

# Sistema di Sorveglianza PASSI

Rapporto aziendale ASL Viterbo 2009-2012





# ASL Viterbo

I risultati del Sistema di Sorveglianza 2009-2012



**PASSI**

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

## **A cura di:**

Oretta Micali\*, Patrizia Carpentieri°, Maria Casali°, Anna Fersini°, Anna Fiorani°, Silvana Forte°, Anna Liberati°, Laura Muccio°, M. Domenica Pelosi°, Donatella Perazzoni°, Rina N. Pulcinelli°, Annunziata Salvati°, Ilaria Scrocchia°, Filomena Trovato°, Giulia Sorato^

\* *Coordinatrice aziendale PASSI*

° *Intervistatrici aziendali PASSI*

^ *Tirocinante TPALL*

## **Hanno contribuito alla realizzazione:**

- **a livello nazionale:**

Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Stefano Campostrini, Giuliano Carrozzi, Bendetta Contoli, Marco Cristofari, Paolo D'Argenio, Angelo D'Argenzio, Amalia Maria Carmela De Luca, Pirous Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Luana Penna, Alberto Perra, Valentina Possenti, Elisa Quarchioni, Mauro Ramigni, Stefania Salmaso, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli  
(Gruppo Tecnico nazionale PASSI)

- **a livello regionale:**

Diego Baiocchi, Amalia Vitagliano

(Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening)

Silvia Iacovacci, Andreina Lancia, Massimo Oddone Trinito

(Coordinamento regionale PASSI)

- **a livello aziendale:**

Oretta Micali, Patrizia Carpentieri, Maria Casali, Anna Fersini, Anna Fiorani, Silvana Forte, Anna Liberati, Laura Muccio, Maria Domenica Pelosi, Donatella Perazzoni, Rina Nicoletta Pulcinelli, Annunziata Salvati, Ilaria Scrocchia, Filomena Trovato

***Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.***

## **Redazione e impaginazione a cura di:**

Oretta Micali (UOC SISP – Dipartimento di Prevenzione ASL Viterbo)

Tutte le immagini sono tratte da siti internet con licenza  Creative Commons

Il rapporto è disponibile all'indirizzo web [www.asl.vt.it](http://www.asl.vt.it)

Viterbo, novembre 2014

# INDICE

|  |             |     |
|--|-------------|-----|
| <b>Introduzione</b>                                      | <i>pag.</i> | 7   |
| <b>Obiettivi</b>   | <i>pag.</i> | 9   |
| <b>Metodi</b>  | <i>pag.</i> | 11  |
| <b>DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE</b>                | <i>pag.</i> | 17  |
| <b>GUADAGNARE SALUTE</b>                                 |             |     |
| Abitudine al fumo  | <i>pag.</i> | 25  |
| Stato nutrizionale e abitudini alimentari                | <i>pag.</i> | 31  |
| Attività fisica  | <i>pag.</i> | 37  |
| Consumo di alcol   | <i>pag.</i> | 40  |
| <b>RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>                           |             |     |
| Rischio cardiovascolare                                  | <i>pag.</i> | 47  |
| Ipertensione arteriosa                                   | <i>pag.</i> | 48  |
| Ipercolesterolemia                                       | <i>pag.</i> | 51  |
| Carta e punteggio individuale del rischi cardiovascolare | <i>pag.</i> | 54  |
| <b>PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE</b>              |             |     |
| Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero    | <i>pag.</i> | 59  |
| Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella          | <i>pag.</i> | 63  |
| Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto         | <i>pag.</i> | 68  |
| Vaccinazione antinfluenzale                              | <i>pag.</i> | 73  |
| Vaccinazione antirosolia                                 | <i>pag.</i> | 75  |
| <b>SICUREZZA STRADALE E DOMESTICA</b>                    |             |     |
| Sicurezza stradale                                       | <i>pag.</i> | 79  |
| Uso dei dispositivi di sicurezza                         | <i>pag.</i> | 80  |
| Alcol e guida  | <i>pag.</i> | 81  |
| Sicurezza domestica                                      | <i>pag.</i> | 83  |
| <b>BENESSERE</b>   |             |     |
| Percezione dello stato di salute                         | <i>pag.</i> | 87  |
| Sintomi di depressione                                   | <i>pag.</i> | 90  |
| <b>APPENDICI</b>   |             |     |
| Monitoraggio   | <i>pag.</i> | 95  |
| Sintesi del rapporto aziendale                           | <i>pag.</i> | 100 |



# Introduzione

*Le malattie cronico degenerative assorbono quote sempre più rilevanti della spesa sanitaria e la loro frequenza continua ad aumentare con l'allungamento della vita media. Allo stesso tempo il sistema sanitario nazionale investe solo una modestissima quota della spesa sanitaria nella prevenzione.*

*La maggior parte della spesa sanitaria è rappresentata dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, inattività fisica e basso consumo di frutta e verdura. Trattandosi di fattori di rischio modificabili è urgente investire più risorse nella prevenzione.*

*In questo contesto, diviene essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, il grado di conoscenza e l'adesione alle offerte di prevenzione.*

*Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) risponde a questa esigenza: con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalle Asl, va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene così una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.*

*PASSI è anche uno strumento innovativo per la sanità pubblica italiana, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa, infatti, solo pochi Paesi hanno attivato un'effettiva sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali.*

*La sua caratteristica è che la raccolta, l'analisi e la diffusione dei dati avvengono a livello locale, agevolando così l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle Asl, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale.*

*Altra prerogativa della sorveglianza PASSI è la possibilità di monitorare i cambiamenti e verificare le performance raggiunte dagli interventi di prevenzione adottati, in modo da consentire una valutazione e un ri-orientamento delle politiche di sanità pubblica a livello locale.*

*Il Sistema di Sorveglianza PASSI è attivo nell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo dal 2007 e mantiene viva la propria attività grazie all'impegno delle operatrici, afferenti a vari Servizi, che continuano ogni mese a raggiungere gli obiettivi previsti.*

*Desideriamo ringraziare tutte le operatrici che contribuiscono alla realizzazione della Sorveglianza PASSI e tutti i Direttori dei Servizi coinvolti.*

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL Viterbo

Dott. Augusto Quercia

Il Direttore Sanitario ASL Viterbo

Dott. Antonio Bray



# Obiettivi

L'obiettivo generale del Sistema di sorveglianza PASSI è quello di monitorare in continuo alcuni aspetti della salute della popolazione residente di 18-69 anni, relativi alla percezione del proprio stato di salute, ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive.

Obiettivo della sorveglianza PASSI è, altresì, individuare i gruppi a rischio a cui indirizzare gli interventi di promozione alla salute, comunicare tali risultati ai decisori, essere parte attiva nella definizione degli interventi prioritari di prevenzione da condurre.

La sorveglianza PASSI indaga alcuni aspetti specifici relativi ai seguenti temi:

- **Quadro socio-demografico**
  - Aspetti socio-demografici
- **Percezione dello stato di salute**
  - Giorni in cattiva salute percepiti e limitazione delle attività
- **Attività fisica**
  - Attività fisica nella popolazione
  - Promozione attività fisica
  - Percezione del proprio livello di attività fisica
  - Sedentarietà e fattori di rischio
- **Abitudine al fumo**
  - Abitudine al fumo nella popolazione
  - Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario
  - Consigli sullo smettere di fumare
  - Modalità di dismissione dal tabagismo negli ex fumatori
  - L'abitudine al fumo in ambiente domestico
  - L'abitudine al fumo nei locali pubblici
  - Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
- **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**
  - Indice di Massa Corporea nella popolazione
  - Percezione del proprio peso
  - Distribuzione del consumo giornaliero di frutta e verdura
  - Consigli di perdere peso
  - Consigli di fare attività fisica
  - Cambiamento di peso nell'ultimo anno
  - Cambiamento di alcune abitudini
- **Consumo di alcol**
  - Consumo di alcol nella popolazione
  - Bevitori a rischio
  - Bevitori "binge"
  - Informazioni sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario
- **Sicurezza stradale**
  - Uso dei dispositivi di sicurezza
  - Guida in stato di ebbrezza
- **Sicurezza domestica**
  - Percezione del rischio

- **Vaccinazione antinfluenzale**
  - Vaccinati durante l'ultima campagna vaccinale
- **Vaccinazione antirosolia**
  - Vaccinate tra le donne in età fertile (18-49 anni)
  - Stato immunitario delle donne in età fertile (18-49 anni)
- **Fattori individuali di rischio cardiovascolare**
  - Misurazione della pressione arteriosa
  - Ipertesi
  - Trattamento dell'ipertensione
  - Misurazione del colesterolo
  - Ipercolesterolemici
  - Trattamento dell'ipercolesterolemia
  - Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare
- **Diagnosi precoce delle neoplasie**  
Sui Test di screening (*per prevenzione delle neoplasie del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto*):
  - Esecuzione
  - Periodicità dell'esecuzione
  - Consigliato test
  - Percezione dell'influenza della promozione test
  - Efficacia nella promozione per l'effettuazione del test
  - Costo ultimo test
  - Motivi di non effettuazione del test
- **Sintomi di depressione**
  - Sintomi di depressione nella popolazione
  - Conseguenze dei sintomi di depressione
  - Condizioni di salute nelle persone con sintomi di depressione

Nel Lazio sono indagati, dal 2010, anche aspetti relativi alla sicurezza sul lavoro e, dal 2011, aspetti relativi alla prevenzione delle complicanze delle persone con diabete. I risultati su questi ambiti di indagine esulano dal presente rapporto.

*Per ogni capitolo relativo agli argomenti indagati è disponibile una bibliografia essenziale di riferimento consultabile sul sito [www.epicentro.iss.it/passi/](http://www.epicentro.iss.it/passi/).*

# Metodi

## Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di Asl, tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

## Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nella lista dell'anagrafe sanitaria dell'AUSL di Viterbo. Criteri d'inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell'AUSL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero, l'istituzionalizzazione o il domicilio stabile al di fuori dell'AUSL di Viterbo.

## Periodo dello studio

I dati di questo rapporto sono riferiti al periodo 2009-2012.

## Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età, direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ogni ASL è di 25 unità.

Nell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Viterbo, nel periodo 2009-2012 sono state realizzate 1488 interviste così suddivise per anno:

| Anno | Numero interviste |
|------|-------------------|
| 2009 | 386               |
| 2010 | 384               |
| 2011 | 366               |
| 2012 | 352               |

## Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'Asl di appartenenza. Alcune Asl hanno provveduto a informare anche i Sindaci dei Comuni interessati, come anche nell'AUSL di Viterbo all'avvio della sorveglianza PASSI, nel luglio 2007.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale sanitario delle ASL coordinato dai Dipartimenti di Prevenzione con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta da un *retraining* degli intervistatori che ha avuto per oggetto: modalità del contatto e del rispetto della privacy delle persone, metodo

dell'intervista telefonica e somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)); un approfondimento sui dati di monitoraggio aziendali è riportato in Appendice.

## **Analisi delle informazioni**

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

I risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per le variabili principali.

## **Etica e privacy**

Il Sistema PASSI opera secondo i principi dell'etica e nel rispetto del diritto alla riservatezza dei cittadini e delle norme che lo regolano in Italia.

Sul piano etico il sistema è giustificato in quanto rappresenta lo strumento con cui il sistema sanitario effettua la sorveglianza di condizioni che hanno un forte impatto sullo stato di salute della popolazione e i dati richiesti ai cittadini sono solo quelli strettamente necessari a raggiungere lo scopo legittimo e dichiarato di supportare le Asl, le Regioni e il ministero della Salute nelle attività di *advocacy*, pianificazione e valutazione degli interventi.

Sebbene non sia obbligatorio che gli studi osservazionali siano approvati da un comitato etico, il protocollo di PASSI è stato sottoposto al comitato etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ne ha giudicato l'adeguatezza formulando un parere favorevole.

Le operazioni previste dalla sorveglianza Passi in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali). Il personale ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate, tramite una lettera, sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il coordinatore aziendale.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene tramite supporto informatico oppure tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su pc. Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc) si adottano adeguati meccanismi di sicurezza e protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

I dati, in forma anonima, sono trasferiti, tramite collegamento internet protetto in un archivio nazionale, mentre gli elementi identificativi presenti a livello della Asl vengono distrutti. In tal modo, i soggetti che possono accedere all'archivio elettronico, a livello di Asl, regionale e centrale non possono in alcun modo risalire all'identità degli intervistati e sono tenuti a utilizzare i dati per ricavare misure di popolazione, come ad esempio i tassi di prevalenza ed i loro trend, attraverso appropriate tecniche di analisi statistica.

Recentemente il quadro normativo, in cui sono inseriti i sistemi di sorveglianza, è stato innovato grazie al Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012 (art. 12 comma 10) convertito in Legge il 17 dicembre 2012, che prevede l'istituzione di sistemi di sorveglianza, disciplinandone sia le finalità che le modalità di istituzione, che deve avvenire grazie a una decisione condivisa da parte del Governo e delle Regioni e Province autonome, con il parere dell'Autorità garante della privacy. La gestione dei registri e dei sistemi di sorveglianza, attività istituzionali delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, dovrà uniformarsi, per quanto riguarda la privacy, ad un regolamento che dovrà essere adottato con Decreto del Presidente della Repubblica.





## Descrizione del campione aziendale





# Descrizione del campione aziendale

La popolazione di studio è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL di Viterbo.

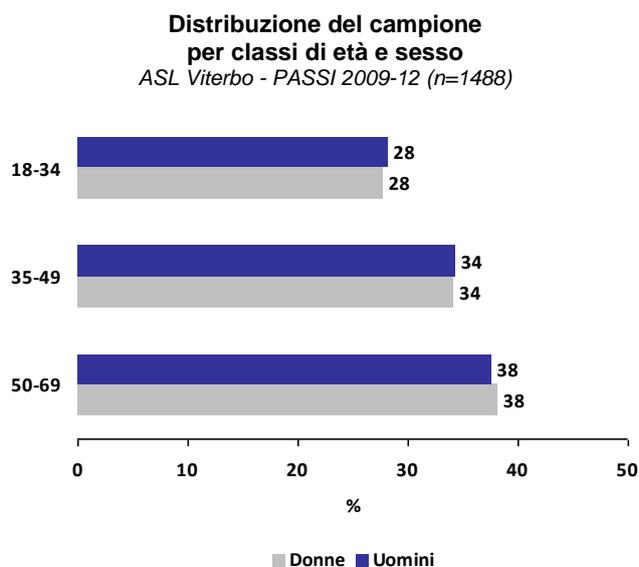
Da gennaio 2009 a dicembre 2012, nell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo sono state intervistate 1488 persone nella fascia d'età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Tra i soggetti eleggibili, la media annua del tasso di risposta<sup>1</sup> è risultata dell'88%, del tasso di sostituzione<sup>2</sup> dell'12% e del tasso di rifiuto<sup>3</sup> del 9% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

- Nella ASL di Viterbo, il campione intervistato (1488 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50,5%) e uomini (49,5%); l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il campione è costituito per:
  - il 28% da persone nella fascia 18-34 anni
  - il 34% da persone nella fascia 35-49 anni
  - il 38% da persone nella fascia 50-69 anni.



Nell'ASL di Viterbo la sorveglianza PASSI è stata sempre realizzata in maniera precisa e costante, pertanto la distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile alla popolazione di riferimento e i risultati sono estendibili alla popolazione generale.

<sup>1</sup>Tasso di risposta = numero di interviste/(numero interviste+rifiuti+non reperibili)

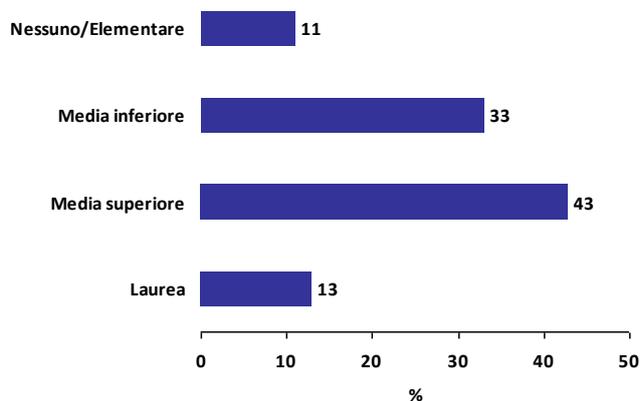
<sup>2</sup>Tasso di sostituzione = (rifiuti+non reperibili)/(numero interviste+rifiuti+non reperibili)

<sup>3</sup>Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero interviste+rifiuti+non reperibili)

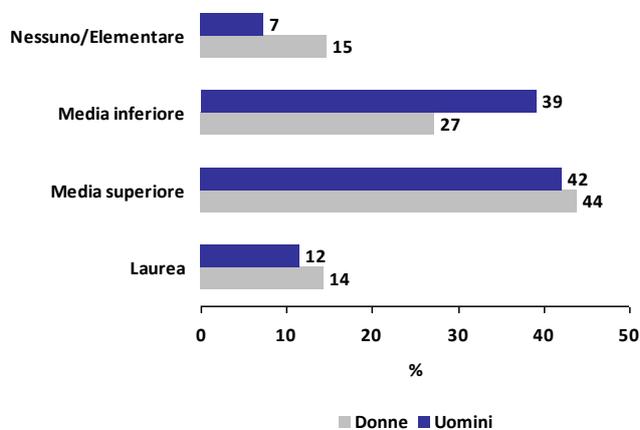
## Il titolo di studio

- Nella ASL di Viterbo l'11% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 33% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 13% è laureato. La percentuale di donne che ha conseguito un alto livello d'istruzione (diploma di scuola media superiore o di laurea) è significativamente più elevata rispetto agli uomini (58,2% vs 53,6%).

**Campione per titolo di studio**  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)

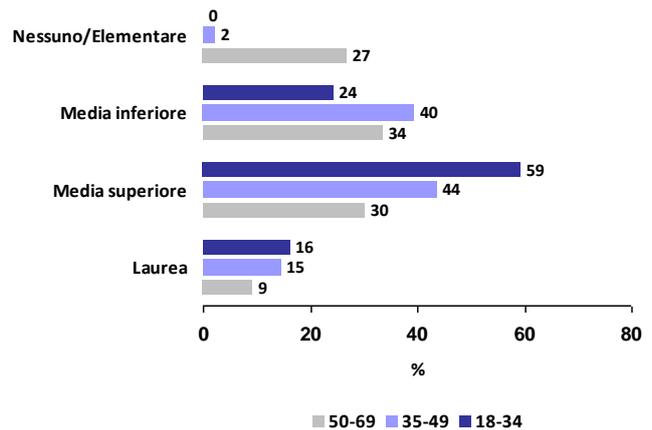


**Campione per titolo di studio e per sesso**  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)

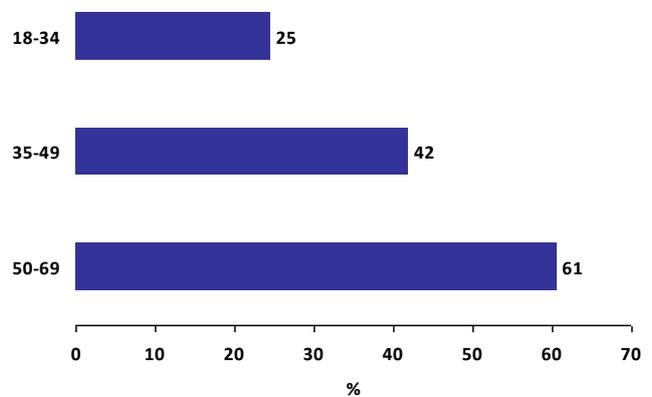


- L'istruzione è, come atteso, fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

**Campione per titolo di studio e per classe d'età**  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



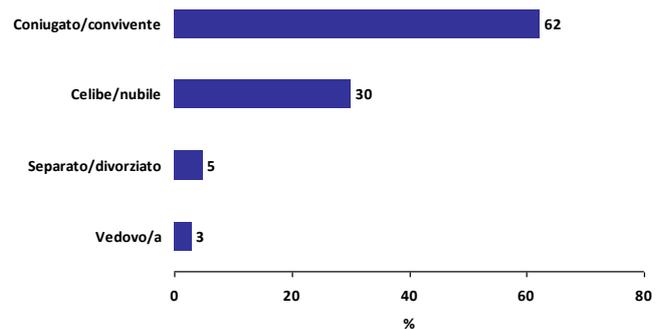
**Prevalenza di scolarità medio-bassa (nessuna/licenza elementare/scuola media inferiore) per classi di età**  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



### Lo stato civile

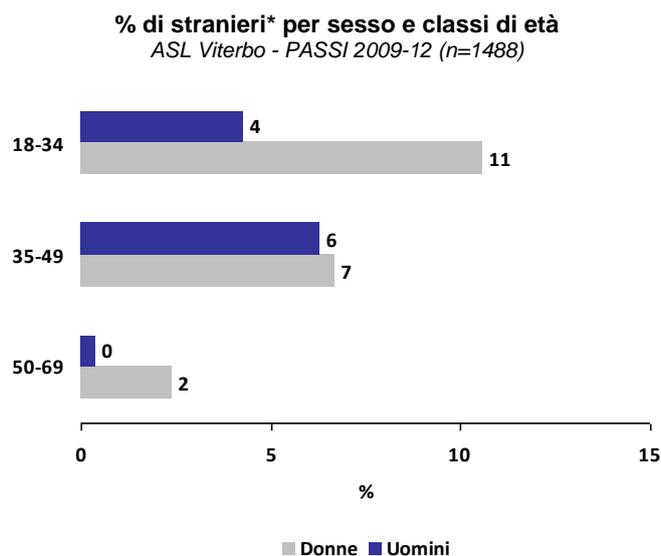
- Nella ASL di Viterbo i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi il 3%.

**Campione per categorie stato civile**  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



## Cittadinanza

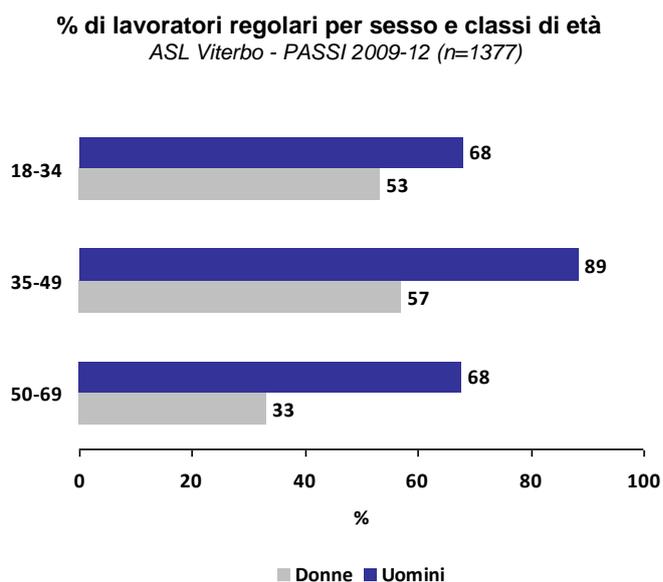
- Nella ASL di Viterbo il campione è costituito dal 95% di cittadini italiani e 5% di stranieri. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni l'11% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.



\* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità

## Il lavoro

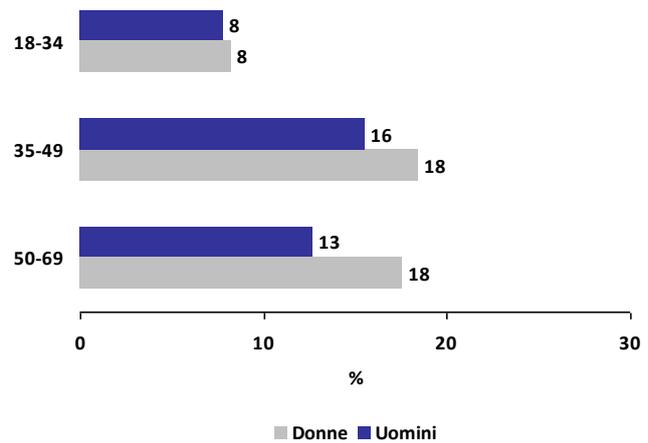
- Nella ASL di Viterbo il 62% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (48% vs 76%). **Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per sesso in ogni classe di età.**
- Gli intervistati di 35-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini.



## Difficoltà economiche

- Nella ASL di Viterbo:
  - il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 41% qualche difficoltà
  - il 14% molte difficoltà economiche.
- La percentuale di donne che ha dichiarato molte difficoltà economiche è significativamente maggiore di quella degli uomini (15% vs 12%)

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



## Conclusioni

Nell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo, l'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti testimoniano il forte **impegno profuso dalle intervistatrici e la loro professionalità**, oltre alla buona disponibilità della popolazione ad essere intervistata su tematiche di prevenzione.

Il **campione nell'ASL di Viterbo è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato**, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione della provincia di Viterbo.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.





# Guadagnare salute





# Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie croniche, in particolare cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (Daly). A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi.

Nei Paesi ad alto reddito l'epidemia di fumo, che aveva raggiunto il suo acme negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, è cominciata a declinare, anche tra le donne.

## Abitudine al fumo di sigaretta – ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n=1488)

|                                   | %<br>(IC95%)        |
|-----------------------------------|---------------------|
| <b>Non fumatori</b> <sup>1</sup>  | 44,3<br>(41,7-46,9) |
| <b>Fumatori</b> <sup>2</sup>      | 35,0<br>(32,6-37,5) |
| <i>in astensione</i> <sup>3</sup> | 1,7<br>(1,1-2,5)    |
| <i>occasional</i> <sup>4</sup>    | 0,9<br>(0,5-1,6)    |
| <i>quotidiani</i> <sup>5</sup>    | 32,3<br>(30,0-34,8) |
| <b>Ex -fumatori</b> <sup>6</sup>  | 20,7<br>(18,7-22,9) |

1 Non fumatore = soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi .

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

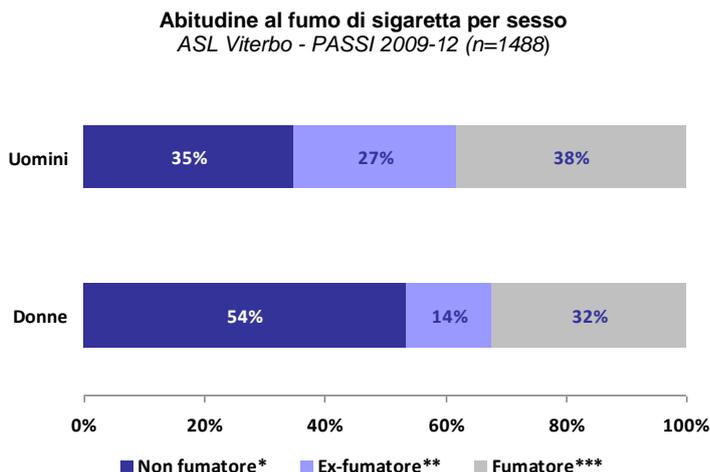
5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

6 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2009-12 nella ASL di Viterbo, tra gli adulti di 18-69 anni, il 44% è non fumatore, il 21% è classificabile come ex fumatore e il 35% è fumatore. Nel campione, coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 32% e gli occasionali l'1%.

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

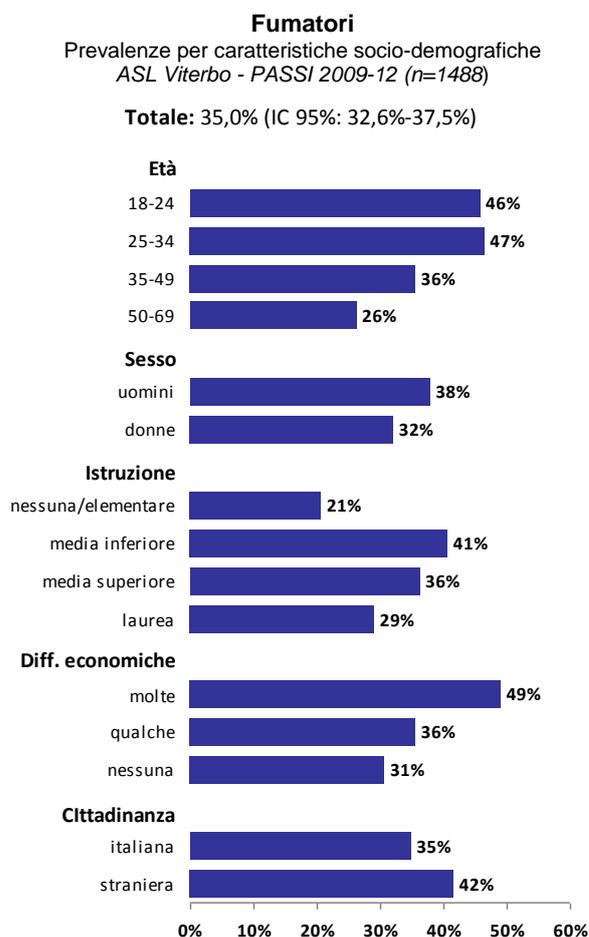
- Nella ASL di Viterbo, la percentuale di fumatori è del 35%.
- Il 2% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono l'1%.
- L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (38% versus 32%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (54% vs 35%).



\*Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma  
 \*\*Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi  
 \*\*\*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

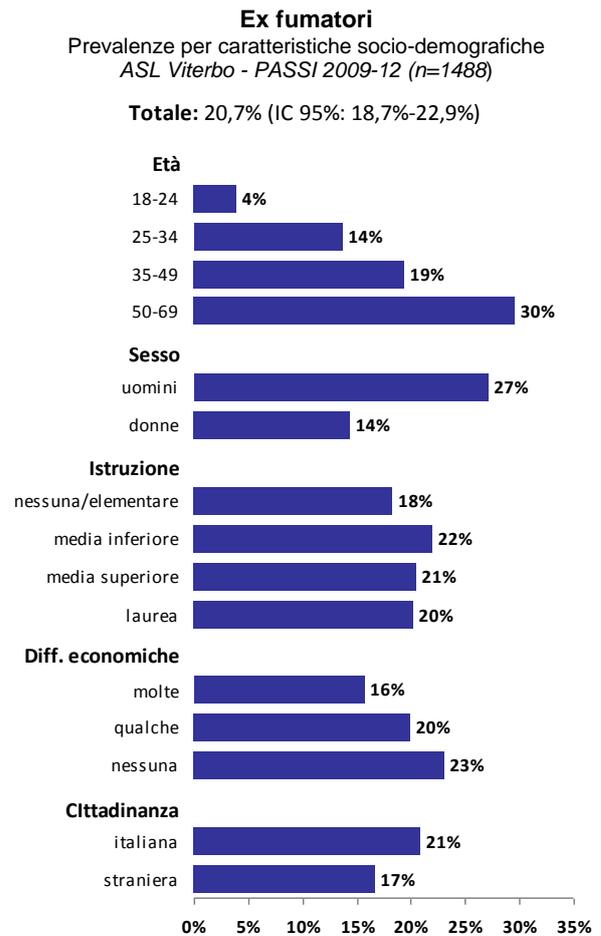
## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è più elevata tra:
  - le persone di 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con livello di istruzione intermedio (scuola media inferiore e scuola media superiore)
  - le persone con molte difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, il 28% è un *forte fumatore*, cioè fuma 20 o più sigarette al giorno.



## Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

- Tra gli intervistati il 21% sono ex fumatori.
- Si è osservata una prevalenza più elevata di ex fumatori tra:
  - le persone di 50-69 anni
  - gli uomini



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

### Attenzione degli operatori sanitari – ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n=1488)

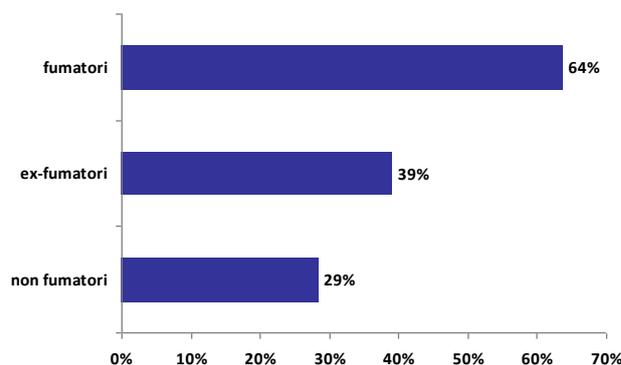
|   | %<br>(IC95%)        |
|---|---------------------|
| Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo <sup>1</sup><br>(% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo) | 42,9<br>(40,3-45,6) |

<sup>1</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

- Il 43% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
  - il 64% dei fumatori
  - il 39% degli ex fumatori
  - il 29% dei non fumatori.

#### Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo

ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1378)\*



\*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

### Attenzione degli operatori sanitari – ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n=1488)

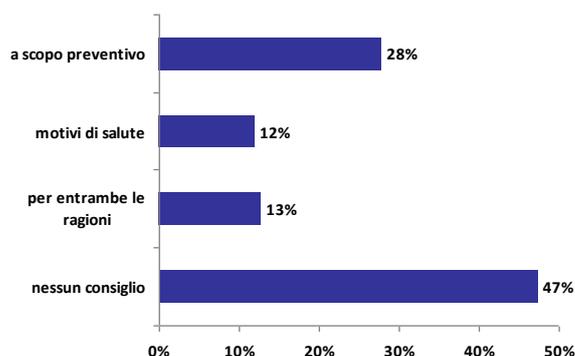
|   | %<br>(IC95%)        |
|---|---------------------|
| Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali <sup>1</sup> (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare) | 52,5<br>(47,1-57,8) |

<sup>1</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

- Tra i fumatori, che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 53% ha riferito di aver 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

ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=345)\*

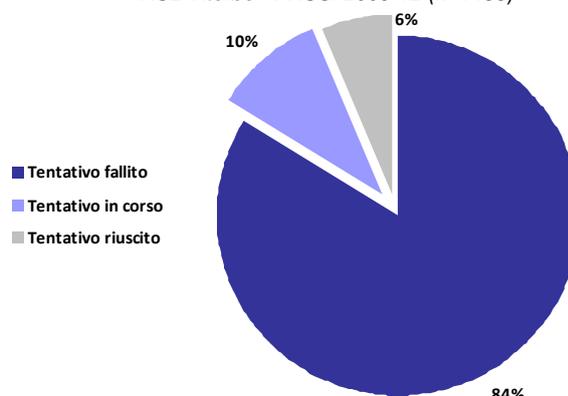


\* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

## Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

- Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 48% ha tentato di smettere, la maggior parte da solo e per proprio conto (il 97%).
- Tra tutti coloro che hanno tentato:
  - l'84% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
  - il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
  - il 6% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



## Fumo passivo

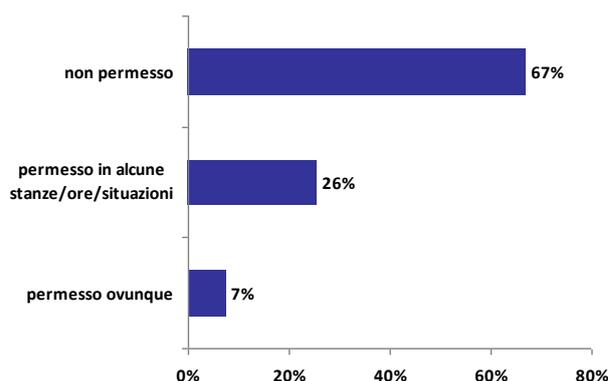
Fumo passivo – ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n=1488)

|   | %<br>(IC95%)        |
|---|---------------------|
| <b>Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre</b>                         |                     |
| <i>nei locali pubblici</i>  | 83,1<br>(81,0-85,0) |
| <i>sul luogo di lavoro</i>  | 83,7<br>(80,9-86,2) |
| <b>Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione</b>                        | 66,9<br>(64,4-69,2) |
| <b>Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia</b> | 77,8<br>(73,6-81,6) |

## L'abitudine al fumo in ambito domestico

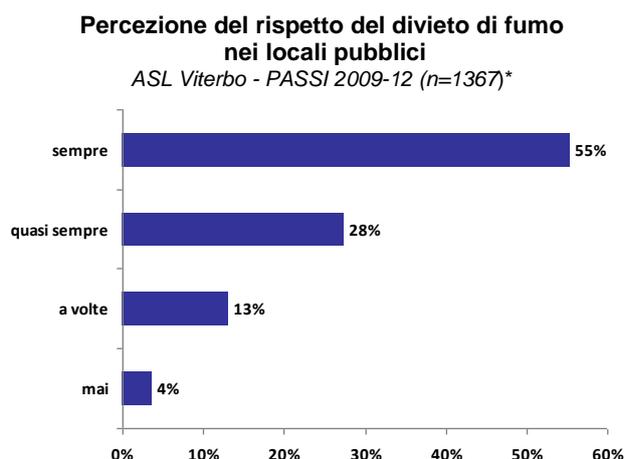
- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASL di Viterbo:
  - il 67% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
  - il 26% che si fuma in alcune stanze, in alcuni orari o situazioni
  - il 7% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 78% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Abitudine al fumo in ambito domestico  
ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



## Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

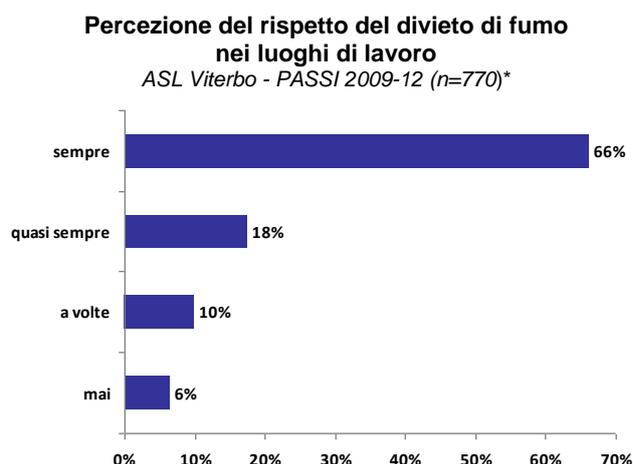
- L'83% delle persone intervistate, che hanno frequentato locali pubblici nei 30 giorni precedenti l'intervista, ha dichiarato che il divieto di fumare è rispettato sempre (55%) o quasi sempre (28%).
- Il 17% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (4%) o lo è raramente (13%).



\* intervistati che sono stati in locali pubblici nei 30 giorni precedenti l'intervista

## Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora da solo), l'84% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (66%) o quasi sempre (18%).
- Il 16% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (6%) o lo è raramente (10%).



\*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

## Conclusioni

Nella ASL di Viterbo, nel periodo 2009-12, si stima che una persona su tre sia classificabile come fumatore, in particolare **le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nei giovani di età 18-34**. Nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 sono stati attuati degli interventi di promozione della salute, per il contrasto al tabagismo, rivolti a studenti e lavoratori.

Un fumatore su due ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la **necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello aziendale**.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

# Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasie, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei Paesi industrializzati.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25,0-29,9), obeso (IMC ≥ 30).

Un'attività fisica adeguata per quantità, intensità e durata e un basso apporto calorico possono ridurre l'Indice di Massa Corporea. Per questo, si cerca di monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*five-a-day*).

## Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASL Viterbo – PASSI 2009-2012 (n=1488)

|  | %<br>(IC95%)               |
|--|----------------------------|
| <b>Popolazione in eccesso ponderale</b>  |                            |
| <i>sovrappeso</i> <sup>1</sup>   | <b>34,9</b><br>(32,4-37,4) |
| <i>obesi</i> <sup>2</sup>  | <b>11,9</b><br>(10,3-13,7) |
| <b>Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario</b> <sup>3</sup> |                            |
| <i>sovrappeso</i> <sup>1</sup>   | <b>44,7</b>                |
| <i>obesi</i> <sup>2</sup>  | <b>76,8</b>                |
| <b>Adesione al <i>five-a-day</i></b>   | <b>9,7</b><br>(8,3-11,3)   |

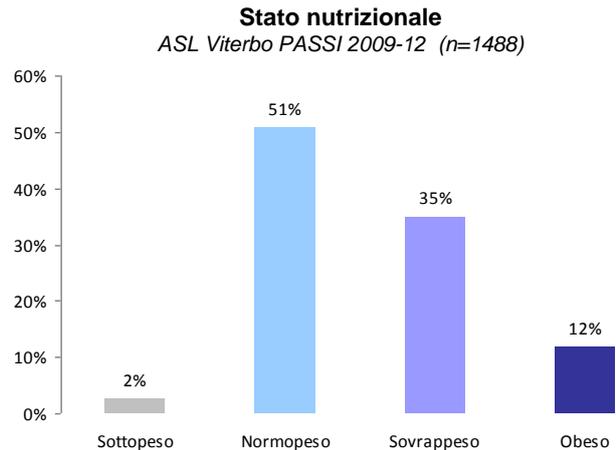
<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

<sup>3</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

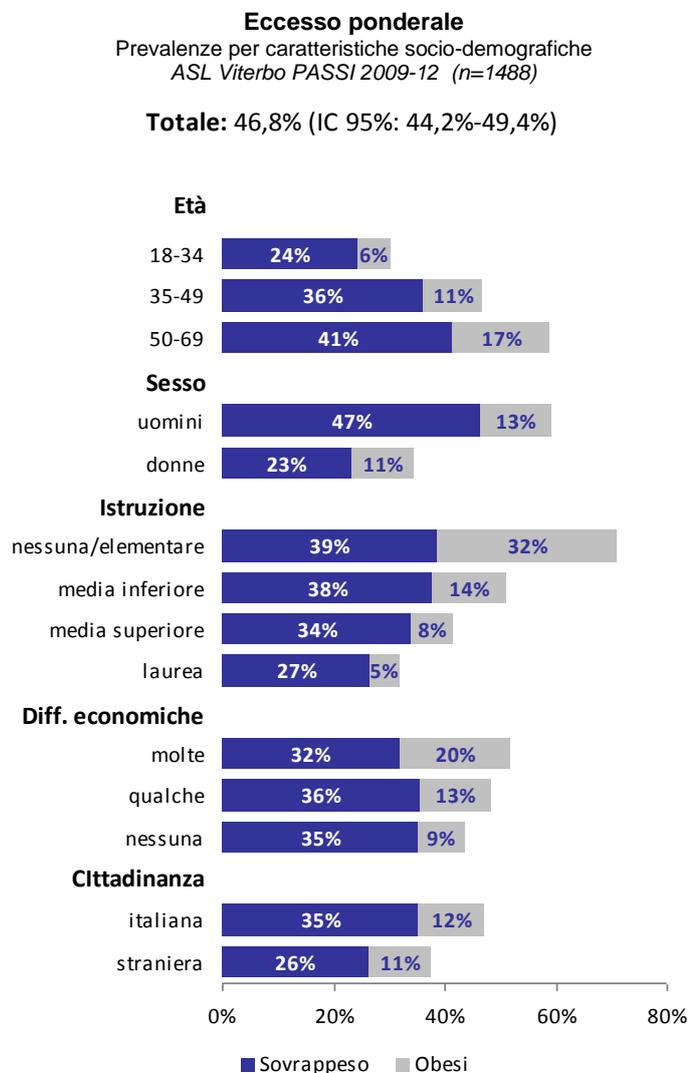
## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL di Viterbo il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 35% sovrappeso e il 12% obeso.
- Complessivamente si stima che il 47% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



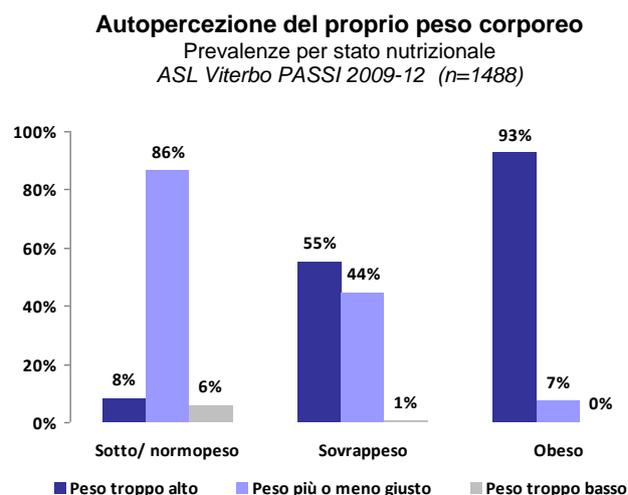
## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è più frequente:
  - col crescere dell'età
  - negli uomini (60% vs 34%)
  - tra le persone con basso livello di istruzione
  - tra le persone con molte difficoltà economiche



## Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

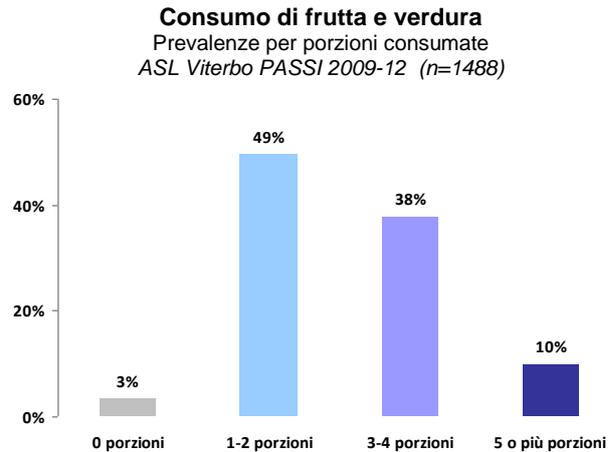
- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL di Viterbo si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (93%) e nei normopeso (86%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 44% ritiene il proprio peso giusto.



Nella popolazione in sovrappeso emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: infatti, tra le donne in sovrappeso il 27% considera il proprio peso più o meno giusto, mentre tale percezione distorta sale al 53% tra gli uomini.

## Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

- Nella ASL di Viterbo il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 49% ha riferito di mangiare 1-2 porzioni al giorno, il 38% 3-4 e solo il 10% le 5 porzioni raccomandate.



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
  - nelle persone sopra ai 50 anni
  - nelle donne
  - nelle persone con alto livello d'istruzione

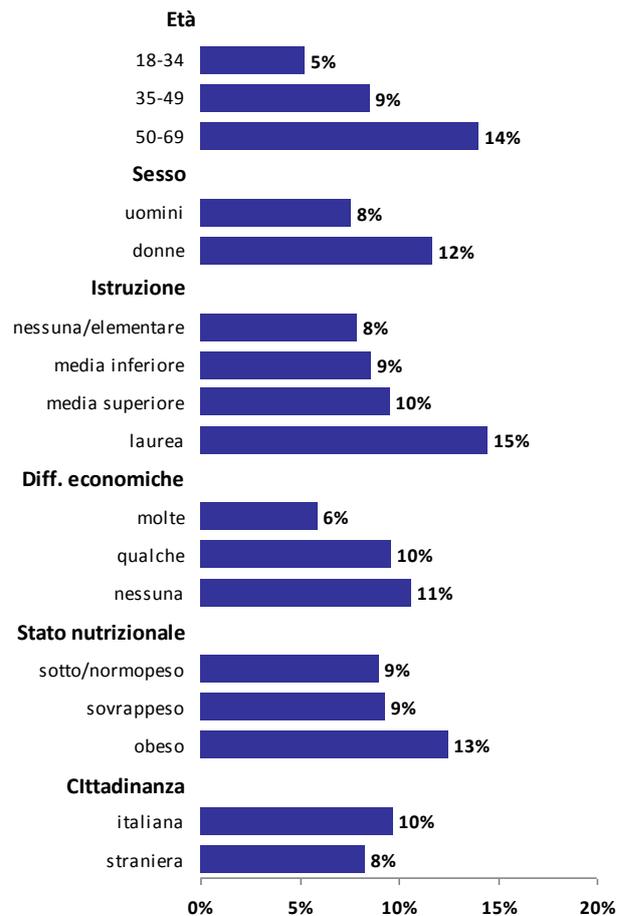
Non emergono differenze legate alla condizione economica e allo stato nutrizionale.

### Adesione al five-a-day

#### Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche

ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

**Totale:** 9,7% (IC 95%: 8,3%-11,3%)

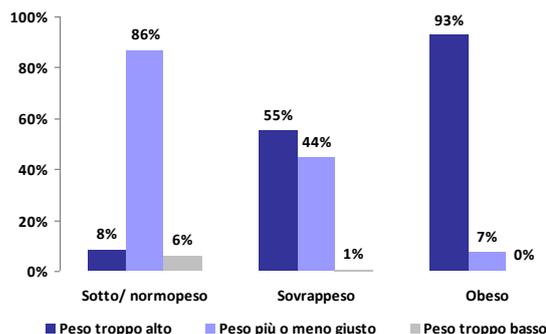


## Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nella ASL di Viterbo il 53% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 45% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese.

- Il 23% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (22% nei sovrappeso e 27% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è più alta:
  - tra le donne (32% vs 18% negli uomini)
  - tra le persone sovrappeso che ritengono il proprio peso "troppo alto" (27%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (15%)
  - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (34% vs 11%).

**Persone in eccesso ponderale che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso e per consiglio dell'operatore sanitario (%)**  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=691)



## Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

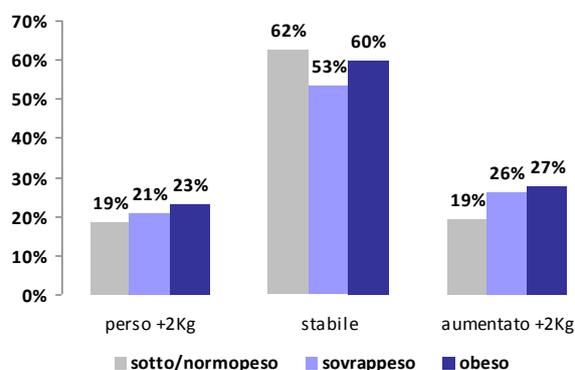
Nella ASL di Viterbo il 28% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (26% nei sovrappeso e 31% negli obesi). Il 40% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 36% delle persone in sovrappeso e il 52% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 77% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71% di chi non l'ha ricevuto.

## Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nell'ASL di Viterbo il 23% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - tra le donne (26% vs 19% negli uomini)
  - nella fascia 18-34 anni (27% vs 23% 35-49 anni e 19% 50-69 anni)
  - tra le persone già in eccesso ponderale (27% obesi e il 26% sovrappeso vs 19% normopeso)

**Cambiamenti di peso**  
% di persone che hanno cambiato peso negli ultimi 12 mesi per stato nutrizionale  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)



## **Conclusioni**

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, **nell'ASL di Viterbo quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.**

**Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso:** poco più di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto" e una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (72%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

**Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale**, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

# Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Non esiste una precisa soglia al di sotto la quale l'attività fisica non produce effetti positivi per la salute. Risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore ai livelli indicati dalle linee guida. Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano nella popolazione adulta almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

## Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

### Attività fisica – ASL Viterbo – PASSI 2009-2012 (n=1488)

|   | %<br>(IC95%)        |
|---|---------------------|
| <b>Livello di attività fisica</b>       |                     |
| <i>Attivo</i> <sup>1</sup>              | 33,9<br>(31,5-36,4) |
| <i>parzialmente attivo</i> <sup>2</sup> | 40,3<br>(37,8-42,9) |
| <i>sedentario</i> <sup>3</sup>          | 25,8<br>(23,6-28,2) |

<sup>1</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

<sup>2</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

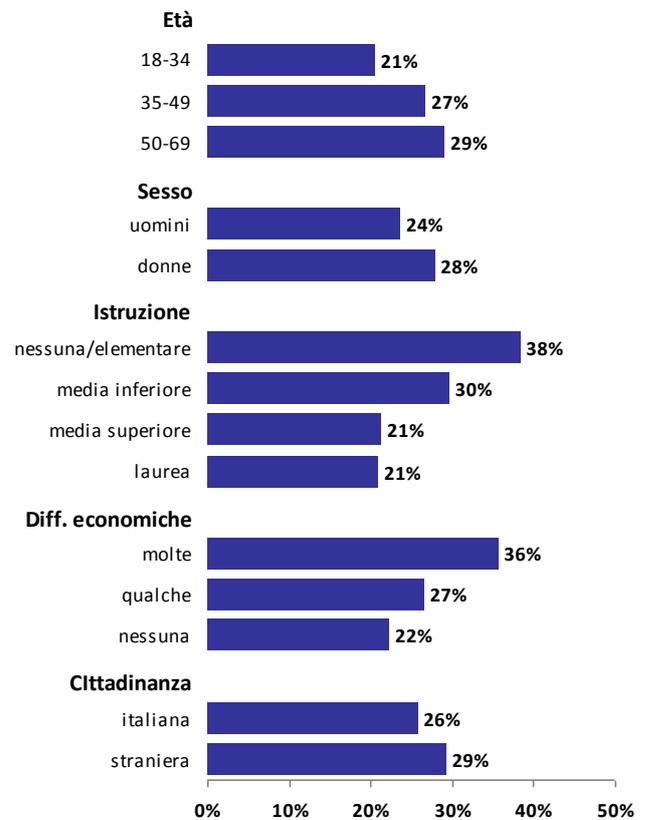
<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2009-2012, nella ASL di Viterbo il 34% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 40% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 26% è completamente sedentario.

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

**Sedentari**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo 2009-12 (n=1488)

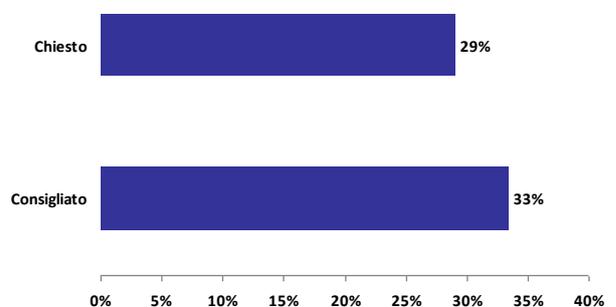
**Totale:** 25,8% (IC 95%: 23,6%-28,2%)



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

- Nella ASL di Viterbo solo il 29% degli intervistati\* ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 33% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

**Attenzione degli operatori sanitari**  
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica  
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1377)\*

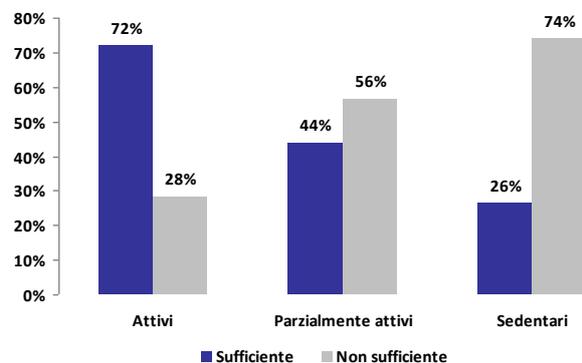


\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 28% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 44% delle persone parzialmente attive ed il 26% dei sedentari percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

**Autopercezione del livello di attività fisica praticata**  
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

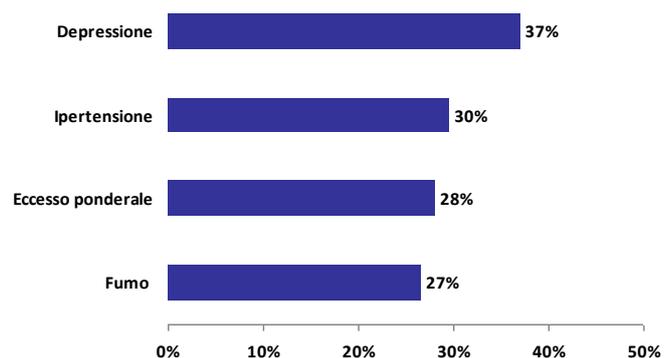


## Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
  - il 37% delle persone depresse
  - il 30% degli ipertesi
  - il 28% delle persone in eccesso ponderale.
  - il 27% dei fumatori

### Sedentari e altri fattori di rischio

Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)



## Conclusioni

Nella ASL di Viterbo si stima che solo una persona su tre pratici l'attività fisica raccomandata (34%), mentre il 26% può essere considerato completamente sedentario.

**È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata:** un sedentario su quattro ritiene di praticare sufficiente movimento.

**La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più** (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario **gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo** tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica dei trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

# Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontano a più dell'1% del prodotto interno lordo.

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un *continuum* e il rischio cresce con l'aumento delle quantità assunte. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornato continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata in PASSI, è pari, in media, a due unità alcoliche al giorno per gli uomini e una per le donne; al di sopra di tale limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso. Di conseguenza, in base ai limiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai *pattern* di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che assumono bevande alcoliche sono classificati in gruppi a rischio di conseguenze sfavorevoli legate all'alcol: forti consumatori, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*).

## Quante persone consumano alcol?

### Consumo di alcol – ASL Viterbo – PASSI 2009-2012 (n=1488)

|   | %<br>(IC95%)        |
|---|---------------------|
| Consumo di alcol<br>(almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni) | 57,5<br>(55,0-60,1) |
| Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)                            | 7,6<br>(6,3-9,1)    |
| Consumo abituale elevato <sup>1</sup>   | 6,2<br>(5,0-7,6)    |
| Consumo <i>binge</i> (2010-2012) <sup>2</sup>                                     | 9,4<br>(7,8-11,3)   |
| Consumo a maggior rischio (2010-2012) <sup>3</sup>                                | 19,8<br>(17,5-22,3) |

<sup>1</sup> più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

<sup>2</sup> 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

<sup>3</sup> consumo fuori pasto e/o consumo *binge* (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti

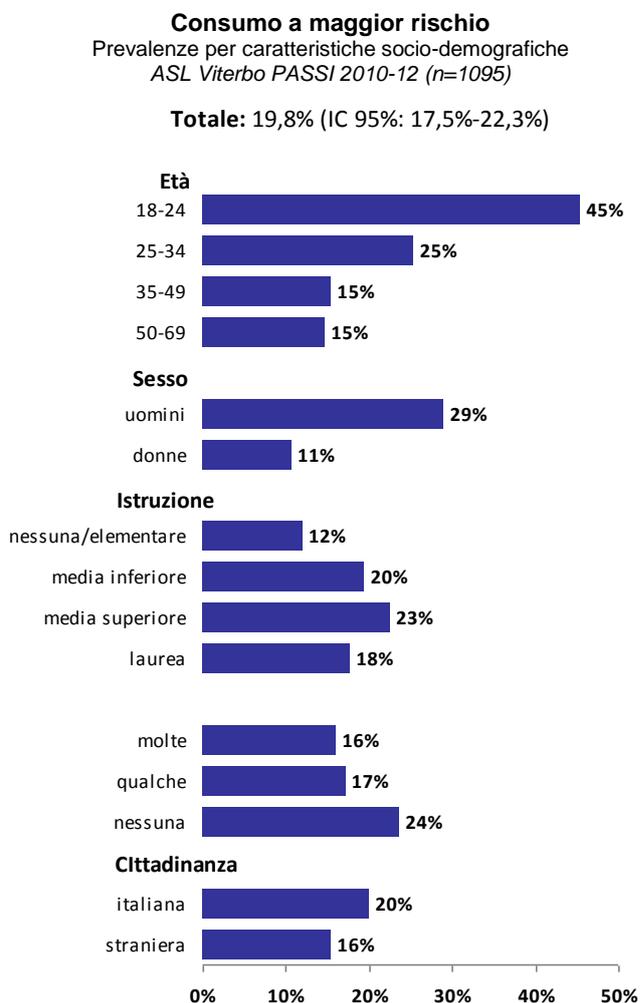
Nel periodo 2009-12, la percentuale di consumatori di alcol nella AUSL di Viterbo è risultata pari al 58%, mentre il consumo fuori pasto è stato dell'8% e il consumo abituale elevato del 6%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo *binge* che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del triennio 2010-12, relativamente agli indicatori "*binge*" e "consumo a maggior rischio", di cui il consumo *binge* rappresenta una delle

componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo *binge* (9%) e del consumo a maggior rischio (20%), relative al periodo 2010-12.

## Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

- Complessivamente il 20% degli intervistati può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa (forti bevitori, bevitori fuori pasto e *binge* e/o consumatore abituale elevato).
- Il consumo di alcol a rischio è più frequente:
  - tra i giovani di età 18-24
  - tra gli uomini
  - tra le persone senza difficoltà economiche
- Non ci sono differenze rispetto a livello di istruzione e cittadinanza.

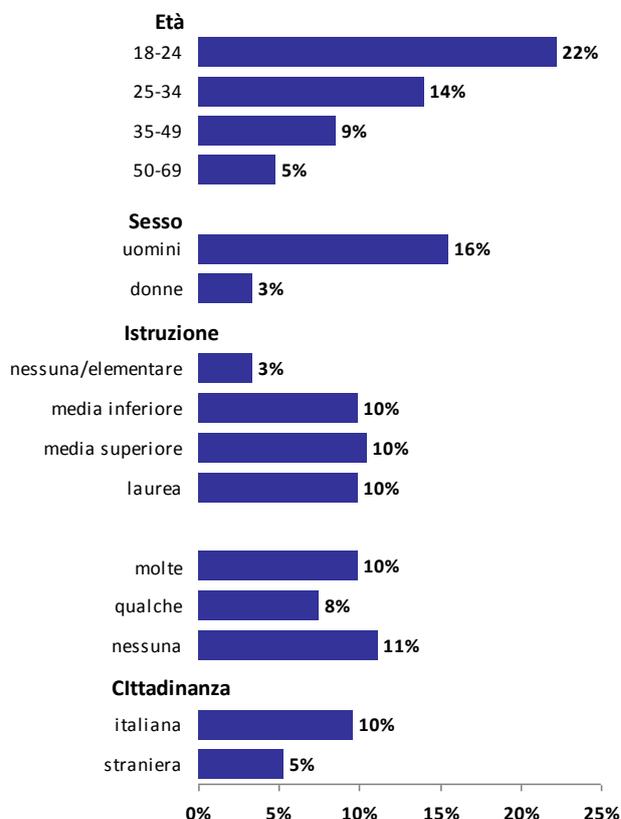


## Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

- Nel periodo 2010-12 nell'ASL di Viterbo, il 9% degli intervistati è classificabile come bevitore *binge*.
- Il consumo *binge* è più frequente tra i giovani dai 18 ai 24 anni e tra gli uomini
- Non ci sono differenze rispetto al livello di istruzione, alle condizioni economiche e alla cittadinanza.

### Consumo *binge* (ultimo mese) Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL Viterbo PASSI 2010-12 (n=1095)

Totale: 9,4% (IC 95%: 7,8%-11,3%)



## Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se un medico o un operatore sanitario si sia informato sull'abitudine a bere alcol e se abbia fornito consigli al riguardo.

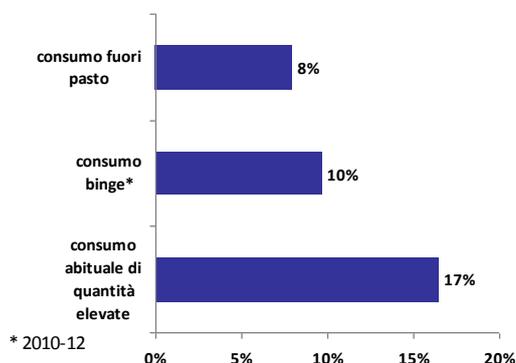
### Attenzione al consumo alcolico – ASL Viterbo – PASSI 2009-2012 (n=1488)

|  | %<br>(IC95%)        |
|--|---------------------|
| Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo <sup>1</sup><br>(% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)   | 15,7<br>(13,9-17,8) |
| Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2012) <sup>1</sup><br>(% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre) | 9,2<br>(5,7-13,9)   |

<sup>1</sup> Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

- Nel periodo 2009-12, nell'ASL di Viterbo, solo il 16% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol
- Nel periodo 2010-2012, nell'ASL di Viterbo, solo il 9% dei consumatori a maggior rischio riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche
- Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari all'8% (dato 2009-12), nel caso delle persone con consumo *binge* sale al 10% (dato 2010-12) e in quelli con consumo abituale elevato al 17% (dato 2009-12).

**Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario**  
 % per tipo di consumo  
 ASL Viterbo PASSI 2010-12 (n=1095)



## Conclusioni

La maggior parte degli intervistati nella provincia di Viterbo non beve alcol o beve moderatamente. Tuttavia, si stima che un adulto su cinque abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i bevitori a rischio sono due su sei e, tra i giovani di 18-24 anni, circa uno su due.

Nonostante che, in letteratura, la capacità del medico di affrontare l'argomento alcol con i pazienti sia giudicata da questi come segno di una buona relazione medico-paziente e risulti anche efficace nel ridurre il consumo e gli effetti negativi dell'alcol, i dati PASSI mostrano che **l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari nei confronti del consumo di alcol dei propri assistiti resta bassa**; inoltre, solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di bere meno. Questa è quindi un'area d'intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, **le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave** nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

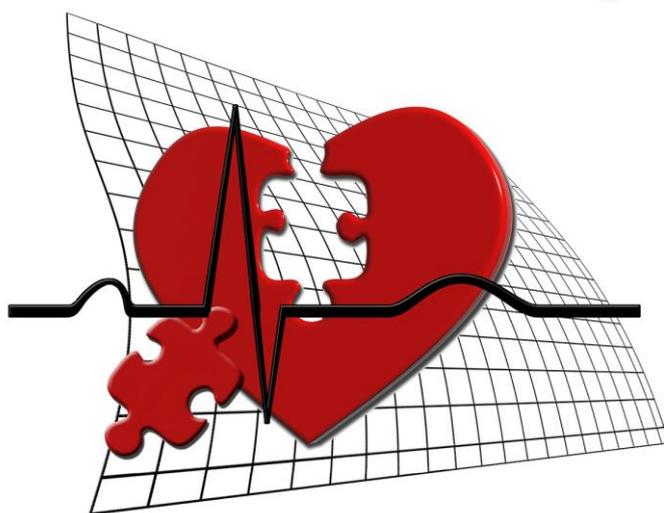
Infatti, nell'ambito del **Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 sono stati realizzati degli interventi di promozione della salute**, per la riduzione del consumo alcolico, rivolti a studenti e lavoratori.

Infine nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente efficaci per la riduzione dei danni provocati dall'alcol.





# Rischio cardiovascolare





# Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei DALY (Disability Adjusted Life Years), indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione.

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta, verdura e pesce; in modo negativo: eccessivo contenuto di sale, grassi saturi e idrogenati, ecc.). Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori come depressione, basso livello socioeconomico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale.

Le strategie di popolazione sono rivolte a spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità. Gli interventi possono consistere in modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, pianificazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure in iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di *advocacy*, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Dato che gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedano il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute".

L'approccio individuale, invece, è volto a identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza dei singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla combinazione e interazione.

PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni. Assieme agli altri sistemi informativi, come l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e il Registro degli Accidenti Cardio e Cerebrovascolari, contribuisce così a delineare il quadro informativo necessario per attuare interventi efficaci.

In questa sezione viene descritta la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti. Viene infine presentato in forma sintetica il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

# Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco e insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale nella dieta, lo scarso consumo di frutta e verdura, l'obesità e l'inattività fisica. La sua insorgenza è pertanto prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

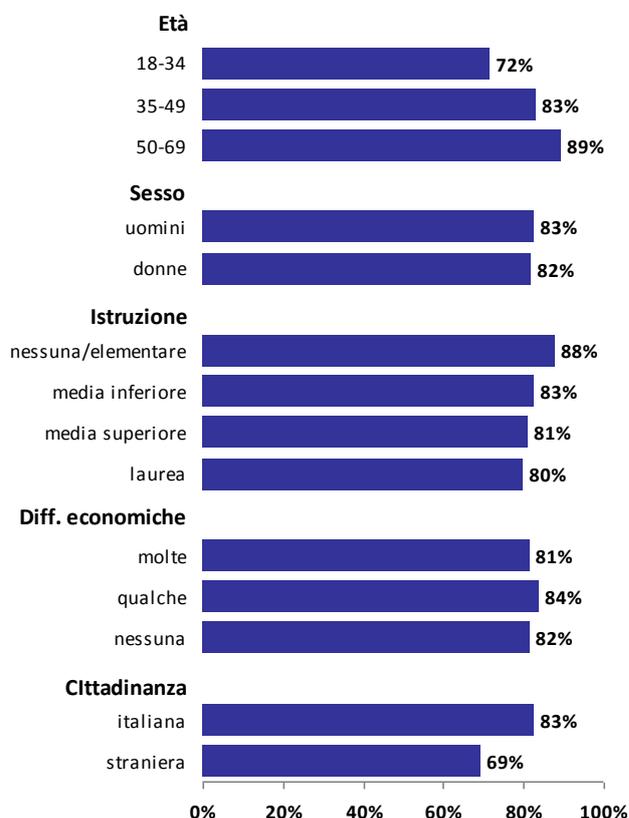
In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

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

- Nella ASL di Viterbo, l'82% degli intervistati ha riferito almeno una volta nella vita la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 9% più di 2 anni fa, mentre il restante 9% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa nelle fasce d'età più avanzate.

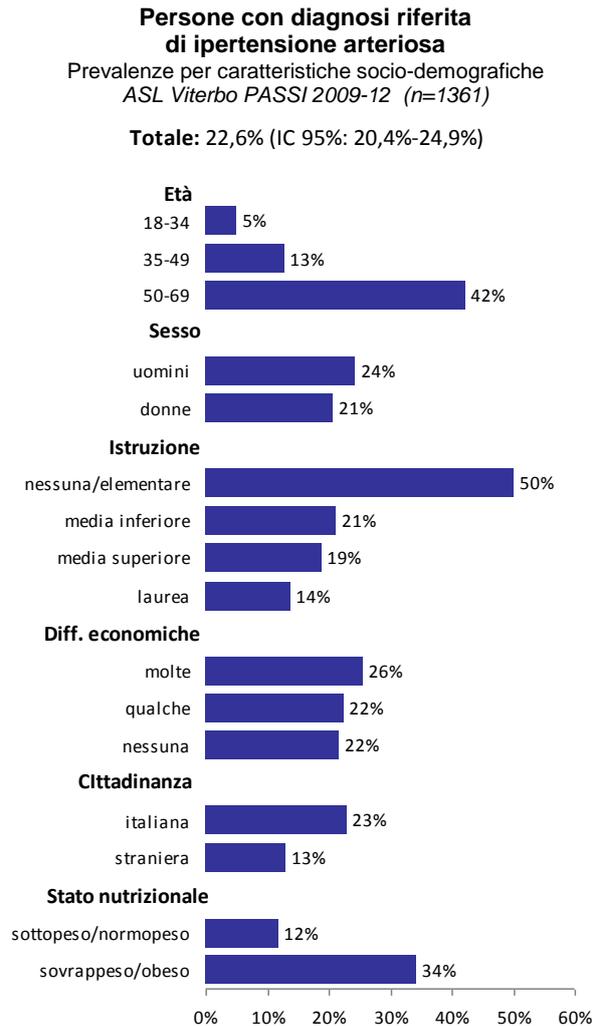
**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

**Totale:** 82,2% (IC 95%: 80,1%-84,1%)



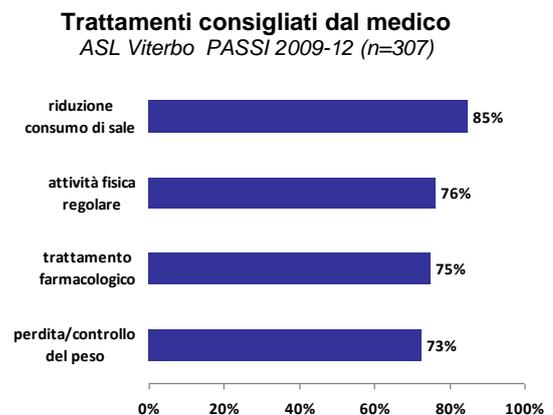
## Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL di Viterbo, il 23% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
  - al crescere dell'età (42% nella fascia 50-69 anni)
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone con eccesso ponderale.



## Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Nella ASL di Viterbo, il 75 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di sale (85%)
  - svolgere regolare attività fisica (76%)
  - ridurre o mantenere il peso corporeo (73%)



## **Conclusioni**

Si stima che nella ASL di Viterbo, nella fascia d'età **18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa**; questa proporzione aumenta fino a due su cinque nelle persone al di sopra tra i 50 e i 69 anni.

**L'identificazione precoce delle persone** ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un **intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità**. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Nell'ASL di Viterbo si stima che una persona su sei non sia stata sottoposta alla misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. **Il consiglio degli operatori sanitari di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa otto ipertesi su dieci.**

# Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

È possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione povera di sodio, a basso contenuto di grassi di origine animale e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

## Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?

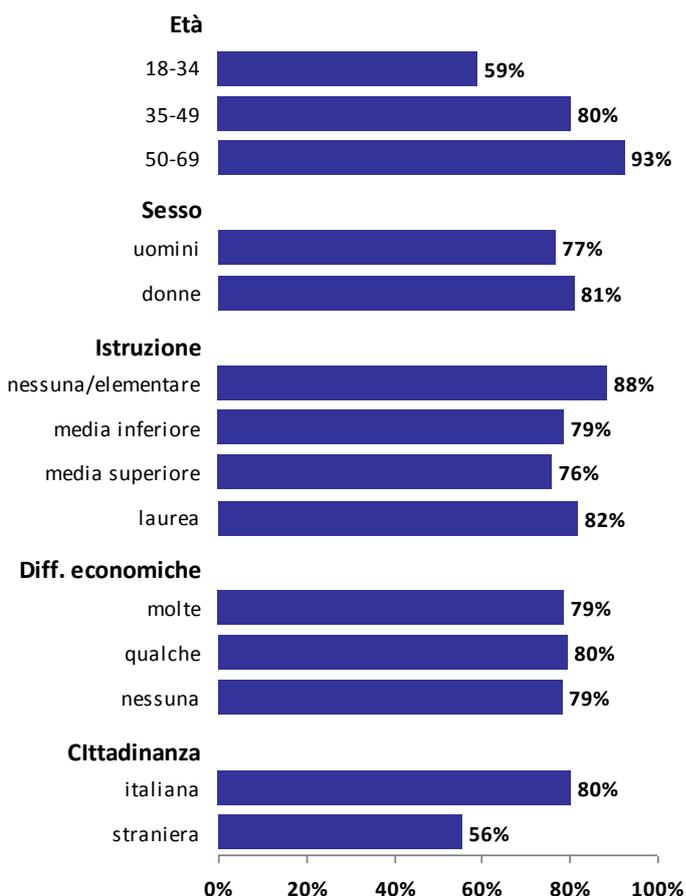
- Nella ASL di Viterbo, il 79% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
  - il 56% nel corso dell'ultimo anno
  - il 14% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
  - il 9% l'ha misurata oltre 2 anni prima.

Il 21% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

- La misurazione del colesterolo è più frequente:
  - al crescere dell'età (dal 59% della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni)
  - nelle donne.

**Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

**Totale:** 79,0% (IC 95%: 76,9%-81,1%)



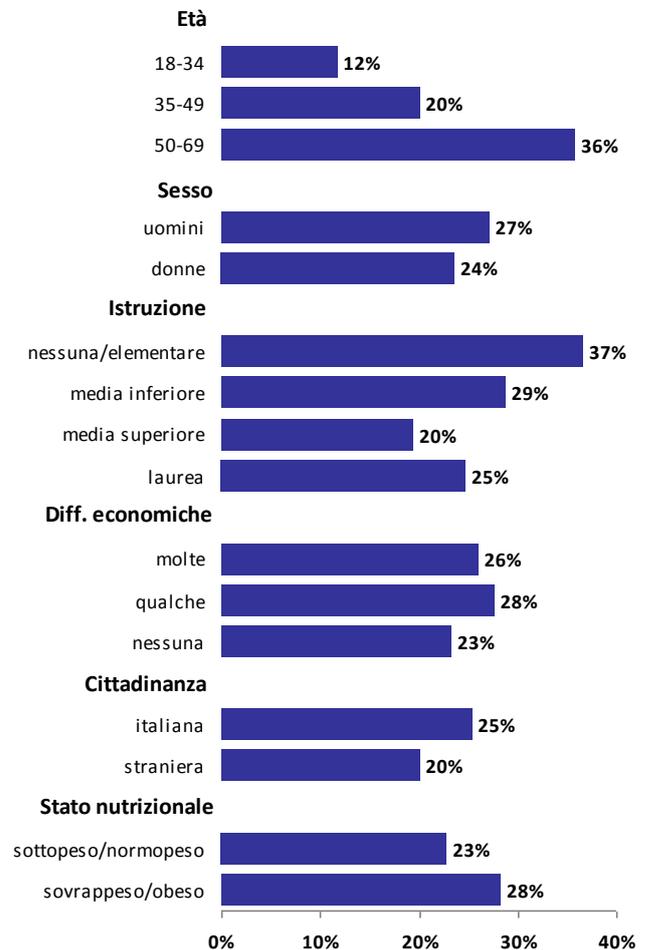
## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Nella ASL di Viterbo, il 25% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
  - nelle classi d'età più avanzate
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone con eccesso ponderale.

### Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

Totale: 25,3% (IC 95%: 22,9%-27,9%)

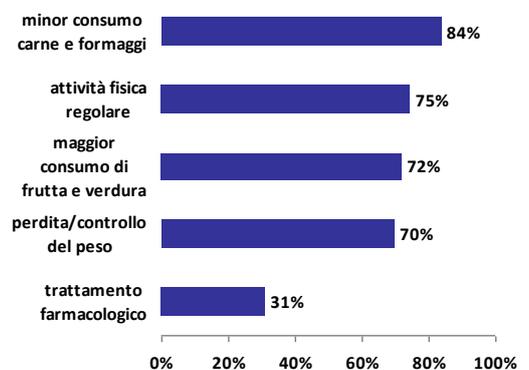


## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASL di Viterbo, il 31% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte di un medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di carne e formaggi (84%)
  - svolgere regolare attività fisica (75%)
  - aumentare il consumo di frutta e verdura (72%)
  - ridurre o controllare il proprio peso (70%)

### Trattamenti consigliati dal medico

ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=298)



## **Conclusioni**

Si stima che nella ASL di Viterbo, nella fascia d'età 18-69 anni, **una persona su quattro** abbia **valori elevati di colesterolemia**, fino a salire a oltre **una persona su tre sopra ai 50 anni**.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un efficace intervento di prevenzione individuale e di comunità: il 20% della popolazione con età tra i 35 e i 49 anni e il 7% dei 50-69enni non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia tre su dieci hanno riferito di effettuare una terapia farmacologica che, comunque, non può essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti. Infatti, in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

**Nell'ASL di Viterbo il 70-80% delle persone con ipercolesterolemia ha ricevuto da un medico consigli sull'adozione di misure dietetiche e comportamentali.**

# Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi 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. I Piani della Prevenzione nazionale e regionali ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di Medicina Generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei importanti fattori principali (sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire a un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente. Il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita. Il calcolo del rischio cardiovascolare è, inoltre, un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

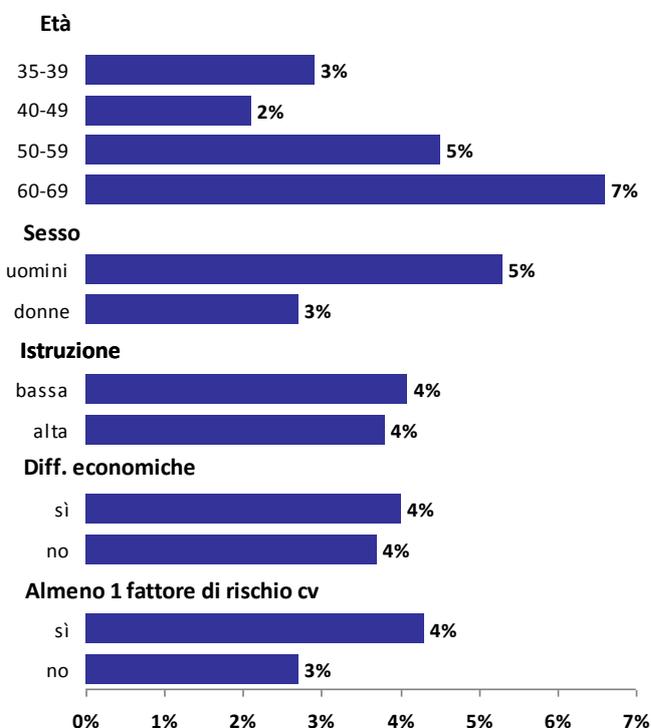
## A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

- Nella ASL di Viterbo, solo il 4% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, pur se con valori comunque molto bassi:
  - nella classe di età 50-69 anni
  - negli uomini.

### Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1010)

Totale: 4,0% (IC 95%: 2,9%-5,4%)



\* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

## **Conclusioni**

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione che indica l'opportunità di affiancare ad un **approccio di popolazione**, come la promozione di stili di vita salutari, appropriati interventi individuali.

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio che necessitano di trattamento e consigli specifici. Nell'ASL di Viterbo, come pure in ambito nazionale e regionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.





## Programmi di prevenzione individuale





# Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza delle forme invasive delle neoplasie del collo dell'utero e della mortalità da esse determinata.

Sebbene questa riduzione riguardi anche l'Italia, si stimano, tuttavia, circa 3400 nuovi casi all'anno (corrispondente a un tasso d'incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1000 decessi.

In quasi tutte le Regioni sono attivi programmi di screening di popolazione, in cui le donne nella fascia d'età 25-64 anni vengono invitate a intervalli regolari per fare il test di screening (Pap test o test Hpv). L'ampia diffusione dello screening ha permesso anche di rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati a questi tumori. Lo screening, gratuito e offerto attivamente, favorisce l'equità di accesso a tutte le donne interessate.

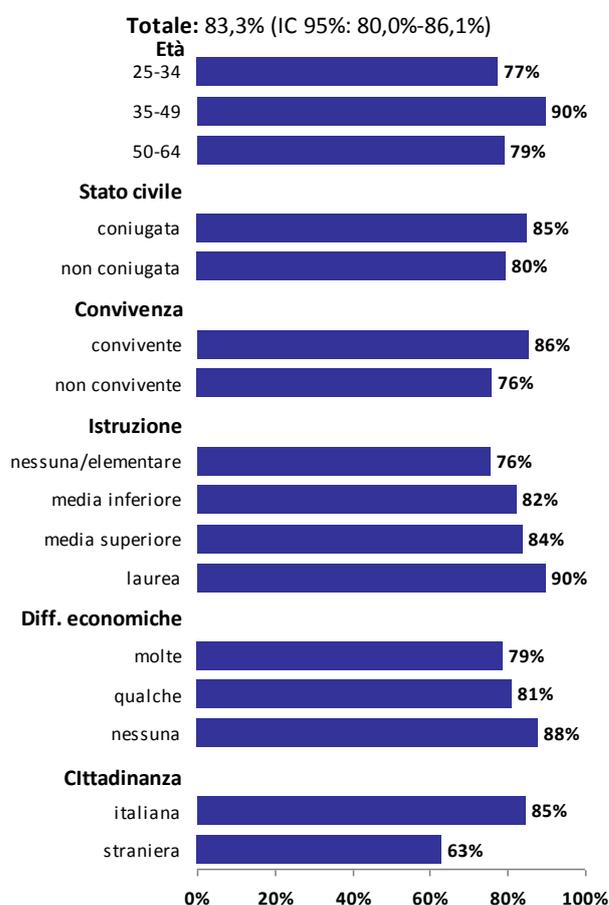
Nella ASL di Viterbo il programma di screening per il tumore della cervice, avviato nel 1997, coinvolge oltre 30.000 donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

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

- Nella ASL di Viterbo, l'83% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello ritenuto "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.
- In particolare l'effettuazione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne di 35-49 anni e in quelle conviventi.

### Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni Donne 25-64 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=605)



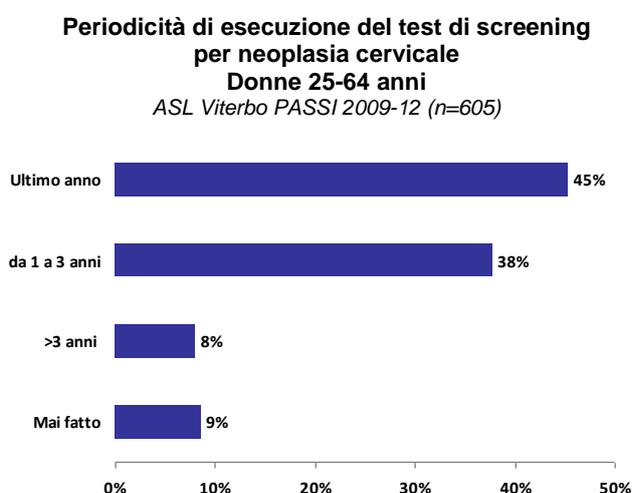
## Quante donne hanno eseguito il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

Sono state considerate interne al programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto un test di screening negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il test di screening negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Nella ASL di Viterbo, tra le donne intervistate di 25-64 anni che hanno effettuato il test di screening secondo le linee guida (negli ultimi tre anni), il 51% l'ha fatto all'interno del programma di screening organizzato, mentre il 33% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

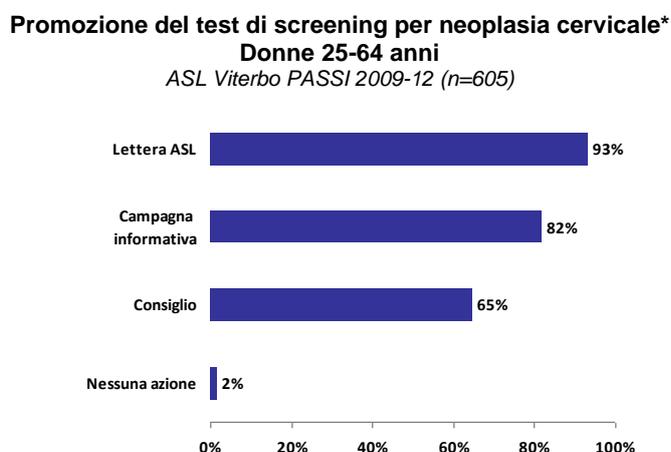
## Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Rispetto all'ultimo test di screening effettuato:
  - il 45% delle donne 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 38% da uno a tre anni
  - l'8% da più di tre anni
- Il 9% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver mai eseguito un test di screening



## Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- Nella ASL di Viterbo:
  - Il 93% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - l'82% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
  - il 65% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

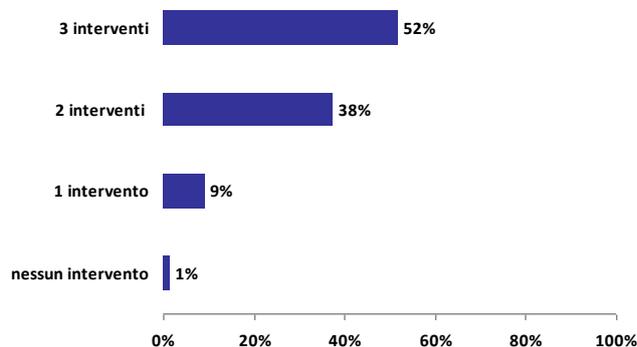


\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro.

### Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening\* Donne 25-64 anni

ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=605)



\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

### Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.

### Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida

Donne 25-64 anni

ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=605)



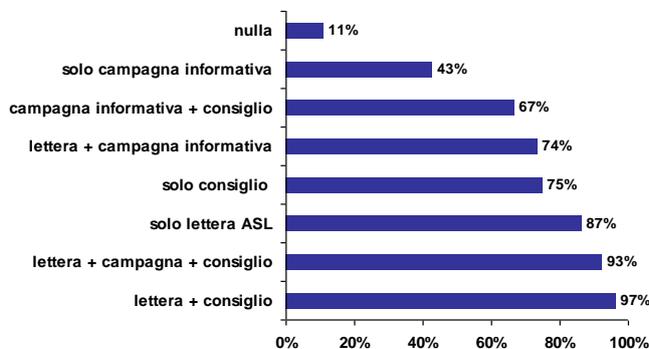
### Perché non è stato eseguito il test di screening?

- Nella ASL di Viterbo il 17% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (9%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (8%).
- La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 21% ritiene infatti di non averne bisogno.

### Motivo della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida

Donne 25-64 anni

ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=605)



## **Conclusioni**

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2009-2012 risulta che nell'ASL di Viterbo la copertura al test di screening è elevata e superiore alla media nazionale (83% vs 75%).

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno in contrasto con quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che esegue l'esame con una frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura") verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

La quota di donne che aderisce al programma di screening organizzato dall'ASL è maggiore della quota di coloro che aderiscono spontaneamente (51% vs 33%) e superiore alla media nazionale (38%), testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica e l'efficacia del programma aziendale di screening attivo per il tumore della cervice uterina.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati, come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Nel periodo 2009-2012, nell'ASL di Viterbo il 99% delle donne 25-64enni intervistate è stato raggiunto da almeno un intervento di promozione del test di screening.

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, basate sui dati raccolti dai Registri Tumori, il tumore della mammella è, tra le donne, la neoplasia di gran lunga più frequente, con oltre il 40% di tutti i tumori maligni delle donne nel 2010. Il rischio di sviluppare il tumore della mammella nel corso della vita non è trascurabile e si stima che circa 1 donna su 11 ne verrà colpita. Le stime di incidenza parlano di 39.781 nuove diagnosi nel 2010 e ben 488.200 casi prevalenti, donne che ne sono affette.

Tuttavia, grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure, la sopravvivenza delle donne affette da tumore della mammella è migliorata sensibilmente, la mortalità per cancro alla mammella si è ridotta notevolmente e la sopravvivenza stimata a 5 anni è pari all'87%. La variabilità territoriale nella sopravvivenza al tumore della mammella rispecchia la variabilità degli interventi di prevenzione.

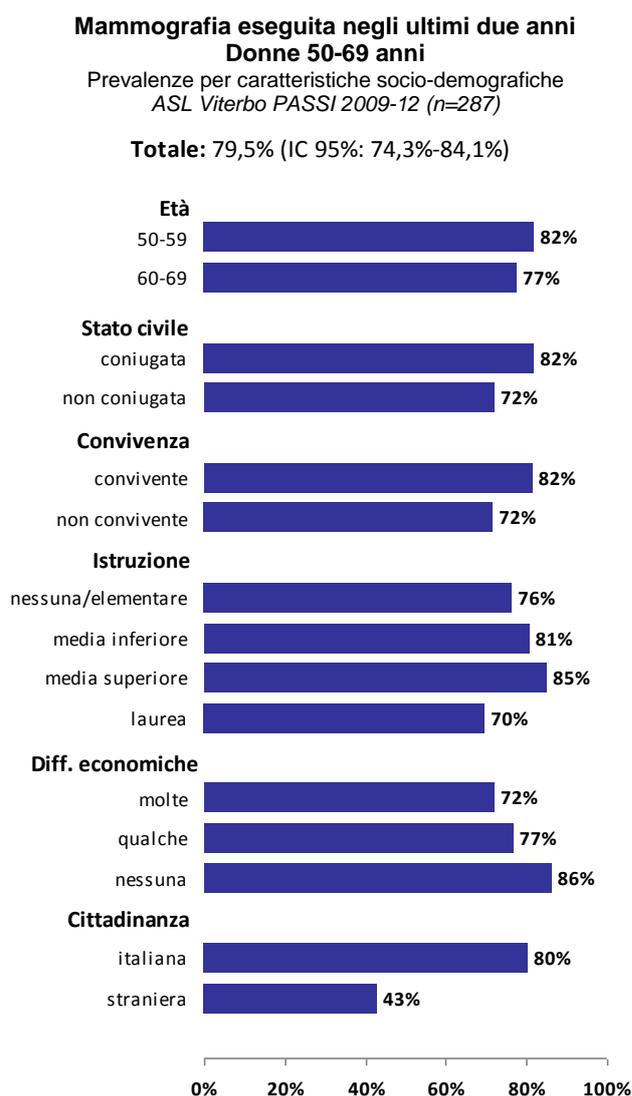
Infatti, la mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età. Per questa ragione, in Italia, il ministero della Salute raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè un programma organizzato che ogni due anni inviti regolarmente le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la mammografia. Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti. L'Osservatorio nazionale screening, che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, stima che nel 2010 sono state circa 2,5 milioni (87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening organizzato.

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro della mammella femminile.

Nella ASL di Viterbo il programma di screening per il tumore della mammella è stato avviato nel 2006 e coinvolge oltre 40.000 donne di età compresa tra 50 e 69 anni.

## Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- Nella ASL di Viterbo l'80% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 64% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima mammografia è 39 anni.

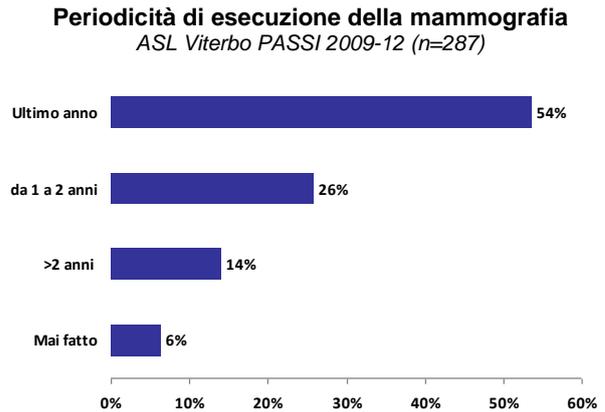


## Quante donne hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella ASL di Viterbo, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 66% ha eseguito la mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 14% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

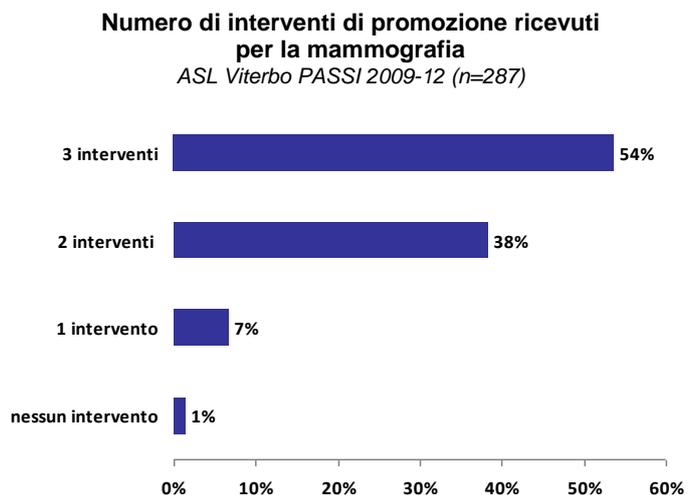
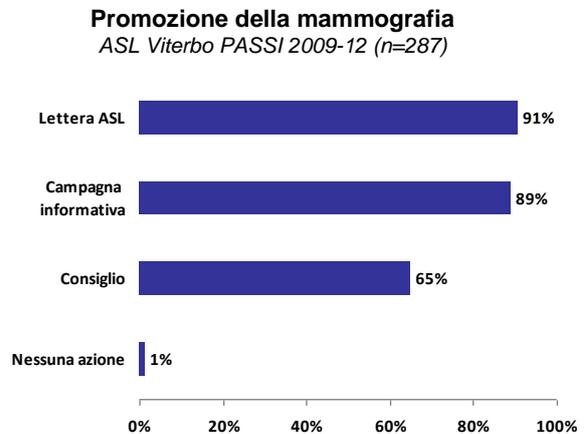
## Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- L'esecuzione della mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- Nell'ASL di Viterbo il 54% delle donne 50-69enni ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, in linea con quanto atteso.
- Il 6% ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia preventiva.



## Quale promozione della mammografia?

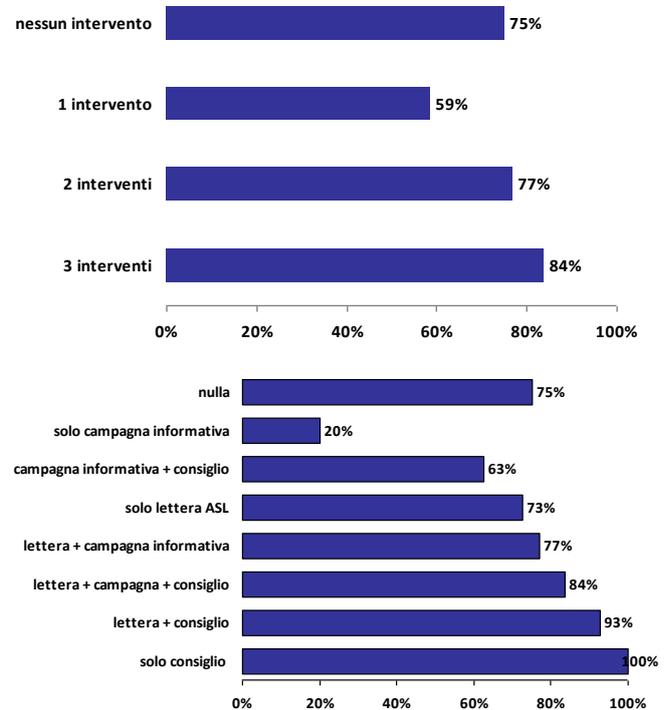
- Nella ASL di Viterbo:
  - il 91% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - l'89% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 65% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la mammografia.
- Il 54% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 38% da due interventi ed il 7% da uno solo. Il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



## Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.

### Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della mammografia negli ultimi 2 anni ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=287)



## Perché non è stata eseguita la mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL di Viterbo, il 20% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (6%) o l'ha eseguita da oltre due anni (14%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 25% ritiene infatti di non averne bisogno.

### Motivo della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida

ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=287)



## **Conclusioni**

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito la mammografia all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea, in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale. La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2009-2012 risulta che nell'ASL di Viterbo l'80% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista, così come raccomandato dalle linee guida. La copertura al test di screening risulta elevata e superiore alla media nazionale (75%).

La quota di donne che aderisce al programma di screening organizzato dall'ASL di Viterbo è maggiore della quota di coloro che aderiscono spontaneamente (66% vs 14%) e superiore alla media nazionale (50%), testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica e l'efficacia del programma aziendale di screening mammografico.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, basate sui dati raccolti dai Registri tumori, con circa 51.200 nuovi casi stimati nel 2010 (30.900 uomini e 20.300 donne), il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone tra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne. Abbastanza rara prima dei 40 anni, questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. Fortunatamente migliora la sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti e a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza stimata è pari al 64%, grazie alla diagnosi precoce e ai miglioramenti terapeutici.

I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci (Sof) e la endoscopia digestiva (colonscopia e retto-sigmoidoscopia). Questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Per questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle Asl di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione in età 50-69 anni, praticando la ricerca del sangue occulto nelle feci con frequenza biennale o l'esecuzione della retto-sigmoidoscopia o colonscopia, con una cadenza che non è stata definita in modo univoco.

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

Il sistema Passi rileva informazioni sulla copertura dello screening coloretale, l'effettuazione dentro i programmi di screening delle Asl oppure su iniziativa personale e a pagamento parziale o totale dell'esame, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. In tal modo fornisce ai pianificatori dati chiave per il monitoraggio della prevenzione del cancro del colon retto.

Nell'ASL di Viterbo il programma di screening delle neoplasie del colon-retto nel periodo 2009-2012 non era ancora attivo.

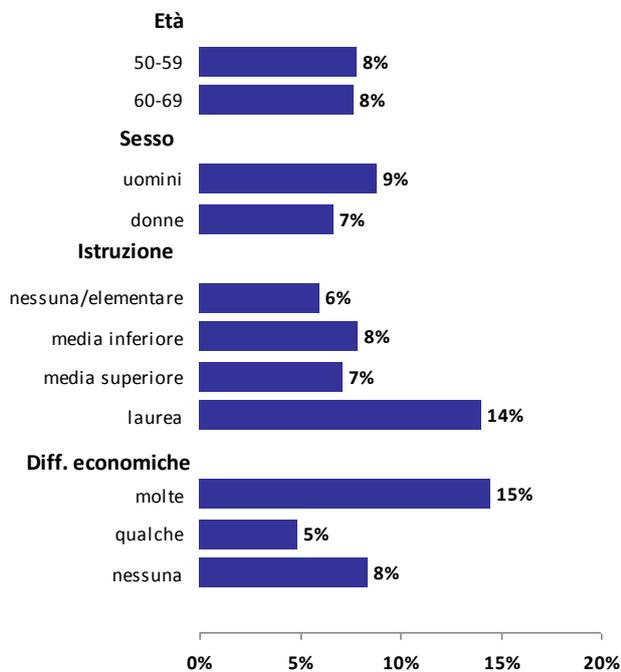
## Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida?

- Nella ASL di Viterbo circa il 20% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).
- L'8% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni.
- Il 15% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni.

### Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=564)

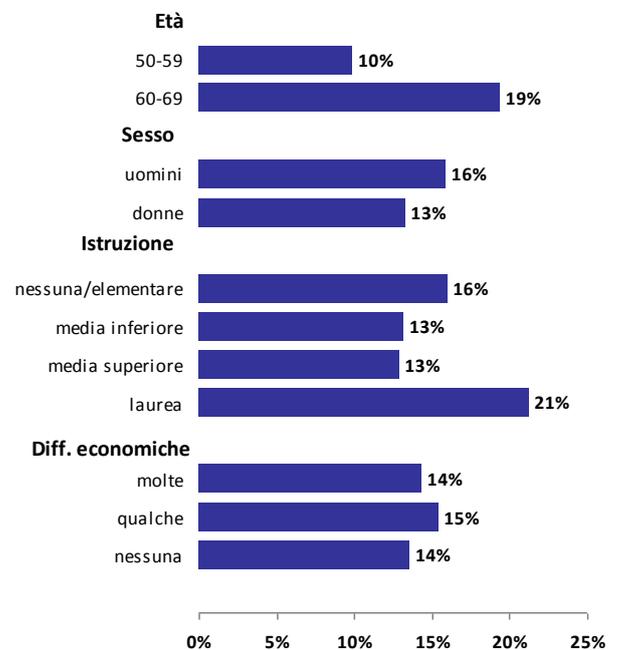
Totale: 7,7% (IC 95%: 5,7%-10,3%)



### Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=564)

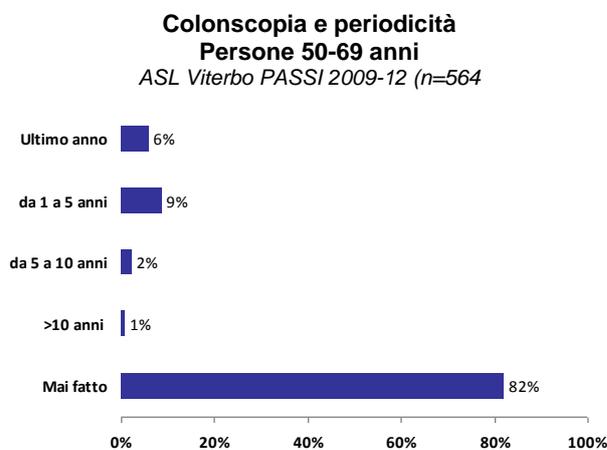
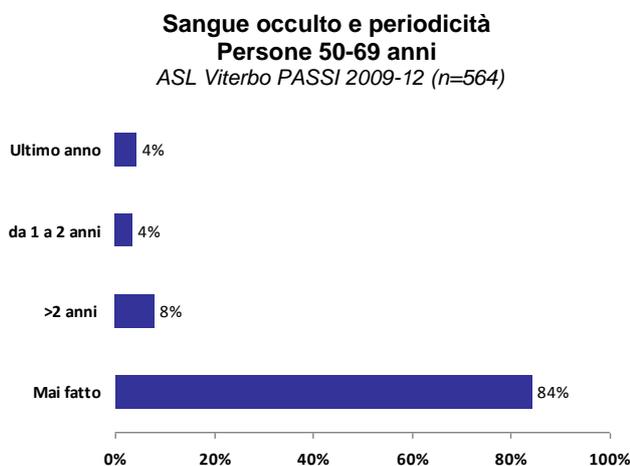
Totale: 14,6% (IC 95%: 11,8%-17,8%)



## Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

Nell'ASL di Viterbo nel periodo 2009-2012

- relativamente al test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo:
  - il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 2% da uno a due anni
  - il 6% da più di 2 anni
  - l'88% ha riferito di non averlo mai eseguito
- relativamente alla colonscopia a scopo preventivo:
  - il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 9% da uno a cinque anni
  - il 2% da cinque a dieci anni
  - l'1% da più di dieci anni
  - l'83% ha riferito di non averla mai eseguita

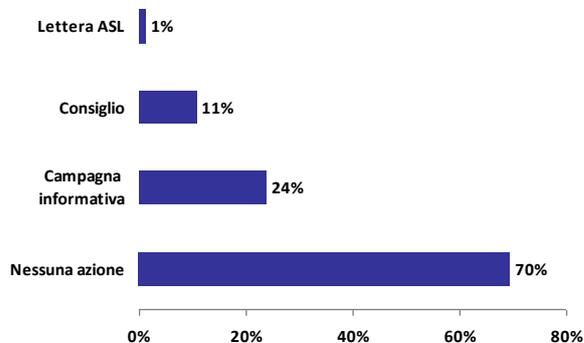


## Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-12)

- Nella ASL di Viterbo:
  - l'1% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
  - l'11% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettaale
  - il 24% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

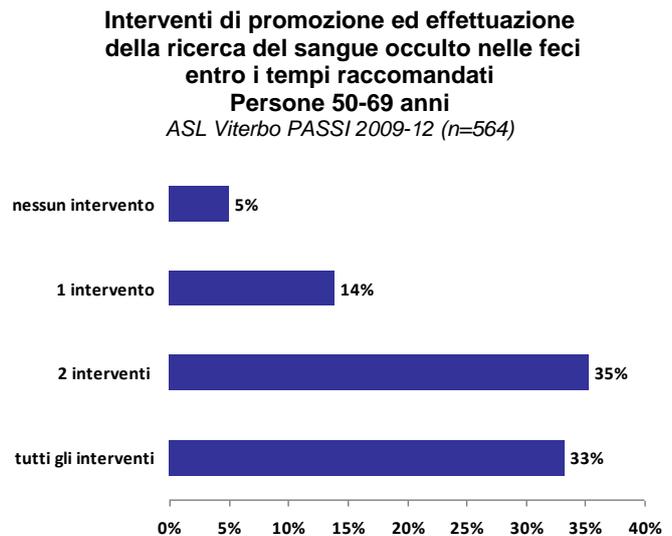
### Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci Persone 50-69 anni

ASL Viterbo PASSI 2010-12 (n=420)



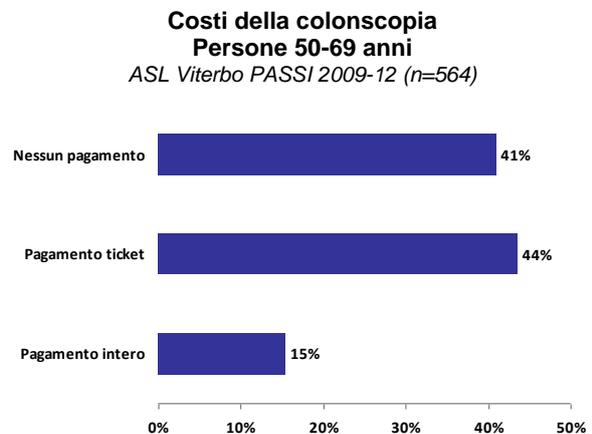
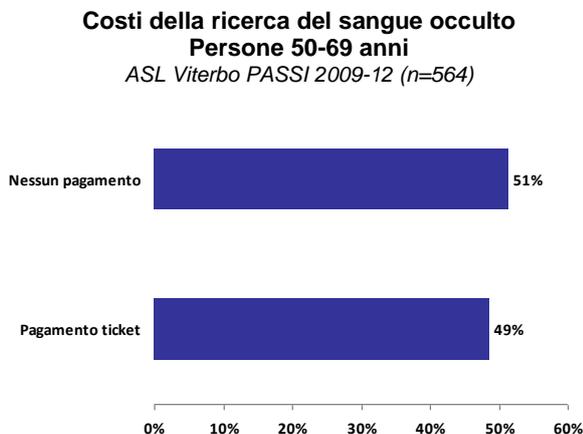
## Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-12)

- Nella ASL di Viterbo la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati, è solo del 5% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 33% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.



## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL di Viterbo il 49% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 51% ha pagato solamente il ticket.
- Il 41% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 44% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 15% l'intero costo dell'esame.

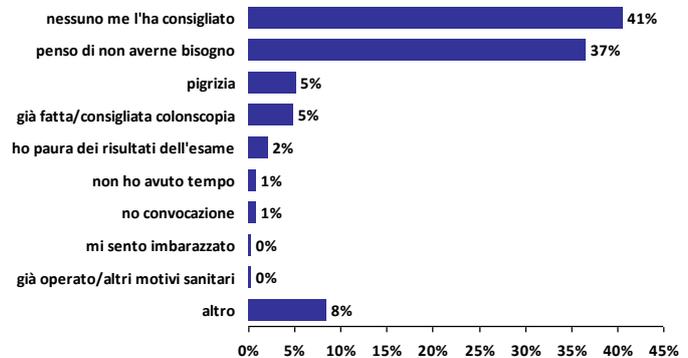


## **Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-12)**

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il fatto di non aver ricevuto consigli in merito (41%) e il pensare di non averne bisogno (37%). Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

### **Motivo della non effettuazione della ricerca di sangue occulto nelle feci\* Persone 50-69 anni**

AUSL Viterbo PASSI 2009-12 (n=564)



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (2%)

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL di Viterbo l'offerta dello screening del cancro del colon-retto nel periodo 2009-2012 non era ancora attiva..

L'80% delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

# Vaccinazione antinfluenzale

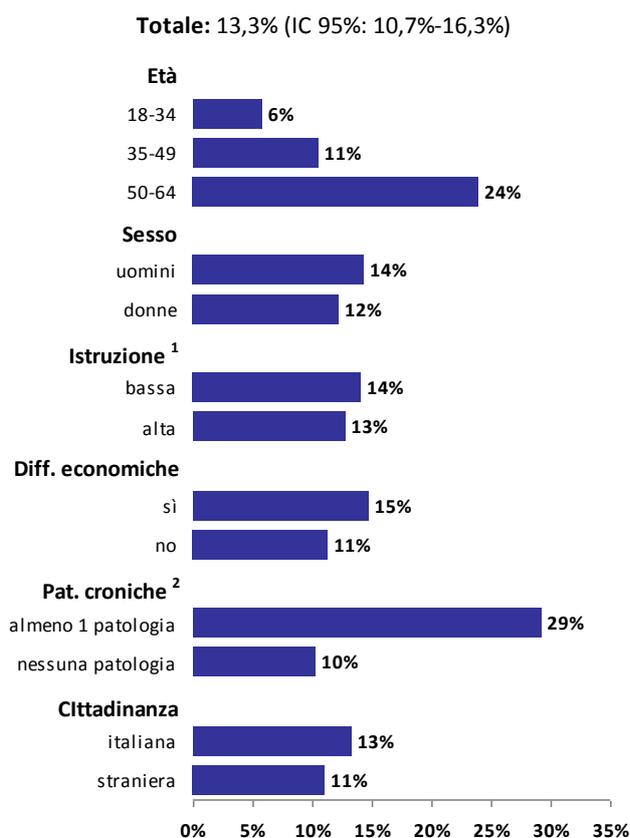
L'influenza è un importante problema di salute sia individuale sia collettiva perché oltre ad essere una malattia a contagiosità elevata (che può comportare eventuali gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche) è frequente motivo di ricorso a strutture sanitarie (visita medica, pronto soccorso, ricovero ospedaliero). La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e perché riduce i costi sociali connessi a morbosità e mortalità.

Il vaccino è raccomandato ogni anno ai soggetti a rischio, tra cui in particolare: persone di età compresa fra 6 mesi e 64 anni affette da specifiche malattie croniche, coloro che se ne prendono cura (per esempio, operatori sanitari e familiari) e chi ha più di 64 anni. Come obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, il Ministero della Salute indica il 75% come traguardo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

## Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2008-09, 2009-10, 2010-11, 2011-12)?

- Nella ASL di Viterbo il 13% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 29%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è più elevata:
  - nella fascia 50-64 anni
  - nelle persone con almeno una patologia cronica

**Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo 2008/09, 2009/10, 2010/11, 2011/12, (n=611)



<sup>1</sup> istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

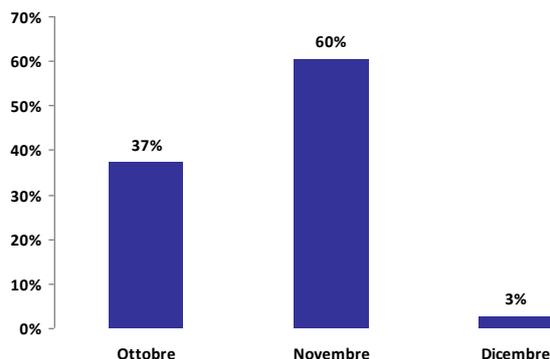
<sup>2</sup> almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato

- Nella ASL di Viterbo, la maggior parte (60%) degli intervistati hanno riferito di essere stati vaccinati durante il mese di novembre

### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Distribuzione per mese di vaccinazione

ASL Viterbo 2008/09, 2009/10, 2010/11, 2011/12 (n=611)



## Conclusioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Italia hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulta invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su tre si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

# Vaccinazione antirosolia

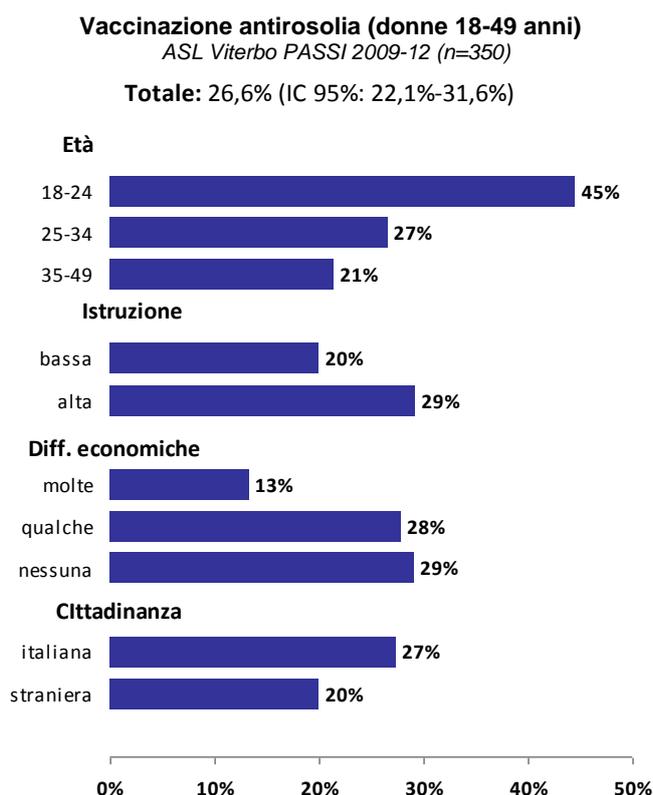
Quando contrae la rosolia nei primi mesi della gravidanza, la donna ha il 90% delle probabilità di trasmettere il virus al feto. L'infezione del feto può causarne la morte oppure la sindrome da rosolia congenita con gravi malformazioni. La rosolia congenita è completamente prevenibile con la vaccinazione.

In Italia, il Piano di eliminazione della rosolia congenita e del morbillo punta a coperture vaccinali superiori al 95% dei bimbi entro i 2 anni; prevede inoltre di vaccinare i bambini oltre i 2 anni di età e gli adolescenti suscettibili, di praticare sistematicamente una seconda dose di vaccino contro morbillo, rosolia e parotite, e di attuare azioni volte ad aumentare la protezione immunitaria nelle donne in età fertile. Secondo il Piano, sono candidate alla vaccinazione, anche le donne in età fertile senza un certificato di avvenuta vaccinazione o senza un referto che attesti la presenza di IgG specifiche.

Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, quelle delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nel periodo 2009-12, nella ASL Viterbo il 27% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- Si osserva una percentuale di vaccinate più elevata tra le donne:
  - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (45%)
  - con un alto livello d'istruzione.



## Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

- Nel periodo 2009-12, nella ASL Viterbo il 52% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
  - ha effettuato la vaccinazione (27%)
  - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (25%).
- Il 5% delle intervistate è risultata suscettibile in quanto non ha effettuato la vaccinazione e/o ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 43% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

| <b>Vaccinazione antirosolia e immunità<br/>(donne 18-49 anni)</b><br>ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=350) |             |
|--|-------------|
| <b>Caratteristiche</b>   | <b>%</b>    |
| <b>Immuni</b>  | <b>52,0</b> |
| Vaccinate  | 26,6        |
| Rubeotest positivo   | 25,4        |
| <b>Suscettibili (non vaccinate e/o<br/>rubeotest negativo)</b>   | <b>4,6</b>  |
| <b>Stato sconosciuto</b>   | <b>43,4</b> |
| Non vaccinate, rubeotest effettuato<br>ma risultato sconosciuto  | 2,0         |
| Non vaccinate, rubeotest non<br>effettuato/non so se effettuato  | 41,4        |

## Conclusioni

Dai dati PASSI si conferma, tra le donne in età fertile, ancora una scarsa consapevolezza del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. Nell'ASL di Viterbo la quota di donne non vaccinate e/o con rubeotest negativo, quindi suscettibili all'infezione, può sembrare relativamente contenuta (pari al 5%), ma se a questa si aggiunge la quota di coloro che non sono a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia (pari al 43%), si stima che circa una donna su due in età fertile è potenzialmente a rischio di contrarre l'infezione rubeolica.

È pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.



# Sicurezza stradale e domestica





# Sicurezza stradale

Secondo il *Global Status on Road Safety 2013* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ammontano a più di un milione e duecentomila le persone che muoiono ogni anno sulle strade del mondo, con costi che assommano a miliardi di dollari. Così, gli incidenti stradali rappresentano l'ottava tra le principali cause di morte, a livello globale, e la prima tra i giovani tra 15 e 29 anni.

Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2012 in Italia sono stati registrati 186.726 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 3635, quello dei feriti ammonta a 264.716. Rispetto al 2011, si riscontra una diminuzione del numero di morti (-5,4%) e un calo più consistente del numero di incidenti (-9,2%) di feriti (-9,3%).

Nella provincia di Viterbo, secondo i dati ISTAT, si sono verificati 750 incidenti con lesioni a persone che hanno provocato 24 morti e 1173 feriti.

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

Per prevenire gli incidenti stradali, nel 2004 l'Assemblea delle Nazioni Unite con la risoluzione *A/RES58/289 Improving global road safety* ha avviato il Decennio di Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2021 promuovendo interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture, le condizioni del traffico e i comportamenti di guida.

Solo il 7% della popolazione mondiale è protetta da leggi che regolano i 5 principali rischi monitorati dall'OMS: limiti di velocità, limiti di alcolemia, obbligo di casco, cinture e seggiolini.

I dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato di essere efficaci nel mitigare le conseguenze degli incidenti: si stima che, in Italia, l'uso generalizzato dei dispositivi di sicurezza farebbe risparmiare, ogni anno, più di 500 vite umane, oltre 1300 casi di disabilità e circa di 8900 ricoveri ospedalieri.

In Italia gli articoli 171 e 172 del Codice della strada dispongono l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

La legge dell'obbligo da sola può non essere sufficiente a generalizzare l'uso dei dispositivi di sicurezza. Per far rispettare la legge, l'OMS ritiene essenziale che si attuino sistematici controlli e sanzioni, assieme a campagne di comunicazione volte ad aumentare la consapevolezza del pubblico sui rischi di incidenti e quelli di incorrere in sanzioni.

In caso d'incidente stradale, l'uso corretto della cintura di sicurezza da parte di chi viaggia sui sedili anteriori dell'auto riduce il rischio di morte in media del 61%, a seconda del tipo di incidente: più efficace in collisioni frontali e ribaltamenti a velocità non eccessive. L'uso corretto delle cinture sui sedili posteriori riduce in modo sostanziale il rischio di morte.

In caso d'incidente, l'uso del casco da parte di chi viaggia in moto riduce il rischio di trauma cerebrale del 69% e di morte del 42%. L'uso appropriato dei dispositivi di sicurezza per bambini in auto fa sì che il rischio di morte si riduca del 72%, per i bambini fino a 12 mesi, e del 52%, per quelli tra 1 e 4 anni, in caso di incidente stradale.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

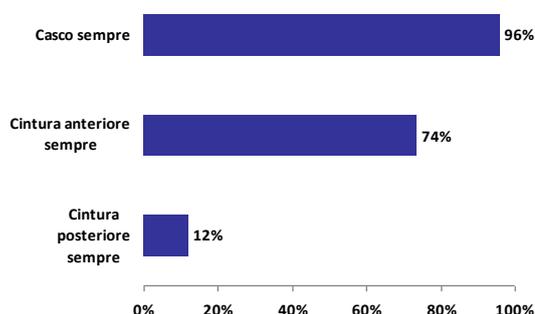
Fornendo indicazioni su due dei pilastri della sicurezza stradale: uso dei dispositivi di sicurezza e guida sotto l'effetto dell'alcol, Passi rappresenta una risorsa per coloro che gestiscono la sicurezza stradale in Italia.

## Uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel periodo 2009-12, nella ASL di Viterbo la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (74%) e il casco (96%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 12% degli intervistati, infatti, la usa sempre.
- L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi d'età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni); non sono emerse differenze per sesso, livello d'istruzione, difficoltà economiche riferite e cittadinanza.

### Uso dispositivi di sicurezza \*

ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)



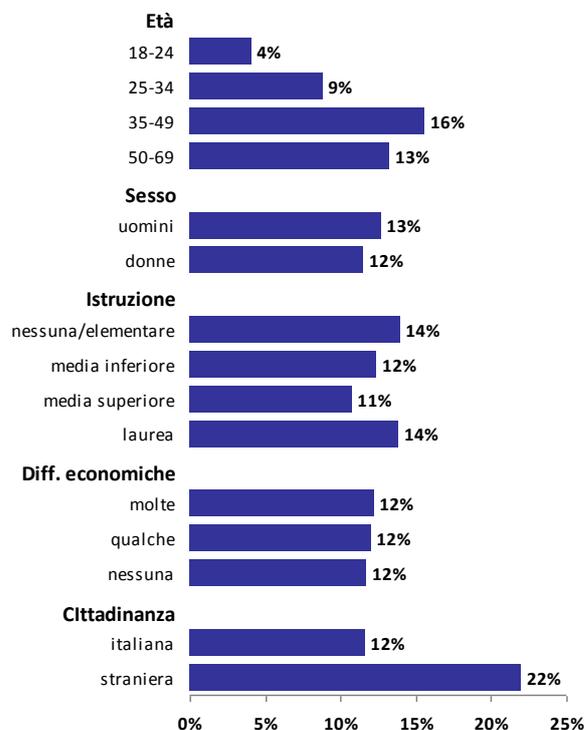
\*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

### Utilizzo sempre delle cinture posteriori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche

ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)

Totale: 12,1% (IC 95%: 10,3%-14,1%)



Nella ASL di Viterbo tra le persone che vivono con bambini fino a 6 anni d'età, il 28% ha difficoltà nell'utilizzare i sistemi di ritenuta per bambini (SRB) e il 60% ha visto o sentito campagne informative sui SRB.

## Alcol e guida

Nei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro. Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

### Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

#### Alcol e guida – ASL Viterbo - PASSI 2009-12 (n=1488)

|   | %<br>(IC95%)      |
|---|-------------------|
| Guida sotto l'effetto dell'alcol*                       | 9,3<br>(7,4-11,5) |
| Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol** | 5,6<br>(4,5-7,0)  |

\* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

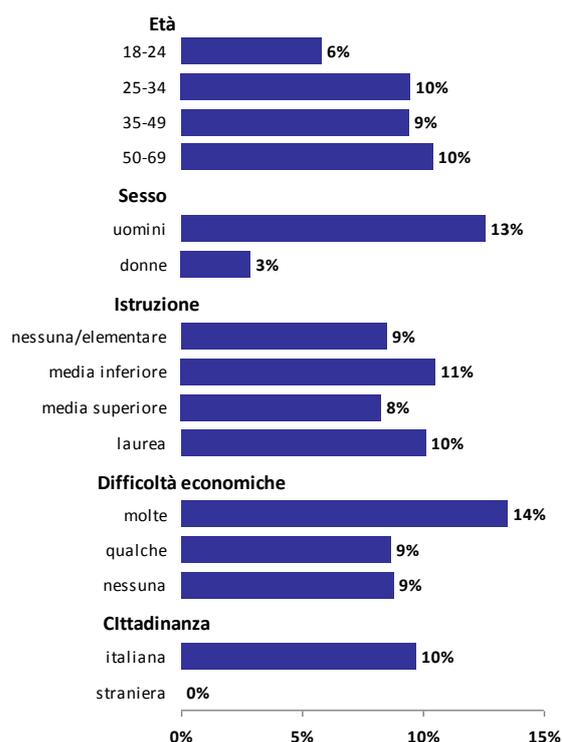
\*\* percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

Nel periodo 2009-12, nella ASL di Viterbo il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche. Il 6% ha dichiarato di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne
- Differenze si rilevano anche per età, istruzione e difficoltà economiche

#### Guida sotto l'effetto dell'alcol Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

Totale: 9,3% (IC 95%: 7,4%-11,5%)



## Guida sotto l'effetto dell'alcol nei più giovani

### Alcol e guida nei giovani – ASL Viterbo - PASSI 2009-12(n=1488)

| Guida sotto l'effetto dell'alcol | %<br>(IC95%)      |
|----------------------------------|-------------------|
| nei 18-25enni*                   | 6,8<br>(3,0-13,0) |

\* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

Per quanto riguarda il consumo di alcol prima di mettersi alla guida, la popolazione di giovani di 18-25 anni merita di essere monitorata con attenzione, poiché, a parità di alcolemia (anche se non supera la soglia legale), è esposta ad un rischio maggiore di incidenti.

Tra i giovani di 18-25 anni, intervistati nel quadriennio 2009-2012, il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol. Anche se il valore è poco differente dalla media relativa a tutte le età, il rischio di incidenti associato a questo comportamento è decisamente più alto.

## I controlli delle Forze dell'Ordine (2009-12)

### Controlli delle forze dell'ordine – ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n=1488)

|   | %<br>(IC95%)        |
|---|---------------------|
| Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo* | 50,9<br>(48,2-53,6) |

\*intervistati che hanno dichiarato di aver subito, negli ultimi 12 mesi, un controllo da parte delle forze dell'ordine (su quelli che hanno guidato un'auto o una moto nello stesso periodo)

- Nel periodo 2009-12, nella ASL di Viterbo il 51% degli intervistati è stato sottoposto a un controllo da parte delle Forze dell'Ordine.
- Tra le persone fermate, il controllo è avvenuto in media più di tre volte negli ultimi 12 mesi.

### Controlli delle forze dell'ordine – ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n=1488)

|                         | %<br>(IC95%)     |
|-------------------------|------------------|
| Effettuato l'etilotest* | 7,1<br>(5,4-9,3) |

\* percentuale calcolata su chi ha riferito di essere stato fermato per un controllo dalle forze dell'ordine

La percentuale di controlli con etilotest è maggiore nelle fasce d'età più giovani: si passa dal 14% dei 18-24enni al 2% dei 50-69enni.

## Conclusioni

Nell'ASL di Viterbo, una minoranza, piccola ma consistente (il 10% dei guidatori non astemi), ha dichiarato di guidare anche quando è sotto l'effetto dell'alcol, facendo correre seri rischi a sé e agli altri.

I [controlli sistematici](#) con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sebbene i comportamenti individuali rappresentino fattori di primaria importanza, per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

# Sicurezza domestica

La casa è ritenuta il luogo sicuro per eccellenza, eppure gli infortuni domestici rappresentano un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata. Secondo le stime dell'ISTAT, nel 2011, si sono infortunate circa 2.800.000 persone, di cui il 12% erano bambini di età inferiore ai 14 anni e il 35% adulti di età superiore ai 64 anni.

L'infortunio domestico è un evento improvviso determinato da causa esterna involontaria che provoca un danno alla salute dell'individuo, che accade nell'ambito della residenza abitativa o nelle relative pertinenze, quali scale esterne, giardini, garage, terrazze, ecc. Il rischio dipende da fattori specifici intrinseci (relativi alla persona) ed estrinseci (relativi all'ambiente domestico). All'interno dell'abitazione esistono oggetti, materiali, utensili apparentemente innocui, che possono rivelarsi pericolosi sia per la sicurezza e sia per la salute, soprattutto se usati in modo non appropriato.

Per ridurre i pericoli in casa e i comportamenti inappropriati è indispensabile che le abitazioni siano rese strutturalmente più sicure e che si diffonda la consapevolezza dei rischi e la competenza nell'individuare i pericoli, in particolare tra i genitori, le persone anziane, le persone che fanno lavoro domestico. Passi sostiene le attività di prevenzione e comunicazione, rilevando sistematicamente la prevalenza a 12 mesi di incidenti domestici e la percezione del rischio, nella popolazione di 18-69 anni, ma anche l'esposizione a interventi di prevenzione e informazione.

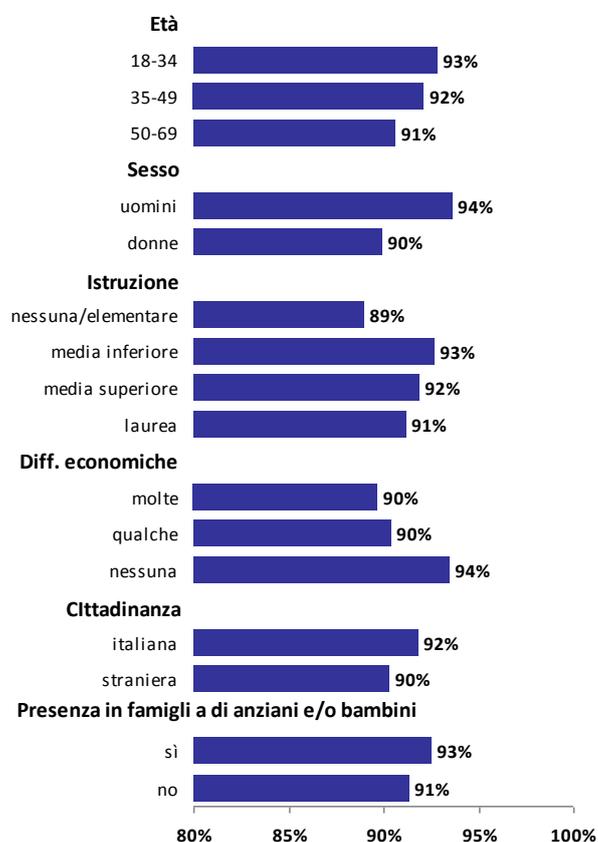
## Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- Nella ASL di Viterbo la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 92% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio gli uomini.

### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico<sup>1</sup>

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

Totale: 91,7% (IC 95%: 90,2%-93,1%)



<sup>1</sup> Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

## ***Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale son dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?***

Nel periodo 2010-12, nella ASL Viterbo, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione è stata del 3%.

### ***Conclusioni***

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

L'attività di prevenzione degli infortuni domestici si basa sugli interventi per la sicurezza domestica, che mirano a realizzare adeguate condizioni strutturali e impiantistiche delle abitazioni (campo in cui è importante il ruolo svolto dalle norme tecniche che riguardano ad esempio ascensori, impianti del gas, ecc.), e sul miglioramento delle condizioni di salute, della forma fisica e degli stili di vita soprattutto per coloro che trascorrono più tempo in casa: gli anziani e le donne, per cui tutti gli interventi volti a contrastare la sedentarietà e aumentare l'attività fisica, ottengono l'effetto di prevenire le cadute.

La legge n. 493 del 3 dicembre 1999, "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", oltre a prevedere l'assicurazione obbligatoria per questo tipo di rischio, affida al Servizio sanitario nazionale il compito di promuovere la sicurezza domestica, attraverso azioni di informazione ed educazione volte a rimuovere le cause di nocività e infortuni negli ambienti di civile abitazione. Le Asl dovrebbero individuare e valutare i rischi per la sicurezza domestica e fornire assistenza per eliminare i pericoli presenti nelle abitazioni, collaborando con altri organi preposti alla sicurezza, come ad esempio i vigili del fuoco.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani (individuati dal Sistema nazionale linee guida), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano Nazionale di Prevenzione degli incidenti domestici.



**Benessere**





# Percezione dello stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità.

La "qualità della vita connessa alla salute" è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale, e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute (come ipertensione, fumo, sedentarietà), lo stato funzionale, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. La qualità della vita dipende anche da aspetti difficili da rilevare oggettivamente, come per esempio le risorse psicologiche e fisiologiche di una persona o la sua capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie. Dal punto di vista cognitivo, è stato messo in evidenza che i rispondenti giudicano il proprio stato di salute, in modo relativo, in base alle circostanze e alle aspettative proprie e dei pari. Lo stato di salute percepito si basa su un giudizio soggettivo che può includere quindi aspetti che è difficile rilevare oggettivamente, ad esempio l'integrazione sociale, le risorse fisiologiche e psicologiche, o la reazione della persona all'eventuale presenza di una malattia.

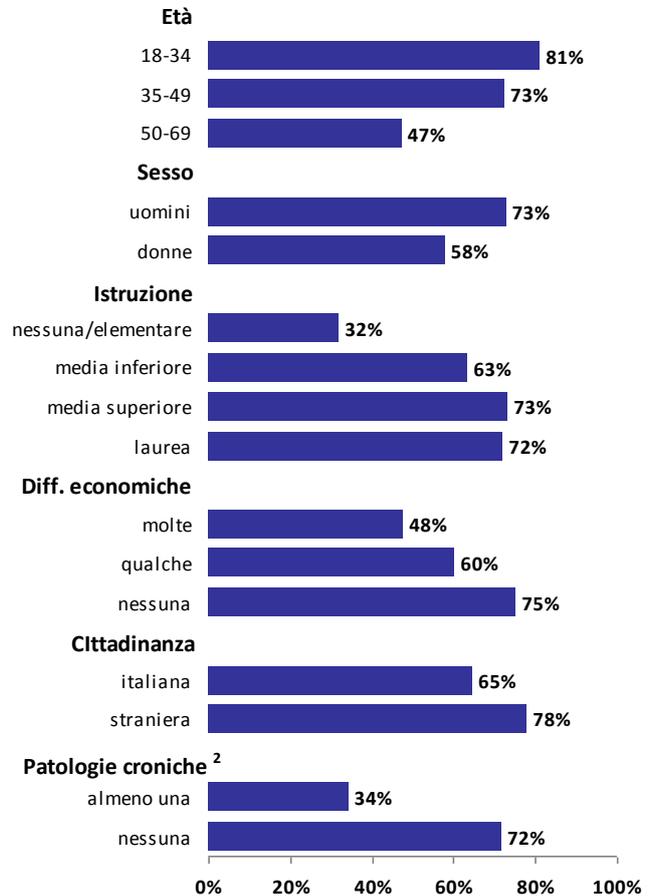
Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

## Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL di Viterbo, il 65% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con istruzione alta
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.

### Stato di salute percepito positivamente<sup>1</sup> Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

Totale: 65,3% (IC 95%: 62,8%-67,7%)



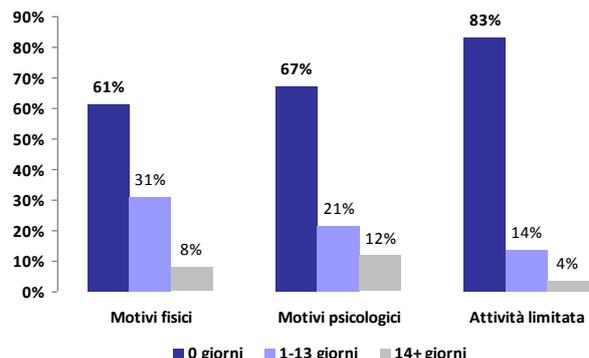
<sup>1</sup> persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

<sup>2</sup> almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.

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

- Nella ASL di Viterbo la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (61% in buona salute fisica, 67% in buona salute psicologica e 83% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8%), per motivi psicologici (12%) e con limitazioni alle attività abituali (4%).

### Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)



- La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è di tre giorni e di circa quattro giorni per motivi psicologici; le attività abituali sono risultate limitate in media per un giorno al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia d'età 50-69 anni, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, in quelle con difficoltà economiche e in coloro che presentano patologie croniche.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi psicologici è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e in coloro che presentano patologie croniche.
- Il numero medio dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nella fascia d'età 50-69 anni, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con difficoltà economiche e in coloro che presentano patologie croniche.

**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**  
ASL Viterbo PASSI 2009-12 (n=1488)

| Caratteristiche              | N° gg/mese ( <i>media</i> ) per |                    |                   |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------|
|                              | Motivi fisici                   | Motivi psicologici | Attività limitata |
| <b>Totale</b>                | <b>3,3</b>                      | <b>3,8</b>         | <b>1,4</b>        |
| <b>Classi di età</b>         |                                 |                    |                   |
| 18 - 34                      | 2,5                             | 3,5                | 1,2               |
| 35 - 49                      | 2,7                             | 3,4                | 1,1               |
| 50 - 69                      | 4,3                             | 4,4                | 1,8               |
| <b>Sesso</b>                 |                                 |                    |                   |
| uomini                       | 2,6                             | 2,3                | 1,4               |
| donne                        | 3,9                             | 5,2                | 1,4               |
| <b>Istruzione</b>            |                                 |                    |                   |
| nessuna/elementare           | 5,6                             | 4,8                | 2,8               |
| media inferiore              | 3,5                             | 3,8                | 1,4               |
| media superiore              | 2,7                             | 3,6                | 1,1               |
| laurea                       | 2,4                             | 3,7                | 0,9               |
| <b>Difficoltà economiche</b> |                                 |                    |                   |
| molte                        | 6,0                             | 7,2                | 3,1               |
| qualche                      | 3,4                             | 3,9                | 1,4               |
| nessuna                      | 2,3                             | 2,7                | 0,9               |
| <b>Patologie croniche</b>    |                                 |                    |                   |
| almeno una                   | 6,4                             | 6,2                | 2,7               |
| assente                      | 2,6                             | 3,3                | 1,1               |

## Conclusioni

Circa sette persone su dieci dichiarano di essere in buona salute, ma sia la percezione dello stato di salute che lo stato funzionale peggiora nelle donne, nelle persone in età più avanzata, in quelle meno istruite, nelle persone con molte difficoltà economiche e in quelle affette da patologie croniche gravi. Questi gruppi di popolazione, caratterizzati da una peggiore qualità della vita in relazione allo stato di salute, sono i più vulnerabili e consumano più risorse sanitarie: dovrebbero, quindi, ricevere un'attenzione dedicata nella sorveglianza, nella ricerca e nell'offerta di servizi.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

# Sintomi di depressione

Il disturbo depressivo maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento.

Il disturbo depressivo maggiore rappresenta una delle principali cause del carico di malattia nel mondo e la prima nei Paesi ad alto reddito. Secondo i dati OMS questo disturbo affligge più di 350 milioni di persone in tutto il mondo e la sua frequenza è in aumento. Secondo stime effettuate dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme) con dati 2010, la depressione ha provocato in Italia il 4,2% di anni di vita persi per disabilità e morte prematura, rappresentando così la quarta causa principale di Daly.

A livello della popolazione, è necessario mettere sotto sorveglianza sia la prevalenza di disturbi depressivi, che può modificarsi a seguito di crisi economiche, disastri e aumento della diseguità sociale, sia la percentuale di diagnosi tempestive e trattamenti appropriati. La sorveglianza infine dovrebbe consentire di monitorare i disturbi depressivi nei segmenti di popolazione più vulnerabili.

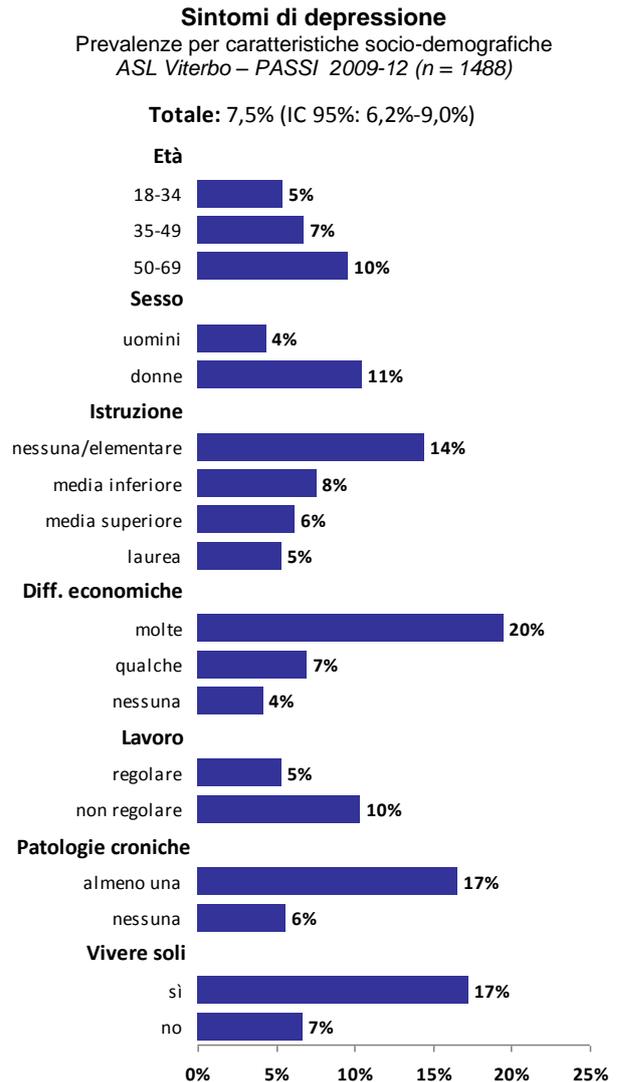
Nelle indagini di popolazione, uno degli strumenti più utilizzati è il *Patient Health Questionnaire* che, nella versione completa (PHQ-9), è composto da nove domande con cui è possibile individuare la presenza di episodio depressivo maggiore con buona sensibilità e specificità > 90, una validità che si ottiene anche con una versione a 8 domande (PHQ-8).

Passi utilizza una versione ridotta, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività. La persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Nella sorveglianza di popolazione, il PHQ-2 è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

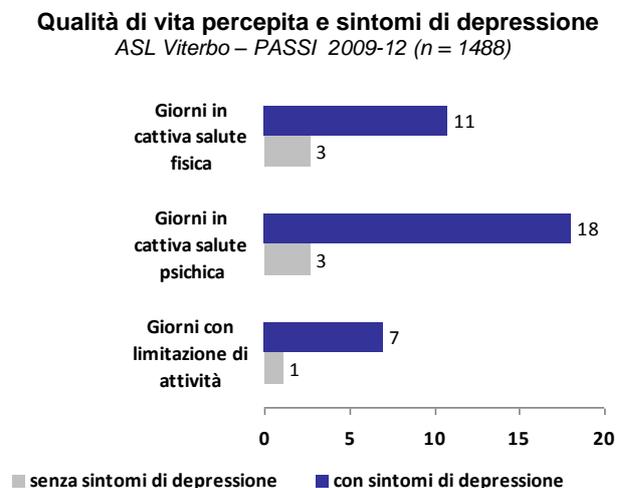
## Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL di Viterbo, l'8% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
  - nelle fasce d'età 50-69 anni
  - nelle donne
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con difficoltà economiche
  - nelle persone senza un lavoro continuativo
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
  - nelle persone che vivono sole.



## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

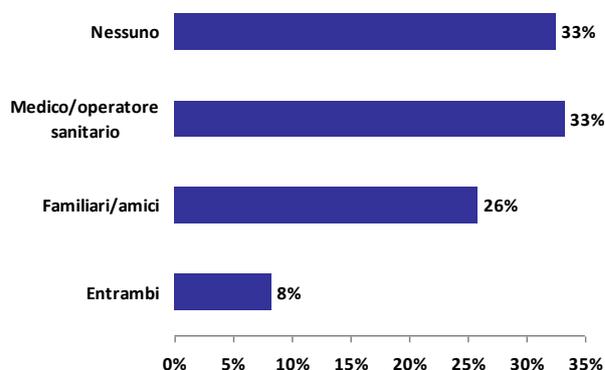
- Nella ASL di Viterbo, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
  - il 31% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 69% delle persone che non hanno riferito i sintomi
  - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.



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

**Figure a cui si sono rivolte  
le persone con sintomi di depressione**  
ASL Viterbo – PASSI 2009-12 (n = 108)

- Il 68% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (33%), a familiari/amici (26%) o ad entrambi (8%).



## Conclusioni

Nel periodo 2009-2012, PASSI rileva che nella ASL di Viterbo una quota non trascurabile, pari all'8%, riferisce sintomi di depressione e percepisce come compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 18 giorni nel mese precedente l'intervista.

La prevalenza di persone con sintomi depressivi cresce al crescere dell'età, ed è significativamente più elevata fra i 50-69enni, fra le donne, fra le persone con un titolo di studio basso o assente, fra quelle con molte difficoltà economiche o senza un lavoro regolare, fra quelli che riferiscono una diagnosi di patologia cronica e tra coloro che vivono da soli.

Tra le persone con sintomi depressivi solo sette su dieci si rivolgono a professionisti sanitari o a persone care per ricevere aiuto, mentre tre persone non chiedono aiuto a nessuno.

Il recente Mental Health Action Plan 2013-20 dell'OMS auspica azioni più incisive per la prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale. Secondo il Piano è di vitale importanza che nell'ambito delle politiche sanitarie, programmi e interventi siano focalizzati non solo su come affrontare quelli considerati gravi (in particolare depressione maggiore, disturbi bipolari e schizofrenia) ma anche su come proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini. È particolarmente importante mettere in campo programmi di promozione della salute mentale rivolta alla popolazione giovanile considerato che circa il 50% dei disturbi mentali esordisce prima dei 14 anni.



# Appendici





# Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal sito internet di servizio della sorveglianza PASSI ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)):

- tasso di risposta
- tasso di sostituzione
- tasso di rifiuto
- tasso di non reperibilità
- tasso di eleggibilità "e"
- distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- modalità di reperimento del numero telefonico
- distribuzione delle interviste per orari/giorni

Le tabelle seguenti mostrano i valori dei tassi per l'ASL di Viterbo confrontati con quelli regionali e nazionali per il periodo 2009-2012.

|                           | Anno 2009         |                       |                  |                           |                       |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|
|                           | Tasso di risposta | Tasso di sostituzione | Tasso di rifiuto | Tasso di non reperibilità | Tasso di eleggibilità |
| <b>ASL Viterbo</b>        | <b>90,0%</b>      | <b>10,0%</b>          | <b>8,2%</b>      | <b>1,9%</b>               | <b>94,2%</b>          |
| <b>Regione Lazio</b>      | <b>87,3%</b>      | <b>12,7%</b>          | <b>8,2%</b>      | <b>4,5%</b>               | <b>94,5%</b>          |
| <b>Pool ASL nazionale</b> | <b>87,6%</b>      | <b>12,4%</b>          | <b>9,2%</b>      | <b>3,2%</b>               | <b>95,7%</b>          |

|                           | Anno 2010         |                       |                  |                           |                       |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|
|                           | Tasso di risposta | Tasso di sostituzione | Tasso di rifiuto | Tasso di non reperibilità | Tasso di eleggibilità |
| <b>ASL Viterbo</b>        | <b>87,1%</b>      | <b>12,9%</b>          | <b>10,2%</b>     | <b>2,7%</b>               | <b>93,5%</b>          |
| <b>Regione Lazio</b>      | <b>85,3%</b>      | <b>14,7%</b>          | <b>8,7%</b>      | <b>6,0%</b>               | <b>93,2%</b>          |
| <b>Pool ASL nazionale</b> | <b>86,6%</b>      | <b>13,4%</b>          | <b>9,8%</b>      | <b>3,5%</b>               | <b>95,5%</b>          |

|                           | Anno 2011         |                       |                  |                           |                       |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|
|                           | Tasso di risposta | Tasso di sostituzione | Tasso di rifiuto | Tasso di non reperibilità | Tasso di eleggibilità |
| <b>ASL Viterbo</b>        | <b>86,9%</b>      | <b>13,1%</b>          | <b>9,0%</b>      | <b>4,0%</b>               | <b>90,6%</b>          |
| <b>Regione Lazio</b>      | <b>88,5%</b>      | <b>11,5%</b>          | <b>7,4%</b>      | <b>4,1%</b>               | <b>92,2%</b>          |
| <b>Pool ASL nazionale</b> | <b>86,6%</b>      | <b>13,4%</b>          | <b>10,0%</b>     | <b>3,3%</b>               | <b>95,2%</b>          |

|                    | Anno 2012         |                       |                  |                           |                       |
|--------------------|-------------------|-----------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|
|                    | Tasso di risposta | Tasso di sostituzione | Tasso di rifiuto | Tasso di non reperibilità | Tasso di eleggibilità |
| ASL Viterbo        | 88,9%             | 11,1%                 | 7,3%             | 3,8%                      | 91,6%                 |
| Regione Lazio      | 89,8%             | 10,2%                 | 6,3%             | 3,9%                      | 89,1%                 |
| Pool ASL nazionale | 88,9%             | 11,1%                 | 8,3%             | 2,8%                      | 95,5%                 |

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- popolazione indagata: persone residenti nell'Asl, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano
- eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la Asl, in grado di sostenere una intervista telefonica
- non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni
- non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi)
- rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita
- senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo
- sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

### **Tasso di risposta**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RRI = \left[ \frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

### **Tasso di sostituzione**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$\frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non rep.}} * 100$$

Pur avendo i sostituti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

### **Tasso di rifiuto**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$REFI = \left[ \frac{n^{\circ} \text{ rifiuti}}{(n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} \right] * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere)
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà (regioni, Asl, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

### **Tasso di non reperibilità**

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (Regioni, Asl, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

### **Tasso di eleggibilità "e"**

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

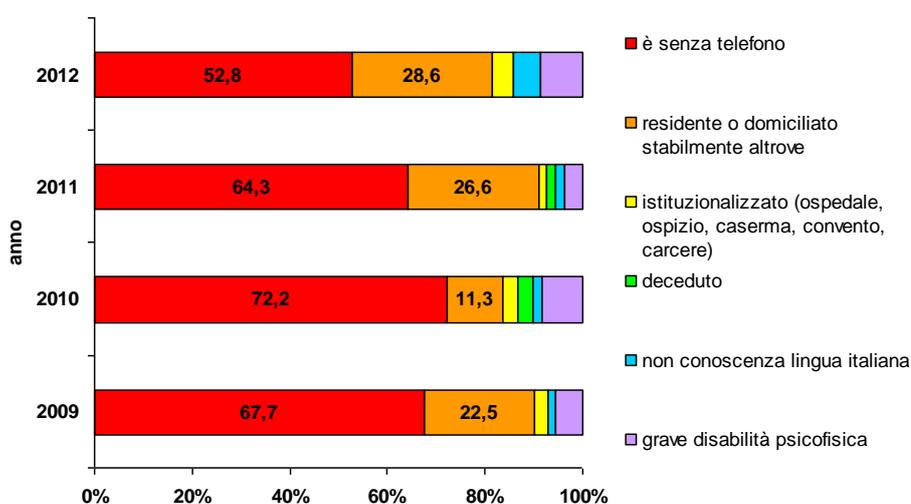
$$\frac{n^{\circ} \text{ int.} + \text{rif.}}{(n^{\circ} \text{ int.} + \text{rif.} + \text{resid.} + \text{altrove} + \text{istituz.} + \text{dec.} + \text{no italiano} + \text{disabili} + \text{fuori dal range di età})} * 100$$

## Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

È la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

È un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

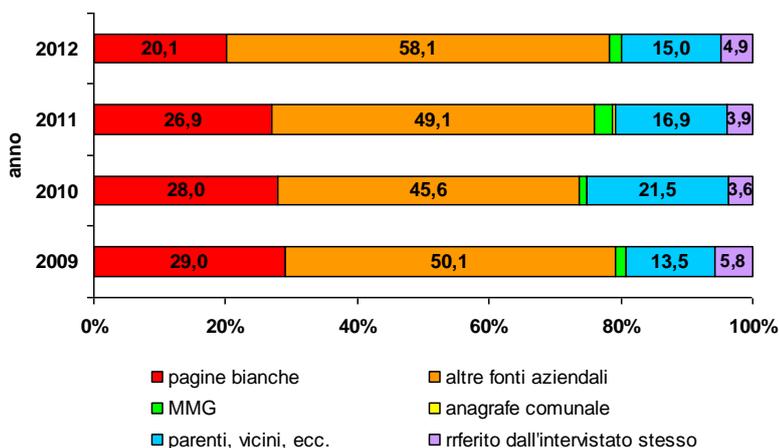
**Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**  
ASL Viterbo – PASSI 2009-12



## Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.

**Modalità di reperimento del numero telefonico**  
ASL Viterbo – PASSI 2009-12

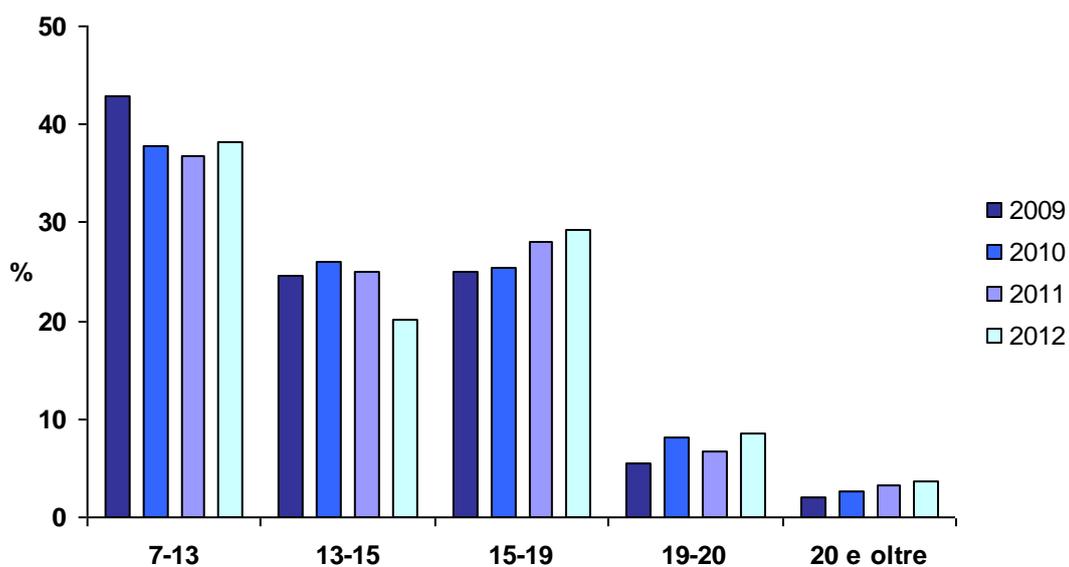


## Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.

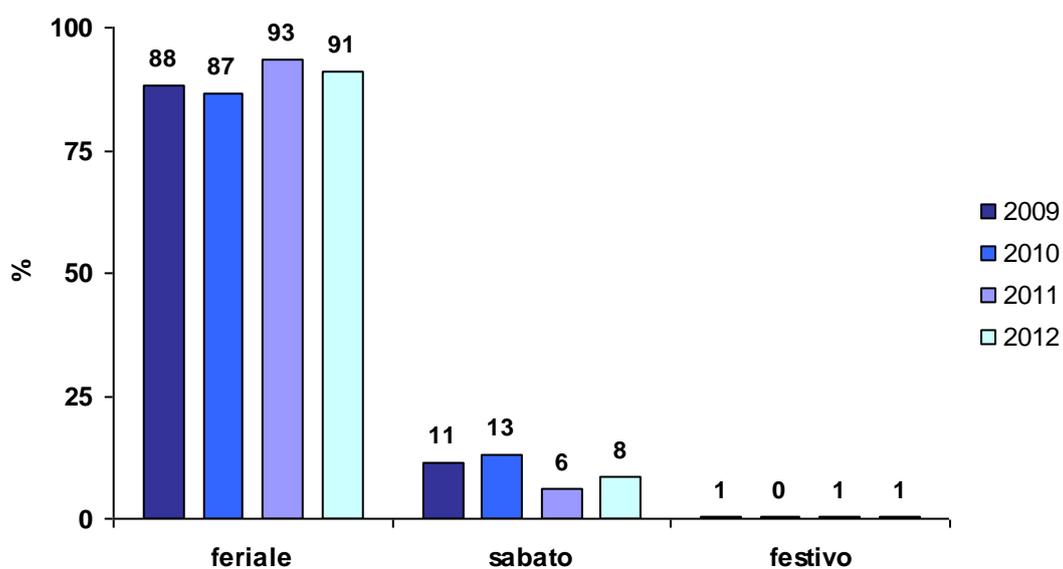
### Distribuzione per orari delle interviste

ASL Viterbo – PASSI 2009-12



### Distribuzione per giorni delle interviste

ASL Viterbo – PASSI 2009-12



# Sintesi del rapporto aziendale

**Descrizione del campione aziendale.** Nell'ASL di Viterbo, nel periodo 2009-2012, è stato intervistato un campione casuale di 1488 persone, stratificato per sesso ed età, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria Aziendale. Il campione è distribuito equamente tra uomini e donne. L'età media è di 44 anni. Il 56% ha un livello di istruzione alto ed il 62% del campione tra 18 e 65 anni ha un lavoro regolare, ma tale percentuale è diversamente distribuita nei due sessi (76% gli uomini e 48% le donne). Il 55% del campione ha riferito di avere qualche o molte difficoltà economiche (41% e 14% rispettivamente).

**Abitudine al fumo.** Il 35% degli intervistati si dichiara fumatore e il 21% ex-fumatore. La distribuzione dell'abitudine al fumo ha mostrato percentuali più alte di fumatori nella classe 18-34 anni e negli uomini. Il 53% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario. La quasi totalità degli ex fumatori ha riferito di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Il 67% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa. Relativamente al divieto di fumare l'83% ritiene che venga sempre/quasi sempre rispettato nei luoghi pubblici e l'84% nei luoghi di lavoro.

**Stato nutrizionale e abitudini alimentari.** Si stima che nella popolazione tra i 18 e i 69 anni della nostra ASL il 35% sia in sovrappeso e il 12% sia obeso. Tra le persone in eccesso ponderale (sovrappeso od obese) il 72% pratica attività fisica e solo il 23% segue una dieta, ma questa percentuale sale al 34% se un operatore sanitario consiglia di farla. Il consumo giornaliero di frutta e verdura è diffuso (97%), anche se solo un'esigua parte (10%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

**Attività fisica.** Nella nostra ASL, il 26% degli intervistati è completamente sedentario e solo il 34% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Il 29% degli intervistati ha riferito che un operatore sanitario si è informato in merito allo svolgimento di attività fisica, il 33% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

**Consumo di alcol.** Il 58% delle persone intervistate consuma bevande alcoliche e il 20% ha abitudini di consumo considerate a rischio (beve fuori pasto e/o è bevitore *binge* e/o forte bevitore). Solo nel 16% dei casi un operatore sanitario s'informa circa il consumo di alcol da parte delle persone intervistate e solo il 9% consiglia ai bevitori a rischio di ridurre il consumo.

**Rischio cardiovascolare.** Si stima che nella nostra ASL il 23% delle persone tra 18 e 69 anni sia iperteso e di questi il 75% riferisce di essere in trattamento farmacologico e una buona quota di aver ricevuto consigli in merito a misure preventive (riduzione del sale, incremento attività fisica, controllo del peso). Si stima che al 9% delle persone adulte non sia mai stata misurata la pressione arteriosa e che il 21% non abbia mai controllato il livello di colesterolo. Il 25% degli intervistati si dichiara ipercolesterolemico e, tra questi, il 31% è in trattamento farmacologico e una buona quota dichiara di aver ricevuto consigli per quanto riguarda le misure preventive (riduzione consumo carne e formaggi, incremento attività fisica, controllo del peso, aumento consumo di frutta e verdura). La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente usata dai medici: solo il 4% degli intervistati con più di trentacinque anni dichiara che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare.

**Diagnosi precoce neoplasia del collo dell'utero.** L'83% delle donne tra 25 e 64 anni riferisce di aver eseguito almeno un pap test nella vita, di queste l'83% l'ha effettuato negli ultimi tre anni, come raccomandato. La copertura comprende sia le donne che effettuano lo screening in programmi organizzati, sia quelle che lo eseguono spontaneamente.

**Diagnosi precoce neoplasia della mammella.** L'80% delle donne tra 50 e 69 anni ha eseguito almeno una mammografia nella vita, di queste l'80% l'ha effettuata negli ultimi due anni, come

consigliato. La copertura comprende sia le donne che effettuano lo screening in programmi organizzati, sia quelle che lo eseguono spontaneamente.

**Diagnosi precoce neoplasia del colon-retto.** Nella provincia di Viterbo una persona ultracinquantenne su cinque ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali: l'8% ha effettuato un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e il 15% una colonscopia negli ultimi cinque anni, come raccomandato.

**Vaccinazione antinfluenzale.** Tra gli intervistati solo il 29% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), risulta vaccinato.

**Vaccinazione antirosolia.** La quota di donne in età fertile (18-49 anni) suscettibili alla rosolia è ancora molto distante dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti si stima che la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto sia pari al 48%.

**Sicurezza stradale.** L'uso dei dispositivi di sicurezza è ancora insufficiente: mentre il 96% delle persone intervistate usa sempre il casco, solo il 74% usa le cinture anteriori di sicurezza e appena il 12% usa le cinture posteriori. Il 9% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'intervista e il 6% di essere stato trasportato da un conducente che aveva bevuto.

**Sicurezza domestica.** Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio in ambito domestico, nella nostra ASL, è molto bassa: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente.

**Percezione dello stato di salute.** Il 65% delle persone intervistate ritiene il proprio stato di salute buono o molto buono. La percezione positiva è più elevata nei giovani (18-34 anni), nelle persone con un alto livello d'istruzione, senza difficoltà economiche e senza patologie severe. Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e di giorni con limitazioni alle attività abituali cresce con l'età, è maggiore nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche e presenza di patologie severe.

**Sintomi di depressione.** Nella nostra ASL, l'8% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. I soggetti più a rischio sono le donne, le persone con basso livello d'istruzione, difficoltà economiche, senza lavoro, affette da patologia cronica. Il 33% di queste persone chiede aiuto a medici o altri operatori sanitari, ma il 33% non si rivolge a nessuno.







***Ringraziamo tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.***