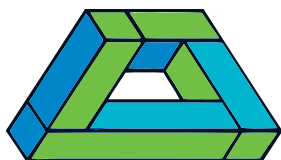


# lo studio PASSI nelle Marche

primi risultati e prospettive



**AGENZIA  
REGIONALE  
SANITARIA**



**REGIONE  
MARCHE**





lo studio  
**PASSI**  
nelle Marche  
primi risultati e prospettive





# Report 2005

## AUTORI

La redazione del presente rapporto è stata curata da:

Fabio Filippetti (Osservatorio Epidemiologico, ARS Marche), Massimo Baffoni (Asur ZT 13 ) Massimiliano Biondi e Marco Fanesi (Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità pubblica Università Politecnica delle Marche), Marco Morbidoni (Asur ZT 7), Francesca Polverini (Osservatorio Diseguaglianze, ARS Marche), Rosanna Passatempo (Asur ZT 8), Gaetano Raschi (Asur ZT 1), Alfredo Vaccaro (Asur ZT 3), Daniela Vincitorio (Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità pubblica Università Politecnica delle Marche), Giuliano Tagliavento (P.F. Sanità Pubblica, Regione Marche).

### Gruppi di lavoro

a livello nazionale:

Nancy Binkin, Alberto Perra, Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità), Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta, Giovanna De Giacomo, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito (Gruppo PROFEA Istituto Superiore di Sanità)

a livello regionale:

oltre ai curatori del report: Cristina Mancini (Regione Marche), Alberico Marcobelli e Matteo Scaradozzi (Agenzia Regionale Sanitaria) Daniel Fiacchini e Federica Scaccia (Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità pubblica Università Politecnica delle Marche).

Per le ZT ASUR:

<b>ZT Asur</b>	<b>Referenti</b>	<b>Intervistatori e Collaboratori</b>
ZT 1 Pesaro	Gaetano Raschi	Lorella Busca, Lucia Masini, Claudia Monadi, Elisa Massarini, Giovanni Lemma
ZT 2 Urbino	Gabriella Peccerillo	Marco Pompili, Paolo Romano
ZT 3 Fano	Massimo Agostini Alfredo Vaccaro	Eralda Bozzi, Barbara Francolini, Natalina Ghiselli, Manuela Lucertini, Sabrina Maltoni
ZT 4 Senigallia	Rosanna Rossini	Antonella Agocconi, Milena Cavallotti, Daniela Francoletti, Mirella Marcellini
ZT 5 Jesi	Francesca Pasqualini	Sabina Paci, Amelia Priori
ZT 6 Fabriano	Francesco Vannucci	Daniel Fiacchini, Daniela Vincitorio, Giorgia Capezzone
ZT 7 Ancona	Marco Morbidoni	Francesca Polverini, Paolo Antognini, Antonella Guidi
ZT 8 Civitanova M.	Rosanna Passatempo	Teresa Maria Gentili, Tiziana Mangoni, Irene Petrelli, Carla Torpedine
ZT 9 Macerata	Francesco Migliozi	Lucia Marinelli, Marcello Baiocco, Sabina Carlini
ZT 10 Camerino	Fabio Filippetti	Marcello Pannelli
ZT 11 Fermo	Rossana A. Belfiglio	Gabriella Maricotti, Maria Fermani, Marina Pistolesi, Elvira Cognigni
ZT 12 San Benedetto del Tronto	Francesca Picciotti	Anna Maria Amabili, Sandra Emili, Tiziana Faienza, Elisabetta Giovannelli, Luciana Balestra, Samuela Compagnoni, Giovanna Palestini, Anna Polidori
ZT 13 Ascoli Piceno	Massimo Baffoni	Patrizia Amboldi, Roberta Girardo, Miria De Santis, Letizia Gorrasi

Responsabili regionali studio PASSI:

Giuliano Tagliavento - *Dirigente P.F. Sanità Pubblica, Regione Marche (referente regionale)*

Fabio Filippetti - *Osservatorio Epidemiologico Regionale ARS Marche (coordinatore regionale)*

Rosanna Passatempo - *Asur Marche Zona Territoriale 8, Civitanova Marche (vice-coordinatore regionale)*

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



## INDICE

Introduzione .....	pag.	9
Sintesi del rapporto .....	pag.	15
Obiettivi dello studio .....	pag.	23
Metodi .....	pag.	29
Descrizione del campione .....	pag.	37
Percezione dello stato di salute .....	pag.	45
Attività fisica .....	pag.	51
L'abitudine al fumo .....	pag.	57
Stato nutrizionale .....	pag.	69
Abitudini alimentari .....	pag.	75
Consumo di alcol .....	pag.	79
Sicurezza stradale .....	pag.	87
Vaccinazione antinfluenzale.....	pag.	93
Vaccinazione antirosolia.....	pag.	97
Ipertensione arteriosa .....	pag.	103
Colesterolemia .....	pag.	109
Carta del rischio cardiovascolare.....	pag.	117
Diagnosi precoce neoplasie del collo dell'utero .....	pag.	121
Diagnosi precoce neoplasie della mammella .....	pag.	127
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto.....	pag.	133
Tabella riassuntiva dei risultati dello studio PASSI .....	pag.	137
La sperimentazione .....	pag.	145
PASSI: da studio trasversale a sorveglianza di popolazione.....	pag.	151
Bibliografia .....	pag.	157



# Introduzione



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

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

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal CCM. I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto. Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolti a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo svolte dall'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 sovrazonale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute in un'Azienda Sanitaria comporti una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

*Maurizio Belligoni*

Direttore Agenzia Regionale Sanitaria



L'organizzazione sanitaria della regione Marche prevede una Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) suddivisa in 13 Zone Territoriali. Il campionamento regionale è stato condotto su base provinciale (le province considerate sono quelle di Ancona, Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro Urbino ad esclusione di quella di Fermo, di recente costituzione ed ancora in corso di strutturazione) al fine di ottenere una significatività statistica provinciale, tanto da essere corrispondente, a parte qualche piccolo comune, alle Aree Vaste Asur che aggregano funzionalmente più Zone Territoriali. Pertanto, per semplificare il testo, con i termini “provinciale” ed “area vasta”, si individueranno le stesse aree di campionamento.

Lo studio Passi per la regione Marche è stato coordinato dall’Agenzia Regionale Sanitaria (Osservatorio Epidemiologico Regionale) e dalla P.F. Sanità Pubblica della Regione. Sul campo è stato organizzato dai referenti della Rete epidemiologica delle Marche. Il ruolo degli intervistatori è stato svolto da personale afferente ai dipartimenti di prevenzione delle Zone Territoriali Asur. Una sinergia di operatori, quindi, che ha reso possibile questa indagine e che ha riportato ai risultati di seguito presentati.

Oltre ai risultati, che riguardano lo studio di prevalenza effettuato nel 2005, una parte conclusiva è dedicata alle prospettive futuro di questo sistema, che da giugno 2007 anche nella nostra regione è diventato un sistema di sorveglianza e che coinvolge diversi operatori in un’attività non sporadica ma continua, che fornirà numerose informazioni utili per orientare gli interventi di prevenzione.

Un sentito ringraziamento va a tutto il personale che ha collaborato e che collabora allo studio, ai Medici di Medicina Generale, ai colleghi del gruppo di coordinamento nazionale e, naturalmente, alle persone intervistate.

*Fabio Filippetti*

Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Regionale





# **Sintesi del rapporto PASSI 2005**



## Percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e sia correlato alla presenza di patologie croniche od ai rispettivi fattori di rischio. Nelle Marche il 64% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni) e le persone con alto livello d'istruzione.

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

## Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause e diminuisca il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Nelle Marche il 19% degli intervistati conduce uno stile di vita sedentario (prevalentemente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello d'istruzione) ed il 45% riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica.

Il 39% circa degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato ed il 45% ha ricevuto un consiglio di svolgere attività fisica; solo l'8% degli intervistati ha ricevuto consigli più dettagliati (tipo, frequenza e durata dell'attività fisica). Risulta pertanto importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

## Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodenerative (prevalentemente a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo e sui benefici dell'astensione e della disassuefazione.

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

Nelle Marche i fumatori rappresentano il 27% degli intervistati, gli ex fumatori il 21% e i non fumatori il 52%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori tra i giovani (18-45 anni), gli uomini e le persone con livello di istruzione più basso. Il 62% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 12% degli intervistati dichiara che nelle proprie abitazioni si fuma e il 61% che il divieto sul luogo di lavoro viene rispettato.

## Stato nutrizionale

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

Nelle Marche il 29% degli intervistati è in sovrappeso e l'11% è obeso.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il 31% riferisce di effettuare una dieta e il 25% di praticare attività fisica regolare: appaiono pertanto opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

## Abitudini alimentari

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

Nelle Marche la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (94%), anche se solo un'esigua parte (17%) consuma le cinque porzioni giornaliere consigliate.

Il 51% degli intervistati dichiara di conoscere il 'five a day' e solo il 16% negli intervistati ha ricevuto l'informazione da un medico.

## Consumo di alcol

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

Nelle Marche si stima che circa il 17% degli intervistati abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio. Solo il 14% circa degli intervistati riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

## Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità. Si stima che il 60% degli incidenti stradali sia conseguente a fattori umani, per cui una rilevante quota del rischio può essere ridotta attraverso sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti e della velocità. Nelle Marche il 95% degli intervistati utilizza sempre il casco e l'82% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine di utilizzare sempre la cintura posteriore (17%).

Il 9% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 14% di essere stato trasportato da chi guidava in questa condizione.

## Vaccinazione antinfluenzale

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

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed

è raccomandata nelle persone sopra i 65 anni, nelle persone con patologie croniche e negli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari).

Nelle Marche, in base ai dati dei registri vaccinali, solo una persona su due di età superiore i 65 anni ha una copertura (52% nel 2004).

Nella fascia 18-64 anni solo il 23% delle persone intervistate con almeno una patologia cronica dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza lo scorso anno.

## Vaccinazione antirosolia

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è la prevenzione dell'infezione nelle donne in età fertile in quanto l'infezione, contratta in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). La strategia, mostratasi più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'assicurare la copertura vaccinale nelle donne in età fertile ancora suscettibili. Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia deve essere superiore al 95%.

Nelle Marche si stima che il 61% delle donne di 18-45 anni sia protetto nei confronti della rosolia (37% vaccinate e 24% non vaccinate, ma con rubeotest positivo) ed il 4% è suscettibile all'infezione (non vaccinate e con rubeotest negativo); in circa una donna su tre (34%) lo stato immunitario nei confronti della rosolia è sconosciuto.

## Ipertensione

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

Nelle Marche si stima che sia iperteso il 23% della popolazione tra i 18 e 69 anni (39% sopra i 50 anni); il 70% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento con farmaci.

La percentuale di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, o non lo ricorda, è di 11%.

## Colesterolemia

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

Nelle Marche il 17% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo nel sangue; tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 27% dichiara di avere livelli elevati (40% sopra ai 50 anni). Il 23% delle persone con alti livelli di colesterolo riferisce di essere in trattamento farmacologico.

## Carta del rischio cardiovascolare

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

Solo al 10% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento sia solo minimamente ancora utilizzato da parte dei medici.

## Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

Nelle Marche l'80% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap-test ed il 68% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap-test è stato la lettera ricevuta dalla Zona Territoriale ASUR nel 45% dei casi, l'iniziativa personale nel 28% e il consiglio di un medico nel 26%.

## Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

Nelle Marche l'81% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo ed il 64% l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il motivo principale di esecuzione dell'ultima mammografia è stata una lettera d'invito della Zona Territoriale Asur nel 33% dei casi, l'iniziativa personale nel 34% e il consiglio di un medico nel 31%.

## Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

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

Nelle Marche i programmi di screening stanno per essere iniziati in tutte le Zone Territoriali. Dai dati rilevati, in assenza di campagna di screening, solo il 17% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo e solo il 10% negli ultimi due anni.



# Obiettivi dello studio



# Obiettivo generale

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

## Obiettivi specifici

### 1. Aspetti socio-demografici

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

### 2. Salute e qualità di vita percepita

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

### 3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone che ha ricevuto 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 di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi tramite il calcolo del Body Mass Index (BMI).
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari favorevoli per la salute (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni per farlo (dieta, attività fisica)

## 6. Consumo di alcol

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

## 7. Sicurezza stradale

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

## 8. 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 (es. assunzione di farmaci, controllo del peso e effettuazione di attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il proprio medico il punteggio di rischio cardiovascolare sulla carta di rischio di recente introduzione

## 9. Vaccinazioni in età adulta

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza.
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-64 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

## 10. Diagnosi precoce di alcune neoplasie

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



# Metodi





## Tipo di studio

PASSI 2005 è stato uno studio trasversale di prevalenza puntuale effettuato tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

## Popolazione in studio

La popolazione in studio è stata costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della regione Marche (complessivamente 1.027.563 persone al 31 dicembre 2004); i criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio di competenza delle Zone Territoriali (ZT) e la disponibilità di un recapito telefonico, mentre criteri di esclusione sono stati il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## Campionamento

È stato effettuato un campionamento casuale semplice dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale; la dimensione del campione base è stata calcolata in 200 persone per ognuna delle quattro province delle Marche (situazione anteriore al riconoscimento di Fermo come quinta provincia). Per il campionamento sono stati usati i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali, al fine di ottenere una stima con un buon grado di approssimazione (intervallo di confidenza al 95%). I campioni provinciali sono stati suddivisi tra le 13 Zone Territoriali regionali in base alle aree di appartenenza, in maniera proporzionale alla numerosità della rispettiva popolazione.

Il campione complessivo marchigiano è risultato pertanto costituito da 800 persone, così suddivise per area:

Zone Territoriali	Residenti 18-69 anni	Residenti per provincia	% del campione	Campione 18-69 anni	
<b>1</b> Pesaro	94.834	239.923	40%	79	200
<b>2</b> Urbino	54.152		23%	45	
<b>3</b> Fano	90.937		38%	76	
<b>4</b> Senigallia	52.883	317.483	17%	33	200
<b>5</b> Jesi	70.320		22%	44	
<b>6</b> Fabriano	30.947		10%	19	
<b>7</b> Ancona	163.333		51%	103	
<b>8</b> Civitanova	80.583	211.388	38%	76	200
<b>9</b> Macerata	98.039		46%	93	
<b>10</b> Camerino	32.766		16%	31	
<b>11</b> Fermo	108.421	258.769	42%	84	200
<b>12</b> San Benedetto	72.340		28%	56	
<b>13</b> Ascoli Piceno	78.008		30%	60	
<b>Marche</b>	<b>1.027.563</b>	<b>1.027.563</b>			<b>800</b>

A livello nazionale hanno partecipato all'indagine 123 Aziende Sanitarie (appartenenti a tutte le regioni italiane) e sono state effettuate circa 16.000 interviste telefoniche.

## Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nel periodo aprile-maggio 2005. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

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

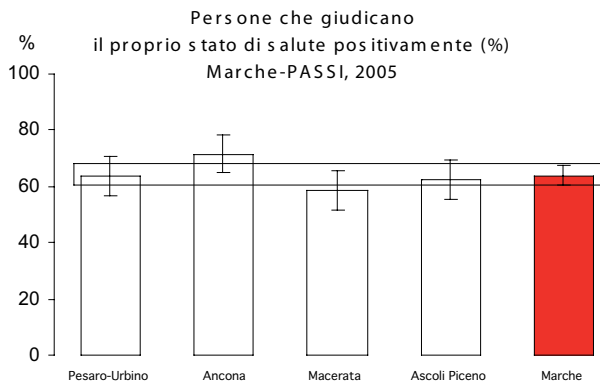
## Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi per il livello regionale è stata condotta utilizzando il metodo della pesatura. La pesatura migliora la precisione delle stime in termini di accuratezza, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interzonale.

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 (IC) solo per la variabile principale.

In alcuni casi sono stati utilizzati grafici (vedi esempio sotto riportato) che mostrano il confronto tra il dato regionale e quello delle quattro province, con campione rappresentativo, ciascuno con i rispettivi intervalli di confidenza. La fascia orizzontale indica l'IC 95% della variabile nel campione regionale preso come riferimento per il confronto.

Per quanto riguarda i dati percentuali, vengono riportati nel testo i valori approssimati, mentre nelle tabelle sono indicati i dati con decimale.



## 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. E' stata richiesta 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 pertanto più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.



# Descrizione del campione





Nelle Marche sono state intervistate 800 persone (età 18-69 anni) selezionate con campionamento casuale dall'anagrafe sanitaria (popolazione di riferimento: 1.027.563 persone al 31.12.04).

Le interviste telefoniche sono state condotte da 56 operatori sanitari, appartenenti in prevalenza ai Dipartimenti di Prevenzione, durante i mesi di maggio e giugno 2005.

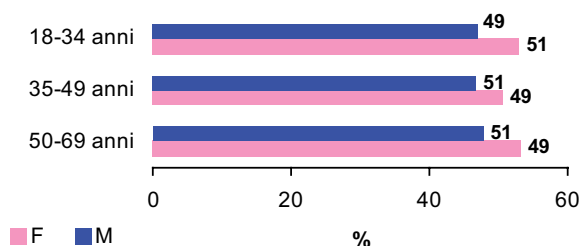
Rispetto alle 800 persone complessivamente selezionate, 664 (83,0%) sono state intervistate direttamente mentre 136 (17%) sono state sostituite. La maggior parte delle sostituzioni (9%) riguarda assistiti non rintracciabili dopo i tentativi telefonici previsti in fasce orarie e giorni diversi o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale; solo il 6% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. In fase di analisi sono state escluse 6 interviste perché incomplete. I dati di seguito riportati sono quindi riferiti a 794 intervistati.

# Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

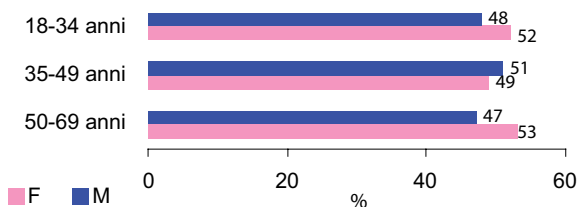
## L'età e il sesso

- Nelle Marche il 52% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 29% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 37% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe sanitaria, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione per sesso nelle classi d'età:  
Marche-PASSI, 2005

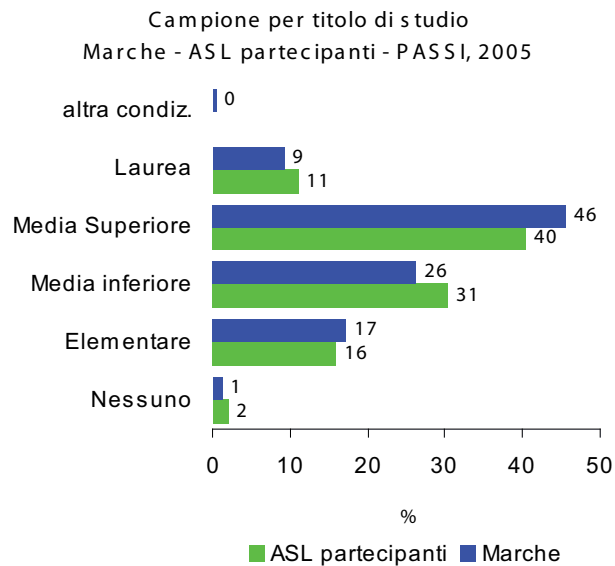


Distribuzione per sesso nelle classi d'età:  
campione, ASL partecipanti a livello nazionale  
PASSI, 2005



## Il titolo di studio

- Nelle Marche l'1% del campione regionale non ha alcun titolo d'istruzione, il 17% ha la licenza elementare, il 26% la licenza media inferiore, il 46% la licenza media superiore, il 9% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale.



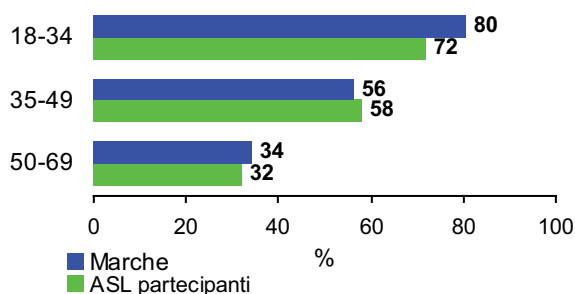
## Il livello di istruzione

Gli intervistati sono stati classificati per livello di istruzione secondo i seguenti criteri:

- bassa istruzione: nessun titolo di studio, licenza elementare o licenza media inferiore
- alta istruzione: scuola media superiore o laurea.

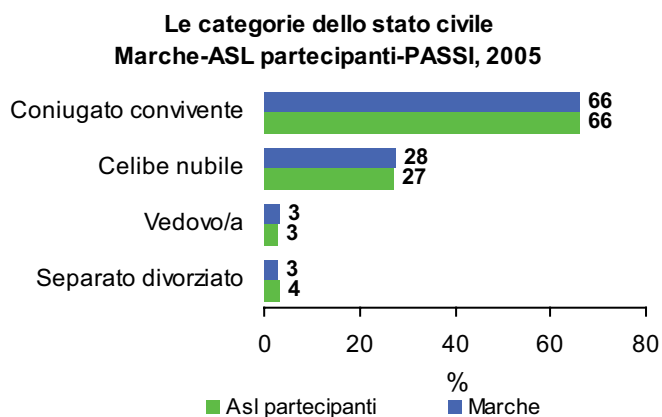
- L' 80% del campione fra i 18 ed i 34 anni presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è inferiore nelle fasce più anziane degli intervistati, in particolare tra i 50 ed i 69 anni.
- Il 55% del campione regionale presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea) come nelle ASL partecipanti a livello nazionale.

**Alto grado d'istruzione per classe d'età  
Marche, ASL partecipanti - PASSI, 2005**



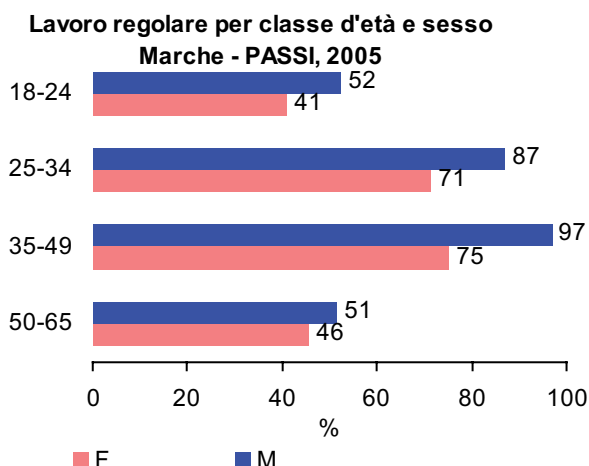
## Lo stato civile

- Il campione marchigiano è formato dal 66% di coniugati/conviventi, dal 28% celibi/nubili, da circa il 3% di vedovi/e ed anche di separati/divorziati.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle Asl delle regioni partecipanti a livello nazionale.



## Il lavoro

- Il 68% del campione riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (61% vs75%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle altre ASL partecipanti a livello nazionale riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne per un totale del 63%.



## Conclusioni e raccomandazioni

Il campione selezionato casualmente per le Marche è rappresentativo della popolazione di riferimento per quanto riguarda sesso ed età.

Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono l'opportunità di una varietà di strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

# **Percezione dello stato di salute**





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

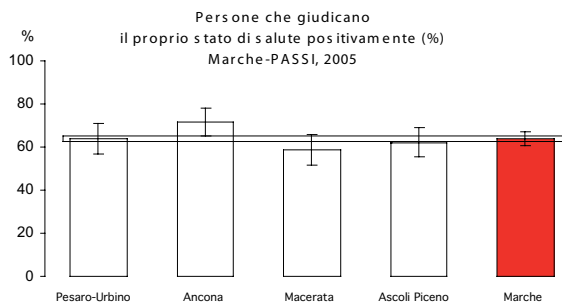
La salute percepita è stata valutata con il metodo dei “giorni in salute” che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il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

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

- Nelle Marche il 64% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono). Nelle Asl partecipanti a livello nazionale si rileva lo stesso risultato.
- 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 quattro aree provinciali con campione rappresentativo, la percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale. La percentuale varia da 58,5 a 71,3, ma non si rilevano differenze statisticamente significative.

Stato di buona salute percepito Marche - Asl partecipanti – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche	Marche %	Altre Asl partecipanti %
<b>Totale</b>	<b>63,9%</b> (IC 95%: 60,4-67,3%)	<b>63,5%</b> (IC95%: 60,4-67,3)
<b>Età</b>		
18 - 34	82,7	80,1
35 - 49	68,5	58,3
50 - 69	44,7	33,3
<b>Sesso</b>		
M	68,8	60,8
F	59,5	51,1
<b>Istruzione*</b>		
bassa	51,6	39,4
alta	74,0	68,0
<b>Patologia Severa**</b>		
presente	41,5	11,5
assente	67,9	65,9

\* 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 nei 30 giorni precedenti l'intervista?

- Nelle Marche le persone intervistate riferiscono, nei 30 giorni precedenti, una media di circa 3 gg in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1,2 gg al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che psicologici è maggiore nella fascia 50-69 anni con una media di 4,6 gg dichiarati.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici.
- Nelle Asl che hanno partecipato allo studio il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,2 per motivi fisici, 3,3 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese.

Giorni in cattiva salute percepita Marche - Asl partecipanti - PASSI, 2005							
N° gg/30gg per:							
Caratteristiche Demografiche		Motivi Fisici		Motivi Psicologici		Attività Limitata	
		Marche	Asl	Marche	Asl	Marche	Asl
Totale		2,9	3,2	3,3	3,3	1,2	1,6
Età							
	18 - 34	1,3	2,4	2,4	2,1	0,6	2,6
	35 - 49	2,3	3,2	2,8	2,8	0,9	1,7
	50 - 69	4,8	6,8	4,5	7,0	2,0	3,3
Sesso							
	M	1,9	3,9	1,9	2,5	1,1	1,9
	F	3,9	4,6	4,5	5,6	1,3	2,6

## Conclusioni e raccomandazioni

È chiaro che l'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela la correlazione 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.

Nella nostra regione i giorni di cattiva salute risultano essere, generalmente, in numero inferiore rispetto al dato nazionale.

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 territoriale, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

# Attività fisica



La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi l'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 la settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

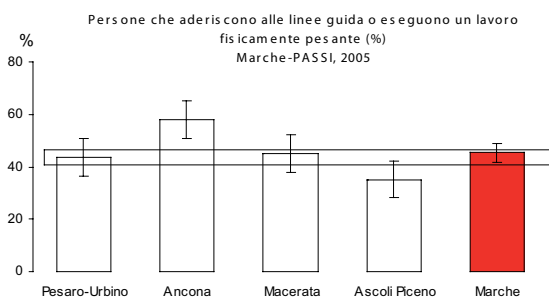
I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella regione il 45% del campione intervistato riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 36% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 19% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Nelle ASL partecipanti allo studio 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.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo, per quanto riguarda la percentuale di persone che aderiscono alle linee guida o eseguono un lavoro pesante il range varia da 35% a 58% e si evidenzia una differenza statisticamente significativa per la l'area di Ancona (IC 95% 51,0-65,3).

Sedentarietà Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche	Sedentari *	
		%
<b>Totale</b>	<b>18,6%</b>	(IC 95%: 16,0-21,6%)
<b>Età</b>	18 - 34	14,7
	35 - 49	17,6
	50 - 69	22,7
<b>Sesso<sup>^</sup></b>		
	M	15,2
	F	21,7
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	bassa	20,5
	alta	17,1

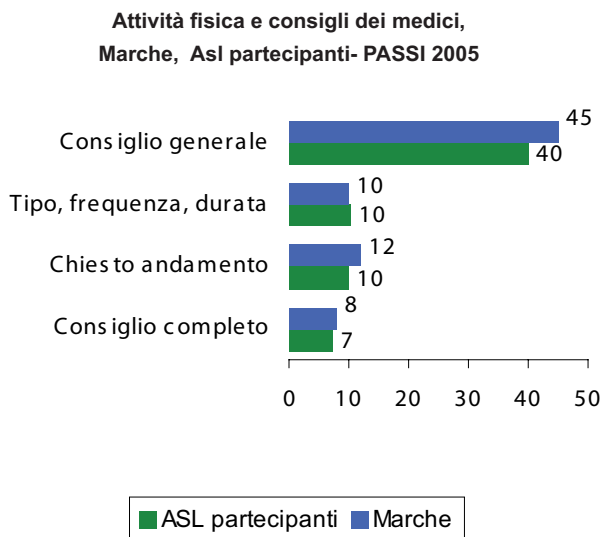
\* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante  
 \*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
 ^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,02)



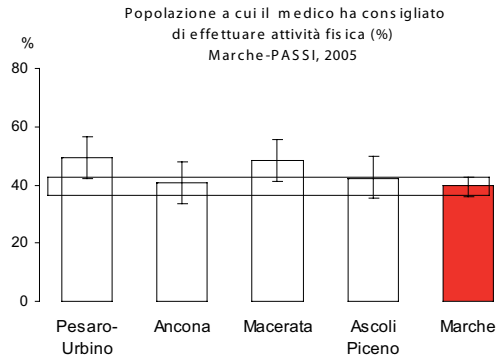


## Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro pazienti?

- Le persone intervistate riferiscono che il 39% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica e nel 45% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Il 10% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 12% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo l'8% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Nelle ASL che hanno partecipato all'indagine a livello nazionale il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, il 10% 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 è del 7%.



- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo la percentuale di popolazione che ha ricevuto consigli dal medico sull'attività fisica.



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa 19% della popolazione marchigiana conduca uno stile di vita sedentario e che il 36% non pratichi sufficiente attività fisica.

In poco meno della metà dei casi (45%) i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale di medici che danno consigli più dettagliati risulta dell' 8%.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica.

# **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 è 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.

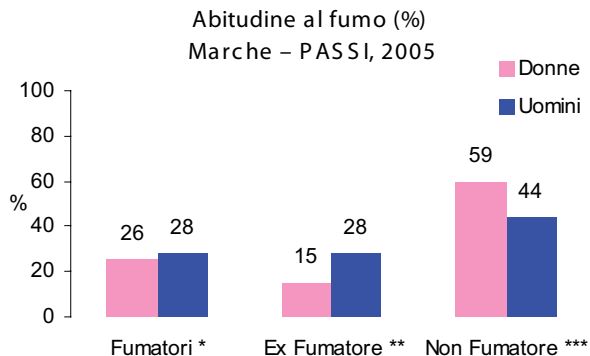
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezzi il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei 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 Marche il 52% delle persone intervistate riferisce di non fumare, il 27% di fumare ed il 21% di essere ex fumatori.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (28% vs 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (59% vs 44%).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.  
I dati marchigiani sono sovrapponibili al resto delle ASL in studio.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 25% al 29%) ( v. figura a pag. 61).



\* 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.

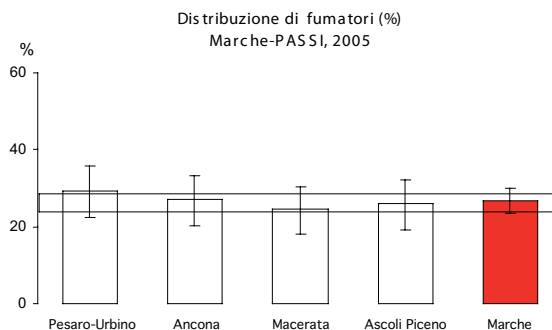
## Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si osservano tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è circa 17 anni e mezzo. In media si fumano circa 13 sigarette al giorno.
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale 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 *		
Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		% Fumatori *
<b>Totale</b>		<b>26,8% (IC 95%: 23,7-30,1%)</b>
Età, anni	18 - 24	36,1
	25 - 34	30,3
	35 - 49	26,7
	50 - 69	22,5
Sesso	M	28,2
	F	25,5
Istruzione**		
	bassa	27,1
	alta	26,5

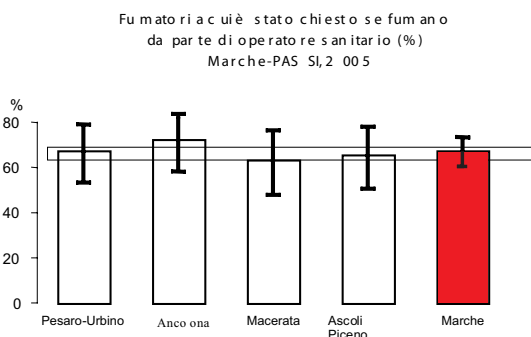
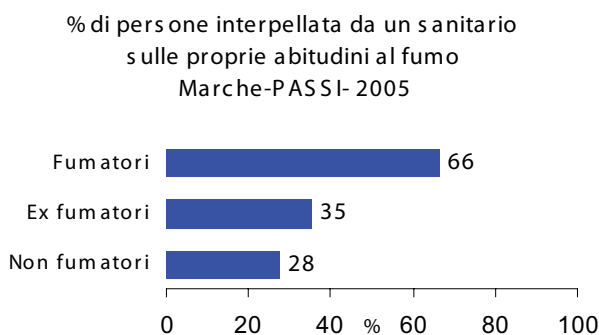
\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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



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

- Nelle Marche il 40% di tutti gli intervistati dichiara che un operatore sanitario lo ha interrogato sulle proprie abitudini al fumo, mentre nelle Asl partecipanti circa un intervistato su due (46%) 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 il 66% dei fumatori, il 35% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori interpellati da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (range da 63% a 72%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce di essere stato interpellato sulla propria abitudine al fumo da un operatore sanitario è risultata pari al 39% (65% nei fumatori, 36% negli ex fumatori e 26% nei non fumatori).

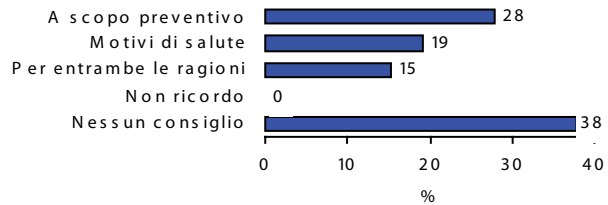




## A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

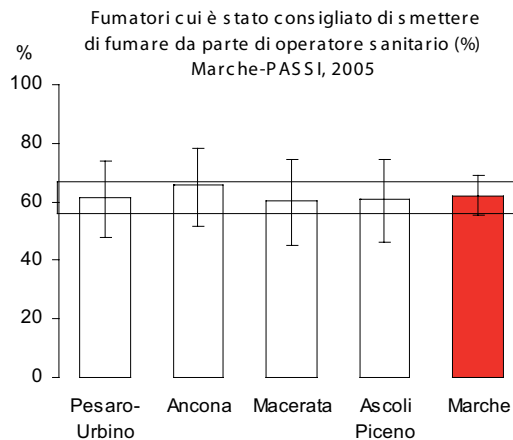
- Il 62% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (28%)

**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione Marche-PASSI- 2005**



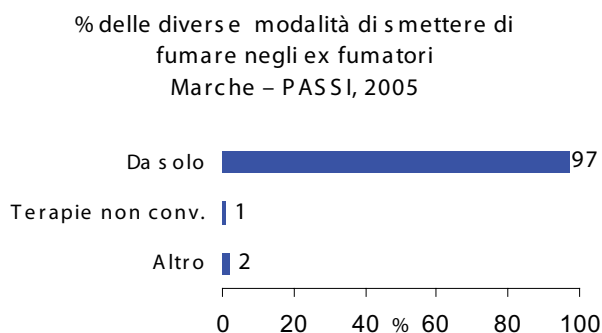
- Il 38% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori ai quali è stato consigliato di smettere di fumare da un operatore sanitario (range dal 60% al 66%).



## Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

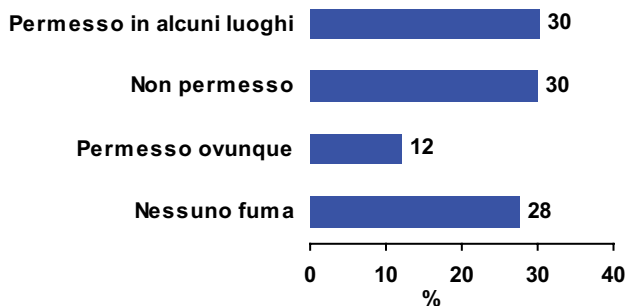
- Nelle Marche il 97% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle altre Asl partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.



## Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- Nelle Marche gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 58% dei casi (30% non permesso; 28% nessuno fuma); nel restante 42% dei casi si fuma ovunque o in parte.
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale gli intervistati dichiarano che nella propria abitazione non si fuma nel 62% dei casi (37% non permesso, 25% nessuno fuma)

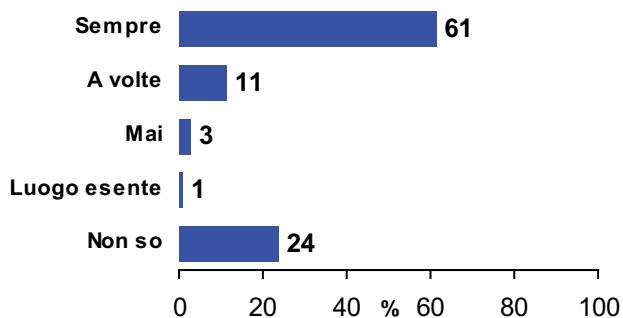
**% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa  
Marche, PASSI- 2005**



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

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 61% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale il valore risulta 76%.

**% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro  
riferito (sul totale dei lavoratori)  
Marche, PASSI-2005**



## Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo nei marchigiani mostra una prevalenza di fumatori maggiore rispetto agli anni precedenti. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 18-24enni, dove quasi 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

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



# **Stato nutrizionale**

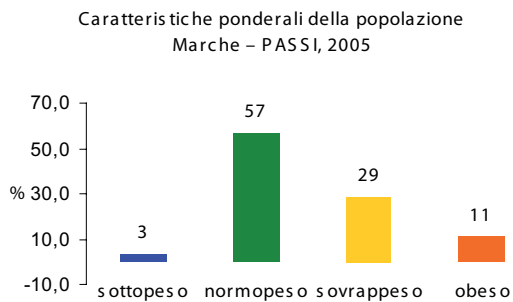
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

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 =  $BMI \geq 30$ .



## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nelle Marche il 3% del campione intervistato risulta essere sottopeso, il 57% normopeso, il 29% sovrappeso e l'11% obeso.



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

- Si stima che a livello regionale circa il 40% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).

- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 57% oltre i 50 anni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con alto livello d'istruzione.

- Tra le persone in eccesso ponderale, il 31% svolge una dieta e il 25% svolge attività fisica per perdere peso.

Popolazione con eccesso ponderale Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		% Eccesso ponderale *
<b>Totale</b>		<b>39,7%</b> (IC 95%: 36,3-43,3%)
Età, anni °	18 - 24	13,3
	25 - 34	20,4
	35 - 49	40,7
	50 - 69	56,6
Sesso °		
	M	47,3
	F	32,8
Istruzione**^		
	bassa	47,6
	alta	59,0

\* popolazione in sovrappeso od obesa  
 ° le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)  
 ^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)  
 \*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

- Nelle Asl partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%; di questi solo il 23% svolge attività fisica ed il 28% segue una dieta per perdere peso.

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella regione Marche si stima che il 40% della popolazione sia in eccesso ponderale. Tra le persone in eccesso ponderale, il 31% riferisce di seguire una dieta per perdere peso e solo una su quattro circa riferisce di praticare attività fisica.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale, in particolare età (>34 anni) e sesso (maschi).

Va comunque rilevata l'importanza di una corretta alimentazione, fin dalla prima età scolare, per prevenire sovrappeso/obesità.

Un progetto specifico per l'età scolare nella nostra regione è stato avviato dai servizi Igiene Alimenti e Nutrizione.



# **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 arteriosa, 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 ("five a day").

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

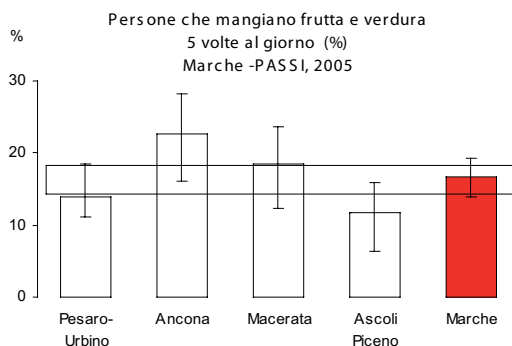
- Nelle Marche il 94% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 17% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 volte al giorno frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone con più di 50 anni e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- nelle ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di chi aderisce al “5 a day” risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di coloro che dichiarano di mangiare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (range dal 12% al 23%).

Abitudini alimentari - Consumo di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Adesioni al “5 day” * (%)
<b>Totale</b>		<b>16,7%</b> (IC 95%: 14,2-19,5%)
Età, anni	18 - 24	7,2
	25 - 34	17,6
	35 - 49	17,0
	50 - 69	18,6
Sesso ^	M	12,6
	F	20,3
Istruzione**	bassa	17,1
	alta	16,7

\* 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

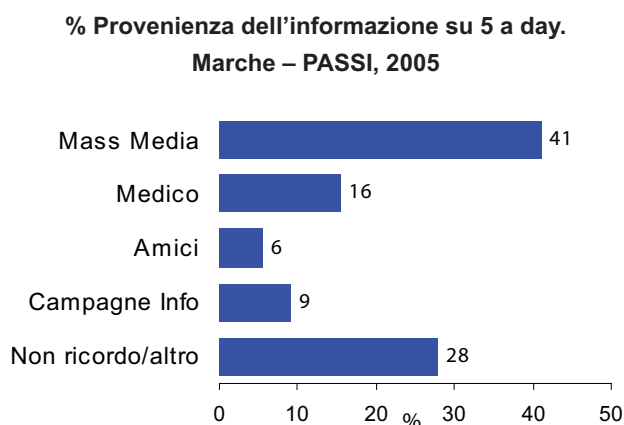
^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)



## Quanti conoscono il “5 a day”?

### E da chi ne hanno sentito parlare?

- Il 51% degli intervistati conosce il “5 a day” (rispetto al 56% delle ASL partecipanti a livello nazionale).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 16% dei casi da un medico (più basso del valore del 19% riscontrato nelle ASL a livello nazionale).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella regione la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo il 17% mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla ridotta diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento, infatti solo il 16% delle persone intervistate ne ha sentito parlare da un medico.

Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.



# Consumo di alcol

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

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

Si è considerato “consumatori a rischio” tre tipologie di bevitori: 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 effettuano 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 Marche 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 di circa il 66%.
- Si sono osservati tassi più alti nei giovani e negli adulti (in particolare nelle fasce d'età 18-24 e 35-49 anni), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra tutte le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età o per livello d'istruzione.

Consumo di alcol Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		% che ha bevuto $\geq$ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese *
<b>Totale</b>		<b>65,5%</b> (IC 95%: 62,2-68,8%)
Età, anni	18 - 24	67,5
	25 - 34	64,1
	35 - 49	68,9
	50 - 69	62,5
Sesso ^	M	78,8
	F	53,4
Istruzione**	bassa	64,6
	alta	65,5

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

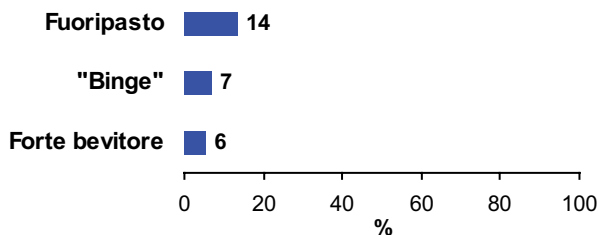
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

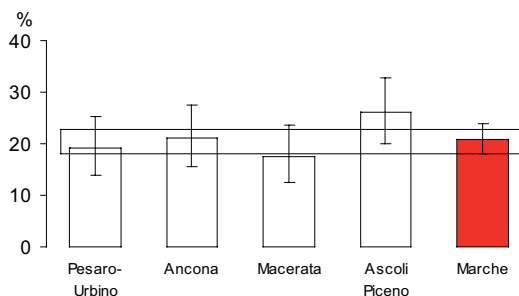
## Quanti sono bevitori a rischio?

- Il 14% degli intervistati marchigiani riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno una volta la settimana nell'ultimo mese.
- Il 7% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Quasi il 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Valutando le tre modalità di assunzione dell'alcol a rischio, complessivamente il 17% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto, forte bevitore, "binge").
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 12% beve fuoripasto, l'8% è un bevitore "binge" ed il 6% è un forte bevitore.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale dei consumatori di alcol a rischio (range dal 19% al 26%).

**Bevitori a rischio per categorie,  
Marche – PASSI, 2005**



**Consumatori a rischio  
(forti bevitori, bevitori fuori pasto e binge) (%) Marche-  
PASSI, 2005**



## Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questa modalità di assunzione di alcol, ritenuta particolarmente a rischio, riguarda il 7% degli intervistati e risulta più diffusa tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- Tra le altre ASL partecipanti allo studio nazionale la percentuale di bevitori “binge” è risultata pari a 8%, con valori più alti nei 18-24enni (15%) e negli uomini (14% vs 2%).

Bevitori “binge” *		
Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Bevitori “binge” * (n=57)
<b>Totale</b>		<b>7,3% (95% CI 5,6-9,a%)</b>
Età, anni	18 - 24	18,1
	25 - 34	10,6
	35 - 49	7,0
	50 - 69	2,8
Sesso ^		
	M	12,6
	F	2,5
Istruzione**		
	bassa	4,3
	alta	9,8

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

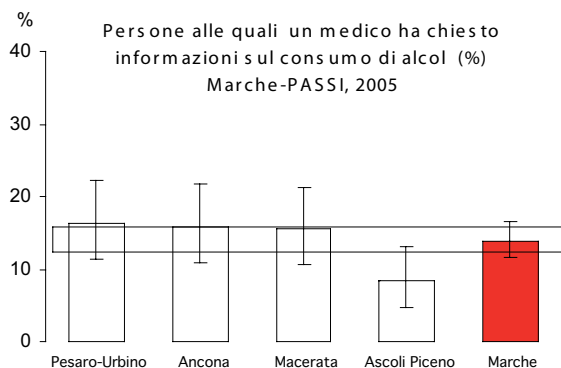
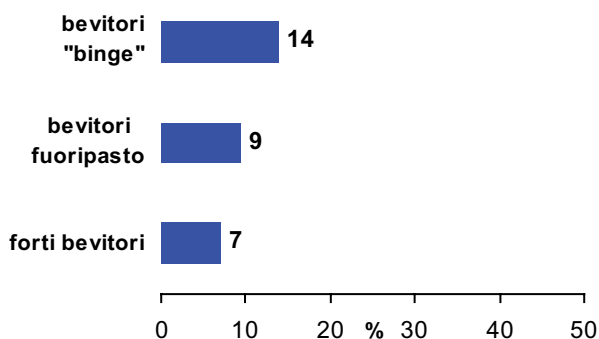
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; la differenza risulta statisticamente significativa (p<0,01).

^ 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 Marche solo il 14% degli intervistati riferisce che negli ultimi 12 mesi 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 14% dei “binge”, il 9% di chi beve fuori pasto ed il 7% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Come nelle Marche nelle ASL partecipanti a livello nazionale il 14% degli intervistati 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.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di intervistati ai quali un medico ha chiesto informazioni (range dall’8% al 16%).

**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), Marche – PASSI, 2005**



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella regione si stima che quasi i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e un terzo circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Purtroppo gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano sporadicamente di moderare il consumo dell'alcol.

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





# Sicurezza stradale

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

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

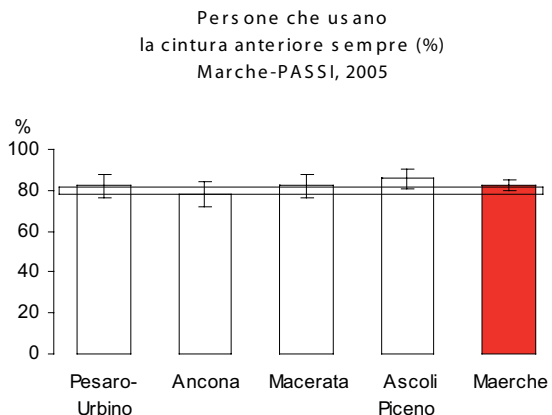
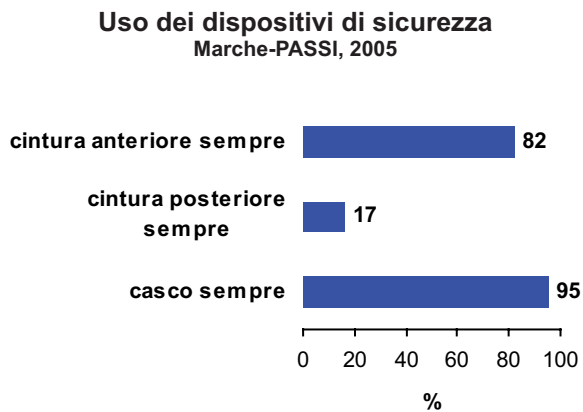
Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nelle Marche la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'82%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (17%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 95% riferisce di usare sempre il casco.

- Simili ai dati marchigiani sono quelli delle altre ASL partecipanti sul territorio nazionale. Infatti, dalle interviste risulta che la cintura anteriore è sempre allacciata nell'83% dei casi, la cintura posteriore è allacciata sempre solo nel 20% dei casi; il casco, invece, viene sempre usato nell'88% dei casi.

- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne l'uso della cintura anteriore (range dal 78% all'86%).



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- In questo studio sono stati considerati guidare in “stato di ebbrezza” coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro 1 ora dall’aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche.
- Nelle Marche il 9% di tutti gli intervistati (e il 14% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l’indagine; questo comportamento è più diffuso tra i più giovani (classe d’età 18-24) e nei maschi.
- Il 14% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza almeno 1 volta nell’ultimo mese.
- Tra tutte le ASL partecipanti all’indagine a livello nazionale la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all’11%. La classe di età con percentuali più elevate è quella più giovane e il sesso più interessato è quello maschile (18% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Guida in stato di ebbrezza (%) *
<b>Totale</b>		<b>9,4% (C95%:7,5-11,7)</b>
Età**	18 - 24	16,9
	25 - 34	9,2
	35 - 49	9,6
	50 - 69	7,0
Sesso **	M	17,5
	F	2,0
Istruzione***		
	bassa	9,7
	alta	9,1

\*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<0,0001)

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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra regione 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 leggermente inferiore per le cinture di sicurezza, ma è nettamente superiore l'uso del casco rispetto a quello delle altre regioni partecipanti all'indagine.

Anche il problema della guida in stato di ebbrezza risulta meno diffuso nelle Marche rispetto alle altre regioni partecipanti; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni.

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



# **Vaccinazione antinfluenzale**

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

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

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



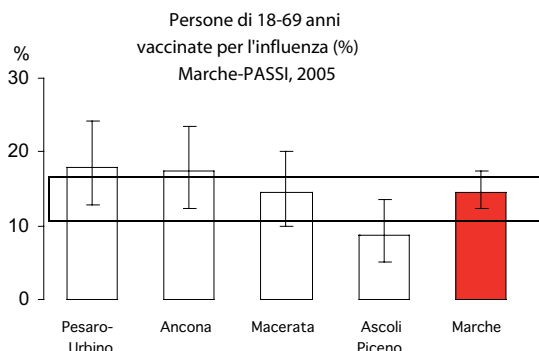
## Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nelle Marche il 15% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinato; 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 23% risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di vaccinati (range dal 9 % al 18%).

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni) Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Vaccinati
Totale		14,6% (IC95%; 12,3-17,3)
Età	≥ 65	51,6
	< 65	11,4
	> 65 con almeno una patologia cronica	23,2
Sesso ^	M	14,5
	F	8,6
Istruzione*	bassa	17,7
	alta	6,9

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

^ le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,01)



## 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 ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie solo sette su dieci 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%.

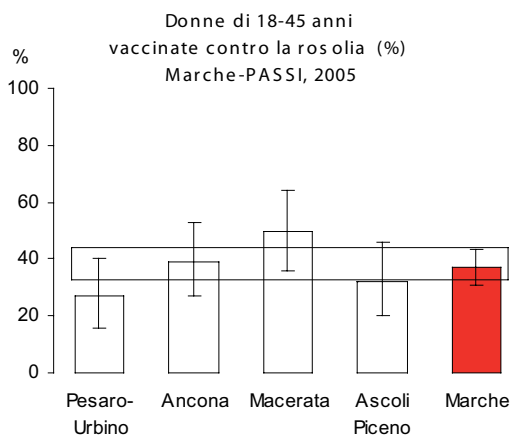
## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nelle Marche il 37% 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 56% tra 18-24 anni al 29% tra 35-45 anni) e con il livello d'istruzione basso.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n.=227) Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Vaccinate %
<b>Totale</b>		<b>37,0% (IC95%; 30,7-43,6)</b>
Età	18-24	56,4
	25-34	38,8
	35-45	28,7
Istruzione*	bassa	21,5
	alta	43,2

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

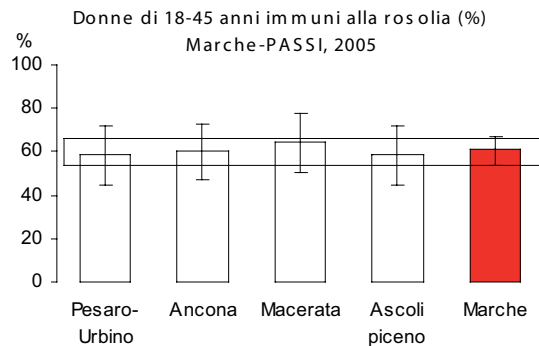
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di vaccinate (range dal 27% al 50%).



## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nelle Marche è possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 61% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (37%) o per copertura naturale rilevata da un rubeotest positivo (24%).
- Nel rimanente 39% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto o le donne risultano suscettibili (il 4% risulta sicuramente suscettibile, in quanto le donne riferiscono di non essere vaccinate e di risultare negative al rubeotest)
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di donne immuni è pari al 53%.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze per quanto concerne la percentuale di donne immuni alla rosolia (range dal 60% al 65%).

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni; n.=227) Marche – PASSI, 2005	
<b>Immuni</b>	<b>60,8%</b>
<b>Vaccinate</b>	<b>37,0</b>
<b>Non vaccinate con rubeotest positivo</b>	<b>23,8</b>
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>39,2</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,5
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato negativo	2,2
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	33,5



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia a livello regionale che su scala nazionale il numero di donne in età fertile suscettibili alla rosolia è ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).





# **Ipertensione 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 Marche l'83% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni fa, mentre l' 11% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, con il sesso maschile mentre l'alto livello di istruzione non aumenta i livelli di controllo.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		% *
Totale		<b>82,8%</b> (IC95%;79,9-85,4)
Età, anni	18 - 24	75,6
	35 - 49	82,2
	50 - 69	89,1
Sesso		
	M	85,5
	F	79,8
Istruzione**		
	bassa	87,1
	alta	79,3
* 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;		

- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'81%, con un andamento per età, sesso e livello d'istruzione sovrapponibile a quello dei dati rilevati nelle Marche.

## Quante persone riferiscono di essere ipertese ?

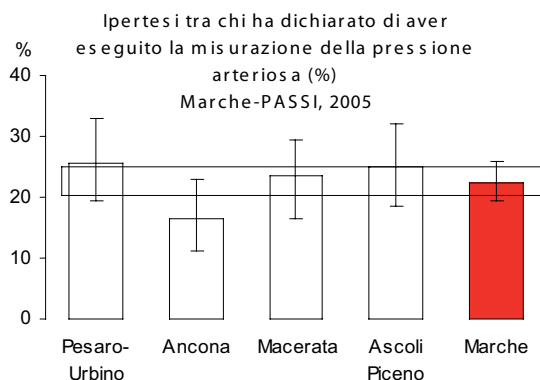
- Nelle Marche circa il 23% degli intervistati riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale il 39% dichiara di essere affetto da tale patologia. Non emergono significative differenze per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale 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 le persone meno istruite.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 16% al 26%).

Persone che riferiscono di essere ipertese Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche	%	
<b>Totale</b>	<b>22,5%</b> (IC95%; 19,4-25,8)	
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>		
	18 - 24	5,4
	35 - 49	17,2
	50 - 69	39,1
<b>Sesso</b>		
	M	23,2
	F	21,9
<b>Istruzione**</b>		
	bassa	30,6
	alta	15,4

\* 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;

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

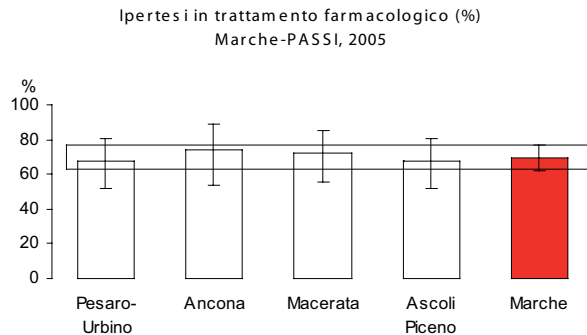


## Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 70% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di tenere sotto controllo l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (68%), controllando il proprio peso corporeo (36%) e svolgendo regolare attività fisica (38%).



- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi che riferiscono di essere trattati farmacologicamente (range dal 67% al 72%).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra regione si stima che sia iperteso più di un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, più di un terzo degli ultracinquantenni e circa il 5% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non “best practice” (specie nel controllo dei pazienti sopra 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 lipidemia (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 Marche l'83 % degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Solo il 65% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti con l'aumentare dell'età, nelle donne e nelle persone con basso grado d'istruzione.

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		%
<b>Totale</b>		<b>82,9%</b> (IC95%;80,1-85,5)
Età, anni		
	18 - 34	65,3
	35 - 49	88,9
	50 - 69	91,2
Sesso <sup>^</sup>		
	M	76,6
	F	88,7
Istruzione <sup>**</sup>		
	bassa	86,0
	alta	80,5

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)

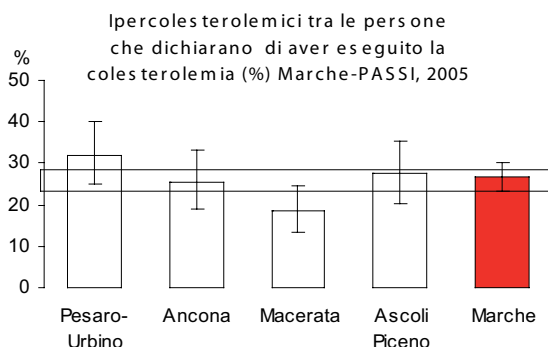
<sup>\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

## Quante persone riferiscono di avere alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 27% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia (nelle Asl nazionali 25%).
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso, sebbene questa differenza non risulti essere statisticamente significativa; si osservano differenze anche fra i due sessi.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici (range dal 19% al 32%).

Ipercolesterolemici Marche – PASSI, 2005	
Caratteristiche Demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>26,7%</b> (IC95%;23,4-30,3)
<b>Età, anni</b>	
	18 - 34 7,5
	35 - 49 23,8
	50 - 69 40,3
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
	M 31,4
	F 23,0
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
	bassa 29,7
	alta 24,1

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

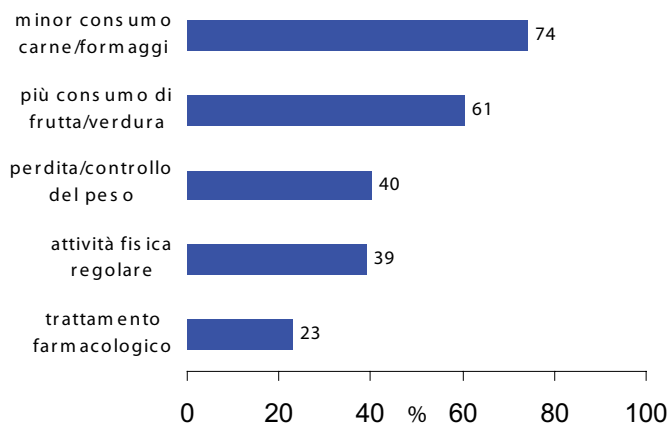


## Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 23% dei 172 ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 74% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 61% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 40% di controllare il proprio peso corporeo e il 39% di svolgere regolare attività fisica.

### Ipercolesterolemici: trattamento e stili di vita (%)\*

Marche - PASSI, 2005

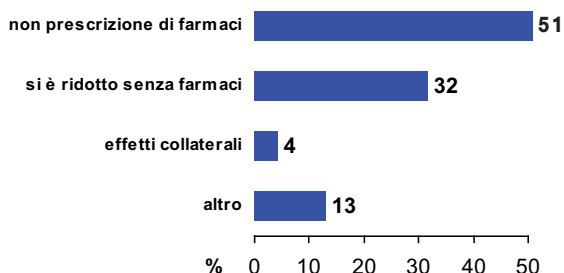


\* ognuna considerata indipendentemente

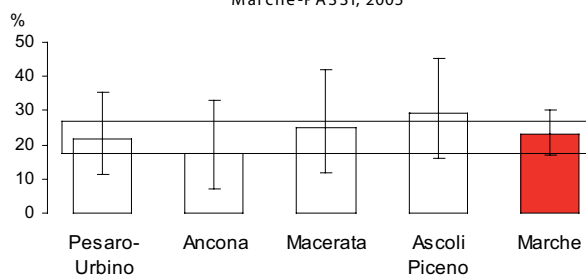
## Quali sono i motivi per cui una parte degli ipercolesterolemici non assume farmaci ?

- Il 51% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 32% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 4% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne gli ipercolesterolemici in trattamento farmacologico (range dal 18% al 29%).

**Motivi di non assunzione di farmaci  
fra gli ipercolesterolemici  
Marche - PASSI 2005**



**Ipercolesterolemici in trattamento farmacologico  
Marche-PASSI, 2005**



## Conclusioni e raccomandazioni

Al 17% della popolazione della regione Marche non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, più di un quarto (27%) della popolazione totale tra 18 e 69 anni e 4 su 10 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi dichiarano di aver perso peso o fanno 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.



# **Carta del rischio cardiovascolare**

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

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

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

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

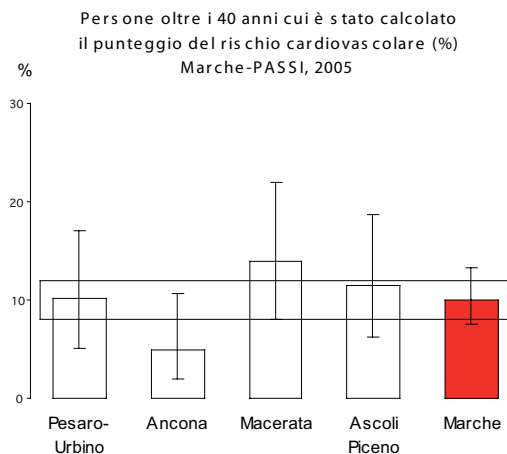


## A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

- Nelle Marche il 10% degli intervistati di 40-69 anni riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- Non emergono differenze statisticamente significative né per sesso e né per livello di istruzione.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale (range dal 5% al 14%).

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		%
<b>Totale</b>		<b>10,0%</b> (IC95%;7,5-13,2)
<b>Età, anni*</b>		
	40 - 49	7,3
	50 - 59	7,5
	60 - 69	16,8
<b>Sesso</b>		
	M	10,1
	F	9,9
<b>Istruzione**</b>		
	bassa	11,2
	alta	8,4

\* età 40-69 anni  
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;



## Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici delle Zone Territoriali della regione Marche.

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.

# **Diagnosi precoce delle neoplasie 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 3.400 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.

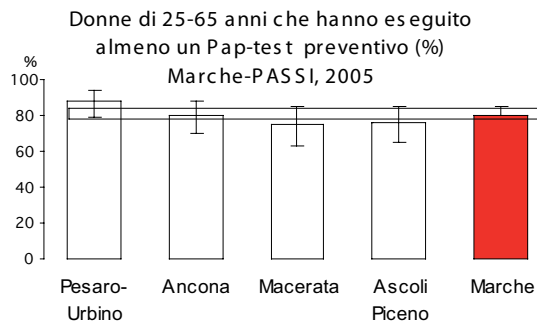
Lo screening si basa sul Pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte 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. Nelle Marche lo screening della neoplasia del collo uterino viene attualmente offerto alle donne della fascia d'età target; il programma è in fase di revisione.

## Quante donne hanno eseguito un Pap test?

- Nelle Marche l'80% 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 al crescere dell'età (la percentuale più elevata risulta nella fascia d'età 35-49 anni) e si osservano differenze statisticamente significative per stato civile.
- L'età media del primo Pap test a scopo preventivo è risultata essere 31 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il Pap test a scopo preventivo.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne l'effettuazione di almeno un Pap test preventivo nella fascia d'età interessata (range dal 75% all'88%).

Diagnosi precoce neoplasia del collo dell'utero (25-64 anni) Marche - PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Effettuato il pap test *
Totale		<b>80,4%</b> (IC95%;75,6-84,7)
Età		
	25 - 34	61,8
	35 - 49	87,4
	50 - 64	85,1
Stato civile <sup>^</sup>	coniugata	84,2
	coniugata	67,4
Istruzione <sup>**</sup>		
	bassa	79,2
	alta	81,3

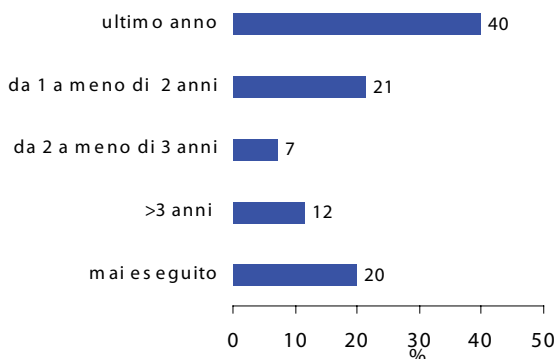
\* chi ha eseguito il pap test in assenza di segni e sintomi  
 \*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore  
 ^ le differenze risultano statisticamente significative (p<0,001)



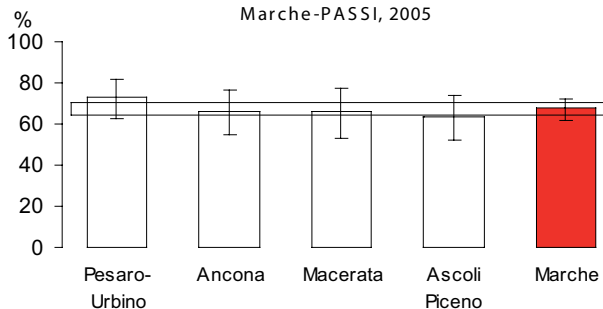
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nelle Marche il 68% delle donne di 25-64 anni riferisce di aver eseguito l'ultimo Pap test a scopo preventivo negli ultimi tre anni, in linea con le raccomandazioni.
- Il 40% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 20% non ha mai eseguito un Pap test a scopo preventivo.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo la percentuale di donne che hanno eseguito un Pap test preventivo negli ultimi tre anni (range da 66% a 73%) è in linea con il dato regionale.

**Pap test e periodicità**  
**Marche - PASSI, 2005**

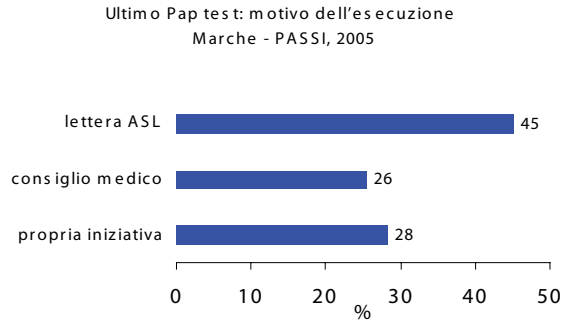


**Donne di 25-64 anni che hanno eseguito un Pap-test preventivo negli ultimi tre anni (%)**  
**Marche-PASSI, 2005**



## Viene consigliato il Pap test alle donne?

- Nelle Marche il 71% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test e l'82% di aver ricevuto una lettera invito dalla Zona Territoriale Asur di appartenenza.
- L'ultimo Pap test è stato effettuato per lettera personale ricevuta dalla Zona Territoriale Asur (45%), su consiglio medico (26%) e di propria iniziativa (28%).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nelle Marche la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo risulta dell'80%. Risulta del 68% la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); meno della metà (40%) l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Lo screening è attualmente in fase di riorganizzazione regionale.



# **Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella**

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia, con circa 32.000 nuovi 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.

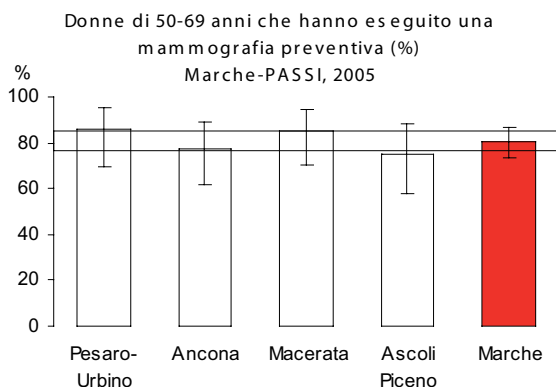
## Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nella regione l'81% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi. Non si apprezzano differenze statisticamente significative né in base all'età, né allo stato civile e né al livello d'istruzione.
- L'età media della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di effettuazione della mammografia (range dal 75% all'86%).

Diagnosi precoce neoplasia della mammella (≥50 anni) Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Effettuata mammografia *
Totale		80,8% (IC95%;73,6-86,7)
Età		
	50 - 59	61,8
	60 - 69	87,4
Stato civile		
	coniugata	80,6
	non coniugata	81,5
Istruzione**		
	bassa	80,2
	alta	81,8

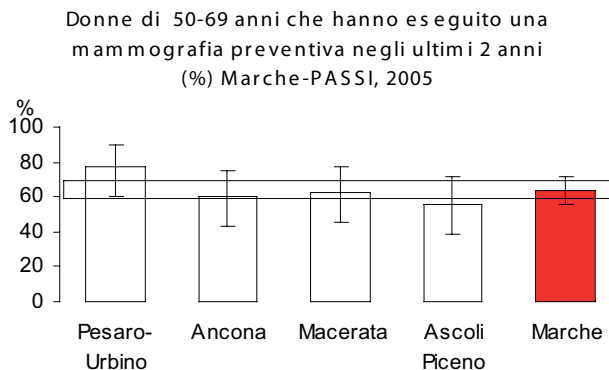
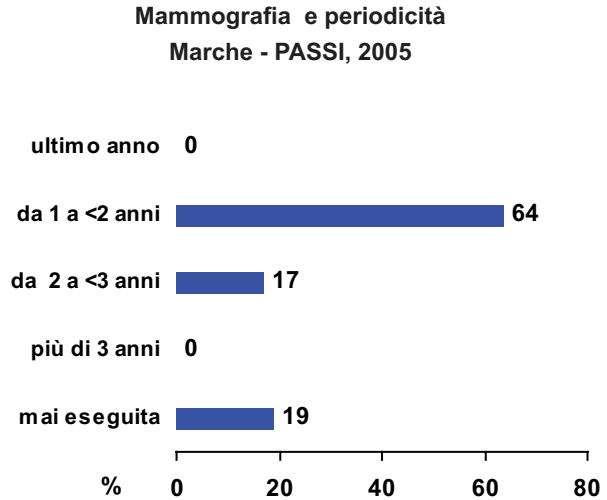
\*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

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



## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

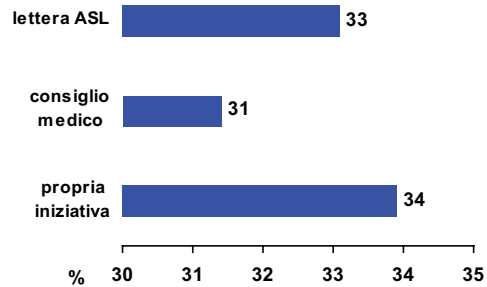
- Il 64% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 17% più di 2 anni fa. Il 19% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne le donne della fascia d'età 50-69 anni che hanno eseguito una mammografia preventiva negli ultimi due anni (range dal 56% al 77%).



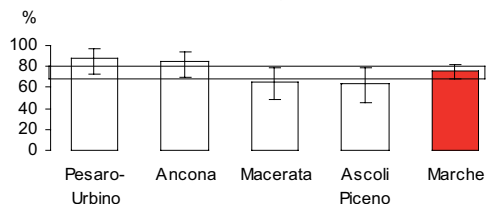
## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Il 74% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; il 76% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dalla Zona Territoriale ASUR.
- L'ultima mammografia è stata eseguita nel 31% su consiglio medico, nel 34% di propria iniziativa e nel 33% in seguito ad una lettera di invito (2% dei casi per altra regione).
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne il ricevimento della lettera d'invito (range dal 64% all'89%).
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne il consiglio medico di effettuare la mammografia (range dal 67% all'88%).

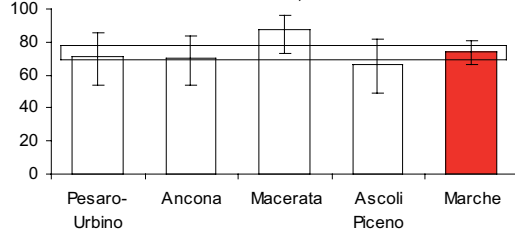
### Ultima mammografia: motivo dell'esecuzione Marche – PASSI, 2005



### Donne di 50-69 anni che hanno ricevuto la lettera d'invito (%) Marche-PASSI, 2005



### Donne di 50-69 anni cui è stato consigliato di eseguire una mammografia (%) Marche-PASSI, 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

L'esame mammografico è stato eseguito almeno una volta dall'81% delle donne tra i 50 e 69 anni; il 64% l'ha effettuato entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano l'importanza del programma per l'offerta attiva della mammografia, che nella nostra regione è in fase di revisione e potenziamento. Anche i dati di letteratura mostrano, infatti, come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

# **Diagnosi precoce delle neoplasie 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 38.000 persone con una elevata mortalità (circa 17.000 decessi).

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

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.



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

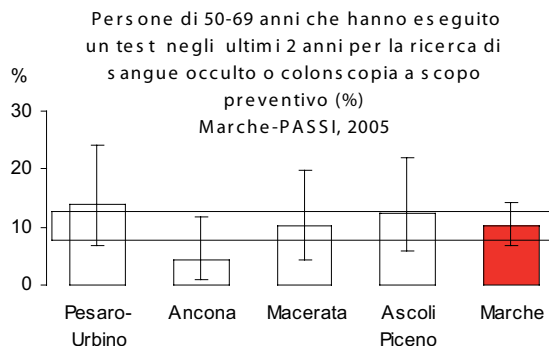
- Il 17% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la colonscopia a scopo preventivo.
- Il 10% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione.
- Nelle quattro aree provinciali con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone di 50-69 anni che hanno eseguito negli ultimi due anni un test per la ricerca di sangue occulto o una colonscopia a scopo preventivo (range dal 4% al 14%).

Diagnosi precoce neoplasia del colon retto (≥50 anni) Marche – PASSI, 2005		
Caratteristiche Demografiche		Esecuzione di un test * per motivi preventivi
<b>Totale</b>		<b>17,2%</b> (IC95%; 13,0-22,1)
Età <sup>^</sup>	50 - 59	18,1
	60 - 69	16,0
Sesso	M	21,1
	F	13,8
Istruzione**	bassa	18,1
	alta	15,5

\* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

<sup>^</sup> 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; nelle Marche è stata organizzata una fase pilota ed il programma di screening verrà avviato in tutte le Zone Territoriali Asur entro breve tempo. Saranno predisposte, inoltre, campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

# **Tabelle riassuntive dei risultati dello studio PASSI**

Descrizione del campione aziendale	Stima regione Marche	ASL partecipanti allo studio
età media	43,5 anni	43,9 anni
donne, %	52,3	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	9,4	11,2
<i>media superiore</i>	45,5	40,4
<i>media inferiore</i>	26,4	30,5
<i>elementare</i>	17,2	16,0
<i>nessuno</i>	1,3	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	54,9	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	66,2	66,2
<i>celibi/nubili</i>	27,6	27,4
<i>vedov/e</i>	3,3	2,9
<i>separati/divorziati</i>	2,9	3,5
lavoro regolare**, %	68,0	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 regione Marche (% ,gg)	ASL partecipanti allo studio (% ,gg)
salute molto-buona/buona, %	63,9	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	2,9	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,3	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,2	1,6

Attività fisica	Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico	45,3	42,4
popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>	18,6	23,3
consigli dei medici: <sup>^^^</sup>		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	39,1	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	45,1	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	10,4	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	11,7	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	7,9	7,2

<sup>^</sup>30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni

<sup>^^</sup>chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana

<sup>^^^</sup>consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

Abitudine al fumo	Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
fumatori*	26,8	26,5
<i>uomini</i>	28,2	31,5
<i>donne</i>	25,5	21,7
ex fumatori**	21,1	19,7
non fumatori***	52,1	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
<i>da solo</i>	97,0	94,2
<i>aiuto del medico</i>	0	1,8
consigli dei medici:		
<i>chiesto se fuma</i>	39,6	38,6
<i>a fumatori</i>	65,5	64,9
<i>consigliato di smettere di fumare (a fumatori)</i>	62,2	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
<i>non permesso</i>	29,9	37,0
<i>nessuno fuma</i>	27,6	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora):		
<i>sempre</i>	61,2	76,3
<i>a volte/mai</i>	14,3	20,7

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

\*\*più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

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

Situazione nutrizionale	Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
popolazione con eccesso ponderale	39,7	43,6
<i>sovrappeso</i>	28,8	32,5
<i>obeso</i>	10,9	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	31,0	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	24,8	22,7

Abitudini alimentari	Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	93,6	90,8
conosce il 5 a day <sup>^</sup>	50,8	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno da chi ne hanno sentito parlare:	16,7	13,3
<i>mass media</i>	41,0	45,4
<i>medico</i>	15,6	18,5
<i>campagne informative</i>	9,1	12,1

<sup>^</sup> mangiano 5 volte al giorno frutta e verdura

Consumo di alcol	Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese* <sup>◇</sup>	65,5	63,8
bevitori fuoripasto** <sup>◇◇</sup>	13,6	12,4
bevitori binge** <sup>◇◇◇</sup> *	7,3	8,0
forti bevitori** <sup>◇◇◇◇◇</sup>	5,5	5,5
chiesto dal medico sul consumo	13,9	14,4

\*<sup>◇</sup> una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore  
\*\*<sup>◇◇</sup> in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana  
\*\*\*<sup>◇◇◇</sup> nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione  
\*\*\*\*<sup>◇◇◇◇</sup> più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne

Sicurezza stradale	Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
cintura anteriore sempre	82,4	83,0
cintura posteriore sempre	16,6	19,7
casco sempre*	95,2	88,1
guida in stato di ebbrezza**	9,4	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza***	13,5	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 regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinati 18-69 anni	14,6	15,3
vaccinati ≥ 65	51,6	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	23,2	27,9
Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)	Stima ASL (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
vaccinate	37,0	30,6
hanno eseguito rubeotest*	48,0	40,6
Immune**	60,8	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

Ipertensione arteriosa		Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
	misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	82,8	81,4
	Ipertesi*	22,5	22,6
	come viene trattata l'ipertensione:		
	<i>trattamento farmacologico</i>	69,7	69,1
	<i>riduzione consumo di sale</i>	67,7	71,0
	<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	35,5	37,4
	<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	38,1	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 regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
	misurazione colesterolo almeno una volta	82,9	79,3
	Ipercolesterolemici*	26,7	24,7
	come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
	<i>trattamento farmacologico</i>	23,2	24,3
	<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	74,4	76,6
	<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	60,5	57,8
	<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	40,1	41,6
	<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	39,0	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

Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)		Stima regione Marche (%)	ASL partecipanti allo studio (%)
	popolazione cui è stato calcolato il punteggio*	10,0	9,0

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



<b>Diagnosi precoce neoplasie del collo dell'utero*</b> (donne 25 - 64 anni)		<b>Stima regione Marche (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito almeno un Pap test		80,4	78,4
ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni		67,5	69,7
viene consigliato Pap test periodico		71,0	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL		82,4	56,0
ultimo Pap test è stato eseguito per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>		45,2	24,6
<i>consiglio medico</i>		25,6	30,6
<i>propria iniziativa</i>		28,4	43,6

\* eseguito a scopo preventivo

<b>Diagnosi precoce neoplasie della mammella</b> (donne 50 - 69 anni)◇ ** ◇◇		<b>Stima regione Marche (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguita almeno una mammografia		80,8	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni		63,6	56,7
viene consigliata mammografia periodica		74,2	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL		75,5	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per			
<i>invito attivo dell'ASL</i>		33,1	38,7
<i>consiglio medico</i>		31,4	28,6
<i>propria iniziativa</i>		33,9	32,0

\* ◇ valori ASL partecipanti, senza il campione di supplemento

\*\* ◇◇ eseguita a scopo preventivo

<b>Diagnosi precoce neoplasie del colon retto</b> (50 - 69 anni) *		<b>Stima regione Marche (%)</b>	<b>ASL partecipanti allo studio (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta		17,2	14,0
eseguito negli ultimi due anni		10,2	8,3

\* eseguito a scopo preventivo



# La sperimentazione

# Risultati della valutazione su un pool di 92 delle 123 ASL

## Introduzione

La possibilità di sperimentare una raccolta di dati sui comportamenti legati a stili di vita che mettono a rischio la salute della popolazione e sull'andamento di interventi di salute nazionali, regionali o aziendali è un progetto che affascina gli operatori in salute pubblica che, per missione, ricercano e utilizzano dati per migliorare l'azione in salute pubblica. Il Ministero della Salute e le regioni che promuovono il cambiamento del sistema di informazione sanitario del nostro Paese, hanno chiesto all'Istituto Superiore di Sanità (al gruppo PROFEA del CNESPS) di sperimentare un approccio che producesse i dati in maniera tempestiva e valida per poter orientare l'azione a livello locale (ASL) e regionale. Lo studio PASSI è stato quindi valutato durante tutto l'arco della sua realizzazione per produrre evidenza sulla validità, fattibilità, utilità della raccolta dei dati, per rispondere a gruppi di interesse e finanziatori, alla comunità e identificare materiali e metodi per preparare il passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza.

## Metodi

Prima di iniziare lo studio, è stata condotta una valutazione propedeutica con l'intento di testare procedure e metodi e di inventariare le domande di valutazione dei gruppi di interesse (Ministero della Salute, Regioni, responsabili politici e tecnici di Aziende Sanitarie, operatori nell'ambito della prevenzione, società scientifiche dei medici di medicina generale, ISTAT) utilizzando focus group e interviste strutturate e semi-strutturate.

La valutazione di processo invece, è stata conclusa nel giugno 2005 utilizzando un questionario autocompilato dai coordinatori aziendali.

## Risultati

La valutazione propedeutica ha evidenziato che lo studio PASSI ha suscitato interesse per la possibilità di colmare un vuoto informativo sugli stili di vita, sulla diffusione di alcuni interventi preventivi e la loro efficacia. Vengono però espressi alcuni dubbi e critiche:

- sulla potenza statistica che in alcuni casi non permette la stratificazione per

- alcune variabili quali l'età e il livello socioeconomico,
- la mancanza di alcuni argomenti quali aspetti legati alla professione/rischi lavorativi
- una possibile duplicazione con altri sistemi informativi, per esempio gli screening.

Inoltre, si sono espresse perplessità sull'utilizzo del personale delle ASL in quanto senza nessuna esperienza su come si fanno le interviste tramite telefono.

Nella valutazione del processo, è emerso che la raccolta dati è durata in media due mesi e mezzo, mentre la fase interviste è durata 45 giorni; il 92% degli intervistatori erano assistenti sanitari o affini, riducendo ad un numero esiguo l'utilizzo inappropriato di medici.

Secondo gli operatori aziendali le Regioni non sempre hanno giocato il ruolo favorente necessario, creando talvolta qualche difficoltà nel costruire efficaci collaborazioni con le istituzioni locali.

Il campionamento è stato fatto a partire dalle liste delle anagrafi sanitarie; delle persone campionate solo per il 27% erano disponibili numeri di telefono ed indirizzi in quanto le liste sono incomplete e a volte non aggiornate. Tale percentuale è salita all'88%, dopo una ricerca tramite elenchi telefonici, l'aiuto dei medici di famiglia e le liste anagrafiche comunali. In totale quindi sono stati sostituiti il 12% di persone campionate. Nella fase di somministrazione del questionario per telefono si sono avuti il 5% di rifiuti e l'11% di persone non rintracciate. Quando interpellati i medici di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità, diffidenza ecc).

La disponibilità di linee telefoniche, cellulari aziendali e carte telefoniche prepagate si è rivelato un elemento essenziale sia per non penalizzare il lavoro di routine dei dipartimenti di prevenzione, che per poter fare le telefonate fuori orario di lavoro. Resta il problema del riconoscimento delle ore di straordinario per gli intervistatori.

Il questionario è stato ritenuto appropriato, accettabile (da parte degli operatori e degli intervistati) e un buon strumento nelle sue parti, anche se è stato rilevato che complessivamente aveva troppe domande; le sezioni sul consumo di alcol e quella sull'attività fisica contengono alcune domande poco chiare.

L'utilità della raccolta di dati sperimentata dal PASSI è stata stimata su alcuni

qualità richieste a un buon sistema di sorveglianza:

- Semplicità: l'azienda utilizzando le proprie risorse e conoscenze è riuscita a completare l'indagine
- Flessibilità: è stato possibile inserire nel questionario e quindi nell'analisi di dati alcuni argomenti aggiuntivi (es. incidenti domestici) che in alcune aziende sanitarie era stato oggetto di uno specifico intervento
- Qualità dei dati: i questionari prodotti incompleti o con errori sono al di sotto del 5% e i dati raccolti sono in linea con altre indagini campionarie o demoscopiche (per esempio ISTAT)
- Sensibilità e valore predittivo positivo: in accordo con dati di altri Paesi, poiché si tratta di dati autoriferiti, ci si può attendere perlopiù una sottostima di molti fenomeni misurati
- Rappresentatività: il campione selezionato e intervistato è risultato rappresentativo della popolazione in studio. Le sostituzioni per mancanza del numero telefonico (12%) e le sostituzioni per rifiuto (5%) rimangono a livelli ragionevolmente bassi per possibili rischi di bias di selezione; tuttavia si può migliorare la performance con un coinvolgimento dei medici di famiglia già nella fase di campionamento.
- Tempestività: l'indagine si è conclusa nei tempi previsti, che permettono di produrre dei risultati annuali necessari per questo tipo di sorveglianza
- Accettabilità: la partecipazione degli operatori all'indagine nella fase organizzativa (corsi di formazione e reperimento dati anagrafici è stata del 80%, nella fase di esecuzione le interviste incomplete o errate sono state sotto il 5%). La partecipazione delle istituzioni locali è stata importante in quanto hanno messo a disposizione le anagrafi comunali.

Il costo, calcolato complessivamente e non solo sui costi aggiuntivi (es. telefono), per la sorveglianza è stato stimato in circa 12 mila euro per 200 interviste e di 21 mila euro per 600 interviste.

## Discussione

In generale, la sperimentazione suggerisce che il sistema di sorveglianza da costruire sui risultati dello studio PASSI, può costituire uno strumento adeguato agli obiettivi che si era prefissato; inoltre è stato ben accettato nella ASL e i costi relativi stimati, confrontati con altre indagini/programmi, sono contenuti. I potenziali punti critici dello studio evidenziati nella valutazione formativa quali le poche competenze degli operatori e la difficoltà dei dipartimenti a misurarsi con indagini nuove, si sono dimostrati più il frutto di timori di non essere all'altezza che di reali difficoltà e limiti. Timori che sono stati superati, ne è prova il basso numero di rifiuti, il basso numero di questionari incompleti e l'assenza di interviste non condotte a termine.

I punti più critici dello studio sono il reperimento dei dati degli assistiti (indirizzo e telefono) ed il non completo coinvolgimento dei gruppi di interesse. Per quanto riguarda il reperimento dei dati degli assistiti si possono pensare altre strategie che coinvolgano da subito i medici di famiglia, evitando così potenziali bias di selezione di alcuni gruppi quali i giovani e immigrati in possesso di sola telefonia mobile.

Sul coinvolgimento dei gruppi di interesse, soprattutto cittadini e decisori in campo sanitario e politico (per esempio i sindaci) si gioca la reale utilità del sistema di sorveglianza: la sua utilità si misura sull'effettivo cambiamento dello stato di salute della comunità "provocato" dall'utilizzo delle informazioni che il sistema produce. Ma questi cambiamenti sono possibili solo se c'è il coinvolgimento dei tre soggetti principali: comunità, decisori e operatori sanitari.

Come in tutte le sperimentazioni le nuove idee e l'entusiasmo giocano un ruolo importante che a volte aiutano a superare difficoltà organizzative e risorse limitate. Il passaggio dalla sperimentazione alla routine ovvero all'istituzionalizzazione ha posto tuttavia come prerequisito un forte mandato da parte delle Regioni per la costruzione di solide basi organizzative e gestionali per creare e consolidare il sistema di sorveglianza di popolazione nei mesi a venire.





**PASSI:  
da studio  
trasversale  
a sorveglianza  
di popolazione**

Avviato due anni fa come sperimentazione di alcuni metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è oggi il punto di partenza per un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni che vuole mettere a regime una sorveglianza di popolazione in tutte le Regioni e Aziende sanitarie locali (Asl) del Paese. Si tratta di un'iniziativa originale non solo per l'Italia, ma anche per l'Europa: solo la Finlandia, infatti, realizza da qualche anno una sorveglianza di popolazione. In particolare, questa iniziativa nasce in Italia con una peculiarità unica: tarare questo strumento di sorveglianza soprattutto per un utilizzo dei dati a livello locale.

Il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss), supportato da esperti regionali, ha avviato la sperimentazione del sistema di sorveglianza di popolazione: l'obiettivo è costruire uno strumento utile per migliorare nei prossimi anni l'impatto e l'efficacia del nostro sistema di salute sulle malattie croniche.

Passi si inserisce nel cuore delle attività politiche e sanitarie intraprese in Italia per promuovere la prevenzione: l'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, tumori e diabete, le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta. Nel 2005, un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità ha confermato che le patologie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale) sono responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza costante all'aumento anche dei relativi costi diretti e indiretti, che consumano in media il 77% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione europea.

## **Il sistema di sorveglianza**

L'evidenza applicata alla prevenzione: potrebbe essere questo il motto della sorveglianza Passi, la sperimentazione iniziata nel 2007 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

Nella sua accezione classica, la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione

di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica. Un sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione dovrebbe:

- essere rappresentativo della popolazione
- fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica
- consentire la messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute
- fornire un dettaglio di informazione a livello di Asl, che consenta il confronto fra le diverse Asl all'interno della stessa Regione

Attualmente, le fonti ufficiali forniscono informazioni sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione. Tuttavia, non sono disponibili dati sufficientemente tempestivi e con dettagli a livello di Asl e mancano informazioni su quanto la popolazione percepisca e recepisca rispetto a interventi di sanità pubblica, quali messaggi promozionali, attività di counselling, ecc. Obiettivo della sorveglianza Passi è costruire proprio una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. Questa stessa base di dati permetterebbe di confrontare le diverse realtà aziendali fra di loro, seguendone l'evoluzione nel tempo.

Il passaggio dalle indagini trasversali, come quella del 2005, alla sorveglianza continua implica lo studio e la sperimentazione di modalità diverse di raccolta e utilizzo dei dati. Questi i principali vantaggi del sistema di raccolta continuo:

- consente di aggiungere la dimensione temporale all'indagine e quindi di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili (linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili in concomitanza con interventi di sanità pubblica, applicazione di normative, eventi naturali, ecc)
- consente di cambiare in corso d'opera la velocità con cui vengono acquisiti i dati, aumentando (con un modesto impegno aggiuntivo) il numero di interviste fatte ogni mese e di conseguenza la precisione delle stime.

Con la sorveglianza continua assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni: è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, con una regolare e assidua manutenzione.

Tra gli obiettivi non secondari della sorveglianza Passi (come già messo in luce dall'esperienza dei precedenti studi trasversali), quello di registrare l'opinione

della popolazione sulla propria salute. L'indagine sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi. Passi diventa così una vera e propria piattaforma di comunicazione che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità stesse.

## **La sorveglianza PASSI nelle Marche**

Nella nostra regione, l'avvio del sistema di sorveglianza PASSI rappresenta un obiettivo assegnato dalla Regione Marche alla Rete Epidemiologica, i cui referenti rappresentano i coordinatori del sistema di sorveglianza a livello di Zona Territoriale; il coordinamento regionale è affidato al Servizio Salute della Regione Marche ed all'Agenzia Regionale Sanitaria (Osservatorio Epidemiologico Regionale). Tutte le Zone territoriali partecipano allo studio ed il livello di aggregazione con significatività dei dati, oltre a quello regionale, è quello di area vasta (in fase iniziale quattro aree vaste). Va inoltre segnalato che, in questa fase iniziale, le ZT di Ancona e Jesi hanno partecipato con 25 interviste mensili, avendo così il numero minimo per avere i dati rappresentativi anche a livello di ZT. La sorveglianza è partita da giugno, prevedendo 173 interviste mensili su base regionale. I coordinatori sono i referenti della REM e gli intervistatori sono operatori del sistema sanitario regionale, generalmente afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione. Tutti hanno seguito un iter specifico di preparazione, come indicato dal coordinamento nazionale.

Di seguito si riporta uno schema di riferimento per quanto riguarda l'organigramma. I primi risultati della sorveglianza saranno pubblicati dopo il primo anno di attività.

## PASSI Sorveglianza 2007

### GRUPPO OPERATIVO

COORDINAMENTO REGIONALE	<small>REFERENTE REGIONALE</small> GIULIANO TAGLIAVENTO PF SANITÀ PUBBLICA REGIONE MARCHE	<small>COORDINATORE REGIONALE</small> FABIO FILIPPETTI AGENZIA REGIONALE SANITARIA
		<small>VICE COORDINATORE REGIONALE</small> ROSANNA PASSATEMPO ZT 8
AREA TERRITORIALE	COORDINATORE ZONALE	INTERVISTATORI
ZT 1	GAETANO RASCHI	GIOVANNI LEMMA
ZT 2	MOSÈ GRECO	MARCO POMPILI
ZT 3	ALFREDO VACCARO	NATALINA GHISELLI, SABRINA MALTONI, ALESSIA PESARESI
ZT 4	ROSANNA ROSSINI	ANTONELLA AGOCCIONI, MILENA CAVALLOTTI
ZT 5	FRANCESCA PASQUALINI	SABINA PACI, ELISABETTA BRANCHESI, AMELIA PRIORI
ZT 6	DANIELA CIMINI	GIORGIA CAPEZZONE, CATIA MEZZANOTTE
ZT 7	MARCO MORBIDONI	ELISA AMBROSIANI, EUFEMIA CIARALLO. ANTONELLA GUIDI
ZT 8	ROSANNA PASSATEMPO	SIMONA QUARCHIONI, TIZIANA MENGONI, PAOLA MAZZANTI
ZT 9	LUCIA MARINELLI	SABINA CARLINI, SIMONA DE INTRONA
ZT 10	FABIO FILIPPETTI	MARCELLO PANNELLI
ZT 11	MARIA TERESA LANCIOTTI	MARIO PACI
ZT 12	FRANCESCA PICCIOTTI	SANDRA EMILI, ELISABETTA GIOVANNELLI
ZT 13	MASSIMO BAFFONI	ANGELA RIANNETTI, ROBERTA GIRARDO



# Bibliografia

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

## 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](http://www.ossfad.iss.it))
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della



vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

## Alimentazione

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

## Alcol

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

## Sicurezza stradale

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

## Rischio cardiovascolare

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

## Screening oncologici

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

grafica e fotocomposizione  
Mario Carassai

Finito di stampare nel mese di febbraio 2008  
presso Anibaldi Grafiche s.r.l - Ancona



