



Regione Lombardia
Sanità



**CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA,
SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Profea

STUDIO PASSI

Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



REGIONE LOMBARDIA

**Sperimentazione nell'ASL della provincia di Bergamo, nell'ASL
della provincia di Sondrio e nell'ASL della provincia di Varese**

Anno 2005

A cura di:

Marina Bonfanti – Angela Bortolotti (Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

A livello nazionale:

Nancy Binkin, Silvia Colitti, Alberto Perra, Paola Scarpetta, Nicoletta Bertozzi, Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità)

Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito (Gruppo PROFEA 2004)

A livello regionale:

Marina Bonfanti, Angela Bortolotti, Luigi Macchi (Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia)

A livello aziendale**Referenti****Intervistatori**

ASL provincia di Bergamo

Giuliana Rocca

Antonioli Lucia
Bianchi Cristina
Maffioletti Alessandra
Rocca Giuliana
Schiavi Margherita

ASL provincia di Sondrio

Lorella Cecconami

Cerletti Stefania
Colturi Vanna
Corvi Chiara
Feci Giuseppina
Gaboardi Chiara
Zecca Eugenia

ASL provincia di Varese

Roberto Bardelli

Balconi Lorena
Bambini Flora
Degli Stefani Cristina
Maganuco Giuseppina
Piotto Laura

Un ringraziamento particolare alle persone intervistate ed ai loro Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione offerta.

INDICE

SINTESI	pag.	5
INTRODUZIONE		7
OBIETTIVI		8
METODI		10
RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE		
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE		12
Aspetti socio-demografici		
Conclusioni e raccomandazioni		
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE		15
Buona percezione del proprio stato di salute		
Giorni in cattiva salute percepiti al mese		
Conclusioni e raccomandazioni		
ATTIVITÀ FISICA		17
Sedentari e attivi		
Promozione attività fisica		
Conclusioni e raccomandazioni		
ABITUDINE AL FUMO		19
Distribuzione dell'abitudine al fumo		
Caratteristiche dei fumatori		
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario		
Consigli sullo smettere di fumare		
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori		
Esposizione al fumo in ambiente domestico		
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro		
Conclusioni e raccomandazioni		
ABITUDINI ALIMENTARI		23
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno		
Quanti conoscono il "5 a day"		
Conclusioni e raccomandazioni		
CONSUMO DI ALCOL		25
Quante persone devono		
Quanti i bevitori a rischio		
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"		
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario		
Conclusioni e raccomandazioni		
SICUREZZA STRADALE		28
L'uso dei dispositivi di sicurezza		
Quanti guidano in stato di ebbrezza		
Conclusioni e raccomandazioni		

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	pag. 30
Quanti si vaccinano	
Conclusioni e raccomandazioni	
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	31
Quante donne sono vaccinate	
Quante donne sono suscettibili	
Conclusioni e raccomandazioni	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	33
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	
Quanti sono ipertesi	
Come viene trattata l'ipertensione	
Conclusioni e raccomandazioni	
COLESTEROLEMIA	35
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	
Perché non si assumono farmaci	
Conclusioni e raccomandazioni	
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	37
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	
Quanti sono in eccesso ponderale	
Conclusioni e raccomandazioni	
PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	39
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO	40
Quante hanno eseguito un pap test	
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	
Consigliato il pap test	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA	43
Quante hanno eseguito una mammografia	
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	
Consigliata la mammografia	
Conclusioni e raccomandazioni	
SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO	45
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	
Conclusioni e raccomandazioni	
TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI	46
BIBLIOGRAFIA	50

Sintesi

Lo studio è stato condotto in 3 Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Regione Lombardia:

ASL della provincia di Bergamo

ASL della provincia di Sondrio

ASL della provincia di Varese

mediante la somministrazione telefonica di un questionario.

Le interviste telefoniche condotte da personale dei Dipartimenti di Prevenzione Medica delle ASL sono state svolte nel periodo maggio- giugno 2005.

Il campione non è rappresentativo della popolazione della Regione Lombardia in quanto la selezione delle ASL partecipanti non è derivata da una scelta casuale.

Descrizione del campione aziendale - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine è stato intervistato un campione casuale di 600 persone, selezionate dalle liste delle anagrafi sanitarie di età compresa tra 18-69 anni.

Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini con un'età media di 44 anni. La metà ha un livello di istruzione alto e oltre il 60% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine lo stato di salute percepito viene considerato buono o molto buono dal 70% degli intervistati, per la maggior parte giovani (18-34 anni), di sesso maschile e con alto livello di istruzione. Il 44% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine è completamente sedentario il 17% del campione ed il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In oltre un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine il 27% degli intervistati si dichiara fumatore ed il 25% ex fumatore. Tra gli ex fumatori, quasi tutti hanno smesso di fumare da soli ed appena il 3% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 66% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Abitudini alimentari - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 14% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa in particolare negli uomini.

Consumo di alcol - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine si stima che oltre due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un terzo abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 15% è forte bevitore o "binge"). Pochi intervistati dichiarano di essere interpellati dagli operatori sanitari sulle loro abitudini al consumo dell'alcol e di ricevere raramente il consiglio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine si osserva un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (91% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della

cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo dal 23% degli intervistati. Il 93% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre il casco. Il 13% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista ed il 15% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine in media solo il 24% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine lo stato immunitario delle donne in età fertile è del 65%: in particolare, il 48% riferisce di essere stato vaccinato ed il 44% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 17%; negativo il 2%). Pertanto, la percentuale di donne in età fertile suscettibile alla rosolia è ancora sensibilmente superiore ai valori ritenuti necessari per l'eradicazione della rosolia congenita (95%).

Ipertensione arteriosa - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine si stima che sia iperteso circa un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di questi il 72% è sotto trattamento farmacologico. Al 9% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine circa un quarto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di questi il 31% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Uno su quattro dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

Situazione nutrizionale - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine è in sovrappeso il 25% del campione mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 18% dei casi con dieta e solo nel 20% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Punteggio di rischio cardiovascolare - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine, il punteggio di rischio cardiovascolare è stato calcolato (da parte dei medici) solo nel 5% delle persone ultra quarantenni intervistate.

Screening neoplasia del collo dell'utero - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine l'87% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap-test nella vita ed il 68% l'ha eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella - Nelle 3 ASL lombarde che hanno aderito all'indagine il 90% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia e l'80% l'ha eseguita a intervalli di due anni, come raccomandato.

Screening tumore del colon retto - Nelle 3 ASL lombarde partecipanti all'indagine appena il 9% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

Introduzione

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio delle principali cause di mortalità e morbosità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, incidenti stradali ...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed sui programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali argomenti studiati sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione ed ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscope dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

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

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 ed 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 ed i fattori di rischio indagati.

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata ed intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone 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
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

5. Abitudini alimentari

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

6. Consumo di alcol

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

7. Sicurezza stradale

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

8. Vaccinazioni in età adulta

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

9. Fattori di rischio cardiovascolare

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

10. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening.

Metodi

Lo studio è stato condotto in 3 Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Regione Lombardia:

ASL della provincia di Bergamo

ASL della provincia di Sondrio

ASL della provincia di Varese

con la partecipazione del personale dei Dipartimenti di Prevenzione Medica, nel periodo maggio-giugno 2005.

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 3 ASL lombarde coinvolte nell'indagine (aggiornate al 31.12.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza delle 3 ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono stati 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 3 ASL lombarde.

La dimensione del campione complessivo è stata di 597 individui (circa 200 per ciascuna ASL), calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dalle 3 ASL lombarde coinvolte tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Sindaci di tutti i comuni.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. Le interviste alla popolazione in studio sono state realizzate nell'arco di due mesi (maggio-giugno 2005) da medici e personale sanitario afferenti al Dipartimento di Prevenzione Medica delle 3 ASL lombarde coinvolte nello studio.

Ciascuna intervista telefonica è durata in media circa 20 minuti.

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

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta sia aggregando i dati delle 3 ASL lombarde coinvolte nello studio sia aggregando i dati delle 123 ASL partecipanti livello nazionale senza il metodo della pesatura.

Il campione relativo alle 3 ASL lombarde non è rappresentativo della popolazione della Regione Lombardia in quanto la selezione delle ASL partecipanti non è derivata da una scelta casuale.

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 stato richiesto la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy. I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 597 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL provincia di Bergamo, provincia di Sondrio e provincia di Varese aggiornate al 31/12/2004.

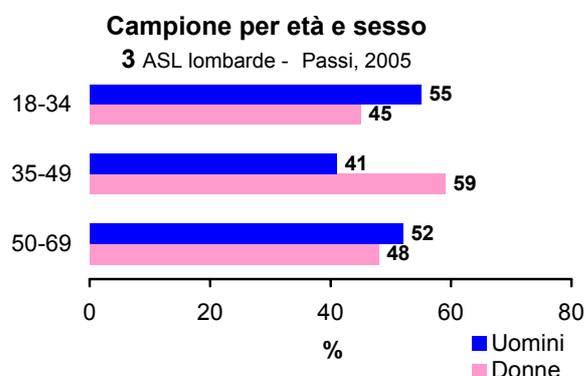
Tra le ASL partecipanti si è registrato il 23% di sostituzioni; la maggior parte delle sostituzioni (16,5%) riguarda assistiti non rintracciabili telefonicamente o temporaneamente fuori dal comune di residenza, e solo il 4,5% persone che hanno rifiutato di partecipare allo studio.

Tra le ASL nazionali partecipanti si è registrato l'84% di accettazioni ed il 6% di rifiuti.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

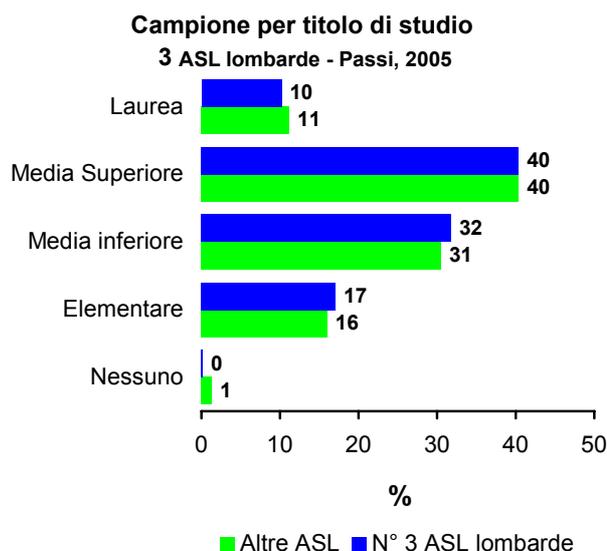
L'età e il sesso

- Nelle 3 ASL lombarde il 51% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 30% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 36% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è pressochè sovrapponibile a quella presente nella anagrafe delle singole aziende partecipanti.



Il titolo di studio

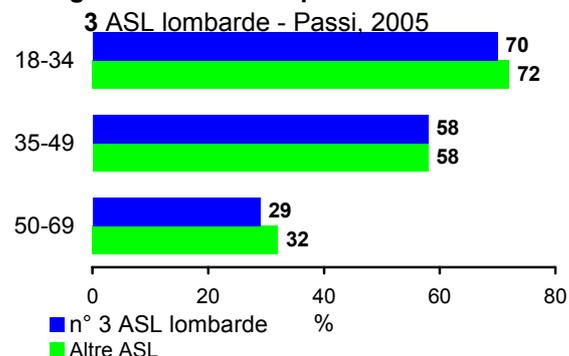
- Nelle 3 ASL lombarde partecipanti lo 0,2% del campione non ha alcun titolo d'istruzione il 17% ha la licenza elementare, il 32% la licenza media inferiore, il 40% la licenza media superiore, il 10% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le 123 ASL partecipanti all'indagine.



Il livello di istruzione

- Il 51% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Nelle 123 ASL partecipanti all'indagine il 52% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età è sovrapponibile.

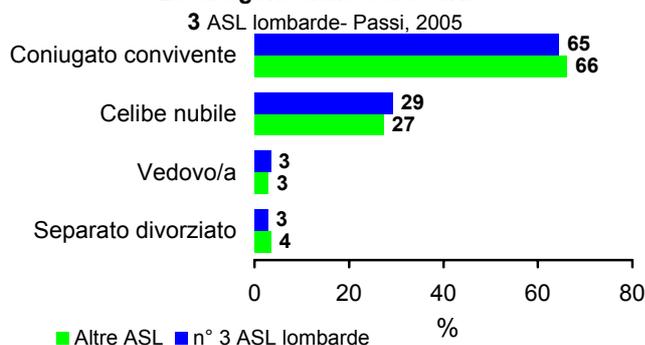
Alto grado d'istruzione per classe d'età



Lo stato civile

- Nelle 3 ASL lombarde partecipanti i coniugati/conviventi rappresentano il 65%, celibi/nubili il 29%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 3%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle 123 ASL partecipanti allo studio.

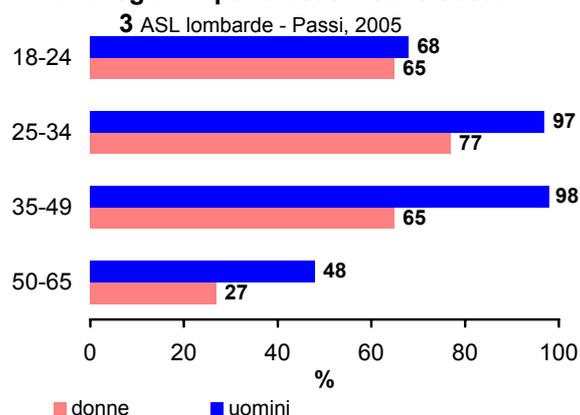
Le categorie dello stato civile



Il lavoro

- Nelle 3 ASL lombarde il 66% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (57% vs. 76%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle 123 ASL partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

Lavoro regolare per classe d'età e sesso



Conclusioni e raccomandazioni

Lo studio delle differenze nel livello di istruzione per età del campione delle 3 ASL lombarde suggerisce l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute.

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, ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

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

- Nelle 3 ASL lombarde il 70% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle 123 ASL partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

Stato di buona salute percepito 3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche Demografiche	%
Totale	69,7 (IC95%: 65,8-73,3)
Età	
18 - 34	84,7
35 - 49	67,6
50 - 69	59,2
Sesso	
M	74,0
F	65,6
Istruzione*	
bassa	63,1
alta	76,0
Patologia Severa**	
presente	44,3
assente	74,1

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

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

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

- Nelle 3 ASL lombarde le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per circa 1 giorno al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività. Mentre il numero di giorni in cattiva salute per motivi psicologici è maggiore nella fascia 35-49 anni.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici .
- Nelle 123 ASL partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita
3 ASL lombarde – Passi, 2005

Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
Totale	2,6	2,9	1,2
Età			
18 - 34	2,1	2,1	1,0
35 - 49	2,4	3,8	1,0
50 - 69	3,1	2,6	1,6
Sesso			
M	2,3	2,1	1,3
F	2,8	3,5	1,1

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela nelle 3 ASL lombarde valori in linea con l'indagine multiscopo 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

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

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

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nelle 3 ASL lombarde il 43% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 40% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 17% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine, il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

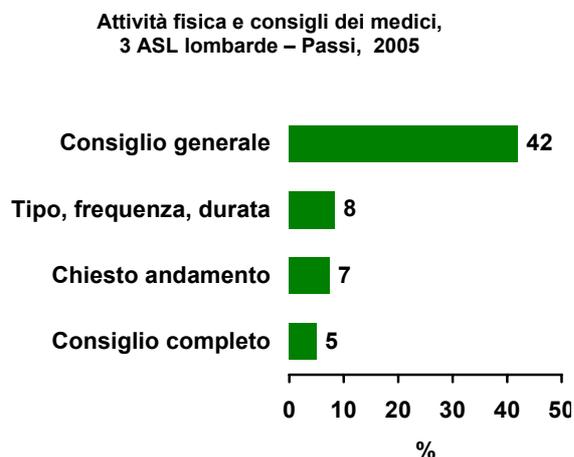
Sedentarietà	
3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
Totale	17,1(IC95%:14,2-20,4)
Età	
18 - 34	12,4
35 - 49	18,4
50 - 69	19,7
Sesso	
uomini	16,1
donne	18,0
Istruzione**	
bassa	19,8
alta	14,5

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

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

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

- Nelle 3 ASL lombarde le persone intervistate riferiscono che il 42% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 42% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo l'8% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 7% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo il 5% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le persone delle 123 ASL partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa il 17% della popolazione delle 3 ASL lombarde conduca uno stile di vita sedentario ed il 40% non pratichi sufficiente attività fisica; pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle 123 ASL partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

In meno della metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti. La percentuale di medici che dà consigli più dettagliati è del 8%.

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

L'abitudine al fumo

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

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

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

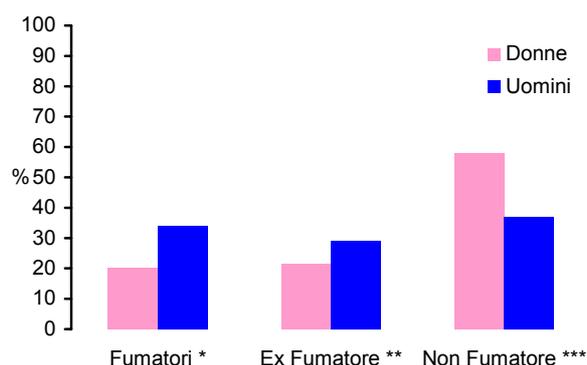
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nelle 3 ASL lombarde i fumatori sono pari al 27%, gli ex fumatori al 25%, e i non fumatori al 48%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (34% versus 20%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (58% versus 37%).
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.

Abitudine al fumo nelle 3 ASL lombarde – Passi, 2005



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani e tra gli uomini .
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 13 sigarette al giorno.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori 3 ASL lombarde Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	27,0 (IC95%:23,5-30,8)
Età, anni	
18 - 24	43,9
25 - 34	26,7
35 - 49	26,6
50 - 69	23,0
Sesso ^	
M	33,9
F	20,3
Istruzione**	
bassa	27,0
alta	27,0

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

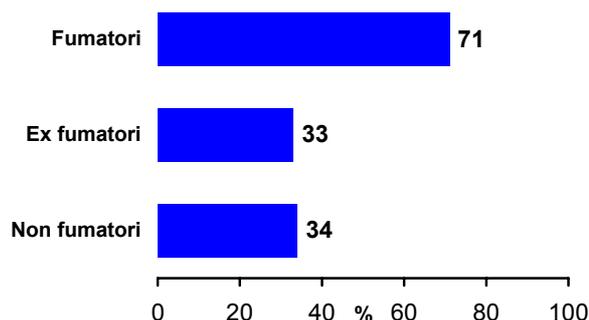
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,000)

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

- Nelle 3 ASL lombarde meno di un intervistato su due (43%) dichiara di essere stato intervistato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 71% dei fumatori, il 33% degli ex fumatori e il 34% dei non fumatori.

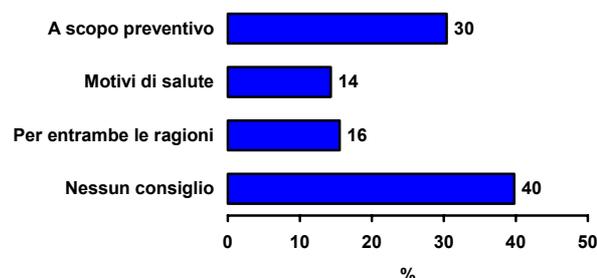
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – 3 ASL lombarde, 2005



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

- Il 60% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (30%)
- Il 40% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

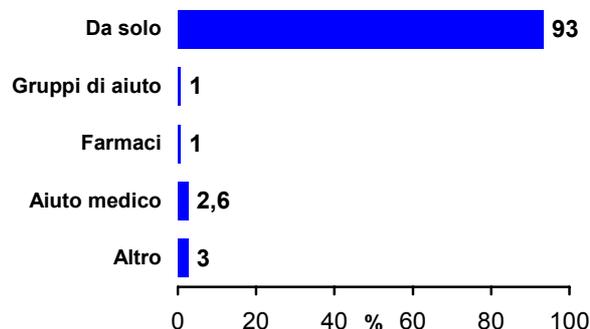
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione 3 ASL lombarde, 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 93% degli ex fumatori delle 3 ASL lombarde ha smesso di fumare da solo; il 3% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle 123 ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

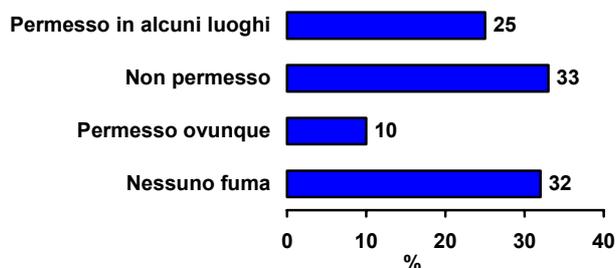
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori 3 ASL lombarde, 2005



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Gli intervistati nelle 3 ASL lombarde dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 65% dei casi (33% non permesso; 32% nessuno fuma); nel restante 35% dei casi si fuma ovunque o in parte.

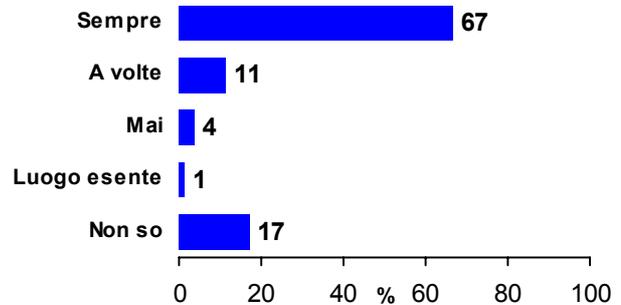
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa 3 ASL lombarde, 2005



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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 67% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori) 3 ASL lombarde, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori pressoché sovrapponibile a quella delle 123 ASL che hanno aderito allo studio a livello nazionale. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 18-24enni, dove circa 1 persona su 2 riferisce di fumare.

Il 60% circa 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 e sostegno di un medico; la quasi totalità degli ex fumatori ha infatti gestito il problema autonomamente. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, ben il 33% degli intervistati riferisce che il divieto sul posto di lavoro non viene rispettato. Tale dato lascia ampio margine di intervento per politiche di controllo del fumo nelle aziende pubbliche e private.

Abitudini alimentari

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

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

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

- Nelle 3 ASL lombarde il 89% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 14% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone con più di 50 anni e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- Nelle 123 ASL partecipanti la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.

Adesione al "5 a day"*** 3 ASL Lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day"*** (%)
Totale	13,9 (IC95%:11,3-17,0)
Età	
18 - 34	10,2
35 - 49	11,1
50 - 69	19,2
Sesso ^	
uomini	9,9
donne	17,4
Istruzione**	
bassa	15,4
alta	12,2

* 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

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,004)

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

- Il 55% degli intervistati delle 3 ASL lombarde conosce il "5 a day" (rispetto al 56% delle 123 ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 16% dei casi da un medico (sovrapponibile al valore del 19% nelle altre ASL).



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 7 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo, più evidente nelle persone di sesso maschile, può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti solo poco più della metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica ed 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 sia individuale che per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) e si associa frequentemente all'abitudine al fumo e/o all'abuso di droghe.

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

Le persone con un rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per il consumo di 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?

- Nelle 3 ASL lombarde 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 70%.
- Si sono osservati tassi più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

Consumo di alcol	
3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
Totale	69,80 (IC95%:66,0-73,5)
Età, anni	
18 - 24	82,5
25 - 34	69,2
35 - 49	65,7
50 - 69	70,9
Sesso[^]	
uomini	87,0
donne	53,4
Istruzione^{**}	
bassa	64,2
alta	75,3

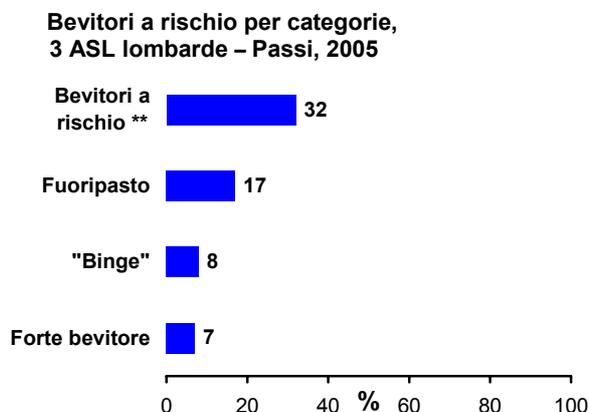
* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore - differenze statisticamente significative (p=0,0015)

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

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 32% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori-pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- In un mese il 17% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- L' 8% 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 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le 123 ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

Bevitori "binge"	
3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge" (n=28)
Totale	7,9 (95% CI 5,9-10,4)
Età, anni	
18 - 24	15,8
25 - 34	12,5
35 - 49	5,8
50 - 69	5,2
Sesso[^]	
M	14,4
F	1,6
Istruzione^{**}	
bassa	6,1
alta	9,5

* 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.

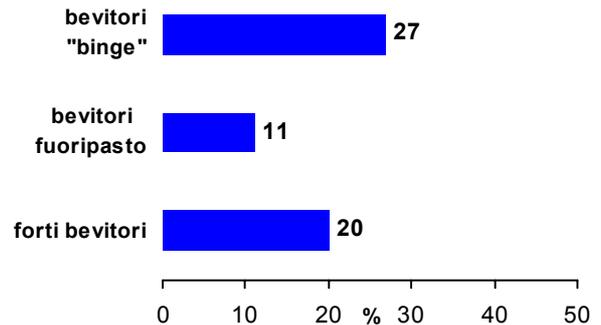
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

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

- Nelle 3 ASL lombarde solo il 20% 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 27% dei "binge", il 11% di chi beve fuori pasto ed il 20% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle 123 ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

**Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi),
3 ASL lombarde - Passi, 2005**



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde si stima che poco più dei due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un terzo circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Questi valori sono superiori a quelli delle ASL partecipanti all'indagine. Emerge inoltre che gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderare il consumo dell'alcol. I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente per il carattere diffuso dell'abitudine, per la connotazione positiva che assume soprattutto tra i giovani e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.

Sicurezza stradale

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

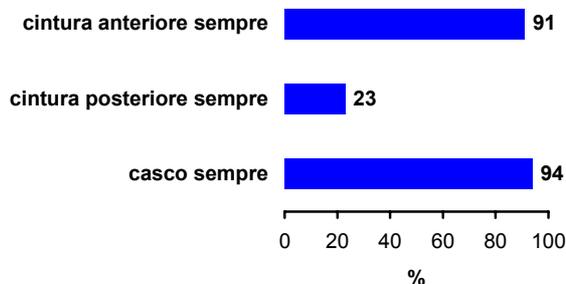
Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nelle 3 ASL lombarde la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 91%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (23%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 94% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle 123 ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.

Uso dei dispositivi di sicurezza
3 ASL lombarde Passi - 2005



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 13% degli intervistati (e il 19% di coloro che hanno guidato) 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 15% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza 3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	13,2 (IC95%:10,7-16,3)
Età*	
18 - 24	21,1
25 - 34	18,3
35 - 49	11,1
50 - 69	10,3
Sesso^^	
M	25,0
F	2,0
Istruzione****	
bassa	13,0
alta	13,5

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

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

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

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle 123 ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta più diffuso nelle 3 ASL lombarde rispetto alle 123 ASL partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 34 anni.

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nelle 3 ASL lombarde il 14% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 52% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 24% risulta vaccinato.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni) 3 ASL lombarde - Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche		Vaccinati
Totale		13.7 (IC95%:11,1- 16,8)
Età	≥65	52,0
	<65	10,2
	<65 con almeno una patologia cronica	24,2
Sesso[^]	uomini	13,0
	donne	14,4
Istruzione*	bassa	17,1
	alta	10,5

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

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 49% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 59% tra 18-24 anni al 45% tra 35-45 anni) e col livello d'istruzione basso.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=167) 3 ASL lombarde - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	48,5 (IC95%: 40,7 – 56,3)
Età	
18-24	58,8
25-34	50,0
35-45	45,5
Istruzione*	
bassa	46,3
alta	49,6

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

Quante donne sono immuni, suscettibili o non conoscono il loro stato vaccinale rispetto alla rosolia?

- Tra le donne non vaccinate il 44% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 65% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (49%) o con un rubeotest positivo (17%).
- Il 2% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 33% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Stato immunitario (donne 18-45 anni; n=167) 3 ASL lombarde - Passi, 2005,	
	%
Immuni	65,3
-vaccinate	48,5
-non vaccinate con rubeotest positivo	16,8
Suscettibili	1,8
-non vaccinate con rubeotest negativo	
Stato immunitario sconosciuto	32,9
-non vaccinate con rubeotest effettuato, ma con esito non noto	
-non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato	

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti rivelano che nelle 3 ASL lombarde, il 65% delle donne in età fertile risulta immune alla rosolia, in particolare il 49% riferisce di essere stata vaccinata e il 23% di avere eseguito un rubeotest (con esito positivo il 17%, negativo il 2% e con esito sconosciuto il 4%). Tuttavia, la percentuale di donne in età fertile immune verso la rosolia è ancora inferiore a quella richiesta per l'eradicazione della rosolia congenita (95%).

Appare, quindi, necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).

Ipertensione arteriosa

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- Nelle 3 ASL lombarde l'82% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il 9% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.
- I dati delle 3 ASL lombarde sono in linea con quelli delle 123 ASL partecipanti.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	
3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	82,4 (IC95%:79,1-85,3)
Età, anni	
18 - 34	75,1
35 - 49	81,2
50 - 69	89,7
Sesso	
uomini	79,5
donne	85,2
Istruzione**	
bassa	82,3
alta	82,6

Quanti sono ipertesi?

- Nelle 3 ASL lombarde il 18% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su tre è ipertesa (33%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

Ipertesi	
3 ASL lombarde – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	18.4 (IC 95%15,2- 22,0)
Età, anni[^]	
18 - 34	2,0
35 - 49	16,6
50 - 69	32,5
Sesso	
uomini	19,1
donne	17,7
Istruzione^{**}	
bassa	23,4
alta	13,3

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

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

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

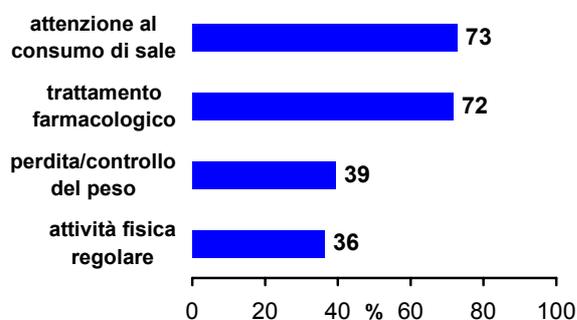
^{**} le differenze risultano statisticamente significative (p=0,001)

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 72% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (73%), controllando il proprio peso corporeo (39%) e svolgendo regolare attività fisica (36%).
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine la prevalenza di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 69%.

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa**

3 ASL lombarde – Passi, 2005



** ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde si stima che sia iperteso poco meno di un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, per la maggior parte ultracinquantenne.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

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

Colesterolemia

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

Quanti hanno effettuato, almeno una volta, la misurazione del colesterolo?

- Nelle 3 ASL lombarde il 74% della popolazione riferisce di aver effettuato, almeno una volta, la misurazione della colesterolemia.
- Il 57% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-69enni, e tra le donne rispetto agli uomini (79% vs 69%).
- Nelle 123 ASL partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita è pari al 79%.

Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo

3 ASL lombarde – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	74,0 (IC95%:70,3-77,5)
Età, anni	
18 - 34	56,5
35 - 49	78,7
50 - 69	84,0
Sesso	
M	68,8
F	79,0

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 27% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più avanzate e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Nelle 123 ASL partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile al dato rilevato nelle 3 ASL lombarde .

Ipercolesterolemici

3 ASL lombarde – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	26,5 (IC 95%22,5-31,0)
Età, anni[^]	
18 - 34	9,1
35 - 49	18,4
50 - 69	43,6
Sesso	
M	28,5
F	24,9
Istruzione^{** °}	
bassa	34,9
alta	18,8

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

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

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

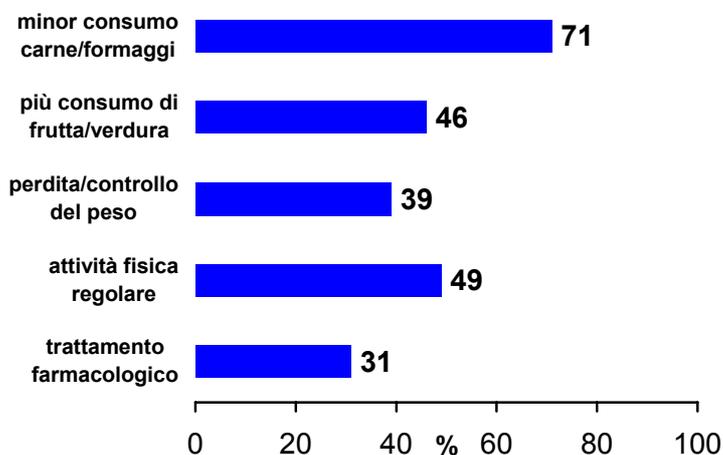
[°] le differenze risultano statisticamente significative (p<=0,0001)

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

- Il 31% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 71% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 46% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 39% di controllare il proprio peso corporeo e il 49% di svolgere regolare attività fisica.
- Tra le 123 ASL partecipanti il 24% riferisce di essere sottoposto a trattamento farmacologico

Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita**

3 ASL lombarde – Passi, 2005



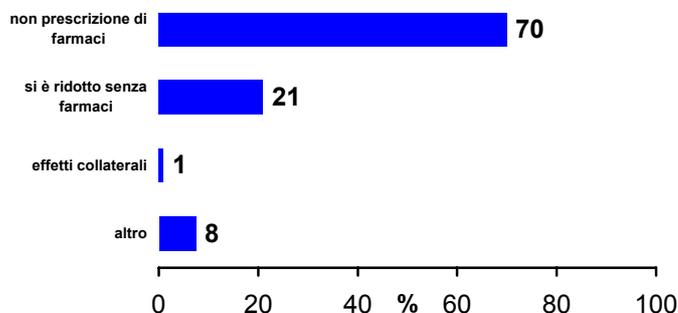
** ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 70% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 21% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- L' 1% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici

3 ASL lombarde- Passi 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nel 26% della popolazione delle 3 ASL lombarde non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, circa un quarto della popolazione totale tra 18 e 69 anni e il 44% tra 50-69 anni dichiarano di avere avuto diagnosi di ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle 123 ASL partecipanti.

Per alcune persone una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi invece controllano il proprio peso o praticano attività fisica. Inoltre, sebbene molti possono trarre beneficio da un controllo non-farmacologico, le pratiche di prescrizione correnti andrebbero riesaminate, tenendo conto della presenza di altri fattori di rischio e del controllo raggiunto usando metodi non-farmacologici.

Situazione nutrizionale

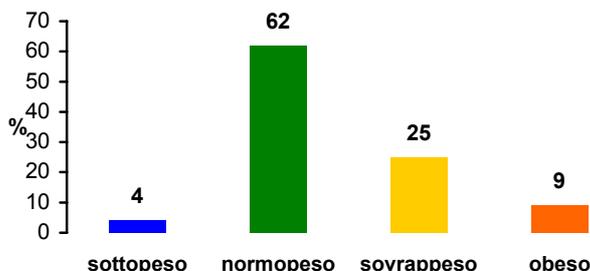
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di *Body Mass Index* (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI > 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Caratteristiche ponderali della popolazione
3 ASL lombarde – Passi, 2005

- Nelle 3 ASL lombarde il 4% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 62% normopeso, il 25% sovrappeso ed l'9% obeso.



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

- Nelle 3 ASL lombarde si stima che il 35% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 54% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale, il 18% svolge una dieta e il 20% fa attività fisica per perdere peso.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso

Popolazione con eccesso ponderale [^]
3 ASL lombarde – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	34,7 (IC 95%30,9-38,7)
Età, anni*	
18 – 24	15,8
25 – 34	18,3
35 – 49	29,5
50 – 69	54,0
Sesso^{^^}	
Uomini	43,8
Donne	25,9
Istruzione ^{***}	
bassa	44,7
alta	25,0

[^] popolazione in sovrappeso od obesa
^{*} le differenze risultano statisticamente significative (p<=0,0001)
^{**} le differenze risultano statisticamente significative (p<0,00001)
^{***} le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)
^o istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde si stima che il 35% della popolazione sia in eccesso ponderale, inferiore al dato relativo alle 123 ASL partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, solo circa una su cinque riferisce di seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi che favoriscano un'attività fisica regolare e abitudini alimentari corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici ed imprenditori privati. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

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 di 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 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?

- Nelle 3 ASL lombarde la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 5%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.
- Tra le 123 ASL partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è maggiore (9%).

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

3 ASL lombarde – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	4,8 (IC 95%2,9-7,8)
Età, anni	
40 - 49	6,5
50 - 59	2,7
60 - 69	5,0
Sesso	
uomini	4,2
donne	5,4
Istruzione*	
bassa	4,6
alta	5,2

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

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio di rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzato da parte dei medici sia nelle 3 ASL lombarde sia nelle 123 ASL partecipanti all'indagine.

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

Screening neoplasia del collo dell'utero

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

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

Quante donne hanno eseguito un pap test?

- Nelle 3 ASL lombarde l'87% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate nella fascia di età 35-49 (91%). Non si osservano differenze significative per livello d'istruzione.
- L'età media del primo pap test a scopo preventivo è risultata essere 29 anni.
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

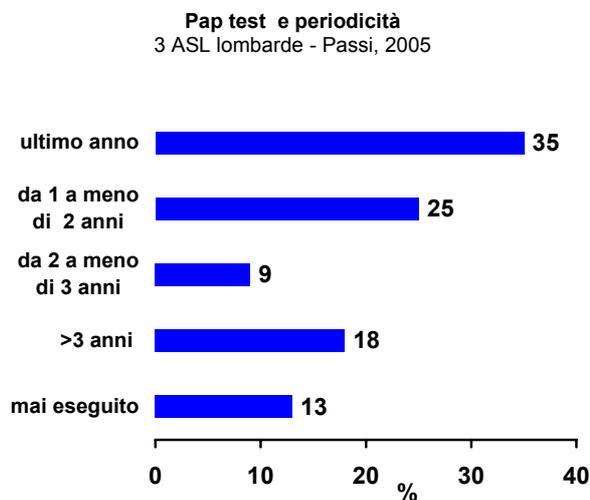
Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)	
3 ASL lombarde Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Effettuato il pap test *
Totale	87,0 (IC95%:82,2-90,8)
Età	
25 - 34	77,4
35 - 49	91,1
50 - 64	88,2
Istruzione**	
bassa	87,1
alta	86,9

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

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

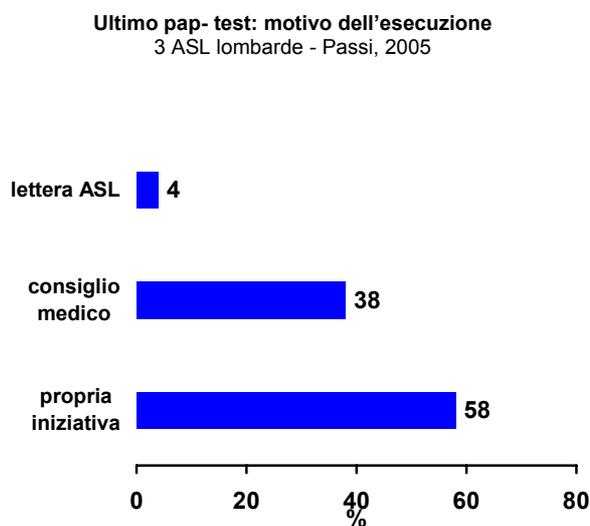
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- L'ultimo pap test è stato eseguito dal 68% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 35% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 13% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni.



Viene consigliato il pap test alle donne?

- Il 76% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il pap test e l'24% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (4%), su consiglio medico (38%) e di propria iniziativa (58%).
- Tra le donne delle 123 ASL partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL 9 nel 25%.



Conclusioni e raccomandazioni

Nelle 3 ASL lombarde la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo è alta anche in assenza di programmi organizzati. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); circa un terzo l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Il motivo prevalente di esecuzione dell'ultimo pap test è l'iniziativa personale. Dai risultati rilevati nelle 3 ASL lombarde, si può stimare che siano numerose le donne che effettuano il pap test ad intervalli più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati.

Screening neoplasia della mammella

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

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

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

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nelle 3 ASL lombarde l'90% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è maggiore nelle coniugate. Non si apprezzano differenze in base all'età ed al livello d'istruzione ed allo stato civile.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 50 anni, e coincide con quella raccomandata dalle linee guida (50 anni).
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

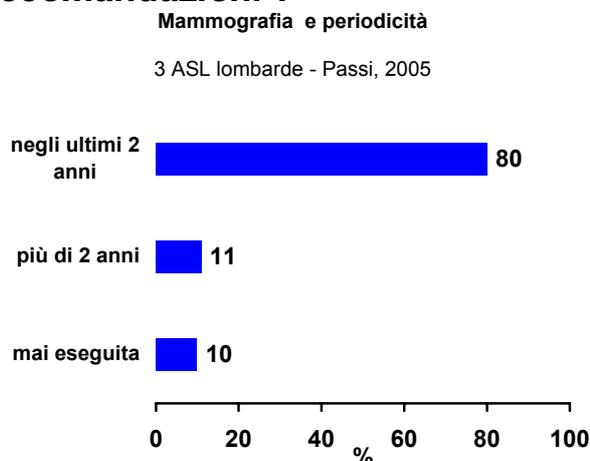
Screening cancro della mammella (≥50 anni)		
3 ASL lombarde - Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia*
Totale		90,3 (IC95%:82,9-95.2)
Età		
	50 - 59	92,7
	60 - 69	87,5
Stato civile		
	coniugata	91,0
	non coniugata	88,0
Istruzione**		
	bassa	89,7
	alta	92,0

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

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

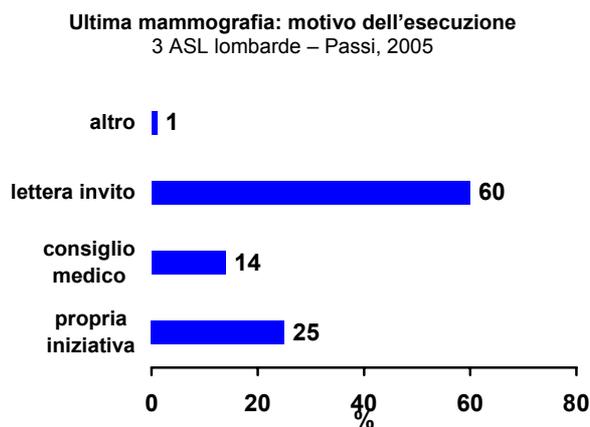
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nelle 3 ASL lombarde il 80% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 11% più di 2 anni fa. Il 10% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 70% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 94% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 14% su consiglio medico, nel 25% di propria iniziativa e nel 60% in seguito ad una lettera di invito.
- Tra 123 ASL partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% di propria iniziativa.



Conclusioni e raccomandazioni

L'esame mammografico è stato eseguito almeno una volta dal 90% delle donne tra i 50-69 anni, e l'80% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. Nella maggior parte dei casi l'ultima mammografia è stata eseguita come risposta alla lettera di invito dell'ASL, meno frequentemente su consiglio medico o di propria iniziativa. Questo dato testimonia l'importanza della chiamata attiva allo screening per migliorare l'adesione a questo test di prevenzione secondaria sulla base delle linee guida: gli studi riportati in letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi).

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

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

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

		Screening cancro colon retto (≥50 anni) 3 ASL lombarde- Passi, 2005	
		Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
• Nelle 3 ASL lombarde il 9% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.	Totale		8,9 (IC95%:5,5-13,6)
	Età	50 - 59	11,6
		60 - 69	5,9
• Il 4% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.	Sesso[^]	uomini	11,8
		donne	5,8
• Tra le 123 ASL partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.	Istruzione^{**}	bassa	7,2
		alta	13,1

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

[^] le differenze non risultano statisticamente significative

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia, e nelle 3 ASL lombarde che hanno partecipato allo studio sono stati recentemente attivati o sono in via di attivazione. Appare opportuno iniziare a pianificare questo programma di screening sul territorio ed a prevedere campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

Tabella riassuntiva risultati studio PASSI (di 123 ASL, non pesati)

Descrizione del campione aziendale	Stima 3 ASL lombarde	ASL partecipanti allo studio
Età media	43,8 anni	43,9 anni
Donne, %	51,1	51,6
Titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	10,2	11,2
<i>media superiore</i>	40,4	40,4
<i>media inferiore</i>	31,8	30,5
<i>elementare</i>	17,1	16,0
<i>nessuno</i>	0,2	1,3
Livello di istruzione*, %		
<i>Alto</i>	50,9	51,6
Stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	64,5	66,2
<i>celibi/nubili</i>	29,3	27,4
<i>vedovi/e</i>	3,4	2,9
<i>separati/divorziati</i>	2,8	3,5
Lavoro regolare**, %	66,4	62,5

* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

**Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Stima 3 ASL lombarde (% <i>,gg</i>)	ASL partecipanti allo studio (% <i>,gg</i>)
Salute molto-buona/buona, %	69,7	63,5
Giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,6	3,2
Giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	2,9	3,3
Giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,2	1,6

Attività fisica	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Adesione linee guida [^] o lavoro pesante dal punto di vista fisico	42,7	42,4
Popolazione completamente sedentaria ^{^^}	17,1	23,3
Consigli dei medici: ^{^^^}		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	41,5	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	41,7	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	8,4	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	7,4	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	5,0	7,2

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

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

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

Abitudine al fumo	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Fumatori*	27,0	26,5
<u>uomini</u>	33,9	31,5
<u>donne</u>	20,3	21,7
Ex fumatori**	25,3	19,7
Non fumatori***	47,7	53,9
Come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	93,4	94,2
aiuto del medico	2,6	1,8
Consigli dei medici:		
<u>chiesto se fuma</u>	43,4	38,6
<u>a fumatori</u>	70,8	64,9
<u>consigliato di smettere di fumare (a fumatori)</u>	60,2	62,2
Permesso di fumare in ambiente domestico:		
<u>non permesso</u>	32,9	37,0
<u>nessuno fuma</u>	32,2	25,4
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
<u>sempre</u>	66,5	57,6
<u>a volte/mai</u>	15,2	15,5

* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno.
**più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi
***meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano

Abitudini alimentari	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	88,6	90,8
Conosce il 5 a day [^]	55,0	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,9	13,3
Da chi ne hanno sentito parlare:		
<u>mass media</u>	48,2	45,4
<u>medico</u>	15,7	18,5
<u>campagne informative</u>	9,9	12,1

[^]mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese [◇]	69,8	63,8
Bevitori fuori pasto ^{◇◇}	16,6	12,4
Bevitori binge ^{◇◇◇}	7,9	8,0
Forti bevitori ^{◇◇◇◇}	6,9	5,5
Chiesto dal medico sul consumo	19,8	14,4

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

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

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

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

Sicurezza stradale	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Cintura anteriore sempre	90,7	83,0
Cintura posteriore sempre	22,8	19,7
Casco sempre [#]	93,5	88,1
Guida in stato di ebbrezza ^{##}	13,2	10,6
Trasportato da guidatore in stato di ebbrezza ^{###}	15,2	12,0

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

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

^{###}nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

Vaccinazione antinfluenzale	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Vaccinati 18-69 anni	13,7	15,3
Vaccinati ≥ 65	52,0	51,2
Vaccinati <65 con almeno una patologia	24,2	27,9

Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Vaccinate	48,5	30,6
Hanno eseguito rubeotest*	44,2	40,6
Immune**	65,3	52,6

* % calcolata sulle donne che non sono state vaccinate/non ricordano

** % donne che sono state vaccinate o che hanno un rubeotest positivo, calcolata su tutte le donne 18-45 anni

Iperensione arteriosa	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	82,4	81,4
Ipertesi*	18,4	22,6
Come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	71,7	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	72,7	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	39,4	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	36,4	34,6

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

Colesterolemia	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Misurazione colesterolo almeno una volta	74,0	79,3
Ipercolesterolemici [^]	26,5	24,7
Come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	30,8	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	70,9	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	46,2	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	38,5	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	48,7	39,0

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

Situazione nutrizionale	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Popolazione con eccesso ponderale	34,7	43,6
<i>sovrappeso</i>	25,3	32,5
<i>obeso</i>	9,4	10,8
Come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	18,4	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	20,3	22,7

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Popolazione cui è stato calcolato il punteggio#	4,8	9,0

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

Screening neoplasia del collo dell'utero^ (donne 25 - 64 anni)	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Eseguito almeno un pap test	87,0	78,4
Ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	68,4	69,7
Viene consigliato pap test periodico	75,9	70,1
Ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	24,1	56,0
Ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	3,7	24,6
<i>consiglio medico</i>	37,9	30,6
<i>propria iniziativa</i>	58,0	43,6

^eseguito a scopo preventivo

Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
Eseguita almeno una mammografia	90,3	74,9
Ultima mammografia eseguita da non più di due anni	79,6	56,7
Viene consigliata mammografia periodica	69,9	65,7
Ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	94,2	57,6
Ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	60,2	38,7
<i>consiglio medico</i>	14,0	28,6
<i>propria iniziativa</i>	24,7	32,0

◇ valori ASL partecipanti, senza il campione di supplemento

◇◇ eseguita a scopo preventivo

Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)#	Stima 3 ASL lombarde (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	8,9	14,0
eseguito negli ultimi due anni	4,2	8,3

#eseguita a scopo preventivo

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- **Salute e qualità di vita percepita**
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

Attività fisica

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

Fumo

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

Alimentazione

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

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

Sicurezza stradale

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

Rischio cardiovascolare

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

Screening oncologici

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