

2

# ATLANTI PREVENZIONE

S t u d i o P A S S I



## R a p p o r t o 2 0 0 6 Regione Umbria



Regione Umbria





# R a p p o r t o 2 0 0 6 Regione Umbria

A cura di:  
Ufficio Dirigenziale “Prevenzione”



**Regione Umbria**

**Assessorato Sanità**  
Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali



Collana: ATLANTI DELLA PREVENZIONE

VOLUME N.2 **Studio PASSI - Rapporto 2006 - Regione Umbria**

A cura di: Carla Bietta  
*Coordinatore Regionale Studio PASSI - Regione Umbria*  
*UOSD Epidemiologia Dipartimento di Prevenzione AUSL 2 dell'Umbria*  
Marco Cristofori  
*Vice Coordinatore Regionale Studio PASSI - Regione Umbria*  
*UO Epidemiologia e biostatistica Dipartimento di Prevenzione AUSL 4 dell'Umbria*

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

A livello Nazionale: Nancy Binkin, Alberto Perra (CNESPS - ISS)  
Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Giuseppina De Lorenzo, Daniela Lombardi, Maria Miceli,  
Paolo Niutta, Pierluigi Piras, Mauro Ramigni, Gaia Scavia (Gruppo PROFEA del CNESPS)  
Con il prezioso supporto di: Antonino Bella, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (CNESPS)

A livello Regionale: Mariadonata Giaimo  
*Responsabile UDT Prevenzione - Regione Umbria*  
Carlo Romagnoli  
*Responsabile Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base e*  
*ospedaliera e osservatorio epidemiologico - Regione Umbria*  
Anna Tosti  
*Referente Regionale Studio PASSI. Responsabile Sez. Prevenzione, UDT Prevenzione - Regione Umbria*

A livello locale: Azienda USL 1  
Daniela Felicioni - *Coordinatore del sistema di sorveglianza PASSI - Responsabile Servizio Igiene Sanità Pubblica*  
Anna Rita Comodi - *Direttore Dipartimento di Prevenzione*  
Domenico Barzotti - *Responsabile Area Risorse Umane*  
Sandro Lepri - *Responsabile Servizio Igiene degli Alimenti di origine animale*  
Anna Pasquale, Gabriella Vinti, Ornella Cecchini, Antonella Nardi, Cinzia Procacci - *(intervistatori)*  
Azienda USL 2  
Carla Bietta - *Coordinatore del sistema di sorveglianza PASSI - Servizio di Epidemiologia*  
Antonio Ruina - *Direttore Dipartimento di Prevenzione*  
Marco Petrella - *Responsabile UOS Epidemiologia Dipartimento di Prevenzione*  
Igino Fusco Moffa, Edvige Mancinelli - *UOS Epidemiologia Dipartimento di Prevenzione*  
Renata Giannella, Sonia Marcone, Assunta Maurini, Daniela Pasqualini, Raffaella Peder,  
M.Giuliana Scarponi, Daniela Corbelli *(intervistatori)*  
Azienda USL 3  
Ubaldo Bicchieri - *Coordinatore del sistema di sorveglianza PASSI - Responsabile Servizio Epidemiologia*  
Franco Santocchia - *Direttore Dipartimento di Prevenzione*  
M.Teresa Valentini - *Servizio Epidemiologia*  
Katarina Rozman - *Servizio Epidemiologia*  
M. Caludia Paolon Bruno Minni - *Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*  
Edelweiss Fusconi, Manuela Racani Federica Petasecca, Maria Claudia Paoloni, Silvia Spinelli,  
Maria Pia Morella, Fabrizio Cerasini *(intervistatori)*  
Azienda USL 4  
Marco Cristofori - *Coordinatore del sistema di sorveglianza PASSI - Responsabile Servizio di Epidemiologia*  
Guglielmo Speranzoni - *Direttore Dipartimento di Prevenzione*  
Fabio Motta, Claudio Cupello, Vincenzo Casaccia, Luca Calvi - *Rete epidemiologica aziendale*  
Renzo Angeli, Graziana Botondi, Nicola Gentileschi, Laura Monselli, Lionella Musco,  
Anna Pettinelli, Wilma Pinna *(intervistatori)*

**Si rivolge un vivo ringraziamento a coloro che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:**

Si ringraziano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle Aziende USL dell'Umbria.

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni della Regione 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.

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.

Edito da: Agenzia SEDES di Perugia  
Via Mario Angeloni, 61 - 06124 Perugia

Responsabile editoriale: Giovanni Santoro  
Coordinatore Scientifico - Agenzia Sedes

Impaginazione e grafica: PromoADV - Perugia

Stampa: Selecta - Città di Castello

# presentazione

*Grande e costante è lo sforzo che questa Regione ha messo in campo negli ultimi anni da un lato per conoscere lo stato di salute della popolazione a cui ci rivolgiamo e come essa lo percepisca, dall'altra per valutare l'efficacia delle azioni del Servizio Sanitario Regionale.*

*Questo primo rapporto regionale sullo Studio PASSI, condotto nel 2006 in tutte e quattro le Aziende Sanitarie dell'Umbria, si inserisce perfettamente in questa cornice: attraverso le interviste effettuate ad un campione rappresentativo della popolazione umbra tra i 18 e 69 anni è stato possibile costruire una prima importante banca dati sui fattori di rischio comportamentali dei cittadini umbri e sugli interventi di prevenzione attivati per il loro contenimento.*

*Le informazioni raccolte ed elaborate con una metodologia uniforme a livello nazionale ci offrono però almeno altre due opportunità: innanzitutto la possibilità di confrontare le AUSL umbre tra loro e con le altre realtà nazionali, offrendoci spunti per una riflessione sulla diseguità di accesso ai Servizi, lì dove questa si determini, quindi quella di utilizzare gli indicatori semplici che si producono per comunicare con gli altri attori sociali che concorrono a migliorare la salute dei singoli e della collettività.*

*Per tutte queste ragioni l'Umbria ha aderito fin dall'inizio al progetto ed è tra le prime ad avviare la sperimentazione del sistema di sorveglianza, convinti come siamo che conoscere è fondamentale per programmare e valutare periodicamente ed è indispensabile per adeguare in modo appropriato le risorse.*

**Maurizio Rosi**  
Assessore alla Sanità  
Regione Umbria



# introduzione al volume

*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.*

*Nel 2005 il CNESPS, con il suo gruppo PROFEA, ha progettato 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'Umbria ha partecipato alla progettazione e alla conduzione dello studio coinvolgendo subito il Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL*

## *introduzione al volume*

*più grande. L'iniziativa ha destato però grande interesse nella realtà sanitaria italiana, al punto che alle 6 ASL selezionate inizialmente per lo studio se ne sono aggiunte volontariamente 117 (singolarmente o con la propria regione). Questo entusiasmo si giustifica con l'interesse suscitato dal poter disporre in prospettiva di una base di dati specifica per il livello aziendale, utilizzabile per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e l'efficacia degli interventi di prevenzione orientati alla loro riduzione. La stessa base di dati permetterà 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).*

**Mariadonata Giaimo**  
*Dirigente U.D.T. Prevenzione  
Direzione Sanità e Servizi Sociali  
Regione Umbria*

## Parte 1

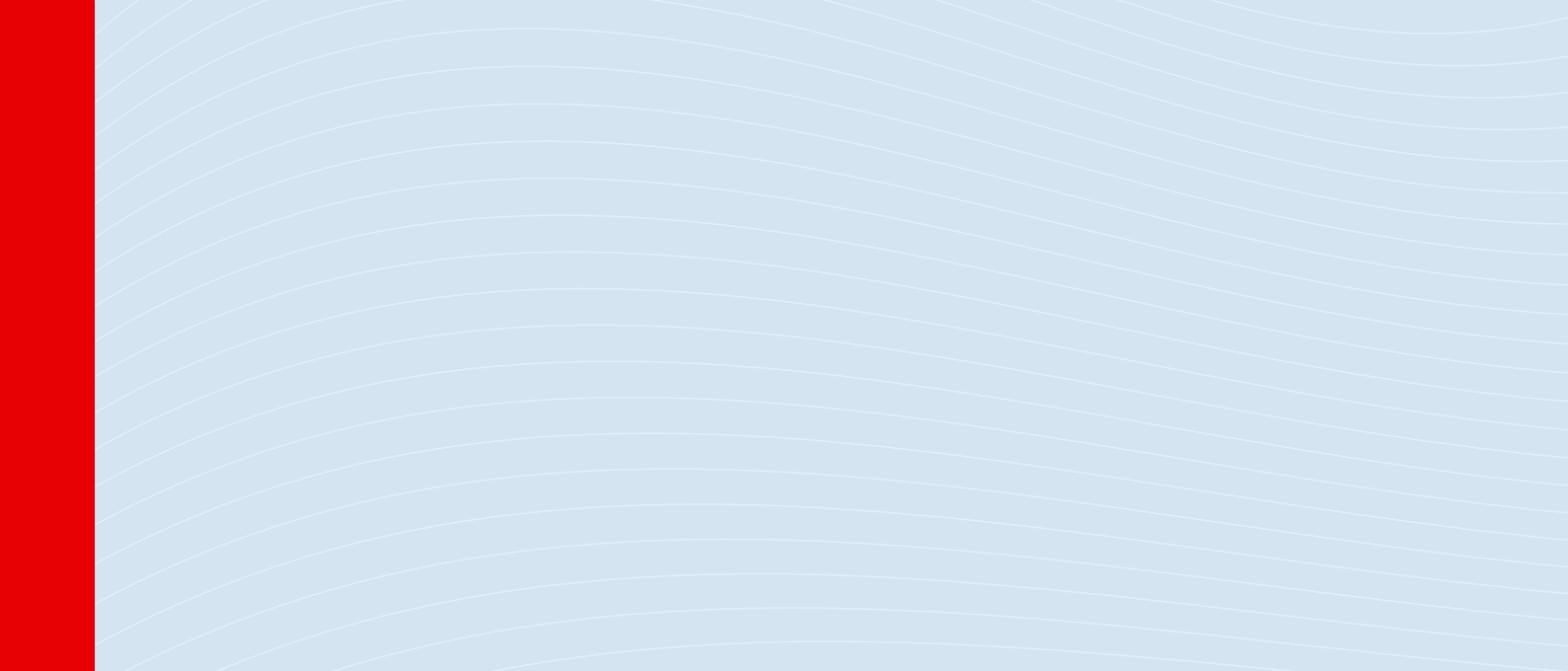
|                                                           |          |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| <b>Studio PASSI 2006 – Metodi e strumenti</b>             | <b>9</b> |
| Sintesi del rapporto                                      | 11       |
| Tabelle riassuntive dei risultati dello studio PASSI 2006 | 16       |
| Obiettivi                                                 | 22       |
| Metodi                                                    | 25       |
| Descrizione del campione regionale                        | 27       |

## Parte 2

|                                                  |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| <b>Studio PASSI 2006 – I risultati in Umbria</b> | <b>31</b> |
| Percezione dello stato di salute                 | 33        |
| Attività fisica                                  | 35        |
| Abitudine al fumo                                | 39        |
| Situazione nutrizionale e abitudini alimentari   | 43        |
| Consumo di alcol                                 | 48        |
| Sicurezza stradale                               | 52        |
| Infortuni domestici                              | 54        |
| Sicurezza alimentare                             | 58        |
| Vaccinazione antinfluenzale                      | 61        |
| Rischio cardiovascolare                          | 63        |
| Screening neoplasia del collo dell'utero         | 71        |
| Screening neoplasia della mammella               | 74        |
| Screening neoplasia del colon retto              | 77        |
| Sintomi di depressione                           | 79        |

## Parte 3

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Studio PASSI 2006 – Considerazioni conclusive</b>                | <b>83</b> |
| Valutazione della sperimentazione della sorveglianza di popolazione | 85        |
| <b>Bibliografia</b>                                                 | <b>87</b> |



uno

*Parte* **1**

*Studio PASSI 2006 - Metodi e strumenti*



## Parte 1

# Sintesi del rapporto

### Descrizione del campione regionale

Nella nostra regione è stato intervistato un campione di 801 persone di 18-69 anni, estratto con campionamento causale semplice dalla lista assistiti delle relative Aziende USL. Il 49,3% degli intervistati è rappresentato da donne, l'età media è di 44,3 anni, il 60% ha un livello di istruzione alto ed il 67% 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.

Nella nostra regione il 64% 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*.

Nella nostra regione il 48% degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, ma una persona su quattro riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Il 56% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 47% 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 cronicodegenerative (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.

Nella nostra regione i fumatori rappresentano il 30% degli intervistati, gli ex fumatori il 23% e i non fumatori il 46%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia percentuali più alte di fumatori nella classe 18-34 anni e negli uomini. Il 60% 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 29% 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").

Nella nostra regione la quasi totalità degli intervistati dichiara di consumare giornalmente frutta e verdura (99,5%), anche se solo una parte (12%) 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.

Nella nostra regione il 34% degli intervistati è in sovrappeso e il 10% è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati: infatti il 10% degli obesi e il 43% dei soggetti in sovrappeso ritiene che il proprio peso sia giusto.

Tra le persone in eccesso ponderale il 43% di coloro che sono in sovrappeso e il 51% 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').

Nella nostra regione si stima che il 17% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Solo il 14% 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.

Nella nostra regione il 94% degli intervistati utilizza sempre il casco e l'82% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (11%).

Il 18% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

### **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.

Nella nostra regione il 19% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per l'85% di questi è stata sufficiente una medicazione in casa, mentre nel 14% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso e nel 1% all'ospedale. Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 53% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

In Umbria solamente il 22% degli intervistati dichiara di avere ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici.

### **Sicurezza alimentare**

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

Nella nostra regione il 65% 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 77% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Oltre il 68% degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette, il 99% la data di scadenza, mentre il 66% la data di produzione, il 55% le modalità di conservazione e il 49% 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, Nella nostra regione si

registra una buona copertura (circa il 65%) nelle persone sopra i 65 anni. Il PASSI non fornisce tuttavia informazioni sugli ultrasessantenni.

Tra le persone sotto i 65 anni portatrici di patologie croniche, solo il 31% 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.

Nella nostra regione si stima che sia iperteso circa un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni (prevalentemente sopra i 50 anni); di questi il 70% 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'88%.

### **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.

Nella nostra regione il 15% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo. Tra gli intervistati circa un quarto dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (36% sopra ai 50 anni), di cui il 20% riferisce di essere in trattamento farmacologico.

### **Punteggio di rischio cardiovascolare**

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

Solo al 12% delle persone 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.

Nella nostra regione l'89% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e l'81% 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 57%, l'iniziativa personale nel 29% e il consiglio di un medico nel 14%.

### **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.

Nella nostra regione l'85% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 69% 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 74%, l'iniziativa personale nel 14% e il consiglio di un medico nel 11%.

### **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).

Nella nostra regione i programmi di screening sono iniziati nel corso del 2006: per questo solo il 27% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: il 17% 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.

Nella nostra regione il 22% 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 29% si è rivolto a un medico e il 28% 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 regionale |                             | Regione Umbria (%) |
|------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>sexso</b>                       |                             |                    |
|                                    | <i>donne</i>                | 49,3               |
|                                    | <i>uomini</i>               | 50,7               |
| <b>età media</b> (in anni)         |                             | 44,3               |
|                                    | <i>18-34</i>                | 29,9               |
|                                    | <i>35-49</i>                | 32,8               |
|                                    | <i>50-65</i>                | 37,3               |
| <b>titolo di studio</b>            |                             |                    |
|                                    | <i>nessuno</i>              | 0,9                |
|                                    | <i>elementare</i>           | 14,8               |
|                                    | <i>media inferiore</i>      | 23,7               |
|                                    | <i>media superiore</i>      | 45,5               |
|                                    | <i>laurea</i>               | 15,1               |
| <b>livello di istruzione*</b>      |                             |                    |
|                                    | <i>alto</i>                 | 60,7               |
| <b>stato civile</b>                |                             |                    |
|                                    | <i>coniugati/conviventi</i> | 67,9               |
|                                    | <i>celibi/nubili</i>        | 26,1               |
|                                    | <i>separati/divorziati</i>  | 3,3                |
|                                    | <i>vedovi/e</i>             | 2,8                |
| <b>lavoro regolare**</b>           |                             | 67,5               |

\* alto: laurea o licenza media superiore

\*\* campione compreso tra 18 e 65 anni

| Percezione dello stato di salute |                                                                   | Regione Umbria (%) |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                  | risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute | 64,5               |
|                                  | giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)                     | 3,5                |
|                                  | giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)                | 3,8                |
|                                  | giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)       | 1,7                |

| Attività fisica                                         |                                             | Regione Umbria (%) |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|
| <b>livelli di attività fisica secondo linee guida ^</b> |                                             |                    |
|                                                         | <i>buono</i>                                | 46,9               |
|                                                         | <i>moderato</i>                             | 28,5               |
|                                                         | <i>scarso o assente</i>                     | 24,6               |
| <b>chi resta seduto molte ore<sup>^^</sup></b>          |                                             | 26,8               |
| <b>consigli dei medici</b>                              |                                             |                    |
|                                                         | <i>chiesto se fa attività fisica</i>        | 56,0               |
|                                                         | <i>consigliato di fare attività fisica</i>  | 46,9               |
|                                                         | <i>verificato andamento in altre visite</i> | 24,0               |

<sup>^</sup> **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**

<sup>^^</sup> 6 ore o più trascorse ogni giorno restando seduti

| Abitudine al fumo                                                             |                                          | Regione Umbria (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| <b>fumatori*</b>                                                              |                                          | 30,4               |
|                                                                               | <i>uomini</i>                            | 36,6               |
|                                                                               | <i>donne</i>                             | 24,0               |
| <b>ex fumatori**</b>                                                          |                                          | 23,7               |
| <b>non fumatori***</b>                                                        |                                          | 45,9               |
| <b>consigli dei medici:</b>                                                   |                                          |                    |
|                                                                               | <i>chiesto se fuma</i>                   | 42,0               |
|                                                                               | <i>ai fumatori</i>                       | 69,4               |
|                                                                               | <i>consigliato di smettere di fumare</i> | 60,4               |
| <b>come hanno smesso gli ex fumatori:</b>                                     |                                          |                    |
|                                                                               | <i>da solo</i>                           | 92,7               |
|                                                                               | <i>aiuto del medico</i>                  | 6,1                |
| <b>rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):</b> |                                          |                    |
|                                                                               | <i>sempre</i>                            | 70,6               |
|                                                                               | <i>a volte/mai</i>                       | 29,4               |

\* 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                  |                             | Regione Umbria (%) |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <b>popolazione con eccesso ponderale</b>                        |                             |                    |
|                                                                 | <i>sovrappeso</i>           | 33,5               |
|                                                                 | <i>obeso</i>                | 10,2               |
| <b>percezione del proprio peso</b>                              |                             |                    |
|                                                                 | <i>sovrappeso</i>           |                    |
|                                                                 | <i>troppo alto</i>          | 55,0               |
|                                                                 | <i>giusto</i>               | 43,2               |
|                                                                 | <i>obesi</i>                |                    |
|                                                                 | <i>troppo alto</i>          | 89,9               |
|                                                                 | <i>giusto</i>               | 10,1               |
| <b>consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario</b> |                             |                    |
|                                                                 | <i>sovrappeso</i>           | 47,0               |
|                                                                 | <i>obesi</i>                | 77,0               |
| <b>come viene trattato l'eccesso ponderale:</b>                 |                             |                    |
|                                                                 | <i>sovrappeso</i>           |                    |
|                                                                 | <i>dieta</i>                | 43,0               |
|                                                                 | <i>obesi</i>                |                    |
|                                                                 | <i>dieta</i>                | 51,0               |
| <b>principali modifiche nell'alimentazione</b>                  |                             |                    |
|                                                                 | <i>meno grassi</i>          | 33,0               |
|                                                                 | <i>più frutta e verdura</i> | 28,9               |
|                                                                 | <i>meno sale</i>            | 24,9               |
|                                                                 | <i>meno alcol</i>           | 9,7                |
| <b>frutta e verdura almeno 1 volta al giorno</b>                |                             | 99,5               |
| <b>5 porzioni di frutta e verdura al giorno</b>                 |                             | 11,8               |

| Consumo di alcol                                                  | Regione Umbria (%) |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
| bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup> | 67,2               |
| bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>                                 | 14,5               |
| bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>                                     | 10,2               |
| forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>                                    | 5,0                |
| chiesto dal medico sul consumo                                    | 14,0               |

◇ 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                               | Regione Umbria (%) |
|--------------------------------------------------|--------------------|
| casco sempre*                                    | 94,0               |
| cintura anteriore sempre                         | 82,1               |
| cintura posteriore sempre                        | 11,3               |
| guida in stato di ebbrezza**                     | 17,7               |
| trasportato da guidatore in stato di ebbrezza*** | 11,5               |

\* calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

\*\* aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  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                                                                                              | Regione Umbria (%) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno</b>                                       | 19,5               |
| <b>che assistenza sanitaria è stata necessaria:</b>                                                              |                    |
| <i>solo medicazione in casa</i>                                                                                  | 85,3               |
| <i>ricorso al pronto soccorso</i>                                                                                | 13,7               |
| <i>ricovero ospedaliero</i>                                                                                      | 1,0                |
| <b>percezione del rischio (basso o assente)</b>                                                                  | 52,7               |
| <b>quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni</b> | 21,6               |

| Sicurezza alimentare                                                                          | Regione Umbria (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni)^ | 16,5               |
| quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto^^                                            | 77,0               |
| quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati ^^^                               | 68,5               |
| più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi                                            | 17,2               |
| rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)              | 41,0               |

^ 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                         | Regione Umbria (%) |
|-----------------------------------------------------|--------------------|
| vaccinati 65-69 anni                                | 51,5               |
| vaccinati <65 anni                                  | 13,9               |
| vaccinati <65 anni con almeno una patologia cronica | 31,1               |

| Ipertensione arteriosa |                                                | Regione Umbria (%) |
|------------------------|------------------------------------------------|--------------------|
|                        | <b>misurazione P.A. negli ultimi 2 anni</b>    | 87,9               |
|                        | <b>ipertesi</b>                                | 20,2               |
|                        | <b>come viene trattata l'ipertensione*:</b>    |                    |
|                        | <i>riduzione consumo di sale</i>               | 87,9               |
|                        | <i>trattamento farmacologico</i>               | 69,5               |
|                        | <i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>   | 61,9               |
|                        | <i>svolgimento di attività fisica regolare</i> | 75,6               |

\* sul totale degli ipertesi

| Colesterolemia |                                                                           | Regione Umbria (%) |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                | <b>misurazione colesterolo almeno una volta</b>                           | 84,5               |
|                | <b>ipercolesterolemici</b>                                                | 23,4               |
|                | <b>consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:</b> |                    |
|                | <i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>                              | 79,2               |
|                | <i>aumento consumo di frutta e verdura</i>                                | 61,0               |
|                | <i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>                              | 50,0               |
|                | <i>svolgimento di attività fisica regolare</i>                            | 72,9               |
|                | <i>trattamento farmacologico</i>                                          | 19,9               |

| Punteggio di rischio cardiovascolare ( $\geq 40$ anni) |                                                             | Regione Umbria (%) |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                        | popolazione cui è stato calcolato il punteggio <sup>#</sup> | 11,6               |

<sup>#</sup> coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore

| Screening neoplasia del collo dell'utero <sup>◇</sup> (donne 25 - 64 anni) |                                                        | Regione Umbria (%) |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                            | <b>ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni</b> | 81,4               |
|                                                                            | <b>eseguito almeno un Pap test nella vita</b>          | 89,0               |
|                                                                            | <b>viene consigliato Pap test</b>                      | 80,1               |
|                                                                            | <b>informazioni ricevute per invito al Pap test</b>    |                    |
|                                                                            | <i>lettera ASL</i>                                     | 15,8               |
|                                                                            | <i>consiglio medico</i>                                | 5,3                |
|                                                                            | <i>lettera ASL/consiglio</i>                           | 74,8               |
|                                                                            | <i>nessuna</i>                                         | 3,8                |
|                                                                            | <b>costi Pap test</b>                                  |                    |
|                                                                            | <i>nessuno</i>                                         | 67,5               |
|                                                                            | <i>pagamento ticket</i>                                | 11,6               |
|                                                                            | <i>pagamento intero</i>                                | 20,9               |

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

| Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) <sup>◇</sup> |                                                           | Regione Umbria (%) |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                      | <b>ultima mammografia eseguita da non più di due anni</b> | 68,9               |
|                                                                      | <b>eseguita almeno una mammografia</b>                    | 85,5               |
|                                                                      | <b>consigliata mammografia</b>                            | 75,4               |
|                                                                      | <b>informazioni ricevute per invito alla mammografia</b>  |                    |
|                                                                      | lettera ASL                                               | 19,7               |
|                                                                      | consiglio medico                                          | 4,1                |
|                                                                      | lettera/consiglio                                         | 75,4               |
|                                                                      | nessuna                                                   | 5,0                |
|                                                                      | <b>costi mammografia</b>                                  |                    |
|                                                                      | nessuno                                                   | 85,6               |
|                                                                      | pagamento ticket                                          | 9,9                |
|                                                                      | pagamento intero                                          | 4,5                |

◇ eseguito a scopo preventivo

| Screening neoplasia del colon retto (50 - 69 anni) <sup>#</sup> |                                                                                                         | Regione Umbria (%) |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                 | eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta | 27,3               |
|                                                                 | eseguito negli ultimi due anni                                                                          | 17,0               |

# eseguito a scopo preventivo

| Sintomi di depressione |                                                             | Regione Umbria (%) |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|
|                        | <b>2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi * / **</b> | 22,4               |
|                        | <b>figure di ricorso per sintomi di depressione</b>         |                    |
|                        | nessuno                                                     | 48,3               |
|                        | famigliari/amici                                            | 18,8               |
|                        | medico di famiglia                                          | 22,8               |
|                        | medico specialista                                          | 5,7                |
|                        | altri operatori sanitari                                    | 4,4                |
|                        | <b>assunzione farmaci</b>                                   | 22,7               |

\* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

## 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  $\geq 50$  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 delle quattro Aziende USL dell'Umbria (aggiornato al 31.12.2005). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nei rispettivi territori di competenza 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 delle singole Aziende Sanitarie. La dimensione del campione è stata di 200 individui per Azienda USL (per un totale di 800 individui), calcolata usando i metodi statistici standard, in base alla prevalenza delle variabili principali 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 USL, tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Sindaci di tutti i comuni.

I dati raccolti sono quelli 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 delle Aziende Sanitarie. 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 regionale

La popolazione in studio è costituita da 572.178 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria delle Aziende USL al 31/12/2005.

Sono state selezionate 801 persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dall'anagrafe sanitaria. Dei soggetti inizialmente selezionati, 683 persone, pari all'85%, sono state rintracciate e intervistate telefonicamente, mentre 118 sono state sostituite (15%).

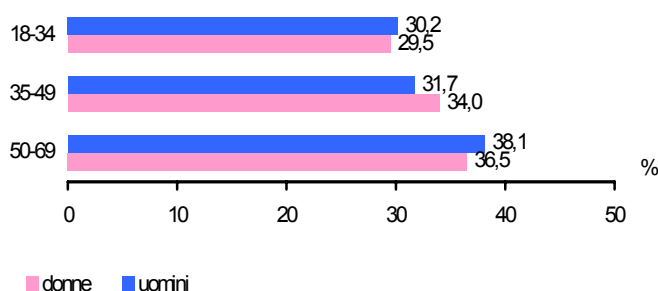
Il 38% delle sostituzioni ha riguardato assistiti non rintracciabili telefonicamente, il 25% assistiti che hanno rifiutato la partecipazione allo studio, infine il 16% persone che non erano più domiciliate nel rispettivo territorio aziendale.

### Quali sono le caratteristiche socio-demografiche degli intervistati?

#### L'età e il sesso

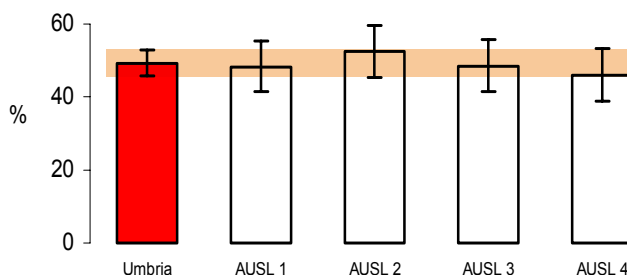
- In Umbria il 49,3% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 30% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 33% in quella 35-49 e il 37% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classe d'età del campione intervistato è sovrapponibile a quella presente nell'anagrafe assistiti.

**Distribuzione del campione per sesso e classi di età**



- Non emergono differenze statisticamente significative nella composizione percentuale per sesso tra le aziende regionali (range della componente femminile della popolazione dal 52,5% dell'AUSL 2 al 46,0% dell'AUSL 4)

**Percentuale di donne**



**Età**

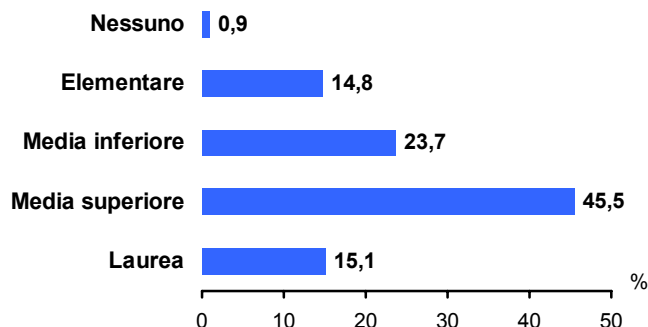
- L'analisi dell'età per ciascuna AUSL mostra inoltre come il campione relativo all'AUSL 1 abbia valori leggermente più alti rispetto a quelli delle altre aziende regionali.

|                       | Media       | Moda        | Mediana     |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Regione Umbria</b> | <b>44,3</b> | <b>55,0</b> | <b>44,0</b> |
| AUSL 1                | 45,9        | 55,0        | 47,0        |
| AUSL 2                | 43,8        | 37,0        | 42,0        |
| AUSL 3                | 43,8        | 36,0        | 44,0        |
| AUSL 4                | 43,5        | 27,0        | 43,0        |

## Il titolo di studio

- In Umbria l'1% del campione non ha alcun titolo di studio, il 15 % ha la licenza elementare, il 24% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore, il 15% è laureato.

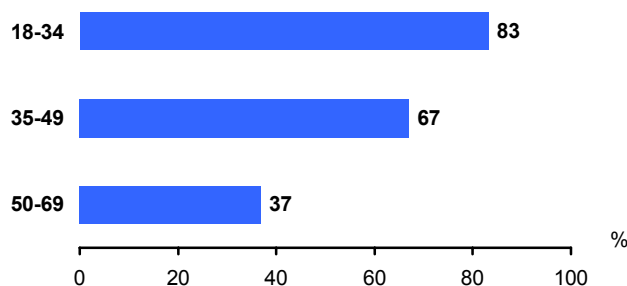
### Campione per titolo di studio



## Il livello di istruzione

- Oltre il 60% del campione intervistato presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).

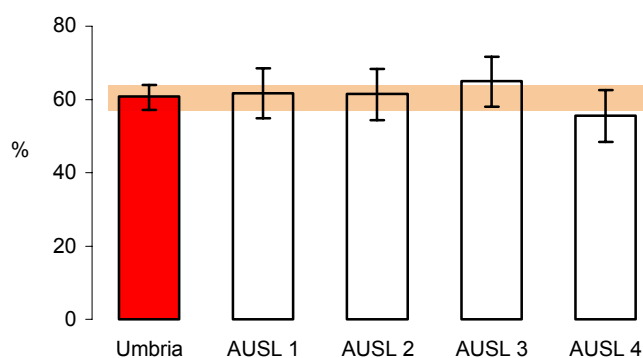
### Alto grado d'istruzione\* per classi di età



\* istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea

- Il confronto tra le percentuali relative all'alto grado di istruzione nelle quattro aziende regionali non mostra differenze statisticamente significative (range dal 65% dell'AUSL 3 al 55,5% dell'AUSL 4)

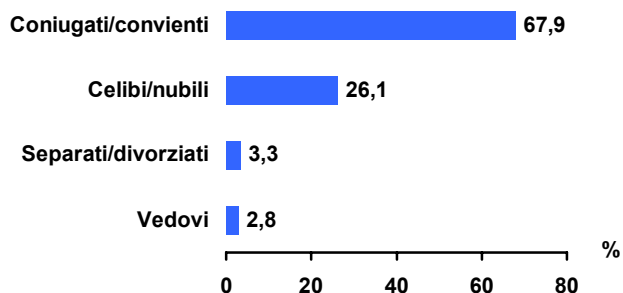
### Alto grado d'istruzione



## Lo stato civile

- In Umbria i coniugati/conviventi sono oltre i 2/3 del campione intervistato, i celibi/nubili il 26%, i separati/divorziati il 3%, i vedovi/e il 3%.

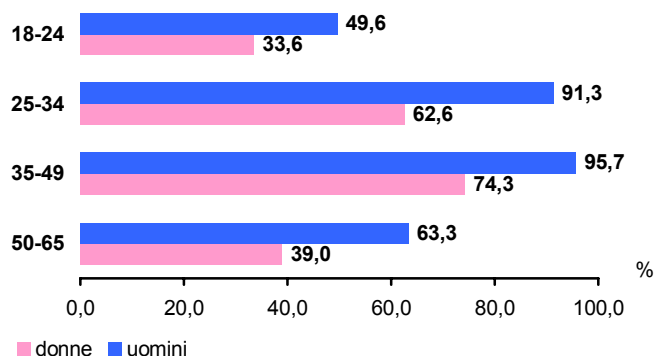
Campione per categorie stato civile



## Il lavoro

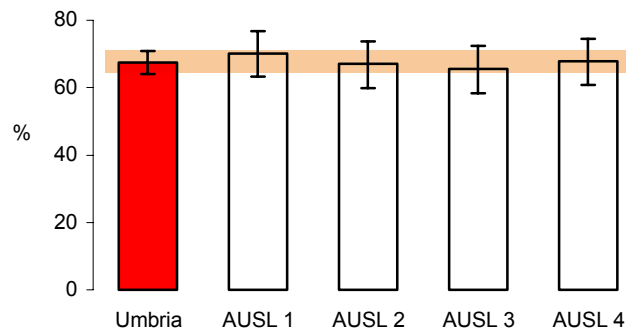
- In Umbria il 67% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (57% contro 78%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze. Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.

Lavoro regolare per classi di età e sesso



- Tra le aziende regionali la percentuale di intervistati che riferisce di avere un lavoro regolare in linea col dato regionale.

Lavoro regolare (18-65 anni)

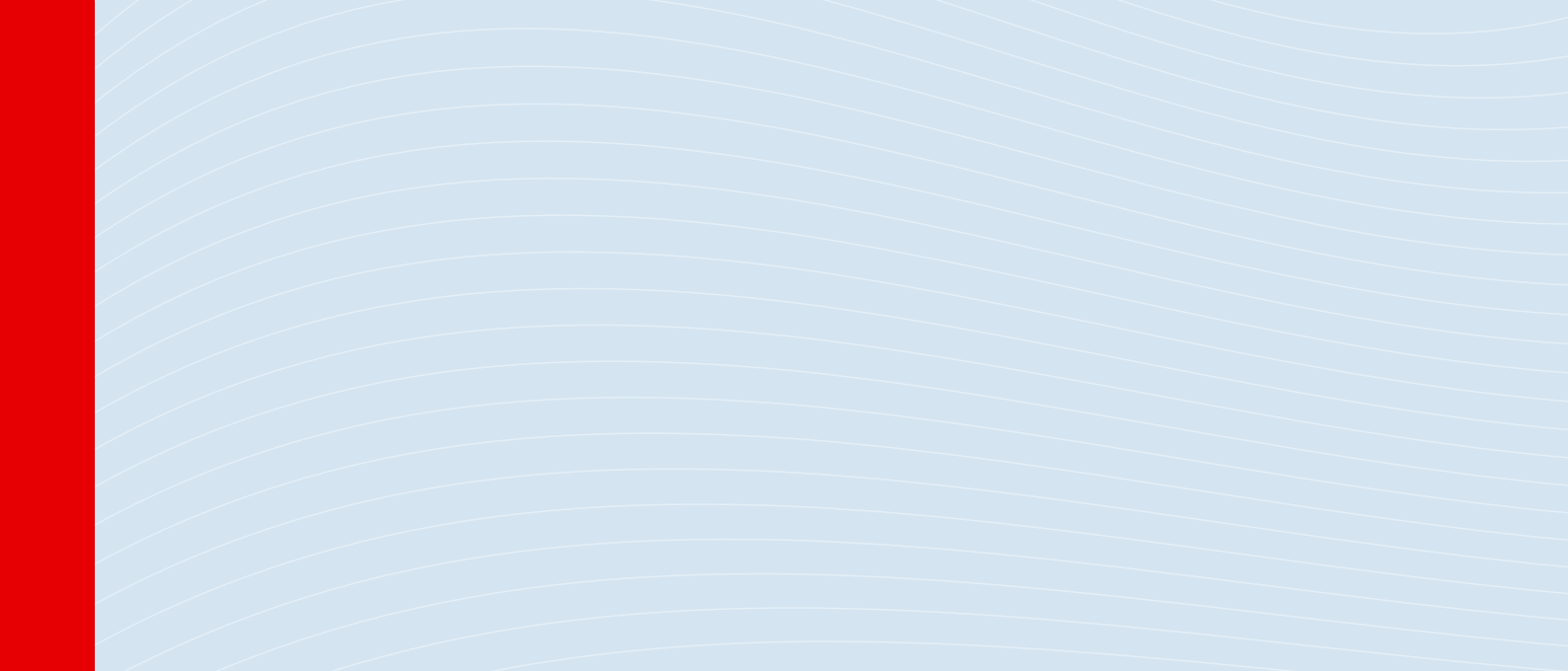


## Conclusioni

Il campione della Regione Umbria è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

In particolare emerge l'elevato livello di istruzione della nostra popolazione e la minor percentuale di occupazione tra i giovani.

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.



due

*Parte* **2**

*Studio PASSI 2006 - I risultati in Umbria*



## Parte 2

## 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\*

- In Umbria il 64,5% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute.
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alta istruzione
  - le persone senza patologie severe

| Caratteristiche              |          | %                                 |
|------------------------------|----------|-----------------------------------|
| <b>Totale</b>                |          | <b>64,5</b><br>(IC95%: 61,1-67,8) |
| <b>Classi di età</b> ^       | 18 - 34  | 86,0                              |
|                              | 35 - 49  | 66,6                              |
|                              | 50 - 69  | 45,4                              |
| <b>Sesso</b> ^               | Uomini   | 72,3                              |
|                              | Donne    | 56,5                              |
| <b>Istruzione**</b> ^        | Bassa    | 52,6                              |
|                              | Alta     | 72,2                              |
| <b>Patologia severa***</b> ^ | Presente | 33,8                              |
|                              | Assente  | 71,4                              |

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

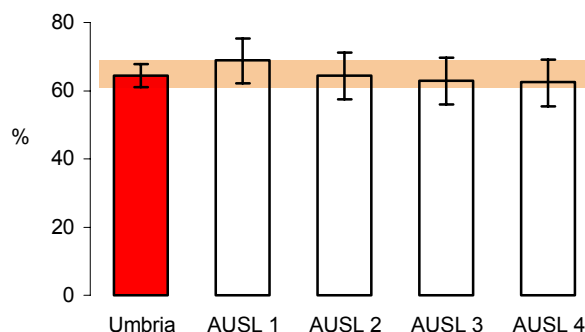
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

\*\*\* almeno una delle seguenti patologie: Ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

### Percentuale di persone che si dichiarano in salute buona o molto-buona

- Nelle AUSL della Regione la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale.



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

- In Umbria le persone intervistate riferiscono una media di circa 3,5 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 2 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, in maniera statisticamente significativa, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

#### Giorni in cattiva salute percepita

| Caratteristiche |         | N° gg/mese per |                    |                   |
|-----------------|---------|----------------|--------------------|-------------------|
|                 |         | Motivi fisici  | Motivi psicologici | Attività limitata |
| Totale          |         | 3,5            | 3,8                | 1,7               |
| Classi di età   | 18 - 34 | 2,2            | 2,5                | 1,0               |
|                 | 35 - 49 | 3,1            | 4,0                | 1,7               |
|                 | 50 - 69 | 4,9            | 4,7                | 2,4               |
| Sesso           | Uomini  | 2,4            | 2,3                | 1,1               |
|                 | Donne   | 4,7            | 5,4                | 2,4               |

### Conclusioni e raccomandazioni

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

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di Sanità Pubblica in particolare a livello di AUSL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, per esempio per quella dei sintomi di depressione, alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

## Attività fisica

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

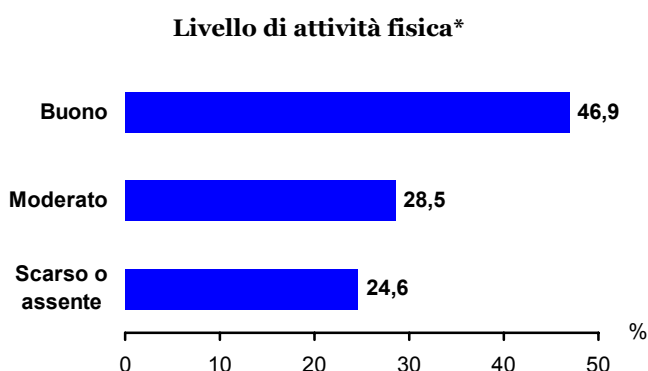
Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati e, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, assieme ad una cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

Nello studio PASSI è stato utilizzato uno schema di classificazione internazionale (IPAQ) basato su frequenza e durata della attività fisica vigorosa e moderata e del camminare che suddivide la popolazione in tre livelli di attività fisica: buono, moderato, scarso o assente. Le persone che praticano 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 "scarso" 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 efficaci nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche come quelle cardiovascolari.

### Quanti attivi fisicamente?

- In Umbria il 47% degli intervistati raggiunge un livello di attività fisica buono; il 28% svolge una moderata attività fisica; il restante 25% non svolge attività fisica o comunque ne fa troppo poca.
- Va comunque segnalato che complessivamente 3 persone su 4 svolgono una qualche attività fisica.



\* **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?

### Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica

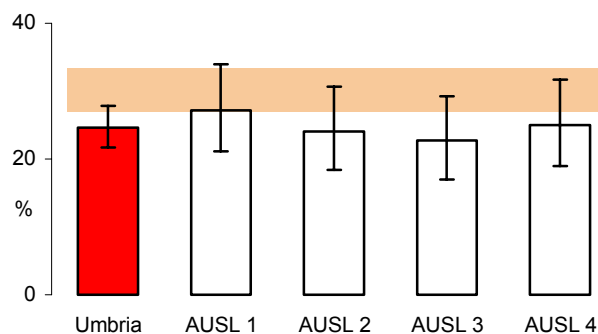
- Dall'analisi dei dati non emergono differenze statisticamente significative per sesso, classe d'età e livello di istruzione; ciononostante appaiono come meno attive le persone di 35-69 anni.
- Le persone che percepiscono uno stato di salute peggiore sono meno attive di quelle che si percepiscono in buona salute.
- Inoltre i gruppi di persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica, i sovrappeso/obesi e gli ipercolesterolemici sono i meno attivi.

| Caratteristiche                      |                                 | %                                |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>                        |                                 | <b>24,6</b><br>(IC95% 21,7-27,8) |
| <b>Sesso</b>                         | Uomini                          | 22,1                             |
|                                      | Donne                           | 26,1                             |
| <b>Classi di età</b>                 | 18 - 34                         | 18,8                             |
|                                      | 35 - 49                         | 26,2                             |
|                                      | 50 - 69                         | 26,4                             |
| <b>Istruzione</b>                    | Bassa                           | 26,3                             |
|                                      | Alta                            | 22,6                             |
| <b>Salute percepita <sup>^</sup></b> | Buona                           | 21,5                             |
|                                      | non buona                       | 28,7                             |
| <b>Condizioni particolari</b>        | Sovrappeso/obesità <sup>^</sup> | 28,8                             |
|                                      | Iperensione                     | 26,5                             |
|                                      | Ipercolesterolemia <sup>^</sup> | 30,8                             |
|                                      | Depressione                     | 27,2                             |

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

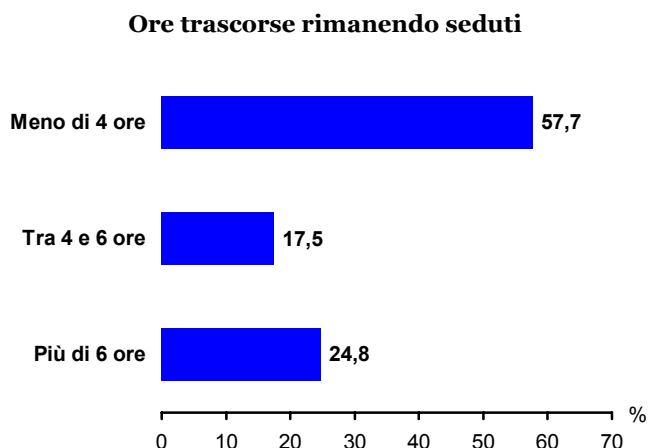
### Persone che fanno poca o nessuna attività fisica

- Nelle AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica (range dal 27% dell'AUSL 1 al 23% dell'AUSL 3).



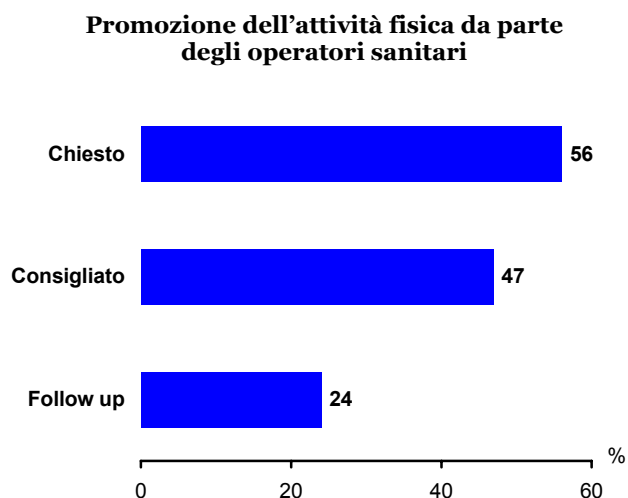
## Chi resta seduto molte ore?

- Il 25% della popolazione umbra riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno e il 17% sta seduto per almeno 4 ore
- Gli uomini riferiscono di trascorrere più di 6 ore seduti in percentuale significativamente maggiore rispetto alle donne (29% vs 21%)
- Questa percentuale scende al 18% tra i 50-69enni (differenze significative)
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 31% sta seduto più di 6 ore mentre per il gruppo con un basso livello, il valore corrispondente è 15% (differenze significative).

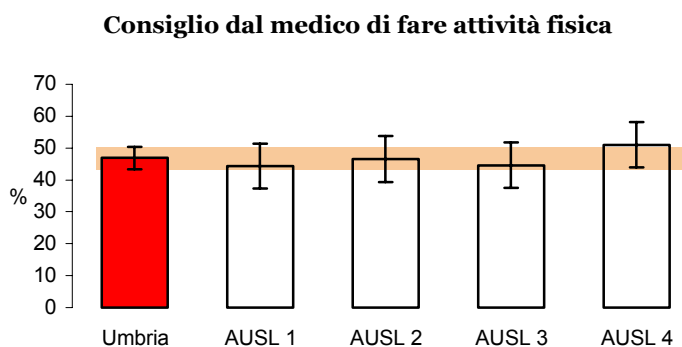


## Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- In Umbria il 56% delle persone intervistate dichiara che il medico ha chiesto se svolgono attività fisica e nel 47% dei casi di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Soltanto il 24% riferisce che il medico si è informato, in occasione di visite successive, circa l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- La percentuale di chi raggiunge un livello desiderabile di attività fisica è leggermente più alta tra le persone a cui viene chiesto anche in successivi controlli se svolgono l'attività fisica loro consigliata (53%), rispetto a di coloro che non vengono più seguiti una volta ricevuto il primo consiglio (47%).



- Tra le AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto da parte del medico di fare attività fisica (range dal 51% della AUSL 4 al 44% della AUSL 1).



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che in Umbria il 48% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 25% 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 i 35-69enni, mentre le persone che percepiscono uno stato di salute peggiore sono meno attive di quelle che si percepiscono in buona salute, oltre a coloro che sono in sovrappeso/obesi ed ipercolesterolemici

Circa un quarto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è più diffusa tra i 18-49enni, tra gli uomini e tra le persone che hanno un alto livello di istruzione.

I medici promuovono l'attività fisica in circa la metà dei loro pazienti: il loro consiglio, quando poi viene rinforzato in occasione di visite successive, aiuta le persone a raggiungere un livello desiderabile di attività fisica.

## Abitudine al fumo

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

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

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

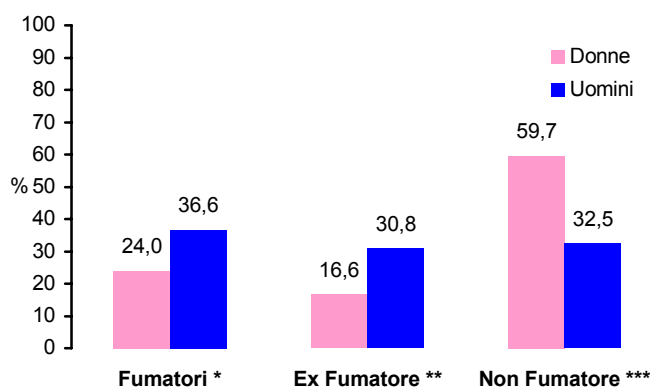
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

### Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- In Umbria il 30,4% delle persone intervistate riferisce di fumare, il 23,7 di essere un ex fumatore e il 45,9% di non fumare.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (37% verso 24%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (60% verso 32%).

Abitudine al fumo

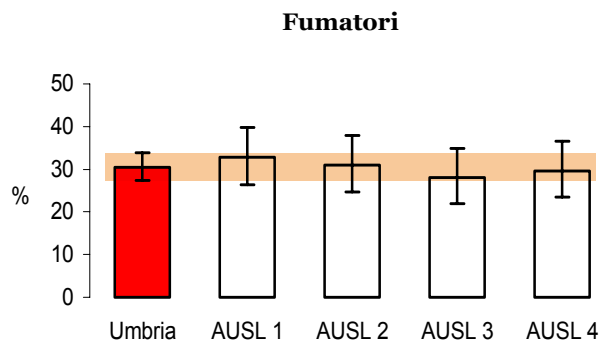


\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

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

- Nelle quattro AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 28% della AUSL 3 al 33% della AUSL 1).



### Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani (25-34 anni) e tra gli uomini. Non si evidenziano differenze tra i diversi livelli di istruzione.
- In media si fumano circa 14 sigarette al giorno (uomini 16,6; donne 11,4)

**Fumatori \* N = 243**

| Caratteristiche       |         | % Fumatori                       |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>         |         | <b>30,4</b><br>(IC95%:27,3-33,8) |
| <b>Classi d'età ^</b> | 18 - 24 | 31,2                             |
|                       | 25 - 34 | 36,9                             |
|                       | 35 - 49 | 30,4                             |
|                       | 50 - 69 | 26,9                             |
| <b>Sesso ^</b>        | Uomini  | 36,6                             |
|                       | Donne   | 24,0                             |
| <b>Istruzione**</b>   | Bassa   | 29,9                             |
|                       | Alta    | 30,7                             |

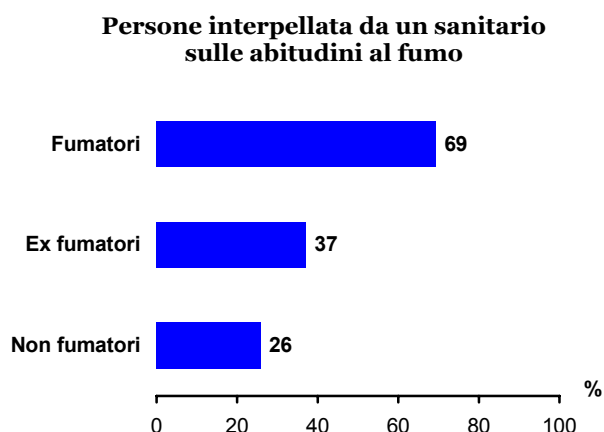
\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente fuma

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

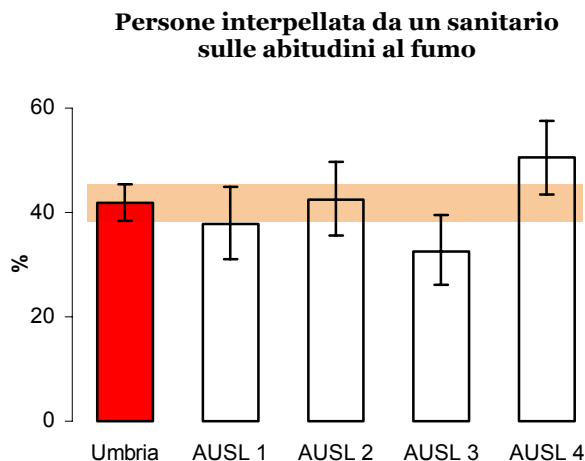
^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,001$ )

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

- Il 42% delle persone intervistate riferisce che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 69% dei fumatori, il 37% degli ex fumatori e il 26% dei non fumatori.



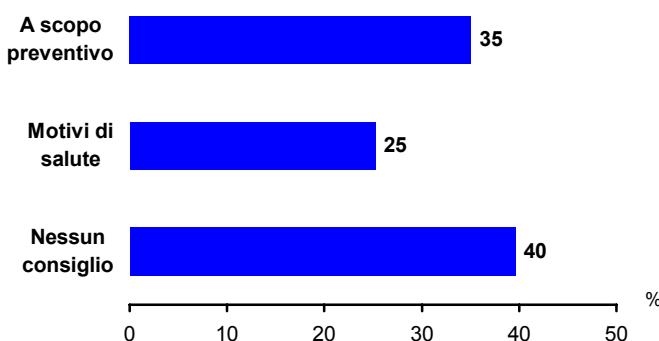
- Nelle quattro Aziende USL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne questo aspetto rispetto al dato regionale;
- Le Aziende USL 3 e 4 mostrano invece valori percentuali significativamente diversi tra loro: la percentuale più alta è nella AUSL 4 (50,5) e la più bassa nella AUSL 3 (32,5)



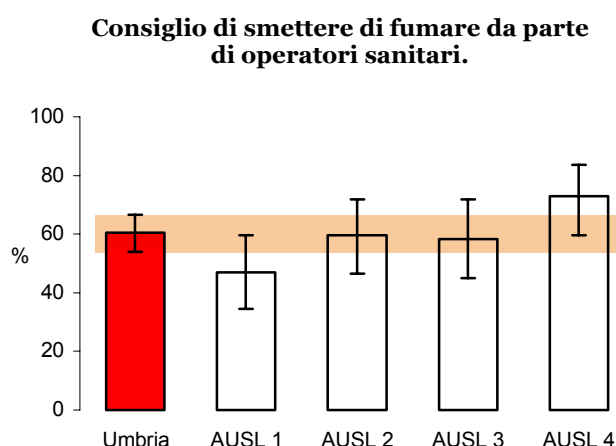
### ***A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?***

- Il 60,4% 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 (35%).
- Il 40% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

#### **Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione**

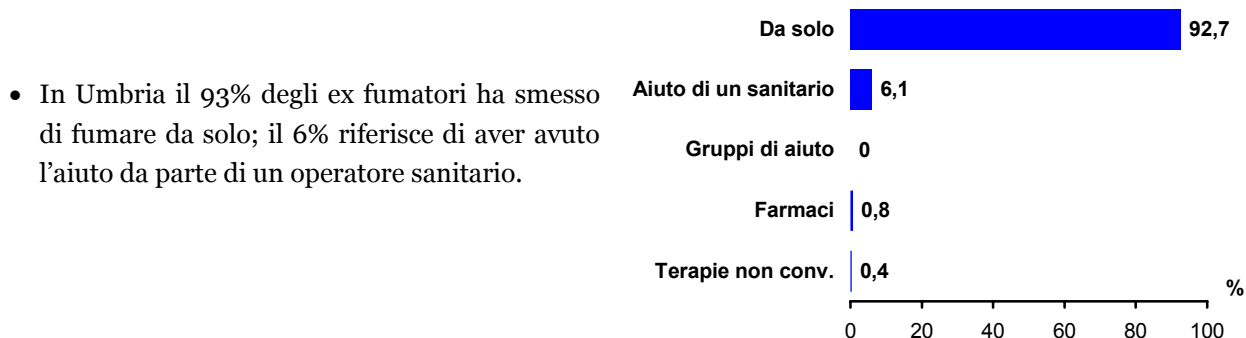


- Tra le quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 73% di AUSL 4 al 47% di AUSL 1).



## Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

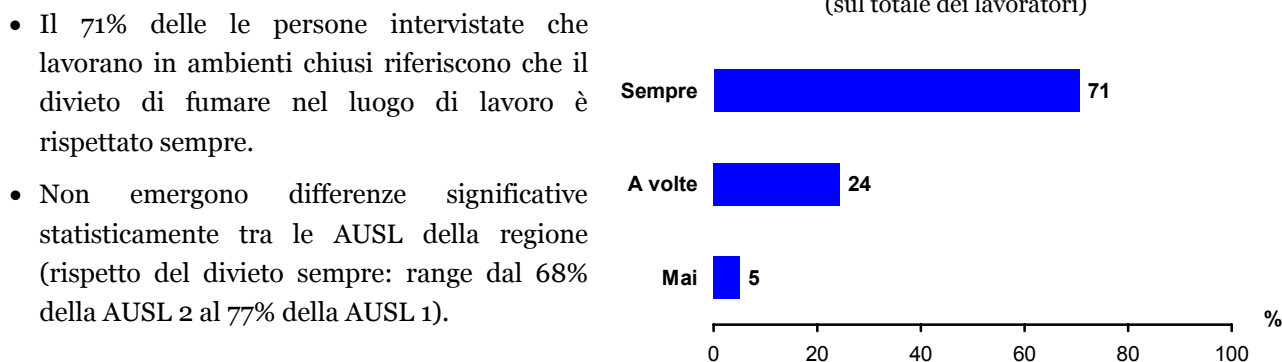
Modalità di smettere di fumare negli ex fumatori  
N=185



- In Umbria il 93% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo; il 6% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.

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

Tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro  
(sul totale dei lavoratori)



- Il 71% delle le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.
- Non emergono differenze significative statisticamente tra le AUSL della regione (rispetto del divieto sempre: range dal 68% della AUSL 2 al 77% della AUSL 1).

## Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25-34enni, dove circa 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

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

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

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

## Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

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

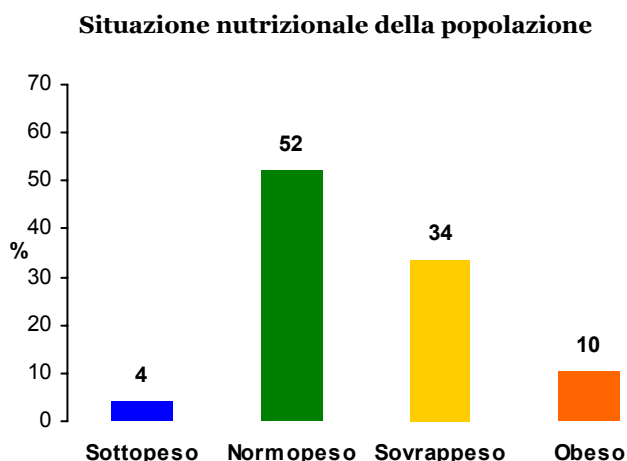
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (IMC, in inglese, body mass index), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (IMC < 18,5); normopeso (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 associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

In Umbria il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 52% normopeso, il 34% sovrappeso ed il 10% obeso.



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

### Popolazione con eccesso ponderale °

| Caratteristiche        |         | %                                |
|------------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>          |         | <b>43,6</b><br>(IC 95%40,2-47,1) |
| <b>Classi di età ^</b> | 18 – 34 | 30,3                             |
|                        | 35 – 49 | 39,7                             |
|                        | 50 – 69 | 57,7                             |
| <b>Sesso ^</b>         | Uomini  | 56,1                             |
|                        | Donne   | 30,8                             |
| <b>Istruzione *^</b>   | Bassa   | 55,7                             |
|                        | Alta    | 35,8                             |

° popolazione in sovrappeso od obesa

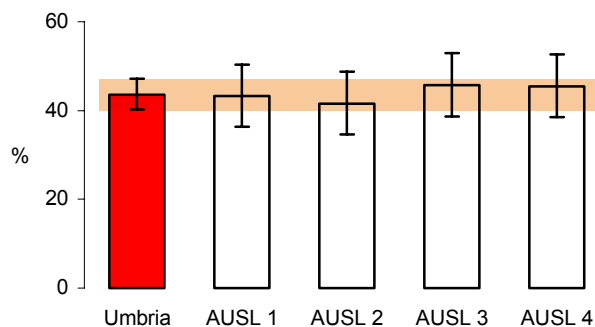
\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

- In Umbria si stima che il 44% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce significativamente con l'età, ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione (le differenze per sesso, classi di età e istruzione sono tutte statisticamente significative).

- Nelle quattro AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative. (range dal 45% dell'AUSL 4 al 41% dell'AUSL 2).

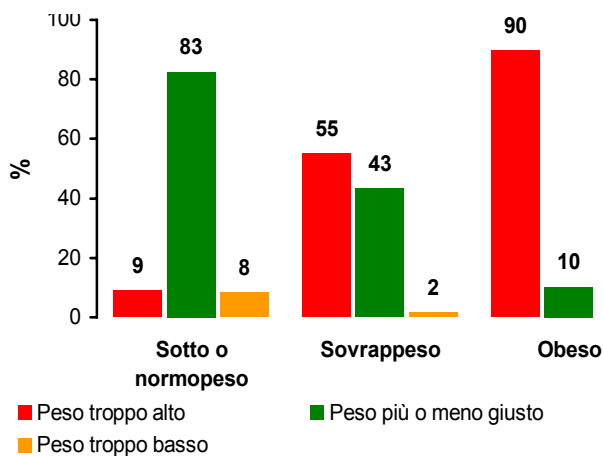
### Eccesso ponderale



## Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

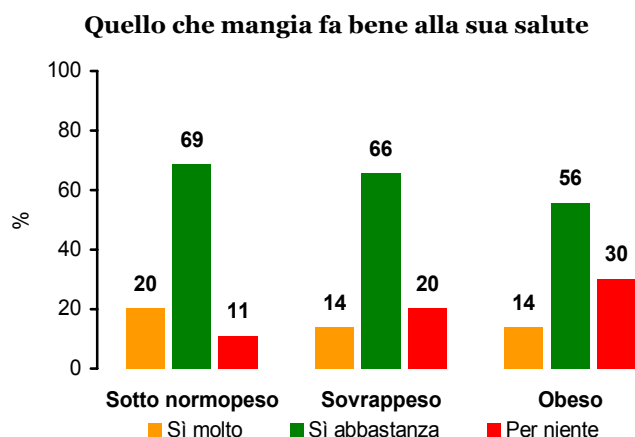
- In Umbria la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Solo nella categoria degli obesi si constata buona coincidenza (90%).
- L'83% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con l'IMC; per le persone in sovrappeso scende al 55%.

### Percezione della propria situazione nutrizionale



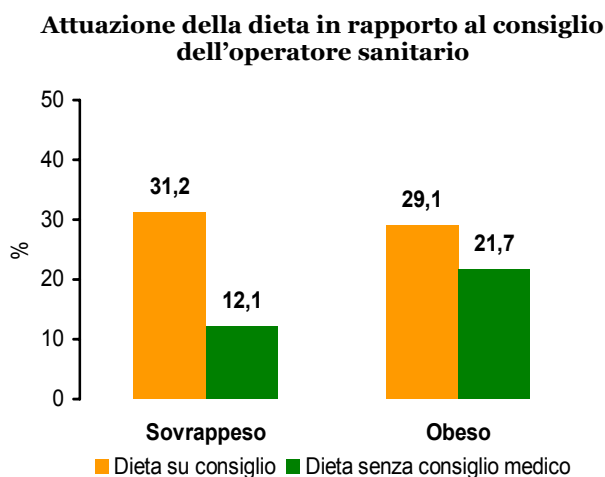
## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In Umbria mediamente l'80% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione benefica per la propria salute e, più in dettaglio, l'89% nel gruppo dei sottopeso/normopeso, l'80% in quello dei sovrappeso e il 70% in quello degli obesi.



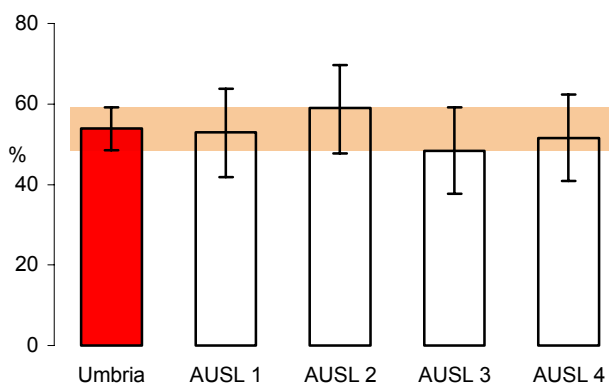
## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli sulla propria situazione nutrizionale dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Umbria il 47% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Il 43% delle persone sovrappeso e il 51% di quelle obese segue una dieta per perdere peso. Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare positivamente l'attuazione della dieta.



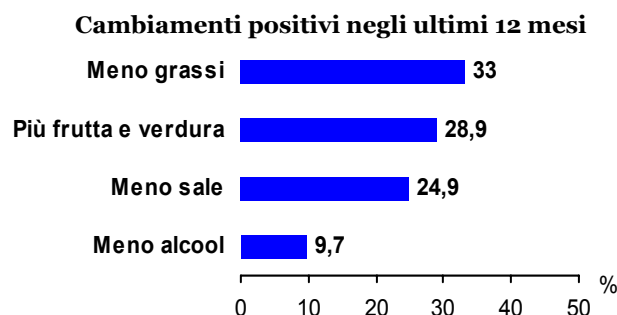
- Tra le quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative, relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 59% dell'AUSL2 al 48% dell'AUSL 3).

## Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario



## Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

- In Umbria le persone intervistate riferiscono che negli ultimi 12 mesi hanno modificato le proprie abitudini alimentari, i cambiamenti principali riferiti sono prevalentemente in positivo e sono quelli riportati nel grafico.



## Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

- La tendenza al cambiamento con riduzione del consumo di grassi è maggiore tra chi ha un basso livello di istruzione e aumenta con l'aumentare dell'età; analoga situazione per il consumo di sale.
- Per frutta e verdura si osserva una maggior tendenza all'aumento di consumo tra 25-34enni, tra le donne e tra le persone con maggior livello di istruzione.
- Per il consumo di alcool la tendenza alla diminuzione è riferita soprattutto da 25-34enni e dagli uomini.

**Cambiamenti negli ultimi 12 mesi**

| Caratteristiche     |         | Meno grassi                       | Più frutta e verdura              | Meno sale                         | Meno alcool                     |
|---------------------|---------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Totale</b>       |         | <b>33,0%</b><br>(IC 95%29,8-36,4) | <b>28,9%</b><br>(IC 95%25,8-32,2) | <b>24,9%</b><br>(IC 95%22,0-28,1) | <b>9,7%</b><br>(IC 95%7,8-12,0) |
| <b>Classi d'età</b> | 18 – 24 | 24,0                              | 28,7                              | 14,9                              | 10,7                            |
|                     | 25 – 34 | 32,7                              | 35,2                              | 21,1                              | 10,4                            |
|                     | 35 – 49 | 31,6                              | 29,7                              | 23,9                              | 9,2                             |
|                     | 50 – 69 | 41,7                              | 25,0                              | 30,7                              | 9,6                             |
| <b>Sesso</b>        | Uomini  | 32,8                              | 26,1                              | 24,9                              | 11,3                            |
|                     | Donne   | 33,2                              | 31,8                              | 25,0                              | 8,2                             |
| <b>Istruzione *</b> | Bassa   | 36,1                              | 24,4                              | 32,3                              | 9,6                             |
|                     | Alta    | 31,3                              | 31,8                              | 20,2                              | 9,8                             |

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

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

- In Umbria il 99,5% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 12% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 48% mangia da 3 a 4 porzioni al giorno.
- Le donne aderiscono al “5 a day” in percentuale significativamente maggiore; questa abitudine appare aumentare con l'età (n.s.).

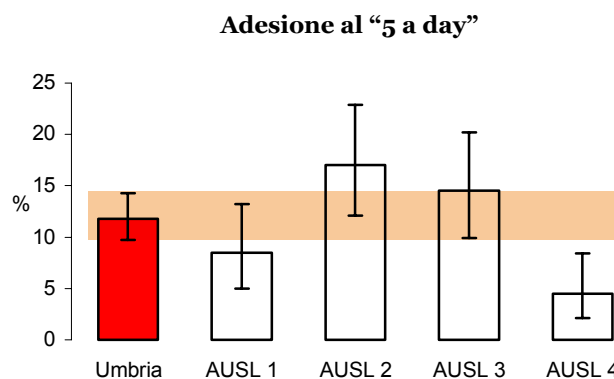
**Consumo di frutta e verdura**

| Caratteristiche                |         | Adesione al “5 a day” <sup>**</sup><br>(%) |
|--------------------------------|---------|--------------------------------------------|
| <b>Totale</b>                  |         | <b>11,8</b><br>(IC95%:9,7-14,3)            |
| <b>Classi di età</b>           | 18 - 34 | 9,4                                        |
|                                | 35 - 49 | 12,1                                       |
|                                | 50 - 69 | 13,5                                       |
| <b>Sesso <sup>^</sup></b>      | Uomini  | 10,3                                       |
|                                | Donne   | 13,4                                       |
| <b>Istruzione<sup>**</sup></b> | Bassa   | 12,2                                       |
|                                | Alta    | 11,6                                       |

\* 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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

- Nelle quattro AUSL della Regione, emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al “5 a day” per la AUSL 4 nei confronti della media regionale e delle AUSL 2 e 3.



## Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente il 72% dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto 2 persone obese su 3 considerano la propria alimentazione non idonea. Una dieta è praticata solamente dal 30% delle persone in eccesso ponderale.

La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, oltre il 48% ne assume oltre 3 porzioni, anche se solo il 12% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. Si riscontra inoltre una notevole variabilità fra le quattro AUSL della regione, con una significativa percentuale di minor adesione al “5 a day” riferita dagli intervistati dell'AUSL 4.

Anche se circa la metà 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 della salute di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendo l'evoluzione della situazione nutrizionale e delle abitudini alimentari.

## Consumo di alcol

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

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

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

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

### Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol (ultimo mese)

- In Umbria 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 67%.
- Si sono osservati tassi più alti nella fascia 18-34 anni. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini e in chi ha un alto grado di istruzione.

| Caratteristiche       |         | % che ha bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica* |
|-----------------------|---------|-----------------------------------------------------|
| <b>Totale</b>         |         | <b>67,2</b><br>(IC95%:64,3-35,7)                    |
| <b>Classi d'età</b> ^ | 18 - 34 | 71,3                                                |
|                       | 35 - 49 | 69,0                                                |
|                       | 50 - 69 | 63,6                                                |
| <b>Sesso</b> ^        | Uomini  | 84,2                                                |
|                       | Donne   | 50,7                                                |
| <b>Istruzione**^</b>  | Bassa   | 60,7                                                |
|                       | Alta    | 72,2                                                |

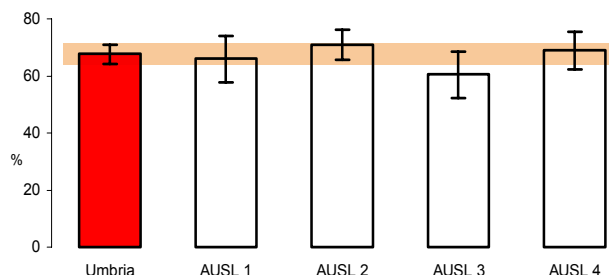
\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

^ le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

- Nelle quattro AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 71% dell'AUSL 2 al 60% dell'AUSL 3).

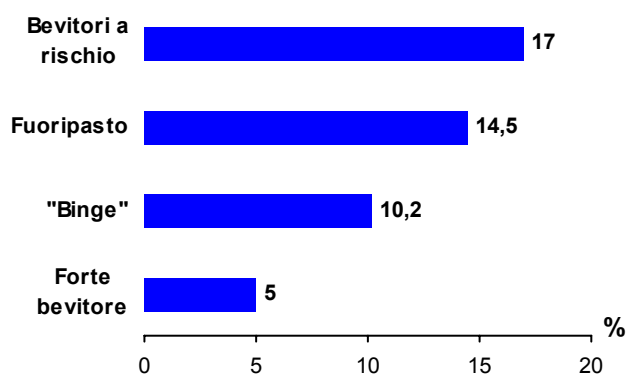
**Persone che hanno bevuto almeno 1 unità alcolica nell'ultimo mese**



### Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 17% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 14,5% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 10% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 5% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio.

**Bevitori a rischio\* per categorie**



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

### Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto grado di istruzione.

**Bevitori "binge" \***

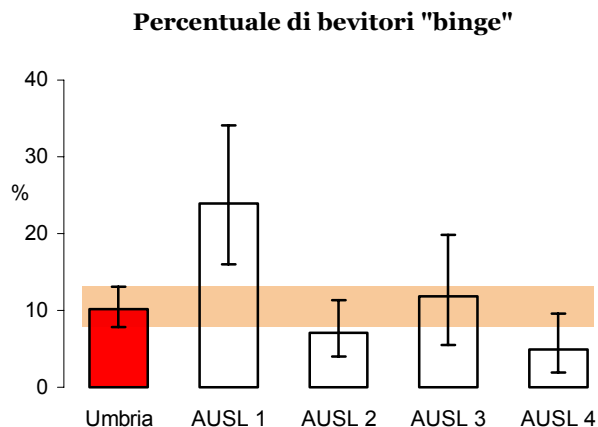
| Caratteristiche        |         | Bevitori "binge" %               |
|------------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>          |         | <b>10,2</b><br>(IC95%: 7,8-13,1) |
| <b>Classi di età ^</b> | 18 - 34 | 15,8                             |
|                        | 35 - 49 | 8,9                              |
|                        | 50 - 69 | 6,3                              |
| <b>Sesso ^</b>         | Uomini  | 13,7                             |
|                        | Donne   | 4,4                              |
| <b>Istruzione**^</b>   | Bassa   | 4,7                              |
|                        | Alta    | 13,2                             |

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

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

^ le differenze sono statisticamente significative(  $p < 0,05$ )

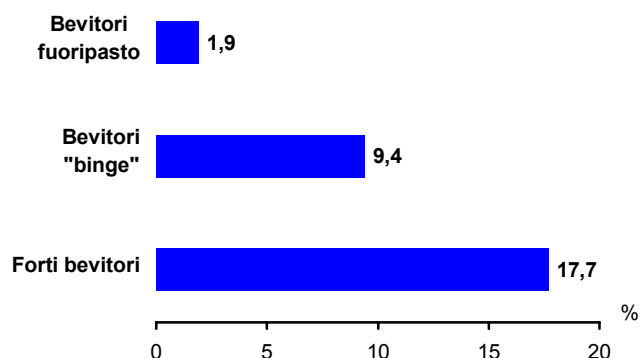
- Dal confronto dei dati relativi alle singole AUSL con il dato regionale emerge una percentuale significativamente maggiore di bevitori binge per l'AUSL 1 (range dal 23,9% dell'AUSL 1 al 4,9% dell'AUSL 4).



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

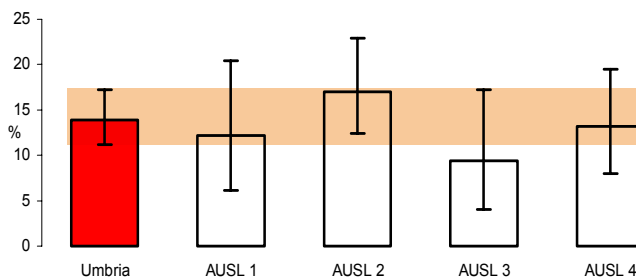
- In Umbria solo il 14% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 9% dei "binge", il 2% di chi beve fuori pasto ed il 18% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

#### **Bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario**



- Nelle diverse AUSL della Regione le percentuali di persone a cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze significative (range dal 17,0% dell'AUSL 2 al 9,4% dell'AUSL 3).

#### **Persone a cui un medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol**



### ***Conclusioni e raccomandazioni***

In Umbria si stima che oltre due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e una su sei circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Inoltre dal confronto tra le aziende USL e il dato regionale emerge una percentuale significativamente maggiore di bevitori binge per l'AUSL 1.

Il campione intervistato riferisce che gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini in relazione all'alcol e consigliano raramente 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 è riuscito a misurare degli indicatori che si sono mostrati utili, in altri contesti, per monitorare il cambiamento nel tempo di questo fattore di rischio.

## Sicurezza stradale

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

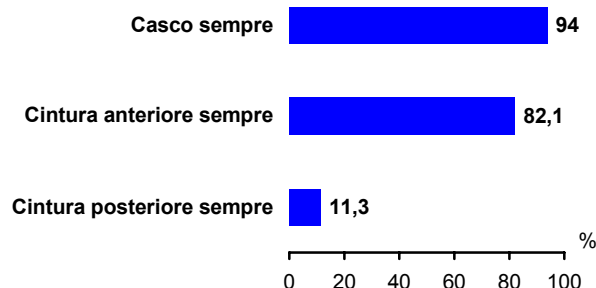
La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

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

### L'uso dei dispositivi di sicurezza

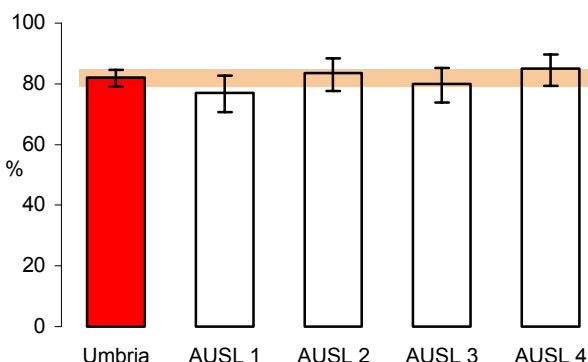
- In Umbria tra le persone che vanno in moto o in motorino il 94% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'82%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (11%).

Uso dei dispositivi di sicurezza



- Nelle quattro AUSL della Regione la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale.

Persone che usano la cintura anteriore sempre



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

### Guida in stato di ebbrezza

| Caratteristiche        |         | Guida in stato di ebbrezza* (%)  |
|------------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>          |         | <b>17,7</b><br>(IC95%:14,6-21,2) |
| <b>Classi di età ^</b> | 18 - 34 | 21,3                             |
|                        | 35 - 49 | 15,8                             |
|                        | 50 - 69 | 16,4                             |
| <b>Sesso ^</b>         | Uomini  | 23,4                             |
|                        | Donne   | 8,0                              |
| <b>Istruzione**^</b>   | Bassa   | 15,9                             |
|                        | Alta    | 18,7                             |

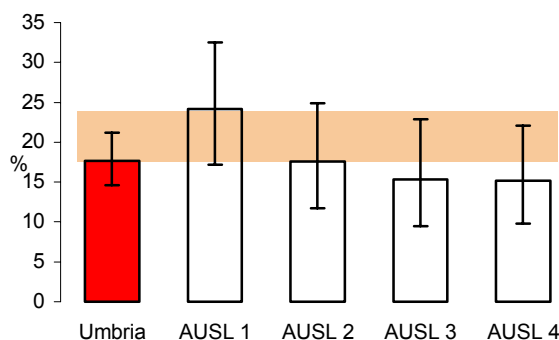
- Il 18% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- Il 11,5% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

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

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

^ le differenze sono statisticamente significative(  $p < 0,05$ )

### Guida in stato di ebbrezza



- Nelle quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative riguardo la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato in stato di ebbrezza (range dal 24,2% dell'AUSL 3 al 15,2% dell'AUSL 4).

## Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente soprattutto per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Il problema della guida in stato di ebbrezza costituisce un problema ancora piuttosto diffuso.

Dalla letteratura scientifica si evince che di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

## Infortuni domestici

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

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le classificazioni non precise o inadeguate 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?

- In Umbria il 19,5% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una più elevata frequenza di infortuni tra le donne (26%) che tra gli uomini (13%); non si rilevano evidenti differenze per classi di età e per livello di istruzione.

**Persone infortunate (ultimi 12 mesi)**

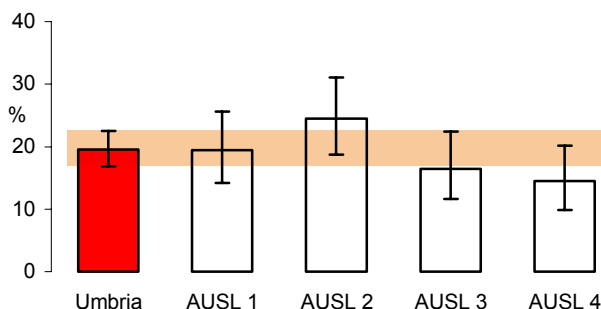
| Caratteristiche        |         | persone che hanno riferito un infortunio domestico % |
|------------------------|---------|------------------------------------------------------|
| <b>Totale</b>          |         | <b>19,5</b><br>(IC95%:16,9-22,5)                     |
| <b>Classi di età ^</b> | 18 - 34 | 21,4                                                 |
|                        | 35 - 49 | 21,6                                                 |
|                        | 50 - 69 | 16,3                                                 |
| <b>Sesso ^</b>         | Uomini  | 13,1                                                 |
|                        | Donne   | 26,1                                                 |
| <b>Istruzione*^</b>    | Bassa   | 13,3                                                 |
|                        | Alta    | 23,6                                                 |

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

^ le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

## Percentuale di persone infortunate nell'ultimo anno

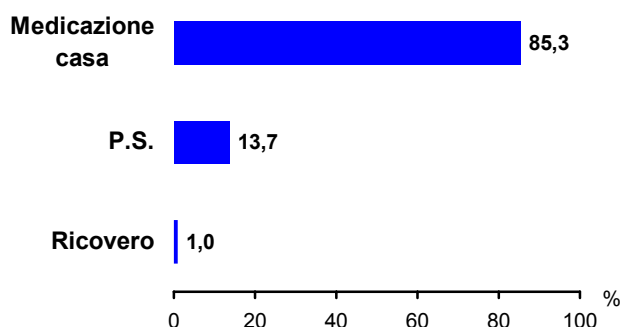
- Nelle quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente anche se il range è piuttosto ampio (dal 24,5% dell'AUSL 2 al 14,5% dell'AUSL 4)



## Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- In Umbria tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 56% ne dichiara uno solo (63,7% negli uomini, 52,3% nelle donne), il 20% due, il 24% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per l'85% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 13,7% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero.

## Intervento sanitario sugli infortuni



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

- In Umbria la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è sufficiente. Infatti il 52,7% degli intervistati lo ritiene basso o assente, in particolare negli uomini. Si evidenziano differenze statisticamente significative fra le classi di età (minor cognizione nella classe 50-69 anni 59%) per istruzione e per sesso, con percentuali più elevate tra gli uomini.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è la cucina (74%), seguita dalle scale e dal bagno (8%).

## Bassa percezione di rischio infortunio domestico \*

| Caratteristiche |         | persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico % |
|-----------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Totale          |         | 52,7<br>(IC95%: 49,2-56,2)                                                       |
| Classi di età ^ | 18 - 34 | 47,6                                                                             |
|                 | 35 - 49 | 49,8                                                                             |
|                 | 50 - 69 | 59,4                                                                             |
| Sesso ^         | Uomini  | 61,2                                                                             |
|                 | Donne   | 44,1                                                                             |
| Istruzione**^   | Bassa   | 63,3                                                                             |
|                 | Alta    | 45,8                                                                             |
| Infortunio ^    | Si      | 35,4                                                                             |
|                 | No      | 56,9                                                                             |

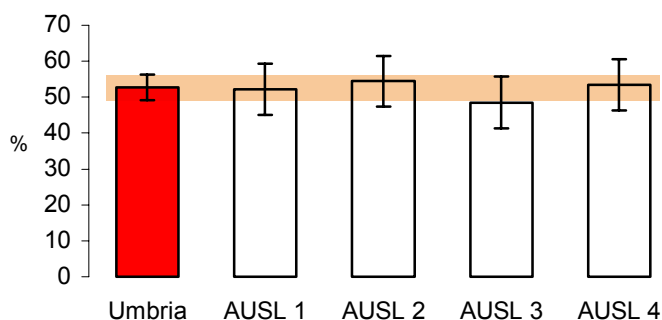
\* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

^ le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

## Bassa possibilità di subire un infortunio domestico

- Nelle quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative.



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

- In Umbria solo il 22% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono, in maniera statisticamente significativa, una maggior percentuale relativamente alle informazioni ricevute. Percentuali più alte (ma non significative dal punto di vista statistico) si hanno anche nelle donne.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 35,2% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

## Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi)

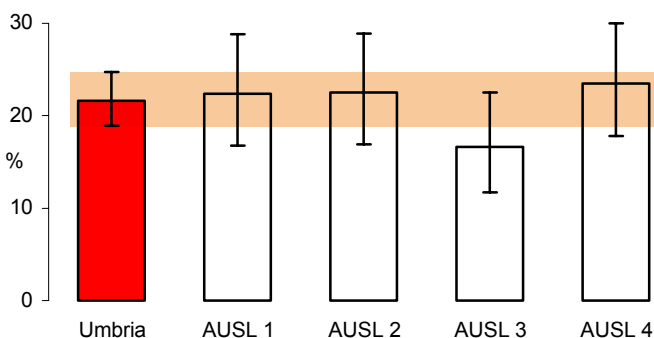
| Caratteristiche        |         | Chi dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni % |
|------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>Totale</b>          |         | <b>21,6</b><br>(IC95%:18,9-24,7)                                      |
| <b>Classi di età ^</b> | 18 - 34 | 18,1                                                                  |
|                        | 35 - 49 | 17,3                                                                  |
|                        | 50 - 69 | 28,3s                                                                 |
| <b>Sesso</b>           | Uomini  | 19,2                                                                  |
|                        | Donne   | 24,2                                                                  |
| <b>Istruzione*</b>     | Bassa   | 23,2                                                                  |
|                        | Alta    | 20,6                                                                  |
| <b>Infortunio</b>      | Sì      | 21                                                                    |
|                        | No      | 21,9                                                                  |

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

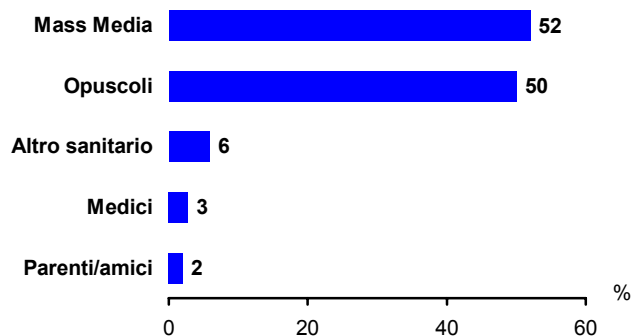
^ le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

## Quanti hanno ricevuto informazioni su prevenzione infortuni

- Nelle quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 23,5% dell'AUSL 4 al 16,6% dell'AUSL 3)



## Fonti di informazione



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

### Conclusioni e raccomandazioni

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

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

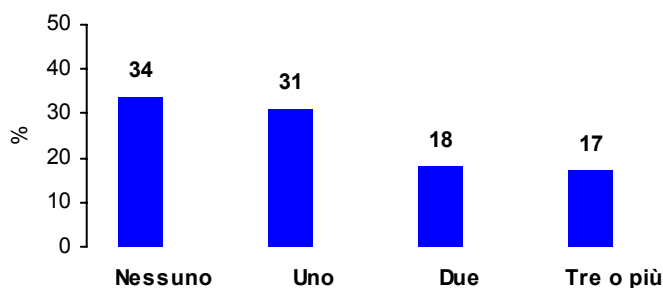
Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. I dati relativi all'occorrenza delle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), 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)?

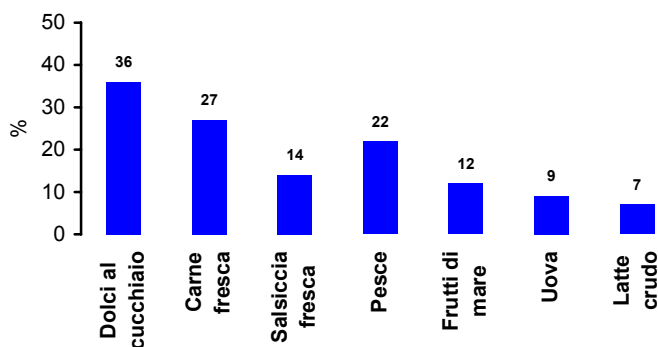
- In Umbria il 65,5% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi a rischio crudi o poco cotti.
- Il 16,5% degli intervistati ha assunto più di tre tipi di cibi crudi; nel sesso maschile questa abitudine è più frequentemente riferita (21% vs 12%) e la differenza è statisticamente significativa.
- Non ci sono differenze statisticamente significative nell'assunzione di cibi crudi fra le classi di età, seppur con andamento decrescente, e non si osservano differenze significative nemmeno fra i vari gradi di istruzione.
- Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio (36%), carne (27%), pesce (22%), salsicce fresche (14%), e frutti di mare (12%).
- Il 77% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente) favorendo la potenziale replicazione di eventuali germi contaminanti.

#### Comportamenti a rischio per assunzione di cibi crudi

Range comportamenti a rischio per assunzione cibi crudi

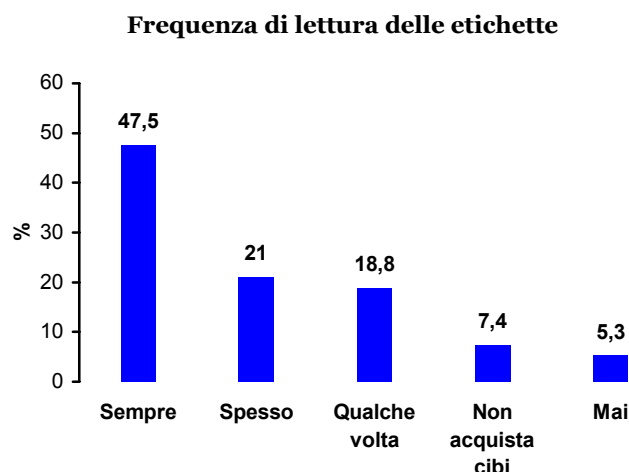


Alimenti ingeriti crudi o poco cotti



## Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

- In Umbria il 68,5% degli intervistati legge frequentemente (sempre/spesso) le etichette. Le donne sono in percentuale più attente degli uomini. Non ci sono differenze nelle classi di età e nel grado di istruzione.
- Non ci sono differenze significative fra le quattro AUSL.
- Fra coloro che acquistano i cibi e leggono frequentemente (sempre/spesso) le etichette, il 99% legge la data di scadenza, mentre solamente il 66% legge la data di produzione, il 55% legge le modalità di conservazione e il 49% legge le istruzioni per l'uso.



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

- In Umbria il 32% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno è meno frequente con l'aumentare dell'età e nel sesso maschile, non si raggiungono però differenze significative sul piano statistico. Mentre lo è per il livello di istruzione.
- Non ci sono differenze significative sul piano statistico associate ai vari comportamenti alimentari considerati a rischio (cibi crudi, modalità scorrette di scongelamento, scarso controllo delle etichette) e la frequenza di diarrea.

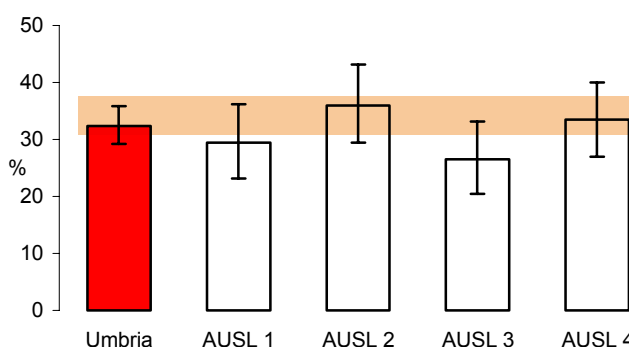
**Episodi di diarrea**

| Caratteristiche      |         | Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%) |
|----------------------|---------|----------------------------------------|
| <b>Totale</b>        |         | <b>32,4</b><br>(IC95%:29,2-35,8)       |
| <b>Classi di età</b> | 18 - 34 | 36,5                                   |
|                      | 35 - 49 | 33,9                                   |
|                      | 50 - 69 | 27,9                                   |
| <b>Sesso</b>         | Uomini  | 32,6                                   |
|                      | Donne   | 32,3                                   |
| <b>Istruzione*^</b>  | Bassa   | 28,4                                   |
|                      | Alta    | 35,0                                   |

\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
 ^ le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

- Le differenze fra le varie AUSL non sono statisticamente significative (range dal 36% dell'AUSL 2 al 26,5% dell'AUSL 3)

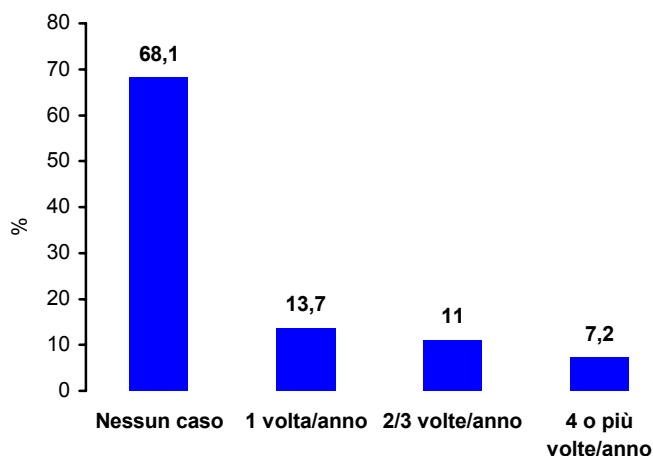
**Casi di diarrea**



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

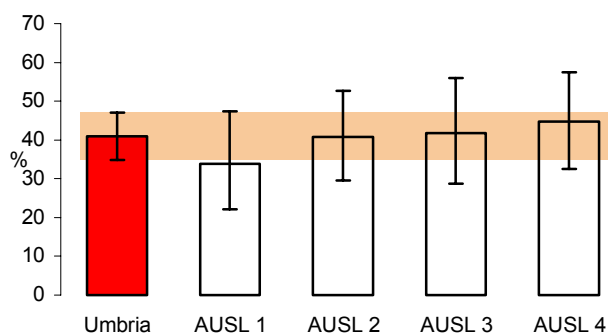
- In Umbria l'11% degli intervistati dichiara di avere avuto due o tre episodi di diarrea negli ultimi 12 mesi e il 7% quattro o più.
- Al 16,5% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.

Frequenza degli episodi di diarrea per persona in un anno



- Il 41% delle persone che hanno riferito almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi si sono rivolte ad un operatore sanitario. (Range dal 45 % dell'AUSL 4 al: 34% dell'AUSL 1)

Persone che riferiscono di essersi rivolte ad un operatore sanitario



## Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria è molto diffuso (più di 2 persone su 3) il consumo di cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute. È molto scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e, mentre 3 persone su 4 prestano attenzione alle etichette, meno del 55% legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso.

Per ridurre le tossinfezioni di tipo alimentare, nella nostra realtà possono essere adottate diverse strategie, che cominciano da una serie programmata di verifiche alle aziende produttrici e ai loro sistemi di autocontrollo, seguite da operazioni di educazione sanitaria agli operatori del settore agro-alimentare (vengono effettuati molti corsi durante l'anno), e potenziate con l'attività educativa del consumatore finale.

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

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

## Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

### ***Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante la campagna antinfluenzale 2005-2006?***

- In Umbria il 17% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata per l'influenza.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 31% risulta vaccinato.

#### Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)

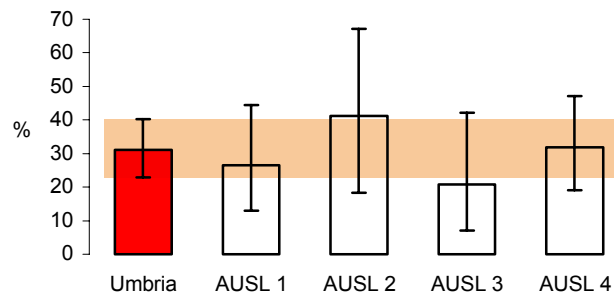
| Caratteristiche     |                                           | Vaccinati %                      |
|---------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>       |                                           | <b>16,9</b><br>(IC95%:14,4-19,7) |
| <b>Classi d'età</b> | 65 - 69 anni                              | 51,5                             |
|                     | <65 anni                                  | 13,9                             |
|                     | <65 anni con almeno una patologia cronica | 31,1                             |
| <b>Sesso</b>        | Uomini                                    | 16,5                             |
|                     | Donne                                     | 17,3                             |
| <b>Istruzione*^</b> | Bassa                                     | 20,5                             |
|                     | Alta                                      | 14,5                             |

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

^ le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

- Dall'analisi della vaccinazione riferita dai 18-65enni con almeno una patologia cronica nelle quattro AUSL della Regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 41,2% dell'AUSL 2 al 20,8% dell'AUSL 3).

**Vaccinazione antinfluenzale (18-65 anni)  
con almeno una patologia cronica**



### **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 in Umbria hanno permesso di raggiungere una buona copertura vaccinale.

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere ancora migliorata. Si ritiene importante migliorare l'attuale strategia, con un'estensione del 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 richiedono anche un trattamento farmacologico.

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

### A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Misura della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

- In Umbria l'88% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 4% più di 2 anni fa, mentre l'8% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.

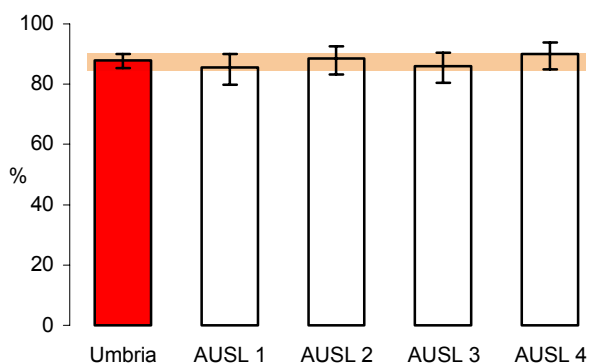
| Caratteristiche       |         | %                                |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>         |         | <b>87,9</b><br>(IC95%:85,4-90,0) |
| <b>Classi d'età ^</b> | 18 - 34 | 81,1                             |
|                       | 35 - 49 | 89,0                             |
|                       | 50 - 69 | 92,4                             |
| <b>Sesso</b>          | Uomini  | 88,0                             |
|                       | Donne   | 87,7                             |
| <b>Istruzione*</b>    | Bassa   | 89,9                             |
|                       | Alta    | 86,6                             |

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

^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

- Tra le AUSL della Regione non si osservano differenze significative (range dal 85,6% della AUSL 1 al 90% della AUSL 4).

### Misura della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni



### Quante persone sono ipertese?

- In Umbria il 20% degli intervistati riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente con il crescere dell'età, raggiungendo i valori maggiori tra i 50-69enni in cui più del 40% riferisce di essere iperteso. Non emergono differenze tra i sessi, mentre il tasso è significativamente più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.

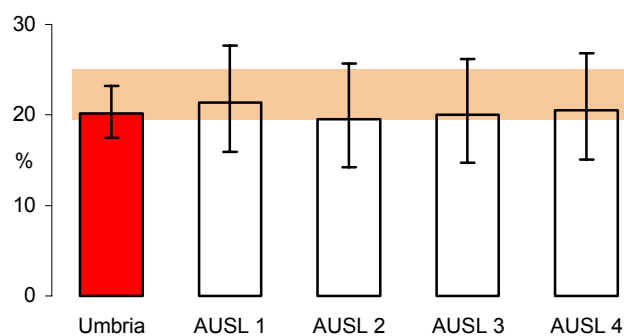
### Caratteristiche delle persone con ipertensione

| Caratteristiche       |         | %                                 |
|-----------------------|---------|-----------------------------------|
| <b>Totale</b>         |         | <b>20,2</b><br>(IC 95% 17,5-23,2) |
| <b>Classi d'età</b> ^ | 18 - 34 | 3,5                               |
|                       | 35 - 49 | 11,2                              |
|                       | 50 - 69 | 41,5                              |
| <b>Sesso</b>          | Uomini  | 20,3                              |
|                       | Donne   | 20,0                              |
| <b>Istruzione*</b> ^  | Bassa   | 28,9                              |
|                       | Alta    | 14,5                              |

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

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

### Persone con ipertensione

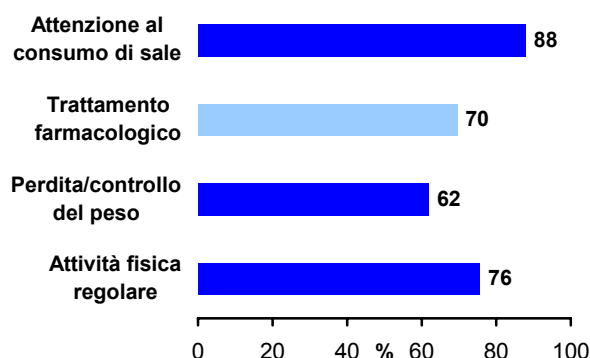


- Nelle AUSL della Regione non emergono differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi.

## Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

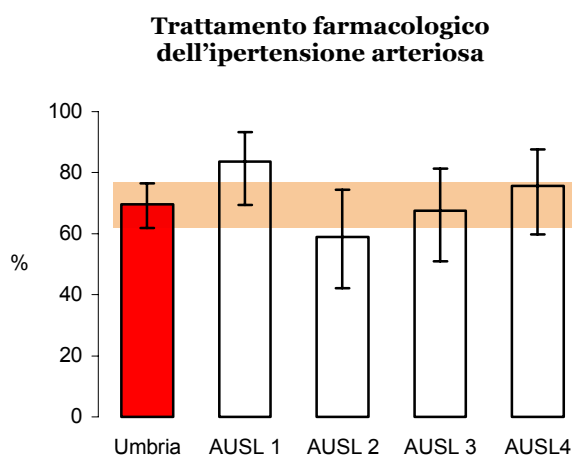
### Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa\*

- In Umbria il 70% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver affrontato l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (88%), controllando il proprio peso corporeo (62%) e svolgendo regolare attività fisica (76%).



\* ognuna considerata indipendentemente

- Nelle AUSL regionali non emergono differenze statisticamente significative rispetto alla percentuale di ipertesi che riferiscono di essere in trattamento farmacologico (range dal 59% della AUSL 2 all'84% della AUSL 1).



## Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria si stima che sia iperteso circa un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, più di un terzo degli ultracinquantenni e circa il 3% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo della ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni). E' importante strutturare screening regolari, 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?

- In Umbria l'85% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, in particolare il 78% meno di 2 anni fa e il 7% da più di 2 anni; il 15% invece non ricorda o non l'ha avuta.
- Le percentuali aumentano significativamente con l'età e risultano 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.

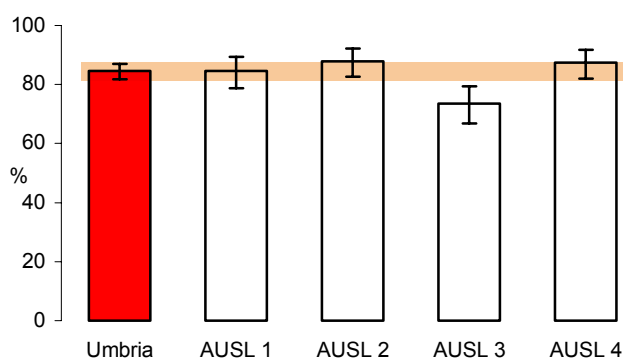
Misura del colesterolo almeno una volta

| Caratteristiche       |         | %                                |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>         |         | <b>84,5</b><br>(IC95%:81,8-86,9) |
| <b>Classi d'età</b> ^ | 18 - 34 | 70,2                             |
|                       | 35 - 49 | 88,8                             |
|                       | 50 - 69 | 92,9                             |
| <b>Sesso</b>          | Uomini  | 82,6                             |
|                       | Donne   | 86,5                             |
| <b>Istruzione</b> * ^ | Bassa   | 88,7                             |
|                       | Alta    | 81,8                             |

\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

- Nelle AUSL della Regione, la percentuale di persone che hanno effettuato la colesterolemia varia dal 73% della AUSL 3, percentuale significativamente inferiore rispetto al dato medio regionale e all'88% della AUSL 2.

Misura del colesterolo almeno una volta



## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

### Ipercolesterolemici

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

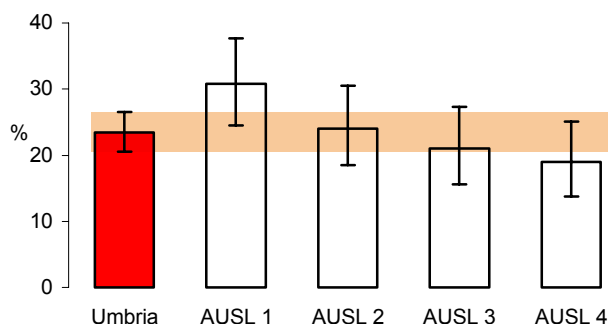
| Caratteristiche       |         | %                                |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| <b>Totale</b>         |         | <b>23,4</b><br>(IC 95%20,5-26,5) |
| <b>Classi d'età ^</b> | 18 - 34 | 8,5                              |
|                       | 35 - 49 | 21,9                             |
|                       | 50 - 69 | 36,5                             |
| <b>Sesso</b>          | Uomini  | 25,4                             |
|                       | Donne   | 21,3                             |
| <b>Istruzione* ^</b>  | Bassa   | 28,3                             |
|                       | Alta    | 20,2                             |

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

^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

### Ipercolesterolemici

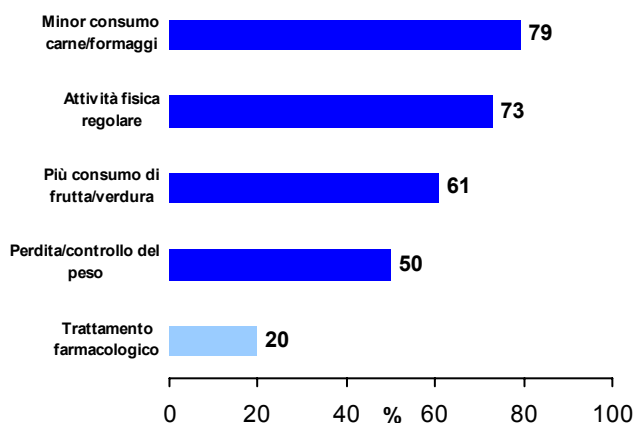
- Nelle AUSL della Regione la percentuale di persone con ipercolesterolemia varia dal 31% della AUSL 1 al 19% della AUSL 4.



## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

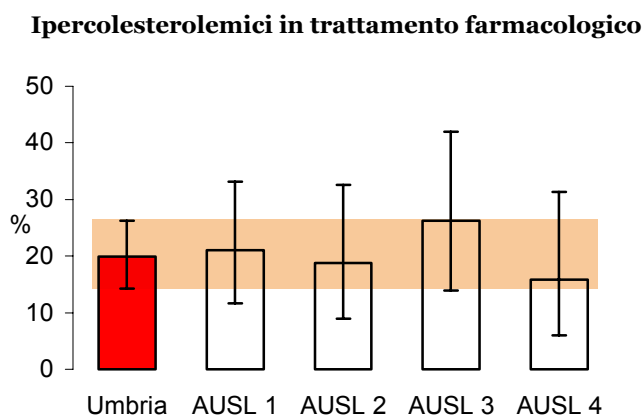
### Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico\*

- Un ipercolesterolemico su 5 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

- Nelle AUSL della Regione la percentuale di persone con ipercolesterolemia trattate farmacologicamente varia dal 26% della AUSL 3 al 16% della AUSL 4.



### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Umbria circa una persona su sette riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo.

Il 24% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale sensibilmente con l'età.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico: infatti solo una persona su cinque riferisce di trattare farmacologicamente l'ipercolesterolemia.

E' essenziale il ruolo dei Medici di Medicina Generale nella sensibilizzazione e nel monitoraggio della popolazione.

## 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?

**Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare tra i 40-69enni N=484**

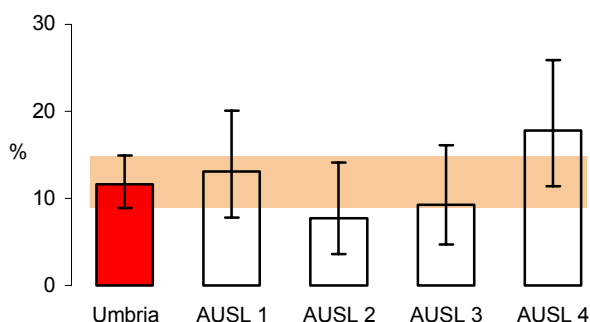
- In Umbria la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 12%.
- Non sono rilevabili differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.

| Caratteristiche     |         | %                               |
|---------------------|---------|---------------------------------|
| <b>Totale</b>       |         | <b>11,6</b><br>(IC 95%8,9-14,9) |
| <b>Classi d'età</b> | 40 - 49 | 8,4                             |
|                     | 50 - 59 | 13,8                            |
|                     | 60 - 69 | 12,9                            |
| <b>Sesso</b>        | Uomini  | 13,7                            |
|                     | Donne   | 9,4                             |
| <b>Istruzione*</b>  | Bassa   | 11,9                            |
|                     | Alta    | 11,2                            |

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

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

- Nelle AUSL della Regione non si osservano differenze statisticamente significative circa la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (range da 8% nella AUSL 2 a 18% nella AUSL 4)



## **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 in Umbria.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato. 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. In Umbria il programma è ormai da anni attivo in tutte le Aziende Sanitarie.

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

- In Umbria l'81% 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.
- Le 35-49enni mostrano percentuali significativamente maggiori rispetto alle altre classi d'età.
- Inoltre le coniugate riferiscono di aver effettuato un pap test preventivo negli ultimi anni in maggior percentuale rispetto alle non coniugate. Non si osservano differenze significative sul piano statistico per livello d'istruzione.

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

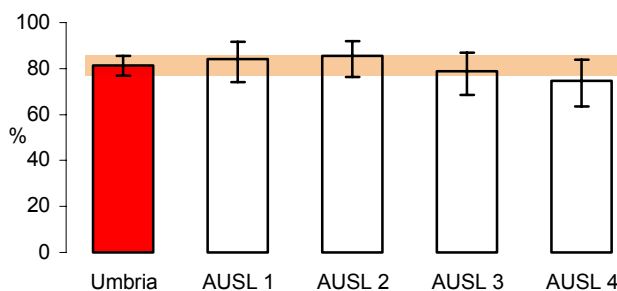
| Caratteristiche     |               | % di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni* |
|---------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Totale</b>       |               | <b>81,4</b><br>(IC95%:76,8-85,4)                                   |
| <b>Classi d'età</b> | 25 - 34       | 75,6                                                               |
|                     | 35 - 49       | 87,9                                                               |
|                     | 50 - 64       | 77,9                                                               |
| <b>Stato civile</b> | coniugata     | 84,3                                                               |
|                     | non coniugata | 72,6                                                               |
| <b>Istruzione**</b> | Bassa         | 83,2                                                               |
|                     | Alta          | 80,2                                                               |

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

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media

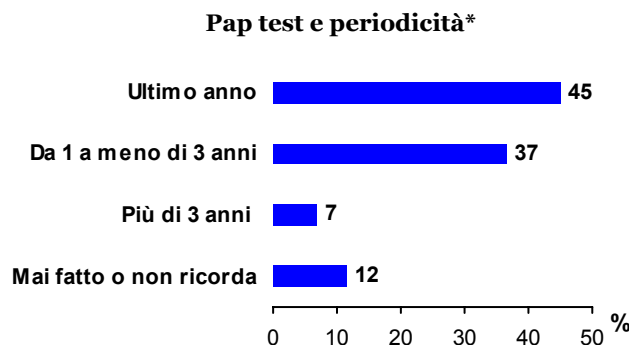
- Nelle AUSL della Regione la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dall'85% della AUSL 2 al 75% della AUSL 4).

#### Pap test negli ultimi tre anni (25-64 anni)



## Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

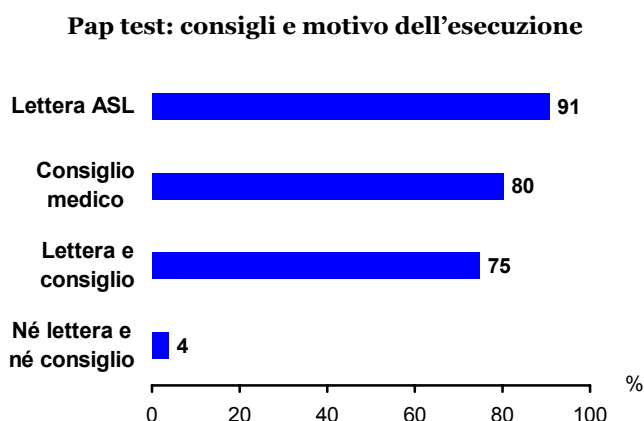
- In Umbria l'88% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Quasi la metà delle donne ha riferito inoltre l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Circa 1 donna su 10 invece non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.



\* Donne di 25 - 64 anni

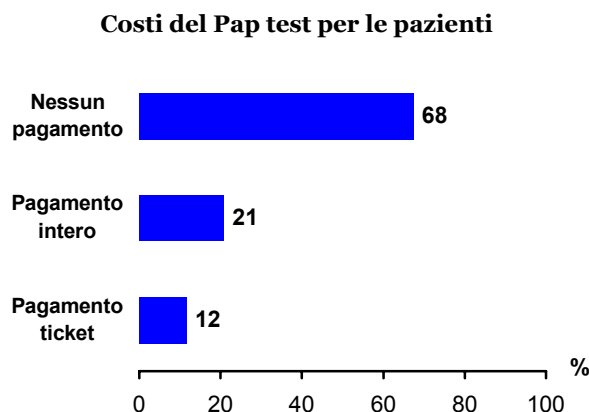
## Viene consigliato il Pap test?

- In Umbria il 91% delle donne intervistate di 25-64 anni (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL e l'80% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test. Inoltre, il 75% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 4% 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'AUSL nel 57%, su consiglio medico nel 14% e di propria iniziativa nel 29%.



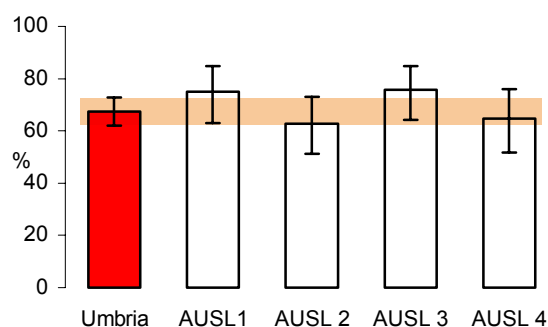
## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- In Umbria il 68% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 12% ha pagato solamente il ticket e il 21% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Circa il 75% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 25% in una struttura privata.



- Nelle AUSL della Regione, non si osservano differenze significative tra le percentuali di donne che riferiscono di non aver effettuato alcun pagamento per l'ultimo pap test (range dal 76% della AUSL 3 al 63% della AUSL 2).

Pap test eseguito senza alcun pagamento



### Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta, grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni): in particolare quasi la metà l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

All'interno della regione 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 37.000 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. In Umbria il programma è stato attivato in tutte la AUSL nel 1997.

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

- In Umbria l'85,5% delle donne intervistate tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- 2 donne su 3 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. Le percentuali sono significativamente maggiori tra le 50-59enni e tra le più istruite. Non si apprezzano invece differenze significative per stato civile.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 46 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

#### Screening cancro della mammella (50-69 anni)

| Caratteristiche       |               | % di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni* |
|-----------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Totale</b>         |               | <b>68,9</b><br>(IC95%:60,6- 76,3)                                   |
| <b>Classi d'età</b> ^ | 50 - 59       | 82,1                                                                |
|                       | 60 - 69       | 52,6                                                                |
| <b>Stato civile</b>   | Coniugata     | 69,6                                                                |
|                       | Non coniugata | 65,7                                                                |
| <b>Istruzione**</b> ^ | Bassa         | 63,0                                                                |
|                       | Alta          | 79,9                                                                |

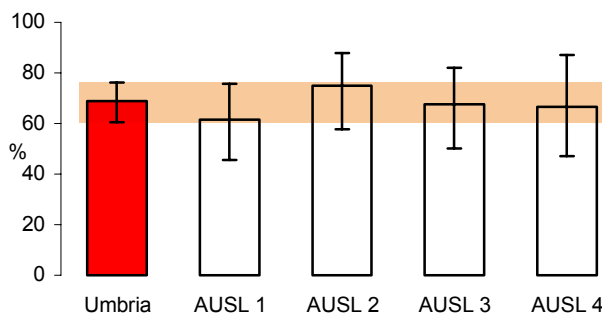
\* le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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

^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

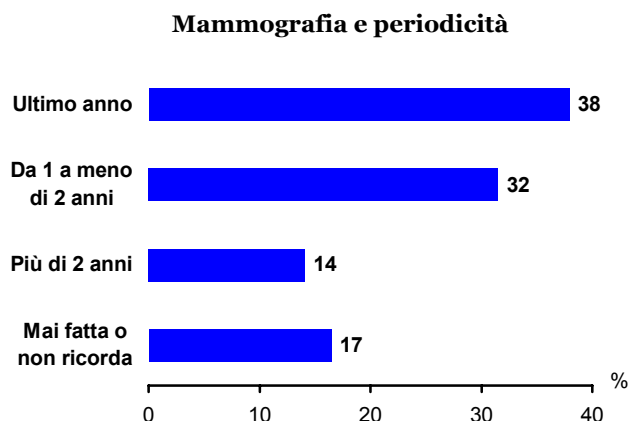
- Nelle quattro Aziende Sanitarie regionali la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato la mammografia a scopo preventivo negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 75% della AUSL 2 al 61% della AUSL 1).

#### Mammografia negli ultimi due anni



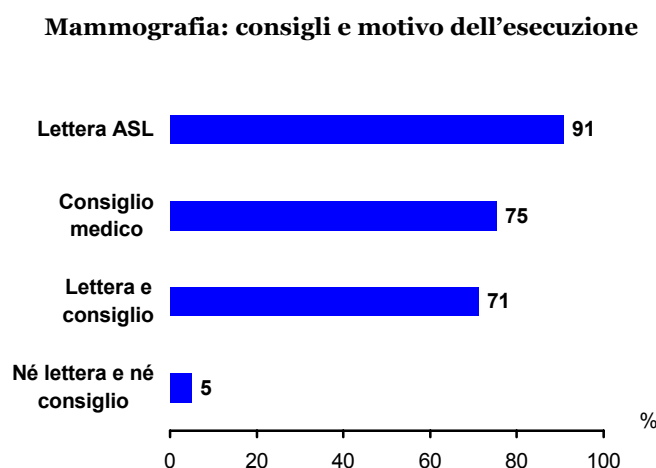
## Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- In Umbria più di un terzo delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 32% fra 1 e 2 anni ed il 14% più di 2 anni fa.
- Il 17% per contro riferisce di non aver mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



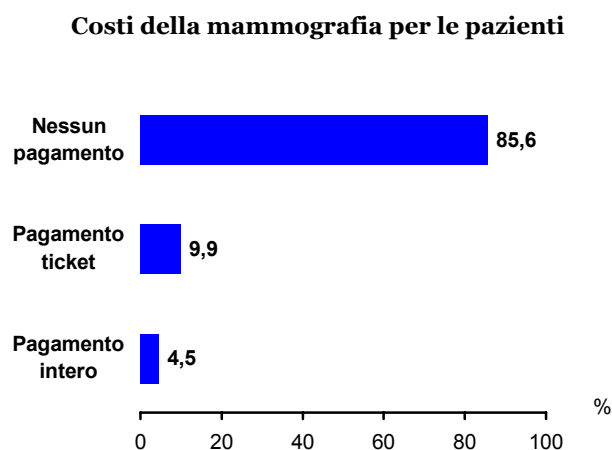
## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- In Umbria il 91% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, il 75% 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 nell'11% su consiglio medico, nel 14% di propria iniziativa e nel 74% in seguito ad una lettera di invito della ASL.

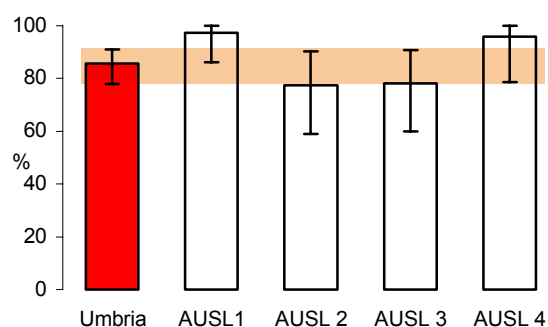


## Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- In Umbria il 96% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica; l'1% non si ricorda.
- L'86% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 10% ha pagato solamente il ticket e il 4% ha pagato l'intero costo dell'esame.



- Nelle AUSL della Regione, non si osservano differenze significative tra le percentuali di donne che riferiscono di non aver effettuato alcun pagamento per l'ultima mammografia (range dal 97% della AUSL 1 al 77% della AUSL 2).

**Mammografia eseguito senza alcun pagamento**

### **Conclusioni e raccomandazioni**

In Umbria la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo è alta; inoltre i due terzi delle donne tra 50 e 69 anni hanno effettuato una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni), di cui più di un terzo nel corso dell'ultimo anno. Questo dato testimonia la presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio.

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?

- In Umbria il 27% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto (11%) o la sigmoidoscopia (9%) o entrambi gli esami (8%) a scopo preventivo.
- La percentuale è significativamente maggiore tra gli uomini, mentre non si osservano differenze significative per classi di età e livello di istruzione.
- Il 17% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 e relative indicazioni regionali.

#### Screening cancro colon retto (50-69 anni)

| Caratteristiche     |         | % di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi |
|---------------------|---------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Totale</b>       |         | <b>27,3</b><br>(IC95%:22,4-32,9)                               |
| <b>Classi d'età</b> | 50 - 59 | 23,7                                                           |
|                     | 60 - 69 | 31,9                                                           |
| <b>Sesso ^</b>      | Uomini  | 33,6                                                           |
|                     | Donne   | 20,6                                                           |
| <b>Istruzione**</b> | Bassa   | 28,0                                                           |
|                     | Alta    | 26,2                                                           |

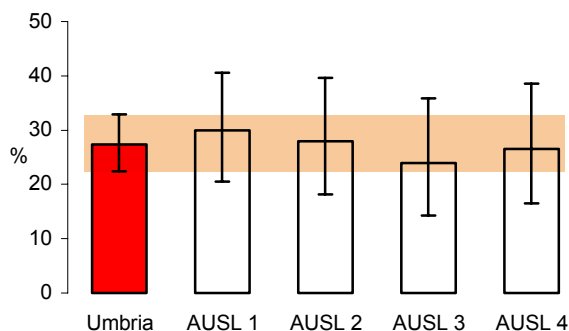
\* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

^ le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ )

- Tra le aziende della regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 30% dell'AUSL 1 al 24% dell'AUSL 3).

#### Persone che hanno eseguito almeno un test per motivi preventivi (50-69 anni)



## **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 in Umbria 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 è stato attivato un programma di screening 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, ma la prosecuzione del sistema di sorveglianza potrà essere utile per valutarne l'efficacia nel tempo.

## Sintomi di depressione

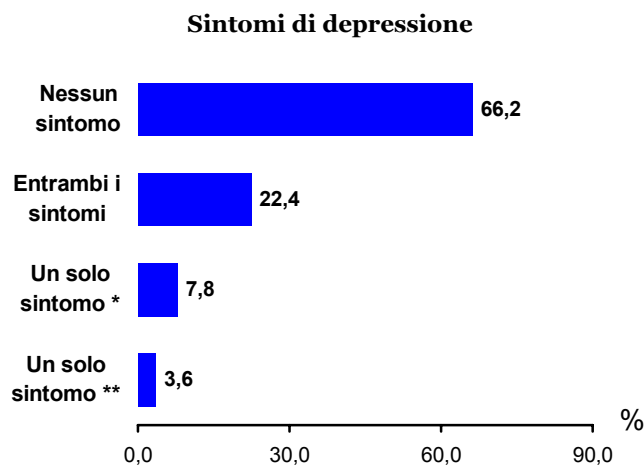
L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

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

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

### Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- In Umbria il 22% 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 34% 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?

- In Umbria i 2 sintomi di depressione associati non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione:
  - più interessate sono le donne (oltre 2 volte più degli uomini);
  - l'età ed il livello di istruzione non comportano differenze;
  - i sintomi sono presenti in modo minore in chi ha un lavoro fisso.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 65% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 25% molto o moltissimo difficile.

### Sintomi di depressione

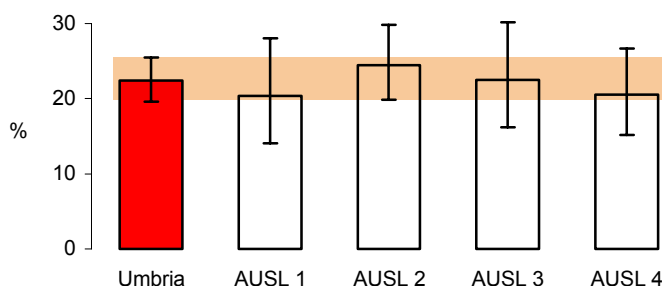
| Caratteristiche     |           | chi ha riferito entrambi i sintomi % |
|---------------------|-----------|--------------------------------------|
| <b>Totale</b>       |           | <b>22,4</b><br>(IC95%: 19,6-25,5)    |
| <b>Classi d'età</b> | 18 - 34   | 22,1                                 |
|                     | 35 - 49   | 20,8                                 |
|                     | 50 - 69   | 24,0                                 |
| <b>Sesso ^</b>      | Uomini    | 14,6                                 |
|                     | Donne     | 30,4                                 |
| <b>Istruzione *</b> | Bassa     | 22,8                                 |
|                     | Alta      | 22,1                                 |
| <b>Occupazione</b>  | Presente  | 18,7                                 |
|                     | Saltuaria | 29,8                                 |
|                     | Assente   | 28,4                                 |

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

^ La differenza per sesso è statisticamente significativa

- Nelle quattro AUSL della Regione la percentuale di persone che hanno riferito entrambi i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa dal dato medio regionale.

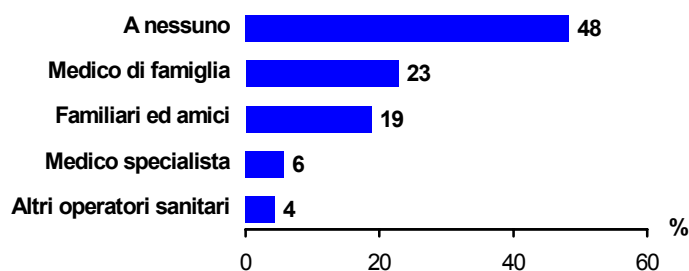
### Quanti riferiscono entrambi i sintomi



## A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- In Umbria su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico risulta del 28,5% mentre circa la metà riferisce di non essersi rivolto ad alcuno.

### Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione N = 261



\* 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 N = 261**

- In Umbria sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 23% ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.
- Se consideriamo solo coloro che riferiscono entrambi i sintomi, la proporzione di persone che assume farmaci sale al 28%.

| Caratteristiche           | % su chi ha riferito sintomi      |
|---------------------------|-----------------------------------|
| <b>Totale</b>             | <b>22,7</b><br>(IC95%: 17,7-28,3) |
| <b>Un solo sintomo *</b>  | 9,2                               |
| <b>Un solo sintomo **</b> | 18,9                              |
| <b>Entrambi i sintomi</b> | 28,0                              |

\* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

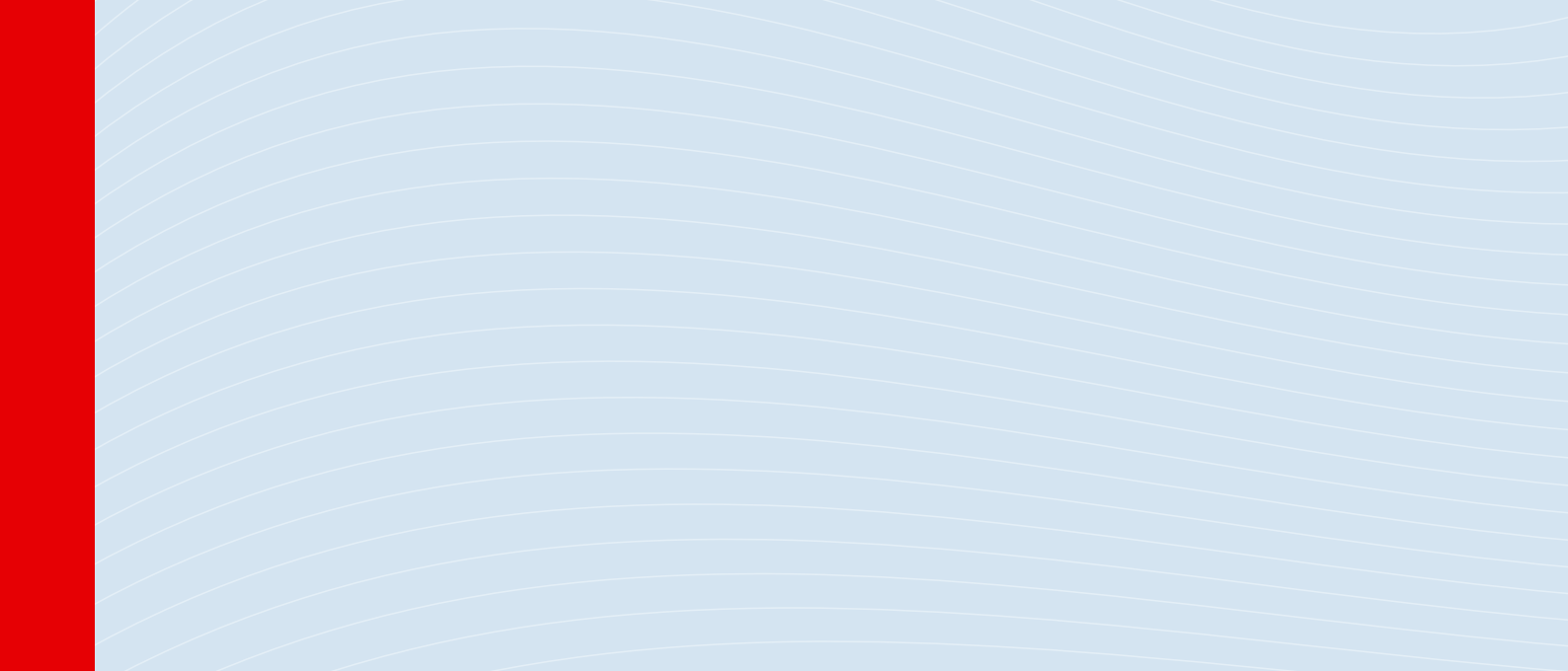
\*\* si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

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

I risultati dello studio evidenziano come i sintomi di depressione riguardino una notevole fetta della popolazione in studio, in particolare le donne, con una maggior percentuale, sebbene non significativa, tra chi non ha un lavoro regolare.

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



*tre*

*Parte* 3

*Studio PASSI 2006 - Considerazioni conclusive*



## Parte 3

# Valutazione della sperimentazione della sorveglianza di popolazione

## 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 due 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](http://www.cdc.gov/brfss)
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

### Salute e qualità di vita percepita

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989
- 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](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](http://www.ossfad.iss.it))
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51

- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

### **Alimentazione**

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

### **Alcol**

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

### **Sicurezza stradale**

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

### **Infortuni domestici**

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
- Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005

- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane 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, Altekruze 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](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](http://www.istat.it)
- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000 (informazioni n.26)

### **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/edoco6.pdf>)
- “WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe”. WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoco7.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](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>)











**Regione Umbria**

**Assessorato Sanità**  
**Direzione Sanità e Servizi Sociali**  
**Ufficio Dirigenziale "Prevenzione"**

## **Collana: ATLANTI DELLA PREVENZIONE**

---



VOLUME N.1

PRIMO RAPPORTO

**Gli infortuni sul lavoro in Umbria.  
Anni 2000-2003**

Edizioni SEDES - Perugia, Ottobre 2006



VOLUME N.2

Studio PASSI

**Rapporto 2006 - Regione Umbria**

Edizioni SEDES - Perugia, Aprile 2007

*Edito da:*



Via M. Angeloni 61 - 06124 Perugia  
tel. 075 5056987 - fax 075 5058796  
e-mail: [info@sedes.it](mailto:info@sedes.it)  
[www.sedes.it](http://www.sedes.it)

*Finito di stampare nel mese di Aprile 2007*