IC95%:11,6-22,4)
Classi d'età	18 - 34	16,7
	35 - 49	13,9
	50 - 69	19,1
Sesso	Uomini	14,6
	Donne	18,6
Istruzione*	Bassa	21,4
	Alta	13,8
Infortunio	Sì	18,2
	No	16,3

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

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



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 3 le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su quattro 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 da opuscoli. 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, 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.

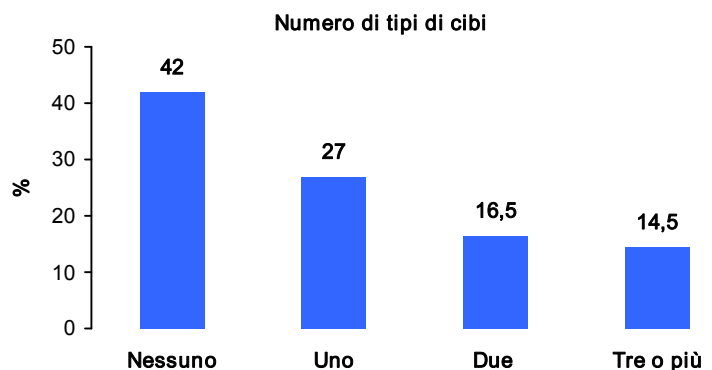
Sicurezza alimentare

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 inidonei presso gli stessi ambienti domestici.

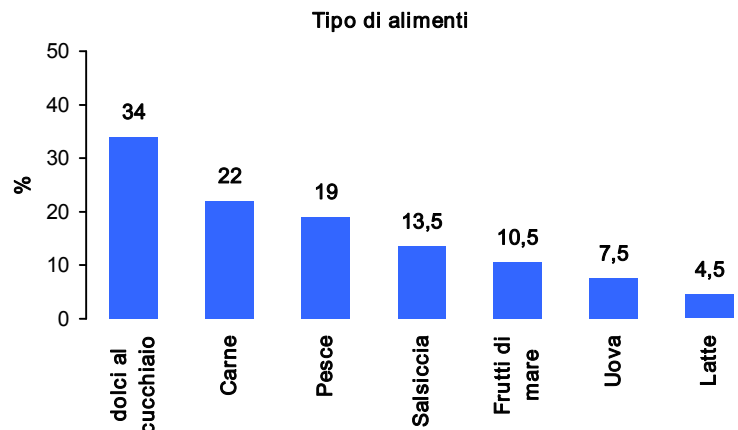
Quante persone mangiano cibi crudi (carne, pesci, uova, dolci, latte)?

- Nell'ASL 3 il 58% degli intervistati ha consumato negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti che costituiscono potenziale rischio di tossinfezione ed in particolare il 14,5% ha consumato più di tre tipi di cibi crudi
- Complessivamente questo comportamento alimentare è più frequente tra gli uomini, le classi di età più giovani e gli intervistati che hanno un livello alto di scolarità, ma senza differenze statisticamente significative

Consumo di cibi crudi o poco cotti negli ultimi 30 gg
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006



- Fra i tipi di cibi più frequentemente consumati crudi o poco cotti vengono riferiti prevalentemente dolci al cucchiaio, carne e pesce.
- Rispetto alla domanda sulle modalità di scongelamento degli alimenti surgelati il 65% degli intervistati riferisce modalità scorrette (a temperatura ambiente) mentre solo il 17% scongela correttamente (in frigorifero, in forno a microonde); il restante 18% in genere non si occupa di cibi.

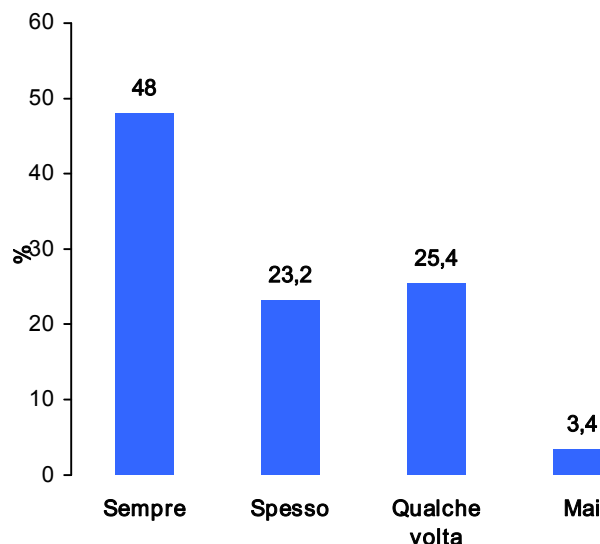


Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

Frequenza di lettura delle etichette

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N=181

- Nell'ASL 3 il 71,2% degli intervistati che acquistano cibi legge sempre o spesso le etichette. Inoltre le donne mostrano una lieve tendenza a porre maggior attenzione alle etichette (83%) rispetto agli uomini (72%). Non ci sono differenze nelle classi di età e nel grado di istruzione.
- Fra coloro che leggono le etichette sempre o spesso, il 97% legge la data di scadenza, mentre il 58% legge il luogo di produzione o provenienza, il 51% le modalità di conservazione e il 43% 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 3 dell'Umbria - PASSI 2006

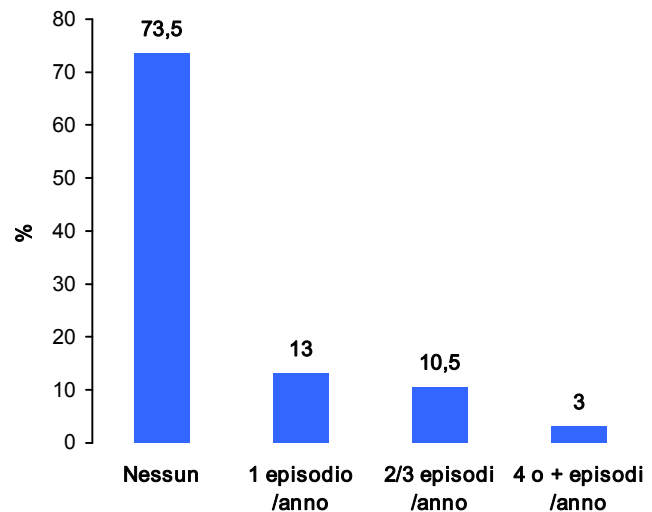
- Nell'ASL 3 circa il 26,5% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno sembra diminuire con l'aumentare dell'età, negli uomini e in chi ha bassa istruzione.
- Non ci sono infine differenze significative associate ai comportamenti alimentari considerati a rischio (consumo di cibi crudi, scorrette modalità di scongelamento, scarso controllo delle etichette) anche se la possibilità di avere diarrea aumenta con il numero dei vari cibi a rischio consumati: nessuno, diarrea nel 24%, 3 o più, diarrea nel 35% .

Caratteristiche		Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)
Totale		26,5% (IC95%:20,5-33,2)
Classi d'età	18 - 34	35,0
	35 - 49	27,8
	50 - 69	17,6
Sesso	Uomini	25,2
	Donne	27,8
Istruzione*	bassa	22,9
	alta	28,5

* 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?

Episodi di diarrea per persona in un anno
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006



- Nell'ASL 3 oltre il 13,5% degli intervistati dichiara di avere avuto più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il 42% di quelli che hanno avuto almeno un episodio di diarrea si è rivolto ad un operatore sanitario.
- Al 7,3% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 è diffuso (2 persone su 3) il consumo di cibi crudi e poco cotti, abitudine potenzialmente a rischio per la salute. È scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati (17%) e, mentre 3 persone su 4 prestano attenzione alle etichette, di essi solo la metà legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso. Se uno dei tre elementi isolati non è indicativo di disinformazione è l'intreccio di questi tre fattori che rende necessario un intervento educativo rivolto alla popolazione in generale.

Per ridurre le tossinfezioni di tipo alimentare possono essere adottate diverse strategie (verifiche alle aziende produttrici e ai loro sistemi di autocontrollo; educazione sanitaria agli operatori del settore agro-alimentare; attività educativa del consumatore finale).

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.

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 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 il 14,5% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata per l'influenza; la percentuale sale ad oltre il 50% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni che riferiscono di avere almeno una patologia cronica solo il 21% risulta vaccinato.
- Non ci sono differenze significative per sesso e livello di istruzione

Caratteristiche		Vaccinati
Totale		14,5 %
		(IC95%:11,2-21,8X)
Età		
Classi d'età	65-69	53,3
	< 65	11,4
	< 65 con almeno una patologia cronica	20,8
Sesso	Uomini	12,6
	Donne	16,5
Istruzione*	Bassa	20,0
	Alta	11,5

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

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 nella nostra azienda 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 21% 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 offerta attiva ai gruppi target in 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 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 necessitano anche di 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?

Misura della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

Caratteristiche		%
Totale		86,0 (IC95%:80,4-90,5)
Classi d'età ^	18 - 34	80,0
	35 - 49	86,1
	50 - 69	91,2
Sesso	Uomini	85,4
	Donne	86,6
Istruzione**	Bassa	84,3
	Alta	86,9

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

- Nell'ASL 3 l'86,0% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa, mentre il 7% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate è maggiore tra i 50-69 enni e tra coloro che hanno un basso livello di istruzione.
- Non si evidenziano, in pratica, differenze per sesso.

Quante persone sono ipertese?

- Nell'ASL 3 il 20% degli intervistati riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente con l'età fino ad arrivare nei 50-69enni in cui a quasi una persona su due è ipertesa. Non emergono differenze statisticamente significative per sesso e per livello di istruzione anche se le percentuali sono più alte tra le persone con un basso livello di istruzione.

Caratteristiche delle persone con ipertensione
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N=39

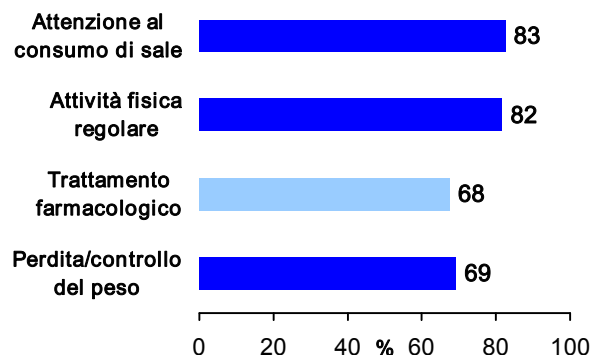
Caratteristiche		%
Totale		20,0 (IC 95% 14,6-26,2)
Classi d'età ^	18 - 34	6,7
	35 - 49	8,3
	50 - 69	44,1
Sesso	Uomini	18,4
	Donne	21,6
Istruzione** ^	Bassa	27,1
	Alta	16,2

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;
^ p<0,00001

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Quasi 2 persone ipertese su 3 riferiscono di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver affrontato l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (83%), svolgendo regolare attività fisica (82%) e controllando il proprio peso corporeo (69%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa*
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N=39



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 si stima che sia ipertesa circa un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, prevalentemente ultracinquantenni. Più della metà degli ipertesi dichiara di essere in trattamento farmacologico. Nella gran parte dei casi, l'ipertensione arteriosa è comunque trattata anche attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo, testimoniando il buon approccio dei MMG al problema.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alla quale 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 promuovere un monitoraggio strutturato, soprattutto attraverso i MMG, per l'identificazione delle persone con ipertensione.

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 3 il 73,5% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, in particolare il 67 % meno di 2 anni fa e l'6,5 da più di 2 anni; il 26,5% invece non ricorda o non l'ha avuta.
- Le percentuali risultano significativamente superiori tra i 35-69enni, in cui quasi tutti riferiscono di aver effettuato questa misurazione.
- Non si osservano differenze tra i sessi mentre appare significativamente maggiore la quota di controlli tra i meno istruiti.

Misura del colesterolo almeno una volta ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche		%
Totale		73,5 (IC95%:82,6-92,1)
Classi d'età ^	18 - 34	61,7
	35 - 49	75,0
	50 - 69	82,4
Sesso	Uomini	73,8
	Donne	73,2
Istruzione**	Bassa	75,7
	Alta	72,3

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

^ p=0,02

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra gli intervistati, 1 su 4 dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte; mentre non si apprezzano differenze statisticamente significative fra i due sessi e nelle persone con diverso livello di istruzione.

Ipercolesterolemici ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche		%
Totale		21,0 (IC 95%18,3-30,5)
Classi d'età ^	18 - 34	5,0
	35 - 49	16,7
	50 - 69	39,7
Sesso	Uomini	24,3
	Donne	17,5
Istruzione**	Bassa	25,7
	Alta	18,5

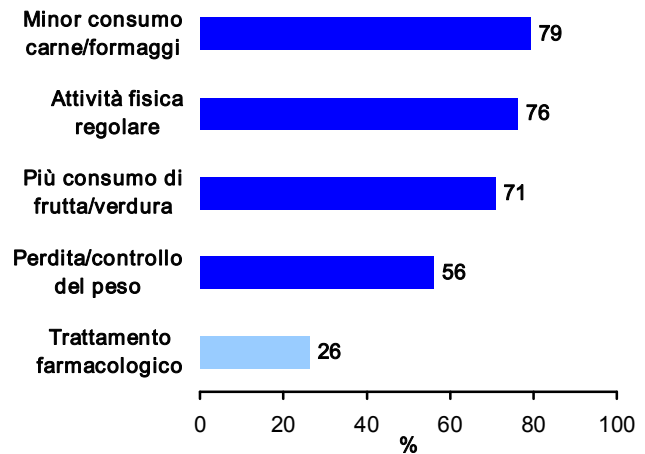
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ p<0,0001

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N=48

- 1 ipercolesterolemico su 4 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Inoltre la gran parte di questa popolazione dichiara di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, di svolgere regolare attività fisica, di aumentare il consumo di frutta e verdura e di controllare il proprio peso corporeo.



* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'Azienda USL 3 circa 1 una persona su 4 riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 21% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale 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.

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 3 la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9,3%.
- Non sono rilevabili differenze statisticamente significative per sesso e livello di istruzione.
- Il calcolo del punteggio di rischio risulta aumentato in maniera significativa nella classe di età 50-59 anni.

Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare tra i 40-69enni

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

Caratteristiche		%
Totale		9,3 (IC 95% 4,7-16,1)
Classi d'età ^	40 - 49	4,4
	50 - 59	20,0
	60 - 69	3,0
Sesso	Uomini	8,5
	Donne	10,2
Istruzione**	Bassa	3,8
	Alta	13,8

p=0,01

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

^ differenza statisticamente significativa

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 anche nell'ASL 3.

Interessante risulta, comunque, il picco di utilizzo nella fascia di età 50-59 anni.

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?

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

ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 l'78,8% 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. Non si osservano differenze significative per classi di età, stato civile e livello d'istruzione.

Caratteristiche		% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale		78,8 (IC95%:68,6-86,9)
Classi d'età	25 - 34	66,7
	35 - 49	86,1
	50 - 64	77,4
Stato civile	coniugata	84,1
	non coniugata	63,6
Istruzione**	bassa	77,4
	alta	79,8

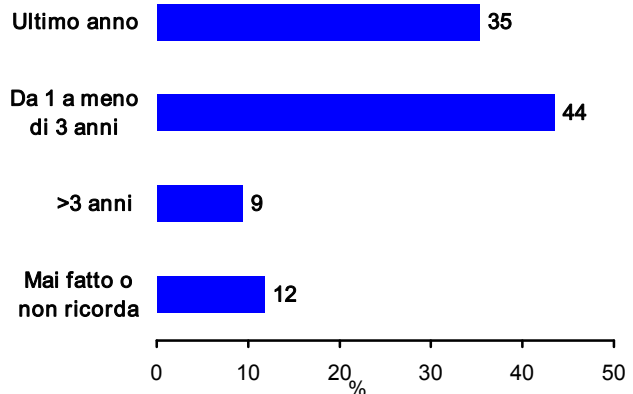
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi

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

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Pap test e periodicità*
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 il 88,2% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test a scopo preventivo nel corso della vita.
- Oltre 1/3 delle donne di età ha riferito inoltre l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Circa 1 donna su 10 invece non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.

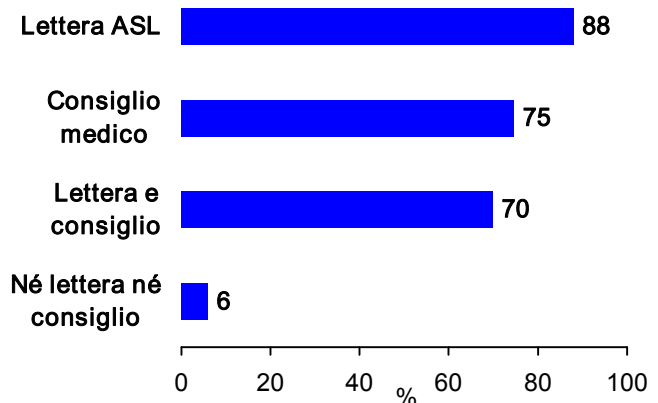


+ Donne di 25-64anni

Viene consigliato il Pap test alle donne?

- Nell'ASL 3 il 88% delle donne intervistate di 25-69 anni (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL e l'75% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test.
- Inoltre, il 70% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 6% 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 58,7%, su consiglio medico nel 10% e di propria iniziativa nel 30,7%.

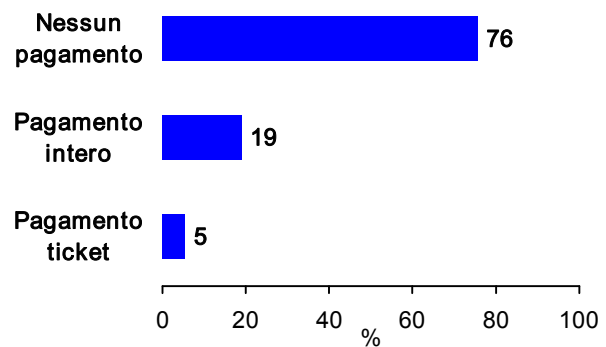
Pap test: consigli e motivo dell'esecuzione
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N=89



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

Costi del Pap test per le pazienti
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 2 donne su 3 riferiscono di non aver effettuato alcun pagamento per l'ultimo Pap test, mentre la restante parte ha pagato o solamente il ticket o l'intero costo dell'esame.
- Circa il 77% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 22% in una struttura privata, mentre l'1 % non ricorda.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta, a conferma della 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).

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 3 l'86,5% delle donne intervistate tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- Circa 3 donne su 4 in età di screening riferiscono di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si apprezzano differenze significative per classi di età, stato civile e livello di istruzione.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

Screening cancro della mammella (50-69 anni)		
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N=37		
Caratteristiche		% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni*
Totale		67,6 (IC95%:50,2-82,0)
Classi d'età	50 - 59	76,2
	60 - 69	56,3
Stato civile	coniugata	69,0
	non coniugata	62,5
Istruzione**	bassa	66,7
	alta	69,2

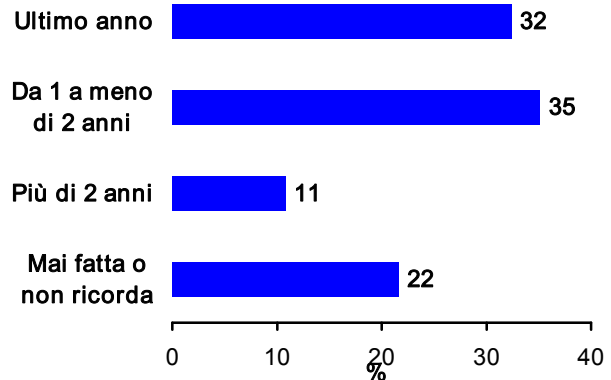
* le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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

Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

Mammografia e periodicità
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

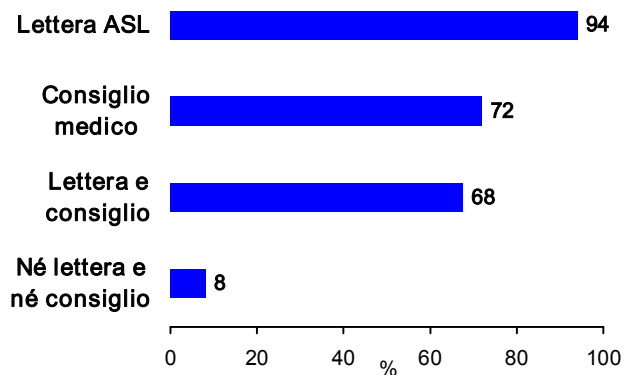
- Nell'ASL 3 circa 1/3 delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 35% fra 1 e 2 anni ed il 11% più di 2 anni fa.
- Il 22% per contro riferisce di non aver mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

Mammografia: consigli e motivo dell'esecuzione
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

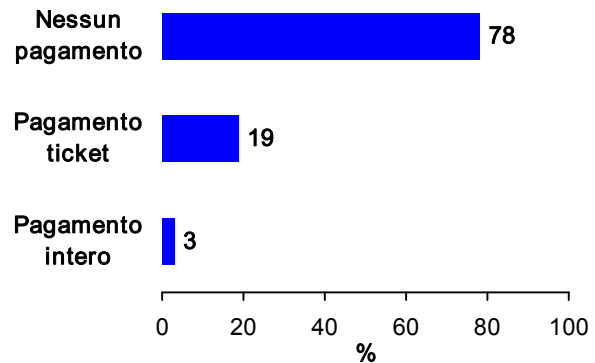
- Nell'ASL 3 l'89% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, il 70,3% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultima mammografia è stata eseguita nel 6% su consiglio medico, nel 22% di propria iniziativa e nel 72% in seguito ad una lettera di invito della ASL.



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

Costi della mammografia per le pazienti
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006

- Nell'ASL 3 il 97% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica; il 3% in struttura privata.
- 3 donne su quattro hanno riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 19% ha pagato solamente il ticket e il 3% ha pagato l'intero costo dell'esame.



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 3 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo è abbastanza alta; inoltre circa i due terzi delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni), di cui circa 1/3 l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno. Questo dato testimonia la presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. I dati ottenuti sono inoltre in linea con quelli provenienti dal progetto di screening. Una quota della complessiva copertura mammografica sembra derivare da controlli fuori dello screening, anche se una parte degli esami con pagamento del ticket o del costo intero potrebbero essere esami aggiuntivi al percorso screening.

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?

- Nell'ASL 3 il 23% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto (7,5%) o la sigmoidoscopia (10,4%) o entrambi gli esami (6%) a scopo preventivo.
- Non si osservano differenze significative per classi di età, sesso e livello di istruzione.
- Il 16,2% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007.

Screening cancro colon retto (50-69 anni)		
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche	% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi	
Totale	23,9 (IC95%:14,3-35,9)	
Classi d'età	50 - 59	17,6
	60 - 69	30,3
Sesso	Uomini	30,0
	Donne	18,9
Istruzione**	Bassa	19,5
	Alta	30,8

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una persona su 4 nell'ASL 3 abbia effettuato questo esame a scopo preventivo.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in diverse regioni italiane sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione. Nella regione Umbria ed in particolare nell'ASL 3 è stato attivato un programma di screening sul territorio dall'estate del 2006. Visto il recente avvio di questo screening i dati riportati non permettono ancora di effettuare valutazioni sull'impatto di tale programma.

Sintomi di depressione

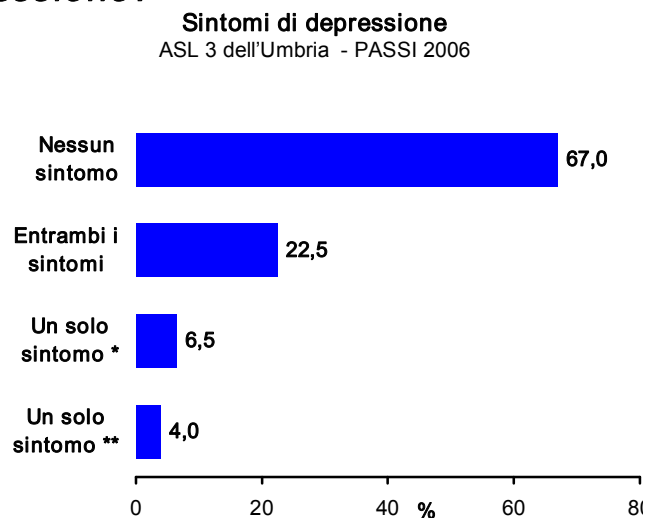
L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

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 in 12 mesi è stimata nel 3,5%.

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Nell'ASL 3 il 22,5% 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 33% 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 3 entrambi i sintomi di depressione vengono riferiti in percentuale significativamente maggiore dalle donne.
- Si osservano percentuali lievemente maggiori tra i più anziani, i meno istruiti e tra coloro che non lavorano o non hanno una situazione lavorativa stabile.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 57% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 38% moltissimo o molto difficile.

Sintomi di depressione ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006		
Caratteristiche		% di chi ha riferito entrambi i sintomi
Totale		22,5% (IC95%: 18,7-31,1)
Classi d'età	18 - 34	13,3
	35 - 49	25,0
	50 - 69	27,9
Sesso ^	Uomini	13,6
	Donne	32,0
Istruzione *	Bassa	27,1
	Alta	20,0
Occupazione^^	Presente	16,7
	Saltuaria	31,3
	Assente	32,8

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

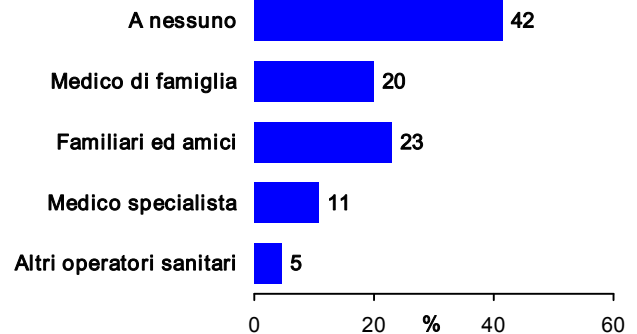
^ p=0,003

^^ p=0,03

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 n =65 *

- Su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte complessivamente ad un medico risulta del 31%.
- Fra chi riferisce entrambi i sintomi, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico rimane la stessa.



* 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?

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico
 ASL 3 dell'Umbria - PASSI 2006 N = 63

- Sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, circa 1 persona su 4 ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.

Caratteristiche	% di chi ha riferito sintomi riferito entrambi i sintomi
Totale	22,2% (IC95%:)
Un solo sintomo *	7,7
Un solo sintomo **	0,0
Entrambi i sintomi	31,0

* 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

L'analisi di questa sezione evidenzia che i sintomi di depressione riguardino una persona su quattro, prevalentemente donne.

Si evidenziano inoltre basse percentuali 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 Database Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Database 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 Database Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database 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>)