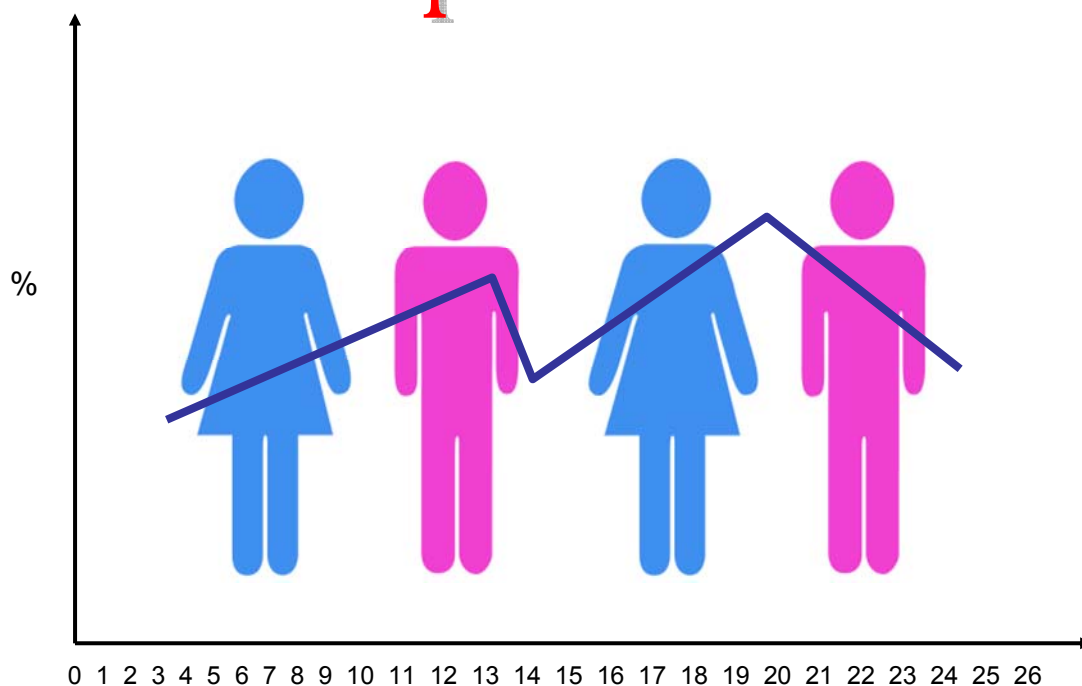




Priorità e profilo di salute



nella ASL 4

Edizione 2007

A cura di: Marco Cristofori, Margarete Tockner, Fabio Motta, Vincenzo Patavino, Rosa Corvetti, Maria Laura Proietti, Marco Matorre, Lorella Damen, Carla Gambarini, Vincenzo Casaccia, Claudio Cupello.

Rete epidemiologica aziendale

Hanno contribuito:

- Imolo Fiaschini – Direttore Generale ASL 4 di Terni
- Luciano Lorenzoni – Direttore Sanitario ASL 4 di Terni
- Guglielmo Spernanzoni – Direttore del Dip. di Prevenzione
- I Direttori dei distretti sanitari
 - o Dr. Stefano Federici: *Direttore Distretto n. 1*
 - o Dr.ssa Anna Maria Giuseppina Petitti: *Direttore Distretto n. 2*
 - o Dr. Mario Sargenti: *Direttore Distretto n. 3*
- Gli intervistatori dello Studio Passi 2006 della ASL 4 di Terni

INDICE:

Cap. 1. Alcuni cenni sulla Comunità della ASL 4 di Terni	9
1.1 Estensione, connotazione geografica	9
Cap. 2. Caratteristiche demografiche e sociali della popolazione	10
2.1 Perché la demografia interessa il sistema sanitario?	10
2.2 Bilancio demografico anno 2006 e pop. Residente al 31 dicembre	11
2.3 Sistema educativo	18
2.4 Riassunto dei confronti effettuati e/o possibili	19
2.5 Un po' di economia e sociale	19
2.6 Autosufficienza e disabilità	20
Cap. 3 La salute percepita	26
Cap. 4 Principali patologie	28
4.1 Lo studio delle cause di morte	28
4.2 Numero dei decessi, tasso grezzo di mortalità e tassi standard di anni di vita potenzialmente persi per grandi cause	29
4.3 Confronti fra tassi standardizzati su 10.000 abitanti ASL 4 e Italia	30
4.4 La mortalità evitabile anni 2000 - 2004	31
4.5 Rapporto di mortalità evitabile standardizzato (SRR%) nelle ASL dell'Umbria. Anni 2000-04 - femmine	32
4.6 Rapporto di mortalità evitabile standardizzato (SRR%) nelle ASL dell'Umbria. Anni 2000-04 - Maschi	32
Cap. 5 La Morbosità	33

5.1 Patologie del sistema cardio-vascolare	33
5.1.1 Malattie del sistema cardio-circolatorio maschi	34
5.1.2 Malattie del sistema cardio-circolatorio femmine	35
5.1.3 Malattie ischemiche del cuore maschi	36
5.1.4 Malattie ischemiche del cuore femmine	37
Cap. 6 La Patologia tumorale	38
6.1 Gli screening e la prevenzione secondaria	41
6.1.1 Screening neoplasia del collo dell'utero	41
6.1.2 Screening neoplasia della mammella	44
6.1.3 Screening neoplasia del colon retto (dati precedenti l'offerta attiva)	47
6.1.4 Alcune Valutazioni	49
Cap. 7 Gli infortuni sul lavoro:	53
7.1 Tasso di infortunio definito positivamente per 1000 addetti, media 2000 – 2003	53
7.2 Tasso di infortunio con inabilità permanente definito positivamente per 1000 addetti media 2000 - 2003	54
7.3 Le costruzioni	55
Cap. 8 Malattie Infettive e diffuse	56
8.1 Tetano	56
8.2 Malattie pediatriche	56
8.2.1 Varicella	56
8.2.2 Morbillo	57
8.2.3 Parotite	58
8.2.4 Pertosse	58
8.3 Patologie a bassa incidenza e a trasmissione aerea	59
8.3.1. Meningiti	59

8.3.2 Legionellosi	59
8.4 AIDS-HIV	60
8.5 Tossinfezioni e infezioni alimentari	62
Cap. 9 Vaccinazioni	64
9.1 Vaccinazione antinfluenzale campagna 2006-2007	64
9.2 Vaccinazioni in età pediatrica	67
9.2.1 Morbillo	67
9.2.2 Rosolia	68
Cap. 10 Gli incidenti da traffico	69
Cap. 11 Infortuni domestici	72
Cap. 12 La salute mentale	75
Cap. 13 La salute della donna e del bambino	78
13.1 Assistenza in gravidanza	78
13.2 Assistenza al parto	80
Cap. 14 Stili di vita e fattori di rischio della popolazione	81
14.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (18 – 69 anni)	81
14.2 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (Bambini scuola primaria) anno 2007	86
14.3 Attività fisica	89
14.4 Attività fisica dei bambini	91
14.5 Abitudine al fumo	94
14.6 Consumo di alcol	97
14.7 Rischio cardiovascolare	100
14.7.1 Ipertensione arteriosa	100

14.7.2 Colesterolemia	102
14.8 Punteggio di rischio cardiovascolare	104
Cap. 15 La sicurezza alimentare	106
15.1 i dati epidemiologici	106
15.1.1 La salmonellosi	106
15.1.2 Altri germi enteropatogeni	109
15.2 Prodotti di origine vegetale alla produzione primaria	109
15.3 Malattie virali trasmesse con gli alimenti	110
15.4 Sicurezza alimentare domestica:	111
Cap. 16 La sanità pubblica veterinaria	116
16.1 BSE capi controllati e positivi (Umbria e Italia)	116
16.2 Brucellosi bovina allevamenti anno 2004 – 2005	117
16.3 Brucellosi ovi-caprina allevamenti 2004 - 2005	117
16.4 Piano Nazionale Alimentazione Animale	118
Cap. 17 Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita	120
17.1 Qualità delle acque	120
17.2 Qualità dell'aria	121
17.2.1 Rilevazioni di benzene	122
17.2.2 Metalli Pesanti	122
17.2.3.Rilevazioni di Piombo, Cadmio, Arsenico	123
17.2.4 Media Annuale PM10	123
17.3 Radiazioni ionizzanti	124

Cap.18 L'uso dei farmaci	127
Le priorità di salute	130
Bibliografia	138

Prefazione

Introduzione

La valutazione delle priorità sanitarie in una comunità è un insieme di processi attraverso i quali vengono identificati i bisogni primari di salute, espressi secondo un ordine prioritario, di una determinata popolazione. Nel nostro caso la popolazione in studio appartiene al territorio della ASL n. 4 Terni che coincide con l'intero territorio provinciale.

La scelta delle priorità in un sistema sanitario pubblico diventa elemento essenziale sia per la destinazione delle risorse sia per la individuazione dei bisogni principali dei cittadini. Il nostro paese destina un certo numero di risorse alla sanità pubblica, queste risorse sono affidate alle Regioni e destinate alle varie Aziende Sanitarie Locali che rappresentano l'organo esecutivo ed amministrativo locale, con una certa autonomia decisionale. E' fondamentale cominciare a pensare gli interventi in salute pubblica come interventi diretti al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione ma, per poter ragionare in questi termini, è essenziale individuare i determinanti di salute, definire a priori gli obiettivi e poi valutare le azioni. Il primo passo per effettuare ciò è quello di utilizzare un metodo scientificamente valido atto a definire le priorità di salute ed a programmare gli interventi in base a una scala di obiettivi.

In questo rapporto si riportano, alla fine, le grandi priorità di salute basate su un metodo di rilevazione e calcolo oggettivo. Per quanto riguarda i dettagli dei singoli sotto-gruppi di patologie e le peculiarità della nostra ASL, queste sono riportate nel profilo di salute dettagliato.

Il Direttore Generale
ASL di Terni
Dr. Imolo Fiaschini

Cap. 1. Alcuni cenni sulla Comunità della ASL 4 di Terni

1.1 Estensione, connotazione geografica

La ASL n. 4 di Terni comprende la parte più meridionale dell'Umbria con un'estensione di 2122 Km²., quindi un territorio molto vasto anche se poco densamente abitato.



Figura 1

fonte immagine:<http://www.provincia.terni.it>

Alcuni elementi naturalistici caratterizzano in modo particolare il paesaggio. La natura particolarmente aspra ha fatto sì che la popolazione sia concentrata in alcune aree mentre esistono molte zone verdi poco abitate.

Dal punto di vista geologico si tratta di un territorio giovane, con una morfologia caratterizzata da cime poco elevate e da valli lunghe e strette. Le zone pianeggianti si trovano in corrispondenza del fondo alluvionato dei bacini fluviali o lacustri intra-montani e si allungano nelle valli secondo l'orientamento delle zone rialzate.

Il sistema idrografico è costituito dal fiume principale, il Tevere e dai suoi affluenti, alcuni dei quali (Nestore, Niccone e Paglia) hanno un regime torrentizio. Un altro importante affluente, il fiume Nera, confluisce nel Tevere dopo aver ricevuto le acque del Velino in corrispondenza della cascata delle Marmore (165 m. di dislivello). L'invaso più importante è il lago di Piediluco, la cui estensione è pari ad 1,5 km² e la profondità massima è pari a 20 m.

La rete urbana è strutturata su alcuni assetti antichi, risalenti all'epoca delle città stato (la città di Orvieto ad ovest e il Ducato di Spoleto ad est).

Lo sviluppo industriale di Terni risale alla fine dell'800, quando gli opifici cittadini del secolo precedente furono sostituiti da grandi complessi industriali siderurgici e chimici.

L'agricoltura era fondata, fino alla metà del secolo scorso, sul sistema della mezzadria, poi sostituito da proprietà più grandi nelle pianure, mentre i fondi in montagna hanno tuttora estensioni ridotte.

Oltre alla città di Terni che è il capoluogo provinciale ci sono, nell'ambito territoriale, 33 Comuni; i centri di maggior rilievo sono Orvieto, Narni ed Amelia.

Cap. 2. Caratteristiche demografiche e sociali della popolazione

La popolazione che abita un determinato territorio è il principale fruitore delle strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e le sue caratteristiche determinano e condizionano la domanda di salute e di assistenza; pertanto l'analisi della struttura e della dinamica demografica della popolazione è di importanza fondamentale per un'adeguata programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria nel territorio.

Dal punto di vista sanitario, la distribuzione territoriale, la struttura della popolazione per età e sesso e il rapporto popolazione attiva e dipendente costituiscono un riferimento essenziale per valutarne potenzialità e bisogni; la distribuzione della popolazione sul territorio regionale influisce sulla distribuzione e l'accessibilità dei servizi.

L'invecchiamento comporta un aumento dei carichi assistenziali, in particolare per quanto riguarda la cura delle malattie croniche e disabilitanti e determina la richiesta di servizi specifici, soprattutto laddove si associa ad una maggiore presenza di nuclei familiari con un solo componente, dal momento che, nel nostro paese, i problemi dell'assistenza sociale e sanitaria sono fronteggiati in larga misura dai familiari.

D'altra parte uno squilibrio tra la componente attiva della popolazione e quella dipendente può comportare un aumento della richiesta di assistenza sanitaria e sociale. I dati demografici rappresentano, quando si parla di prevenzione, il substrato essenziale su cui si basano le scelte sanitarie in un determinato territorio e su cui si basano anche alcuni indici importanti per stabilire la dinamica e la tipologia delle popolazioni.

2.1 Perché la demografia interessa il sistema sanitario?

E' essenziale avere una conoscenza precisa e più aggiornata possibile dei dati anagrafici, della composizione della popolazione e della struttura della stessa al fine di valutarne i bisogni in un determinato territorio, con lo scopo di effettuare una programmazione adeguata alle esigenze dei cittadini e conforme alle richieste esplicite ed implicite dei bisogni sanitari. L'età, il sesso, lo stato sociale ed altri fattori influenzano in modo netto i bisogni di salute e, di conseguenza, le attività di progettazione e programmazione a breve e lungo termine con possibilità di effettuare operazioni mirate, anche nel campo della promozione della salute stessa.

2.2 Bilancio demografico anno 2006 e popolazione residente al 31 dicembre

Tabella 1

ASL 4 di Terni

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio	109230	118325	227555
Nati	944	879	1823
Morti	1363	1392	2755
Saldo Naturale	-419	-513	-932
Iscritti da altri comuni	2026	2001	4027
Iscritti dall'estero	545	688	1233
Altri iscritti	66	32	98
Cancellati per altri comuni	1846	1849	3695
Cancellati per l'estero	76	85	161
Altri cancellati	85	73	158
Saldo Migratorio e per altri motivi	630	714	1344
Popolazione residente in famiglia	109107	118102	227209
Popolazione residente in convivenza	334	424	758
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 Dicembre	109441	118526	227967
Numero di Famiglie	95975		
Numero di Convivenze	137		
Numero medio di componenti per famiglia	2.4		

Tabella 2

La tabella 1 riporta un riepilogo totale del bilancio demografico della popolazione; rappresenta un riassunto piuttosto dettagliato del movimento demografico nel territorio della ASL 4.

Segue la distribuzione della popolazione residente al gennaio 2006 per età e sesso.

FONTE ISTAT

Tabella 3

	Per Distretto		
	Totale	>65 anni	%
Distretto 1	132.112	32.609	25
Distretto 2	53.414	11.491	22
Distretto 3	42.441	10.961	26
Totale assistiti	227.967	55.061	24

Classi di età	maschi		femmine	
	Numero	percent.	Numero	percent.
0-4	3506	3,30%	3335	2,90%
5-9	4560	4,20%	4114	3,50%
10-14	4507	4,20%	4404	3,80%
15-19	4774	4,40%	4465	3,80%
20-24	5547	5,10%	5211	4,50%
25-29	7002	6,50%	6798	5,80%
30-34	8211	7,60%	8386	7,20%
35-39	8774	8,10%	8658	7,40%
40-44	8222	7,60%	8345	7,10%
45-49	7371	6,80%	7614	6,50%
50-54	7051	6,50%	7651	6,50%
55-59	7808	7,20%	8072	6,90%
60-64	7008	6,50%	7512	6,40%
65-69	6879	6,40%	7629	6,50%
70-74	6054	5,60%	7425	6,40%
74-79	5033	4,70%	7060	6,00%
80-84	3583	3,30%	6084	5,20%
85+	1919	1,80%	4134	3,50%
Totali	107809	100,00%	116897	100,00%

Nella figura 2 viene riportata la piramide delle età. (Fonte ISTAT 2006)

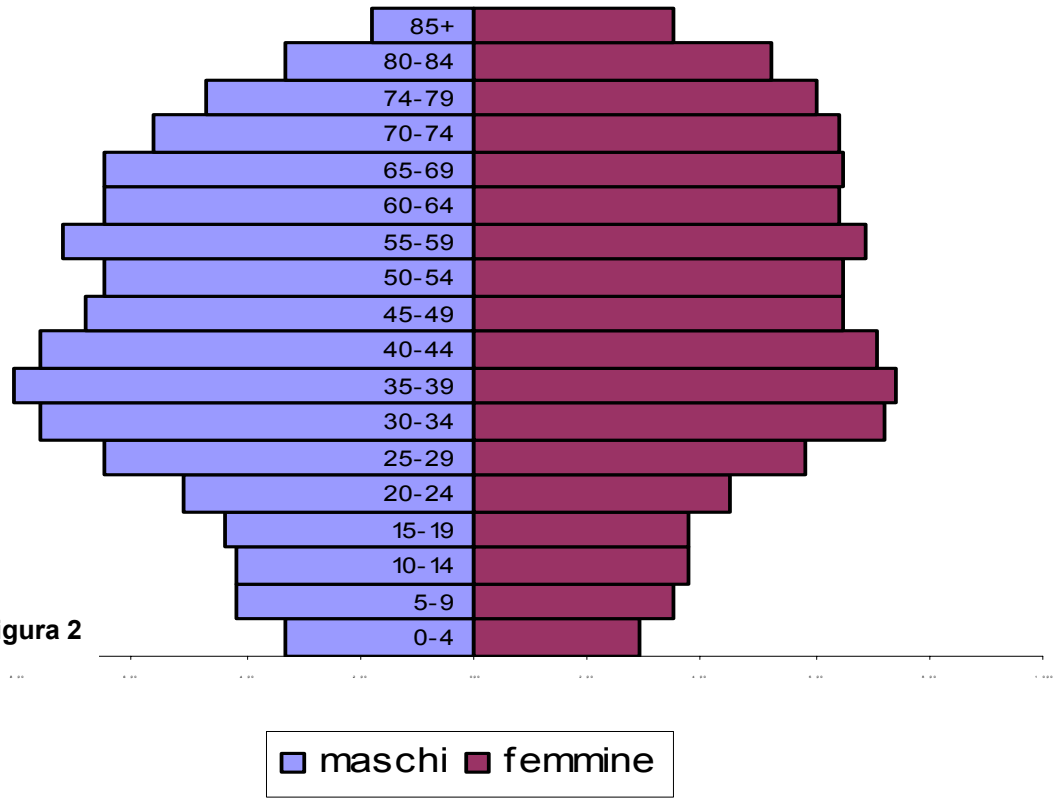
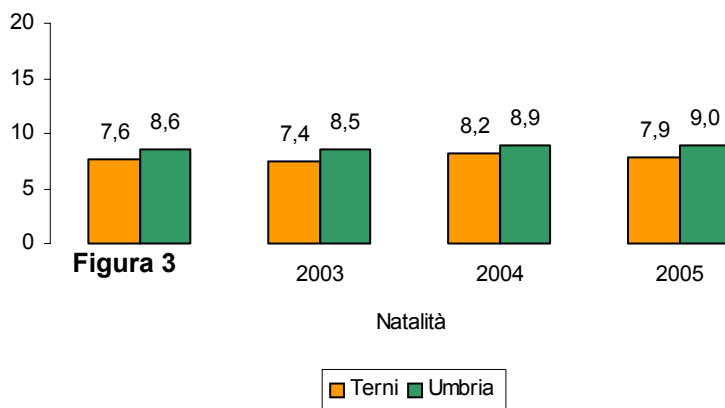


Figura 2

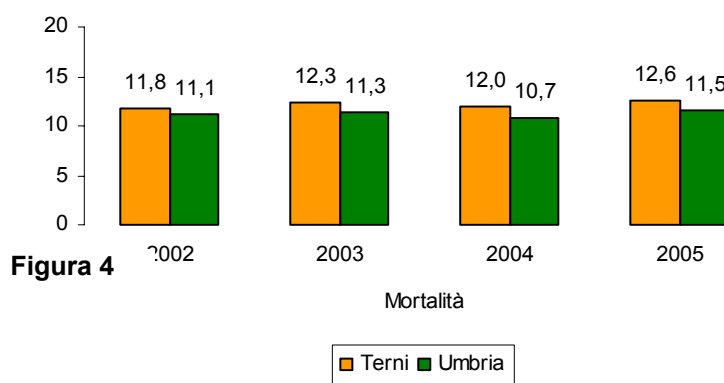
Il **tasso di natalità** nella Provincia di Terni è più basso della media regionale.

Tassi di natalità
confronto provincia di Terni - Umbria



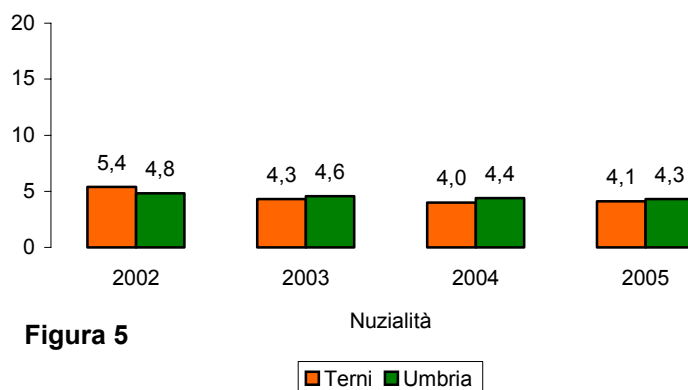
Il **tasso di mortalità** nella provincia di Terni è leggermente più alto della media regionale a causa di una popolazione più anziana

Tassi di mortalità
confronto provincia di Terni - Umbria



Il **tasso di nuzialità** (matrimoni regolari) è più o meno in linea con il dato regionale.

Tassi di nuzialità
confronto provincia di Terni - Umbria



Da quanto visto prima è evidente che il **saldo naturale** sia negativo in modo sicuramente maggiore rispetto a quello regionale, anch'esso negativo.

Saldo naturale
confronto provincia di Terni - Umbria

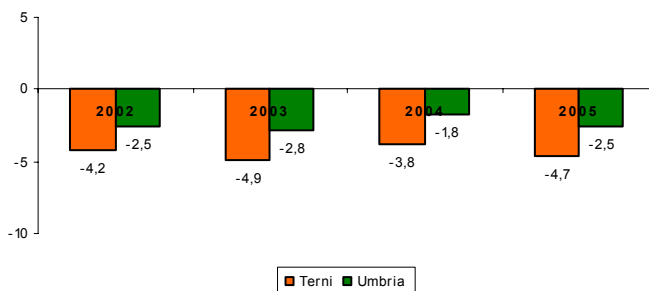


Figura 5

Tuttavia il **saldo migratorio** (differenza fra coloro che entrano e coloro che escono) è abbastanza elevato.

Saldo migratorio
confronto provincia di Terni - Umbria

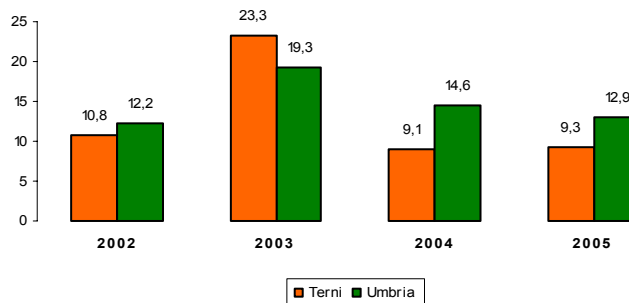


Figura 6

Complessivamente, il **saldo demografico** nella nostra provincia è positivo.

Saldo demografico
confronto provincia di Terni - Umbria

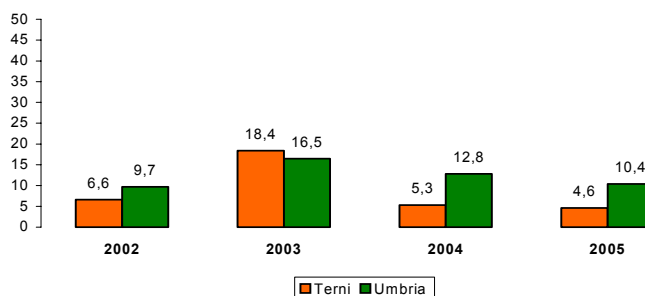


Figura 7

La nostra ASL ha una popolazione piuttosto “vecchia” rispetto al resto della regione e soprattutto rispetto all’Italia. Inoltre il distretto di Orvieto ha una crescita demografica molto rallentata e rappresenta il distretto con una percentuale di ultrasessantacinquenni più elevata di tutta la regione e probabilmente d’Italia. Nella provincia di Terni gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 21,8% dei maschi e il 27,6% delle femmine. La speranza di vita alla nascita è di 84,6 anni per le femmine e di 78,8 per i maschi. Dopo le Marche è la più alta d’Italia.

La densità demografica delle nostre Province, è relativamente bassa. Esprime il n.° di abitanti per Km.²

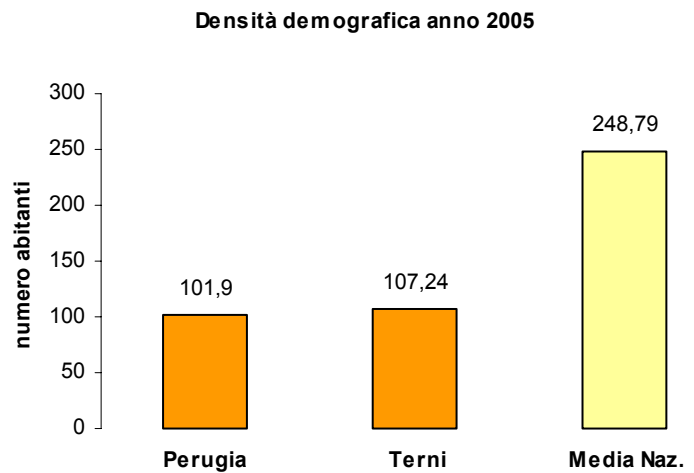


Figura 8

Quanti sono gli stranieri residenti:

gli stranieri si esprimono come % di immigrati regolari sulla popolazione.

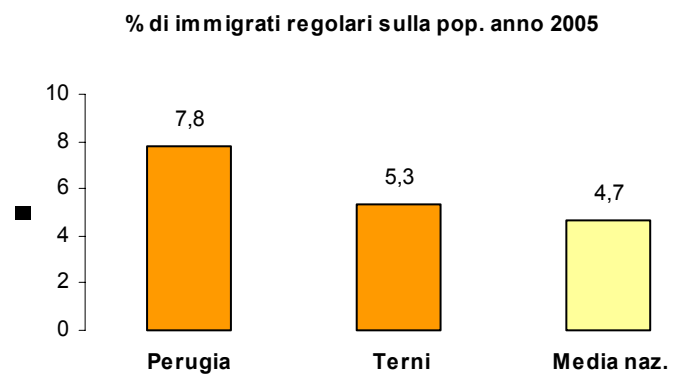


Figura 9

Arrivi e partenze:

è importante conoscere il rapporto fra le persone che prendono la residenza e quelle che si cancellano. Nella nostra regione è molto positivo.

Si esprime in trasferimenti/100 cancellazioni

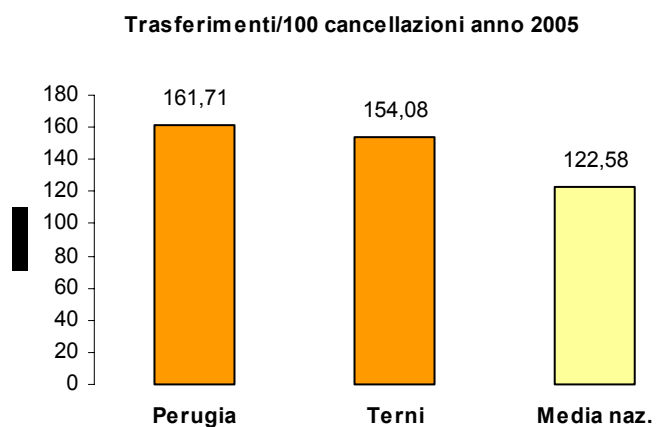


Figura 10

Indici strutturali FONTE DVSS REGIONE UMBRIA

Indice di invecchiamento per distretti sanitari

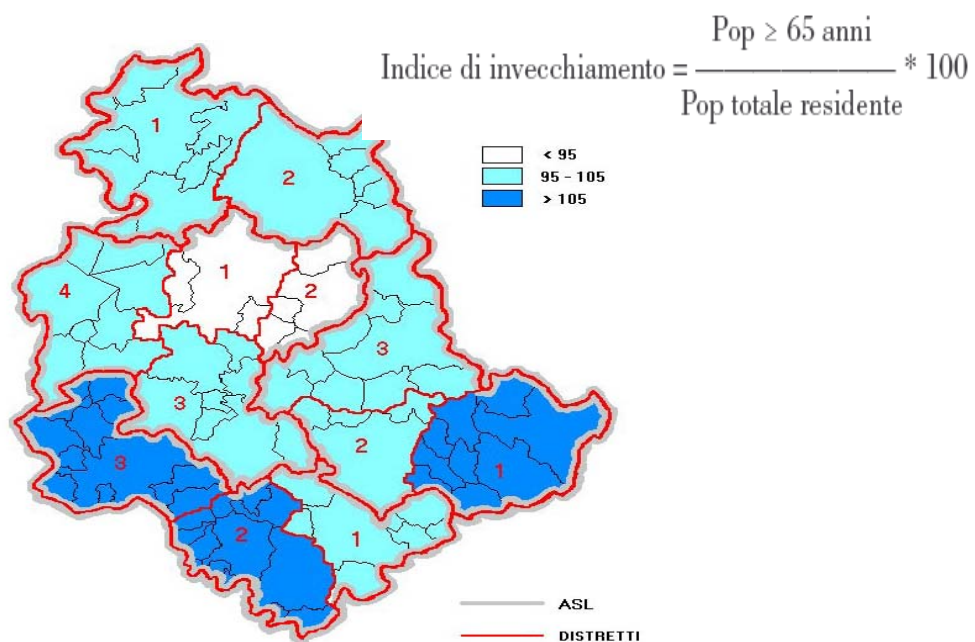


Figura 11

Indice di dipendenza totale per distretti

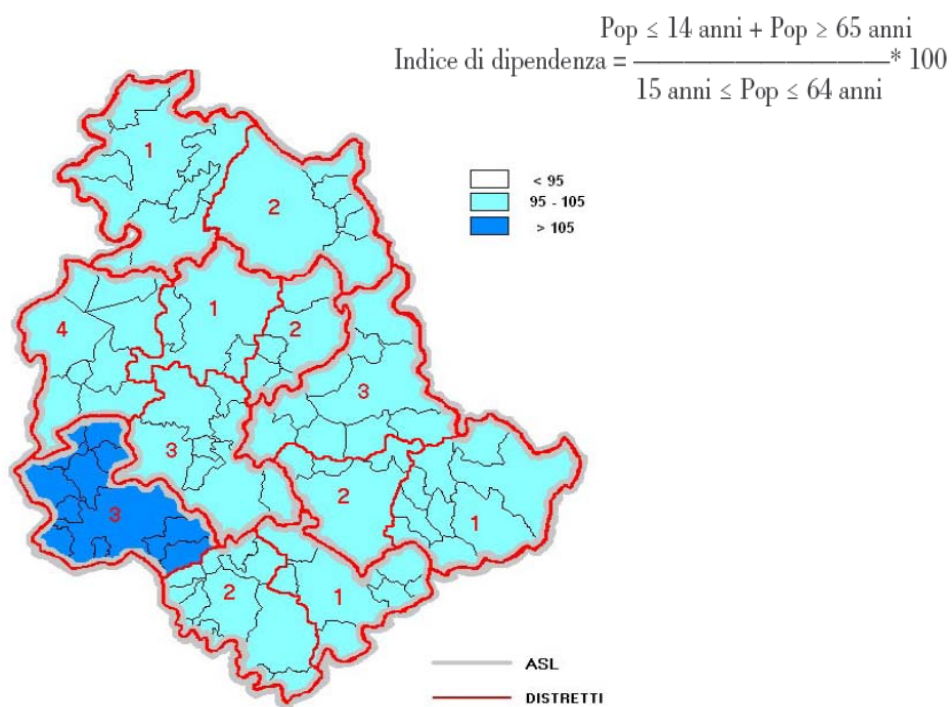


Figura 12

Tasso di natalità per distretti

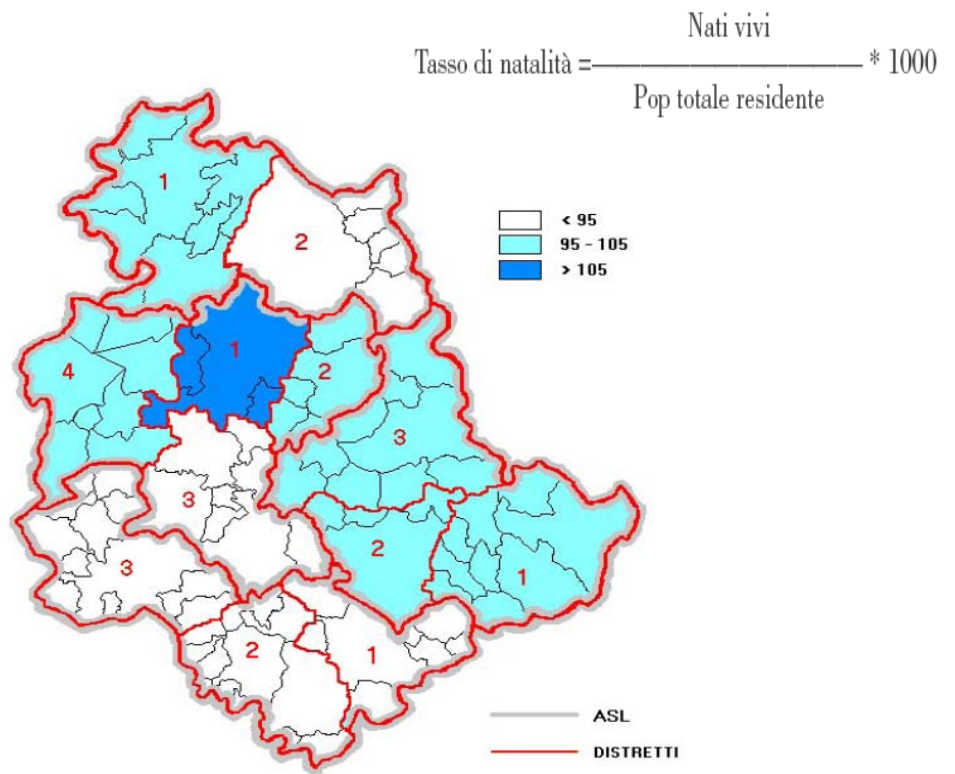


Figura 13

Tasso di fecondità per distretti

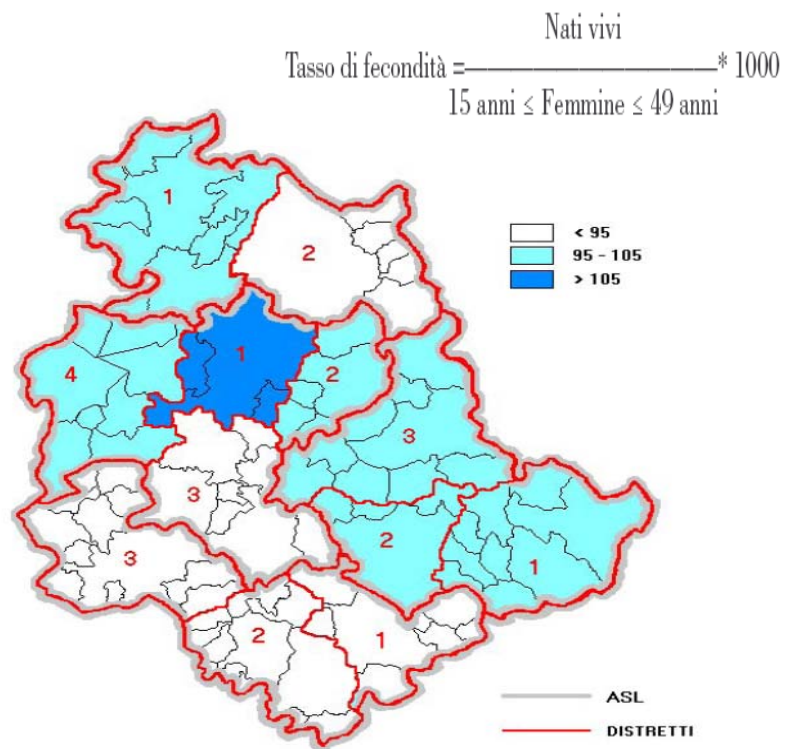


Figura 14

Tasso di mortalità per distretti

$$\text{Tasso di mortalità} = \frac{\text{Morti}}{\text{Pop totale residente}} * 1000$$

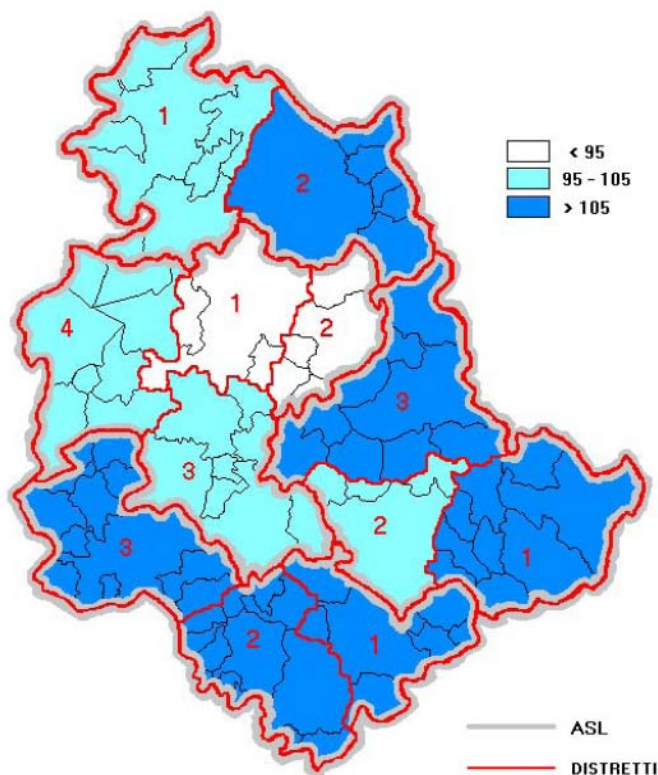


Figura 15

2.3 Sistema educativo

Nella nostra provincia la scuola, sia per qualità che per accessibilità, è considerata tra le migliori. I giovani fino a 30 anni di età con il solo diploma di licenza media sono il 22,67%, contro una media nazionale del 31,71%. Questo è importante anche dal punto di vista sanitario, soprattutto per la capacità di rivolgersi, in caso di disagio, al Sistema Sanitario pubblico; infatti tra le richieste di aiuto ai centri Caritas, quelle sanitarie rappresentano solamente il 4%, evidenziando la capacità dei servizi di raggiungere anche le fasce sociali deboli. Si riscontrano alcune eccezioni per gli immigrati irregolari.

L'incidenza degli occupati con al massimo la scuola dell'obbligo è scesa in dieci anni dal 56,3% al 38,5%. Di contro, quella dei qualificati è passata dal 7,4% al 10%, quella dei diplomati dal 27,1% al 38,2% e quella dei laureati dal 9,2% al 13,4%. In sostanza, in questo arco di tempo, l'incidenza delle persone con almeno un diploma è cresciuta di oltre 15 punti percentuali (dal 36,3% al 51,6%).

Chiaramente il progressivo aumento della durata media della fase formativa ha portato ad un innalzamento dell'età d'ingresso nel mercato del lavoro ed alla contrazione dei tassi di attività e di occupazione dei giovani.

2.4 Riassunto dei confronti effettuati e/o possibili

Indici demografici e struttura della popolazione.

Tabella 4

Indici strutturali	Dato locale	Dato regionale	Dato Nazionale		
				diff. % Regione	Diff.% Naz.
I. vecchiaia	211,8	186,4	133,8	13,63	58,30
I.dipendenza età media	55,8	54,7	49,8	2,01	12,05
	45,8	44,7	42,2	2,46	8,53
Struttura g. classi di età %	Dato locale	Dato regionale	Dato Nazionale	diff. % Regione	Diff.% Naz.
0-19	15,7	16,9	19,3	-7,10	-18,65
20-64	60	60,1	61,7	-0,17	-2,76
65+	24	23	19	5,65	27,89

La popolazione della ASL 4 è molto “vecchia”. Nell’ambito dei tre distretti sanitari, quella del comprensorio orvietano è la più vecchia in assoluto. Da un punto di vista sanitario questo rappresenta un **punto di debolezza** per la gestione delle patologie tipiche dell’invecchiamento che sono soprattutto di tipo cronico, assistenziale, a lunga degenza ecc. La richiesta di servizi per la popolazione anziana assorbe gran parte delle risorse destinate alla sanità del territorio.

Per quanto riguarda i parametri legati al reddito, alla spesa media e altri parametri economici, i dati provinciali sono spesso sovrapponibili a quelli regionali che sono in qualche caso leggermente peggiori dei dati nazionali; l’occupazione ha registrato un incremento nell’anno 2004, il tasso di disoccupazione è inferiore al dato nazionale di poche unità.

Per quanto riguarda la disabilità, sono disponibili e quindi confrontabili, solamente i dati regionali con quelli nazionali. Avendo l’Umbria la popolazione più anziana, le patologie che danno disabilità ed invalidità sono sicuramente maggiori, questo soprattutto nella ASL 4, rappresentando un **punto di debolezza** legato alla struttura della popolazione.

2.5 Un po’ di economia e sociale

E’ importantissimo conoscere i dati relativi alla qualità della vita di chi, nella provincia, vive e lavora. Alcune elaborazioni di questi dati possono essere utili a comprendere anche fenomeni di carattere sanitario, soprattutto di accesso al sistema e di integrazione. Inseriamo subito in questo contesto alcuni parametri economici.

Ricchezza prodotta per abitante anno 2005

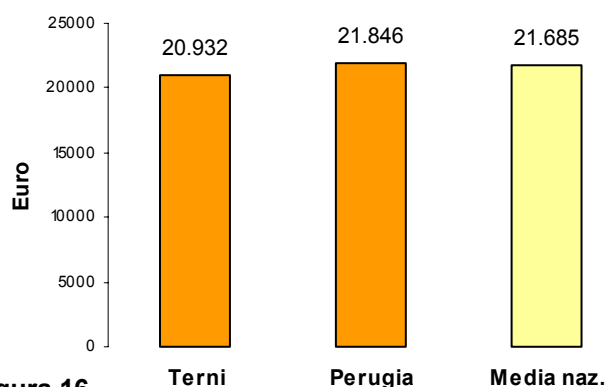
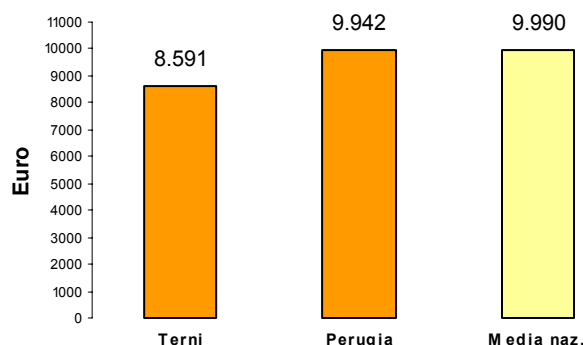


Figura 16

La ricchezza prodotta per abitante nella provincia di Terni è al di sotto, anche se leggermente, della media nazionale, e comunque inferiore a quella di Perugia.

Depositi bancari per abitante in Euro anno 2005



Sia la ricchezza prodotta che i risparmi per abitante indicano una situazione peggiore alla media nazionale; naturalmente i valori più alti si riscontrano nelle regioni del nord. Tuttavia alcuni di questi parametri indicano l'esistenza di un certo disagio sociale e questo può ripercuotersi sulle condizioni sanitarie della popolazione, soprattutto se costretta a rivolgersi al sistema privato.

2.6 Autosufficienza e disabilità

Popolazione totale, anziana e non autosufficiente per Distretto sanitario al 01.01.2005

Tabella 5

ASL	DSB	Distretto	Popolaz.	Anziani	% su popolaz.	non autosuff.	% su anziani	% su popolaz.*
1	1	Alto Tevere	74.753	16.847	22,54	1.196	7,10	1,60
1	2	Alto Chiascio	55.929	13.174	23,55	1.010	7,67	1,81
2	1	Perugino	180.550	37.958	21,02	2.756	7,26	1,53
2	2	Assisano	57.244	12.340	21,56	893	7,24	1,56
2	3	Media Valle del Tevere	55.381	13.494	24,37	996	7,38	1,80
2	4	Trasimeno	54.695	13.216	24,16	969	7,33	1,77
3	1	Valnerina	12.474	3.073	24,64	249	8,11	2,00
3	2	Spoletto	47.627	11.628	24,41	872	7,50	1,83
3	3	Foligno	96.091	22.804	23,73	1.739	7,63	1,81
4	1	Terni	129.402	30.856	23,85	2.253	7,30	1,74
4	2	Narni - Amelia	52.570	13.072	24,87	945	7,23	1,80
4	3	Orvieto	42.222	11.318	26,81	847	7,49	2,01
Umbria			858.938	199.780	23,26	14.727	7,37	1,71

* Si tratta del peso dei soli non autosufficienti anziani sul totale della popolazione residente

Popolazione totale, anziana e non autosufficiente per Distretto sanitario al 01.01.2010
(previsioni)

Tabella 6

ASL	DSB	Distretto	Popolaz.	Anziani	% su popolaz.	non autosuff.	% su anziani	% su popolaz.*
1	1	Alto Tevere	75.313	17.413	23,12	1.341	7,70	1,78
1	2	Alto Chiascio	56.517	13.707	24,25	1.142	8,34	2,02
2	1	Perugino	181.807	39.333	21,63	3.114	7,92	1,71
2	2	Assisano	57.687	12.762	22,12	1.001	7,84	1,74
2	3	Media Valle del Tevere	56.020	14.092	25,15	1.142	8,11	2,04
2	4	Trasimeno	55.201	13.710	24,84	1.096	8,00	1,99
3	1	Valnerina	12.672	3.233	25,51	287	8,88	2,26
3	2	Spoletto	48.220	12.171	25,24	1.002	8,24	2,08
3	3	Foligno	97.022	23.791	24,52	1.982	8,33	2,04
4	1	Terni	130.711	32.090	24,55	2.569	8,00	1,97
4	2	Narni - Amelia	53.213	13.616	25,59	1.080	7,93	2,03
4	3	Orvieto	42.806	11.817	27,60	967	8,18	2,26
Umbria			867.188	207.733	23,95	16.723	8,05	1,93

* Si tratta del peso dei soli non autosufficienti anziani sul totale della popolazione residente

Le previsioni indicano che il Distretto dell'Orvietano e della Valnerina sono e saranno le aree con maggiore popolazione non autosufficiente, soprattutto anziana.

La disabilità è una condizione che limita l'interazione tra la persona e l'ambiente e rende quindi l'individuo meno autonomo nello svolgere le normali attività della vita quotidiana e nel partecipare alla vita sociale.

La realtà è che la disabilità è un concetto dinamico e continuo. Infatti ognuno può diventare più o meno disabile nel corso della vita e poi recuperare. Inoltre è difficile stabilire un livello oltre il quale una persona può considerarsi disabile. Un altro aspetto è quello legato ai fattori ambientali. Questi giocano un ruolo molto importante nel limitare o facilitare l'autonomia della persona.

Negli anni 90, l'OMS ha commissionato ad un gruppo di esperti di riformulare la classificazione tenendo conto di questi concetti. La nuova classificazione, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni, dichiarando che l'individuo *sano* si identifica come *individuo in stato di benessere psicofisico* ribaltando, di fatto, la concezione di stato di salute. Introduce inoltre una classificazione dei fattori ambientali.

Il concetto di disabilità cambia e secondo la nuova classificazione (approvata da quasi tutte le nazioni afferenti all'ONU) diventa un termine ombrello che identifica le difficoltà di una persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale. Il termine handicap viene abolito per lasciare posto al concetto di restrizione della partecipazione sociale.

L'ISTAT ha valutato, in preparazione del decennale "Censimento della Popolazione", la possibilità di inserire nel questionario quesiti volti a rilevare le persone con disabilità. Questo permetterebbe di poter giungere ad un "Censimento delle persone con disabilità", tuttavia una serie di valutazioni ha sconsigliato questa scelta:

- si è evidenziato come non sia possibile rilevare tutte le disabilità soprattutto di tipo mentale per una certa reticenza da parte delle persone nell'esplicitare tale condizione,
- i quesiti sulla disabilità rientrano tra i cosiddetti "quesiti sensibili" ai quali le persone possono rifiutarsi di rispondere,
- data la complessità e l'ampiezza del Censimento, non è possibile istruire i numerosi rilevatori coinvolti in maniera sufficientemente approfondita, come viene fatto nell'indagine sulla salute. I quesiti sulla disabilità, infatti, sono particolarmente difficili da porre e da far comprendere nella giusta maniera. I dati ottenuti potrebbero risultare poco affidabili.

La soluzione migliore per l'individuazione di tutta la popolazione disabile è l'**unione di varie fonti informative**, ognuna delle quali deve essere stata identificata come la migliore fonte esistente per rilevare una fetta di popolazione con disabilità. L'indagine sulla "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", ad esempio, consente di rilevare con precisione la disabilità nella popolazione anziana, mentre non è strutturata in maniera adeguata per rilevare la disabilità nei bambini. È evidente che laddove ci siano dei vuoti informativi incolmabili, sarà necessario avviare delle nuove indagini.

Dall'indagine sulle condizioni di salute è possibile identificare 4 tipologie di disabilità: **confinamento individuale** (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), **disabilità nelle funzioni** (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), **disabilità nel movimento** (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi), **disabilità sensoriali** (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

Considerando i diversi livelli di disabilità, quello più grave è rappresentato dal confinamento, che implica la costrizione permanente in un letto, o su una sedia con livelli di autonomia nel movimento pressoché nulli, nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico. Risulta confinato il 2,1% della popolazione di 6 anni e più e tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 22,3% (16,1% maschi e 25,5% femmine).

In merito alle altre tipologie di disabilità, si rileva che il 2,3% delle persone di 6 anni e più presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni; nella fascia d'età 75-79 anni la quota arriva al 9,2% e nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,1% (con uno scarto di circa 7 punti percentuali tra maschi e femmine, a svantaggio di queste ultime: 17,1% per i maschi contro 24,7% per le femmine).

Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali il vestirsi o spogliarsi; il lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.). Tra i 75 ed i 79 anni, sono circa il 10,6% le persone che presentano tale tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste elementari esigenze; tra gli ultraottantenni, circa 1 persona su 3 ha difficoltà a svolgere autonomamente le principali attività quotidiane.

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1,1% della popolazione di 6 anni e più.

L'assistenza sanitaria e sociale per i disabili

- Le persone con disabilità effettuano un numero di visite mediche specialistiche due volte superiore a quello delle persone senza disabilità (ISTAT, 2004-2005).
- Le persone con disabilità presentano un tasso di ricovero quattro volte superiore a quello delle persone senza disabilità (ISTAT, 2004-2005).
- Più aumenta la disabilità più aumenta la richiesta di posti nei presidi residenziali socio-assistenziali per minori, per adulti e per anziani non autosufficienti (ISTAT, 2003).
- Più aumenta la disabilità più sono richiesti interventi di assistenza e di servizi sociali in favore delle persone con disabilità erogati dalle Province e dagli Enti Locali in forma indiretta (ISTAT, 2001).

ALCUNI DATI

(i dati sulla popolazione sono quelli dell'ISTAT del 31 dicembre 2005; i dati sui disabili sono sempre dell'ISTAT e fanno riferimento allo studio citato del 2004-005)

Tabella 7

ITALIA	6/64 anni	65/74 anni	75/100 anni
POPOLAZIONE	43860924	6161330	5431005
DISABILI	529000	452000	1627000
Rapporto disabili/popolazione	1,2	7,3	30,0
TERNI	6/64 anni	65/74 anni	75/100 anni
POPOLAZIONE	160532	27952	28576
DISABILI	2665	3000	10330
Rapporto disabili/popolazione	1,7	10,7	36,1

Tabella 8

PERCENTUALE DI DISABILI	6/64 anni	65/74 anni	75/100 anni
Italia	1,2	7,3	30,0
Terni	1,7	10,7	36,1

Appare evidente come nella nostra provincia la percentuale di disabili sia maggiore rispetto a quella riferita all'intero territorio nazionale per quanto concerne sia la popolazione tra i 65 e i 74 anni che, soprattutto, quella tra i 75 e i 100 anni.

A questo è da aggiungere il fatto che tra la popolazione totale i soggetti in età >74 anni sono percentualmente più rappresentati nella popolazione della nostra provincia rispetto a quella dell'Italia :

Tabella 9

Popolazione in %	75/100 anni
TERNI	12,6
ITALIA	9,2

Nella tabella successiva sono indicati in assoluto e in percentuale i disabili presenti nella provincia di Terni ed in Italia in base alle quattro tipologie di disabilità precedentemente individuate:

Tabella 10

ITALIA	6/64 anni	65/74 anni	75/100 anni
POPOLAZIONE	43860924	6161330	5431005
confinamento	174000	177000	791000
%	0,4	2,9	14,6
diff.movimento	190000	232000	819000
%	0,4	3,8	15,1
diff. funzioni	284000	241000	1.144.000
%	0,6	3,9	21,1
diff. sensoriali	139000	85000	352000
%	0,3	1,4	6,5
TERNI	6/64	65/74	75/100
POPOLAZIONE	160532	27952	28576
confinamento	330	1330	6330
%	0,2	4,8	22,2
diff.movimento	660	990	4330
%	0,4	3,5	15,2
diff. funzioni	990	1665	12330
%	0,6	6,0	43,1
diff. sensoriali	990	660	2665
%	0,6	2,4	9,3

Risulta evidente come tra gli ultra 75enni, in particolare la disabilità di confinamento e la disabilità nelle funzioni siano maggiormente presenti nella popolazione della nostra provincia rispetto a quella italiana.

Ciò è probabilmente dovuto alla maggior percentuale di over 85 nella popolazione tra i 75 ed i 100 anni che, come è noto, sono i soggetti più a rischio per disabilità di quel tipo.

Tabella 11

	75/100 anni	75/84 anni	85/100 anni
Italia	5431005	4186449	1244556
Terni	28576	21861	6715
Italia %	100,0	77,1	22,9
Terni %	100,0	76,5	23,5

Quindi non è inaspettato il dato che nella nostra provincia la popolazione di disabili anziani con problemi di confinamento e di non autosufficienza nelle funzioni quotidiane sia significativamente maggiore rispetto a quella del territorio nazionale.

Per riassumere tre sono i dati più significativi su cui porre l'attenzione:

- La percentuale di disabili nella popolazione anziana e soprattutto tra quella sopra i 75 anni è significativamente maggiore nella nostra provincia rispetto all'Italia
- In assoluto la popolazione over 75 nella nostra provincia è maggiore di tre punti percentuali rispetto a quella italiana
- I disabili in confinamento e con difficoltà nelle funzioni sono considerevolmente più rappresentati nella popolazione della provincia di Terni rispetto a quella dell'Italia.

Ciò implica, oltre ad una maggior impegno nell'assistenza socio sanitaria, anche una serie di politiche di prevenzione e di adattamento del tessuto sociale ed ambientale alle necessità della popolazione anziana disabile (interventi nell'edilizia pubblica, nei trasporti, ecc.)

Cap.3 La salute percepita

Sin dagli anni '80 di vari studi hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica...).

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Tabella 12

		Stato di salute percepito positivamente*	
		ASL4 di Terni - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche		%	
	Totale		62,5 (IC95%: 55,4-69,2)
	Età		
		18 - 34	83,9
		35 - 49	66,2
		50 - 69	40
	Sesso		
		M	67,6
		F	56,5
	Istruzione**		
		bassa	53,9
		alta	69,4
	Patologia severa***		
		presente	31,5
		assente	74

- Nell'ASL 4 di Terni il 62,5% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute.

- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza patologie severe.

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

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

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

Le differenze per età e livello di istruzione risultano significative dal punto di vista statistico

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

Tabella 13

Giorni in cattiva salute percepita
ASL4 di Terni - PASSI 2006

- Nell'ASL 4 di Terni le persone intervistate riferiscono una media di meno di 5 giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici e 3,5 per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 2 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Caratteristiche demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	4,9	3,5	2,1
Età			
18 - 34	3,2	2,5	0,7
35 - 49	4,4	2,8	2,2
50 - 69	6,8	5,2	3,3
Sesso			
M	3	2,1	1,2
F	7,1	5,2	3,2

Si osservano differenze statisticamente significative per sesso riguardo il numero medio di giorni percepiti in cattiva salute per motivi fisici e psicologici. Lo stesso vale per la limitazione all'attività per classi di età e per sesso.

Alcuni confronti:

Percentuale di persone che si dichiarano in salute buona o molto-buona
Regione Umbria - PASSI 2006

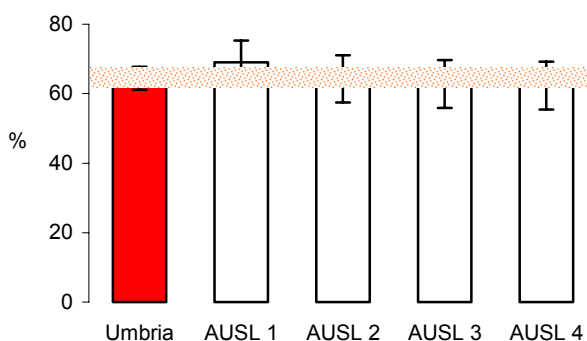


Figura 18

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Cap. 4 Principali patologie

4.1 Lo studio delle cause di morte – Fonte RENCAM UMBRIA 2003 - 2005

Per alcune malattie è l'unico dato di frequenza. Dai dati si evidenzia come la speranza di vita alla nascita sia buona, fra le più alte in Italia; l'età media di morte risulta in normale e progressivo aumento. Abbiamo in diminuzione la mortalità evitabile e anche quella non evitabile.

Utilizzando il dato di mortalità sotto ai 75 anni, in quanto più affidabile rispetto alla classificazione per cause e più rilevante ai fini dell'analisi degli anni di vita perduti, si vede come in Umbria ci sia un vantaggio importante che si esprime in un rischio di morire di meno rispetto alla media nazionale del 15% nei maschi e dell' 11% nelle femmine.

4.2 Numero dei decessi, tasso grezzo di mortalità e tassi standard di anni di vita potenzialmente persi per grandi cause

Tabella 14

CAUSA	MASCHI			
	numero decessi	tasso grezzo	Tassi Standard YPLL	
			<65 anni	<75 anni
A00-B99 MAL.BATT.VIR. E PARAS.	40	0,50	1,13	1,80
C00-D48 TUMORI	1216	16,17	31,00	75,88
D50-D89 MALATTIE SANGUE DEGLI	19	0,25	1,04	1,50
E00-E90 MAL.GHIANDOLE ENDOCRIN	58	0,75	0,46	2,17
F00-F99 DISTURBI PSICHICI	43	0,55	3,75	4,96
G00-G99 MAL. SISTEMA NERVOSO	69	0,92	3,59	5,42
H00-H95 MAL. OCCHIO ORECCHIE	0	.0	.0	.0
I00-I99 MAL. SIST.CIRCOLATORIO	1724	22,92	27,00	60,92
J00-J99 MAL. APP. RESPIRATORIO	328	4,34	4,33	9,54
K00-K93 MAL. APP. DIGERENTE	174	2,30	4,83	9,42
L00-L99 MALATTIE PELLE E SOTTO	1	.3	.0	.0
M00-M99 MAL.SIST.OSTEOMUSCOLAR	2	.6	0,09	0,25
N00-N99 MAL.APP.GENITOURINARIO	92	1,21	0,75	1,67
O00-O99 COMPLIC. GRAVIDANZA PA	-	-	-	-
P00-P96 CONDIZ.MORB.PERINATALI	6	0,05	7,04	7,38
Q00-Q99 MALFORMAZIONI CONGENIT	9	0,09	3,79	4,46
R00-R99 CONDIZ.MORB.MAL DEFINI	43	0,55	2,50	3,96
V01-Y98 TRAUMATISMI E AVVELENA	168	2,21	49,00	60,26

CAUSA	FEMMINE			
	numero decessi	tasso grezzo	Tassi Standard YPLL	
			<65 anni	<75 anni
A00-B99 MAL.BATT.VIR. E PARAS.	39	0,46	0,75	1,25
C00-D48 TUMORI	870	10,67	23,88	50,67
D50-D89 MALATTIE SANGUE DEGLI	17	0,21	0,09	0,29
E00-E90 MAL.GHIANDOLE ENDOCRIN	82	1,00	1,84	2,84
F00-F99 DISTURBI PSICHICI	65	0,79	0,42	0,88
G00-G99 MAL. SISTEMA NERVOSO	81	0,96	3,21	4,96
H00-H95 MAL. OCCHIO ORECCHIE	0	.0	.0	.0
I00-I99 MAL. SIST.CIRCOLATORIO	2069	25,38	8,84	21,59
J00-J99 MAL. APP. RESPIRATORIO	236	2,88	.7	1,25
K00-K93 MAL. APP. DIGERENTE	187	2,29	2,29	5,00
L00-L99 MALATTIE PELLE E SOTTO	1	.2	1,21	1,26
M00-M99				
MAL.SIST.OSTEOMUSCOLAR	16	0,17	0,75	1,13
N00-N99 MAL.APP.GENITOURINARIO	74	0,88	0,25	0,88
O00-O99 COMPLIC. GRAVIDANZA PA	0	.0	.0	.0
P00-P96 CONDIZ.MORB.PERINATALI	5	0,04	6,34	6,67
Q00-Q99 MALFORMAZIONI CONGENIT	6	0,05	4,17	4,67
R00-R99 CONDIZ.MORB.MAL DEFINI	53	0,63	1,88	2,34
V01-Y98 TRAUMATISMI E AVVELENA	73	0,88	9,21	11,54

4.3 Confronti fra tassi standardizzati su 10.000 abitanti ASL 4 e Italia

Tabella 15

CAUSE DI MORTE

	MASCHI		
	ASL 4	Italia	Diff. %
Tumori	29	35	-17
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	2	2,5	-13
<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	3	3,3	-12
<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	7,5	9,5	-20
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>			
Diabete mellito	1,5	2,5	-45
Malattie del sistema nervoso	1,5	2	-24
Malattie del sistema circolatorio	40	37	8
<i>Infarto del miocardio</i>	6	7	-19
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	12	9,5	25
Malattie dell'apparato respiratorio	7,5	8	-7
Malattie dell'apparato digerente	4	4,5	-14
Cause accidentali e violente	5	6	-19
	FEMMINE		
Tumori	15	19	-18,5
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1	1	0
<i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>	2	2	0
<i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i>	1	1,5	-29
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	3	3	0
Diabete mellito	1	2,5	-62
Malattie del sistema nervoso	1,5	2	-25
Malattie del sistema circolatorio	28	25	12
<i>Infarto del miocardio</i>	3	3	0
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	9,5	7,5	24
Malattie dell'apparato respiratorio	3	3	0
Malattie dell'apparato digerente	3	3	0
Cause accidentali e violente	2	2,5	-11

I valori in rosso indicano uno scarto positivo \geq al 15% da considerarsi punti di debolezza rispetto all'ambito nazionale, i valori in blu rappresentano lo scarto negativo \geq al 15% , da considerarsi punti di forza .

4.4 La mortalità evitabile anni 2000 – 2004 Fonte DVSS Umbria

Le cause di morte sono state classificate secondo il “Manual of the International Statistical Classification of Diseases and Causes of Death” IX revisione (ICD IX) del 1975 e X revisione (ICD X) del 1992 (28-29). Tra tutti i decessi occorsi nel periodo 1994-2004 sono stati analizzati solo quelli dovuti alle cause di morte evitabile. In base al tipo di intervento sanitario da adottare le cause di morte evitabile sono state divise in tre grandi gruppi:

1. **Gruppo I:** cause di morte evitabile attraverso la prevenzione primaria (Prevenzione Primaria).
2. **Gruppo II:** cause di morte evitabile attraverso la diagnosi precoce e la conseguente terapia (Diagnosi Precoce – Prevenzione Secondaria).
3. **Gruppo III:** cause di morte evitabile attraverso l’assistenza sanitaria e le misure di igiene e profilassi (Assistenza Ospedaliera e Territoriale).

Le cause di morte evitabile corrispondono a quelle proposte da Limonato et altri, alle quali sono state aggiunte altre condizioni considerate evitabili. In particolare, nel primo gruppo, sono state inserite la farmacodipendenza e le patologie correlate alla dipendenza da alcool in quanto si tratta di cause in cui hanno un peso rilevante gli interventi di prevenzione primaria. Nel gruppo della Diagnosi Precoce sono stati aggiunti i tumori del colon-retto per i quali esiste la possibilità di effettuare lo screening con interventi di comprovata efficacia; nel terzo gruppo è stata aggiunta la sindrome da immunodeficienza acquisita. Per le diverse cause prese in esame sono state considerate le morti avvenute in età 5-64 anni, tranne che per le morti violente (tutte le età) e per le leucemie infantili (0-14).

Alcune considerazioni:

La maggior parte della mortalità evitabile è ricollegabile tuttora a cause che possono essere prevenute con interventi di prevenzione primaria e di miglioramento degli stili di vita, anche se è proprio in questo gruppo di cause che si è registrato un aumento di anni di vita potenziali persi e quindi di abbassamento del tasso di mortalità evitabile. In questo gruppo vi sono le cause esterne di morte, principalmente gli incidenti stradali e nell’ambiente di lavoro, verso le quali ancora molto vi è da fare, così come le cause di morte per droga o crimini o per tumore del polmone verso cui è necessario implementare azioni sempre più sensibili e mirate. Per quanto riguarda le cause di morte evitabile legate ad interventi di diagnosi tempestiva ed appropriata assistenza (malattie ischemiche del cuore, malattie respiratorie acute o croniche, compresa l’asma), si è avuto un notevole miglioramento nel tempo a carico del sesso maschile, un po’ meno per il sesso femminile. Le donne, che comunque hanno un minor numero di anni di vita potenziali persi rispetto agli uomini (la popolazione maschile tra 5 e 64 anni perde mediamente circa 3000 anni di vita potenziale/anno, mentre quella femminile circa 1350/anno) hanno i migliori risultati nel gruppo di cause evitabili con diagnosi precoce e screening attivi (nel decennio hanno avuto una diminuzione del tasso di mortalità di circa il 17%, a fronte di nessun cambiamento sostanziale per gli uomini). Nel gruppo classificato “diagnosi precoce” pesano inoltre, sia per i maschi che per le femmine, le morti evitabili a causa dei tumori maligni del colon, elemento che rafforza la scelta di politica sanitaria fatta dalla nostra Regione di avviare uno screening attivo per la prevenzione di questa patologia. La presente analisi evidenzia un campo di variazione intraregionale non indifferente: mostra una situazione leggermente peggiore rispetto alla media regionale nell’ASL 1, mentre sembra migliore, complessivamente, nell’ASL 2.

4.5 Rapporto di mortalità evitabile standardizzato (SRR%) nelle ASL dell'Umbria. Anni 2000-04 - femmine.

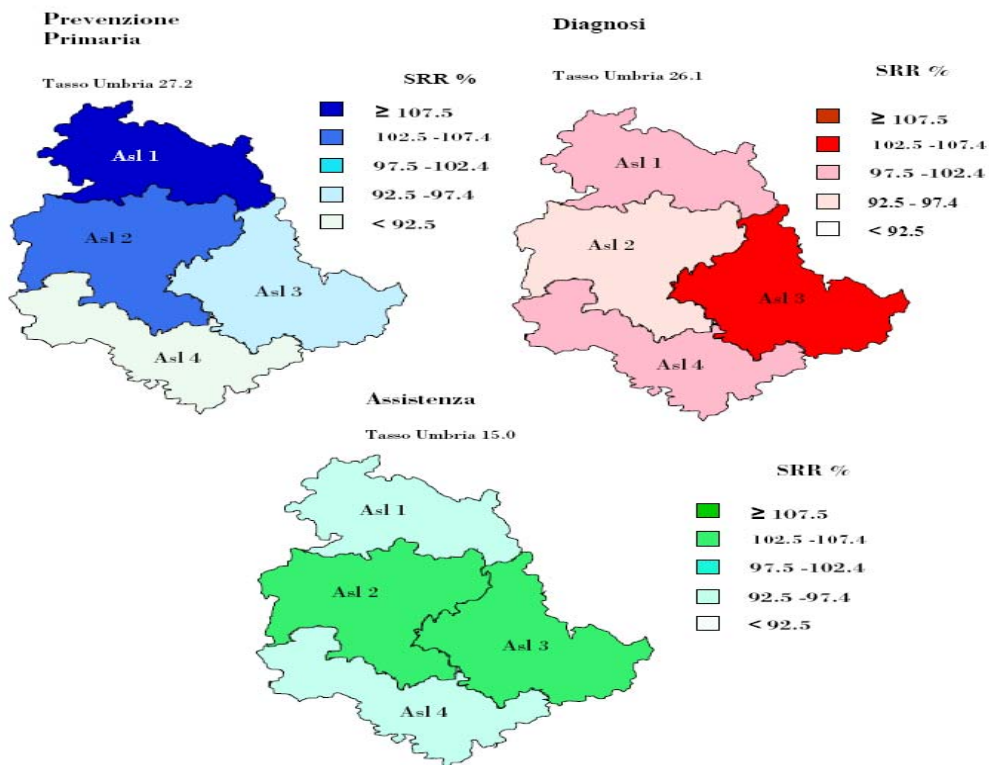
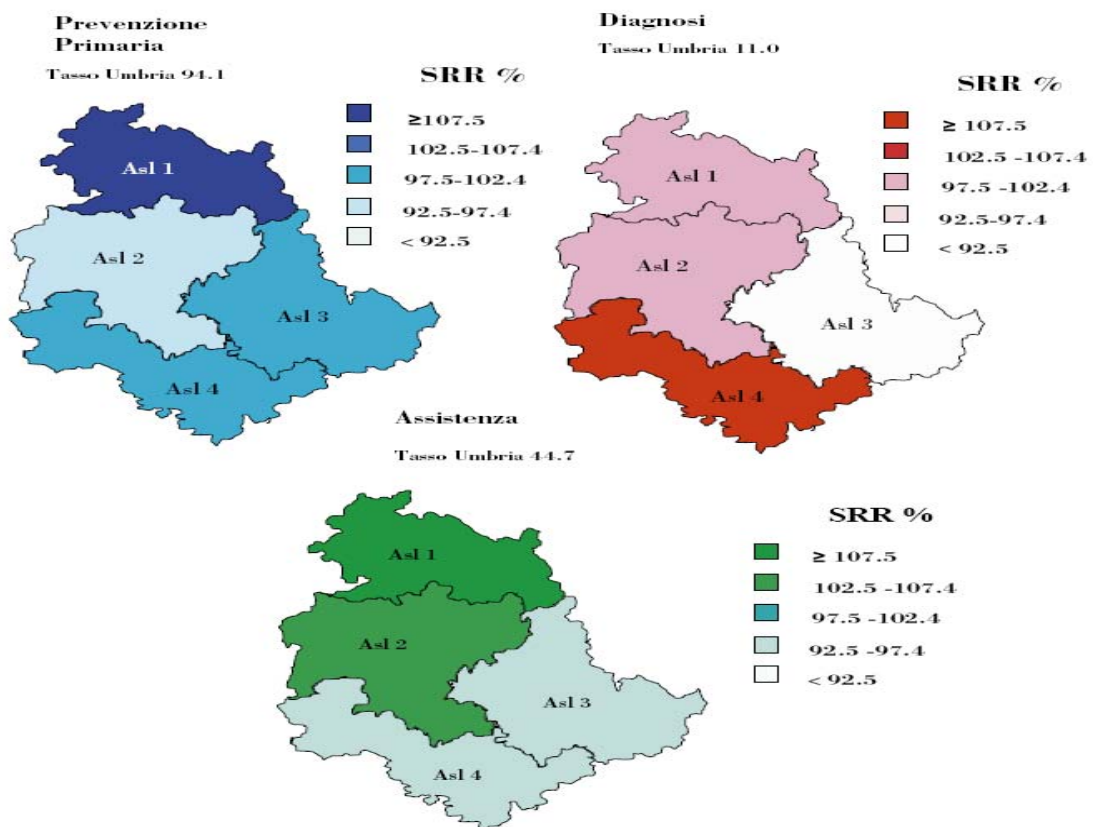


Figura 19
4.6 Rapporto di mortalità evitabile standardizzato (SRR%) nelle ASL dell'Umbria. Anni 2000-04 - Maschi.



Regione Umbria Fonte DVSS Regione Umbria

Figura 20

Giorni perduti per cause evitabili (valori pro-capite e posizione in classifica), tassi grezzi di natalità e mortalità, incidenza degli ultra75enni sulla popolazione e indice di vecchiaia, età media della popolazione e dei morti

	Giorni perduti per cause evitabili		Tasso grezzo 0/00		> 75 anni su tot. pop. %	Ind. di vecch. %	Età media in anni	
	Pro cap.	classifica	natalità	mortalità			popolazione	decessi
Media naz.le	11,1		9,4	10,2	8,7	134,8	41,8	76,5
Media reg.le	10,0	5	8,5	11,3	11,3	187,3	44,3	78,1
Città di Castello	10,8	95	8,5	10,9	10,8	176,3	43,7	77,5
Perugia	9,4	16	9,4	11,0	10,6	171,1	43,6	78,0
Foligno	9,9	37	8,0	11,0	12,3	197,6	44,7	78,0
Terni	10,0	41	7,4	12,3	12,0	213,0	45,4	78,4

Figura 21

CAP.5 La Morbosità

Cap. 5.1 Patologie del sistema cardio-vascolare Fonte dati DVSS – analisi SDO

Le malattie del sistema cardiovascolare rappresentano la prima causa di morte in tutte le nazioni sviluppate e la loro prevalenza determina fortemente l'utilizzo delle strutture e delle risorse sanitarie (p.es. farmaci). L'importanza di fattori di rischio comportamentali e sociali nella storia naturale delle malattie cardiovascolari implica la necessità di promuovere e realizzare interventi di prevenzione mirati (vedi capitolo 13)

Le cause di ricovero, indicatori di domanda sanitaria espressa, possono essere associate, in modo parziale ed indiretto, alla presenza di stati morbosi nella comunità. Nelle pagine seguenti vengono illustrati i risultati dello studio delle cause di ricovero in ospedale dei residenti in Umbria relativamente alle patologie cardiovascolari ed effettuato in base ad un'analisi delle SDO dell'anno 2003 (DVSS, Volume 4). I dati permettono un confronto tra le aree geografiche; per la ASL 4 si notano tassi di primo ricovero superiore alla media regionale nei distretti 2 e 3 (valori non significativi) ed inferiori nel distretto 1 (valore significativo). Una diversa frequenza delle malattie causa di ricovero o una diversa risposta del sistema socio sanitario possono essere alla base delle differenze. In ogni caso l'interpretazione deve tenere conto di altri dati disponibili.

5.1.1 Malattie del sistema cardio-circolatorio maschi

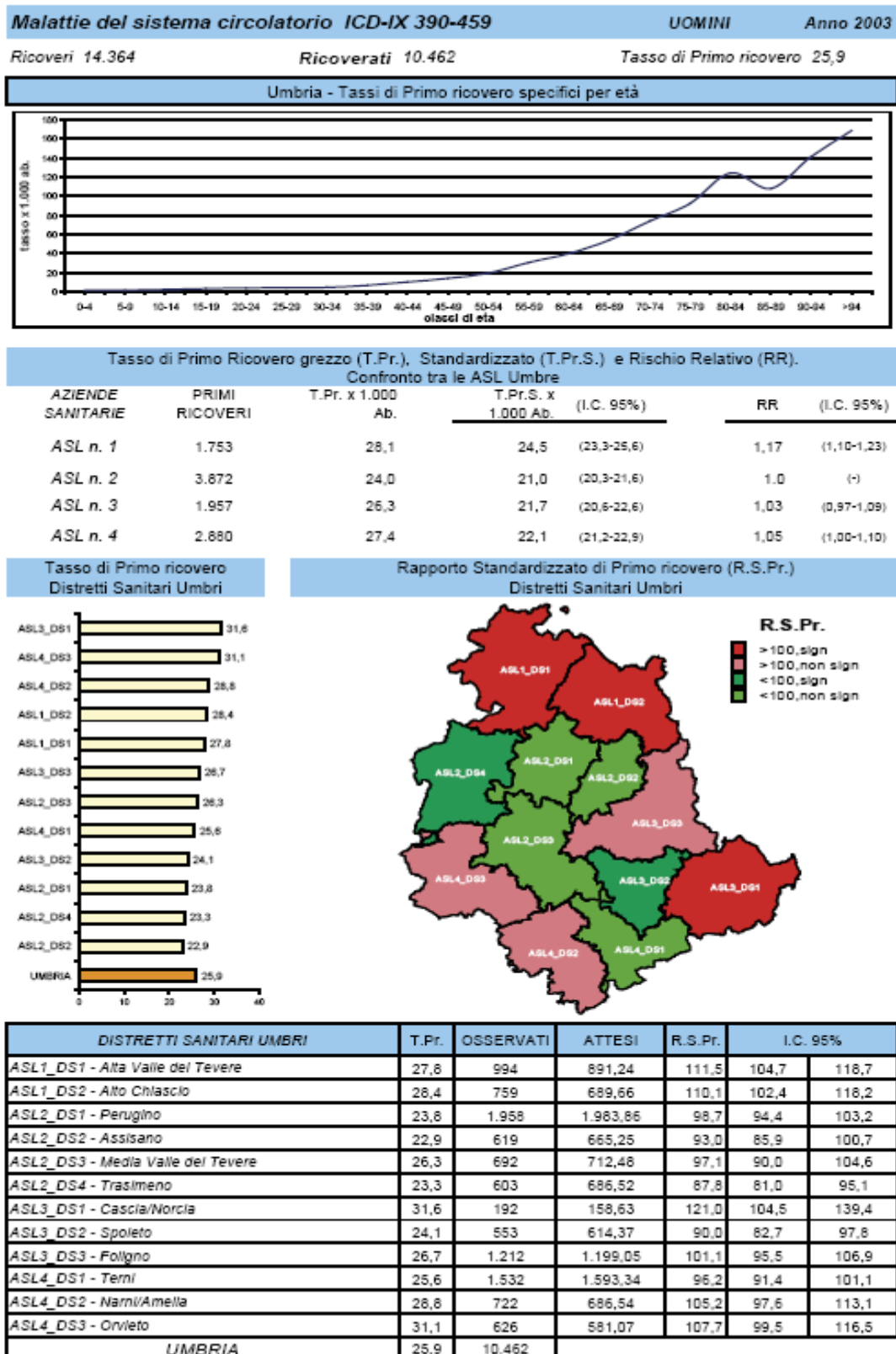


Figura 22

5.1.2 Malattie del sistema cardio-circolatorio femmine

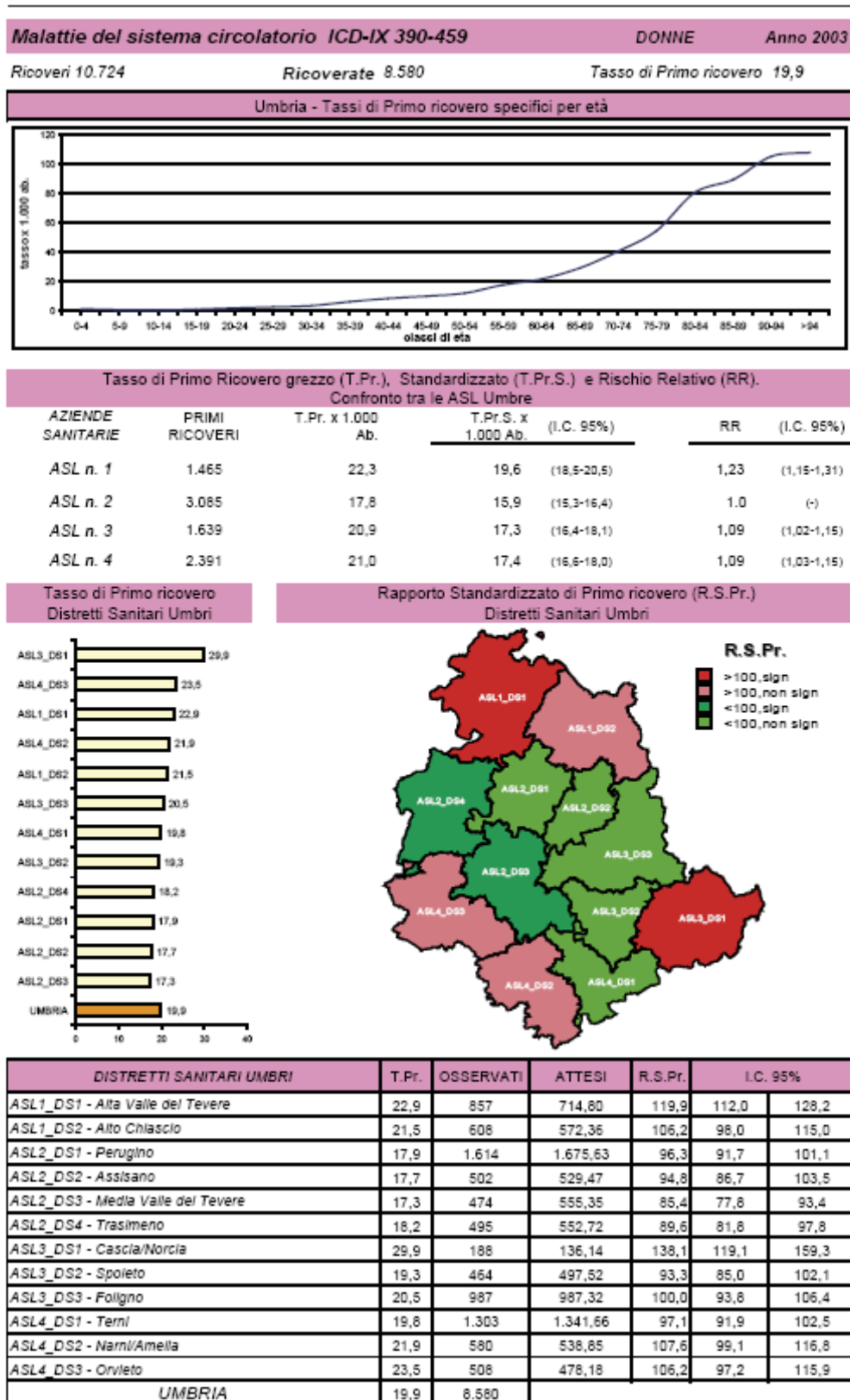


Figura 23

5.1.3 Malattie ischemiche del cuore maschi

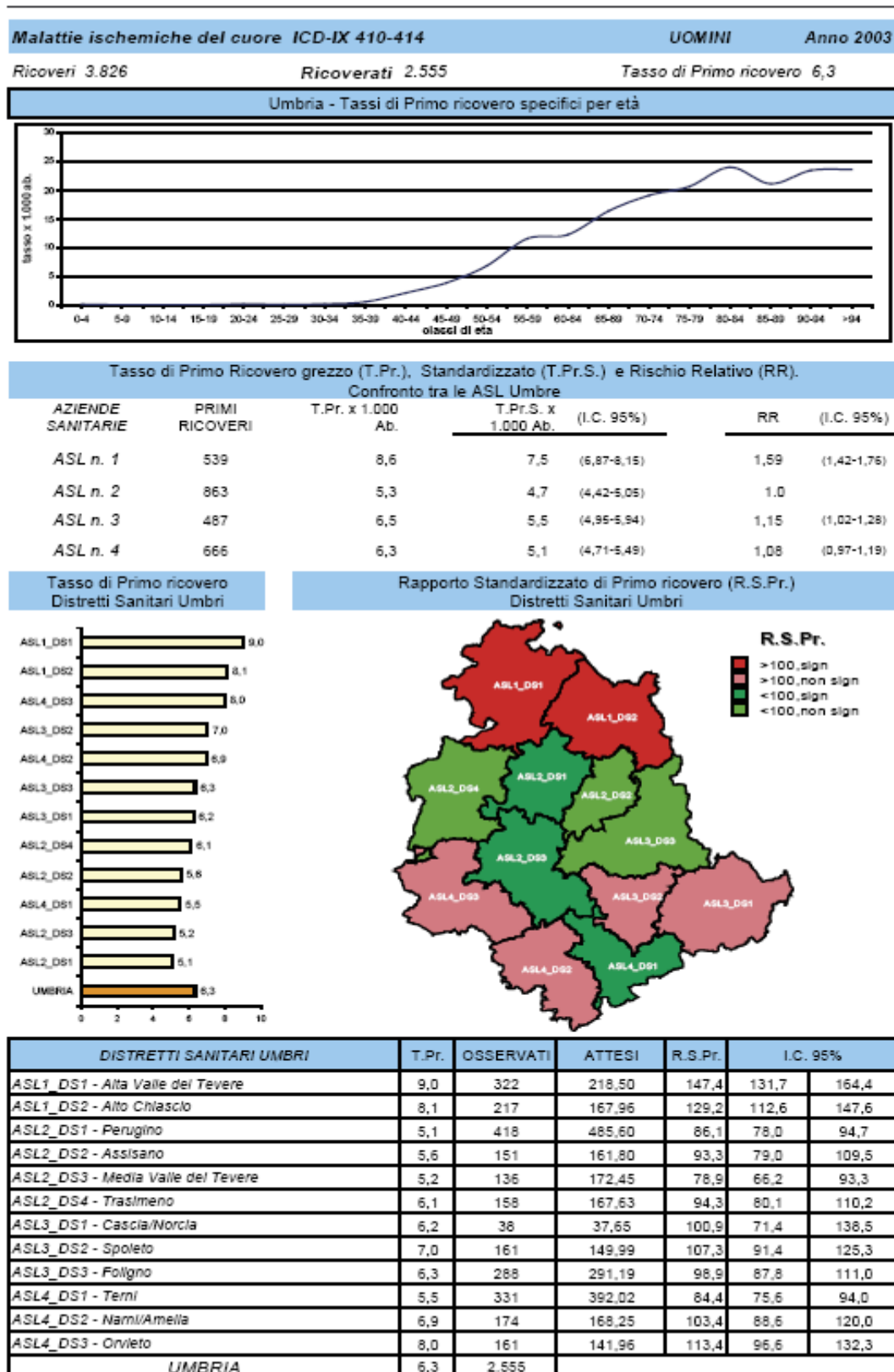


Figura 24

5.1.4 Malattie ischemiche del cuore femmine

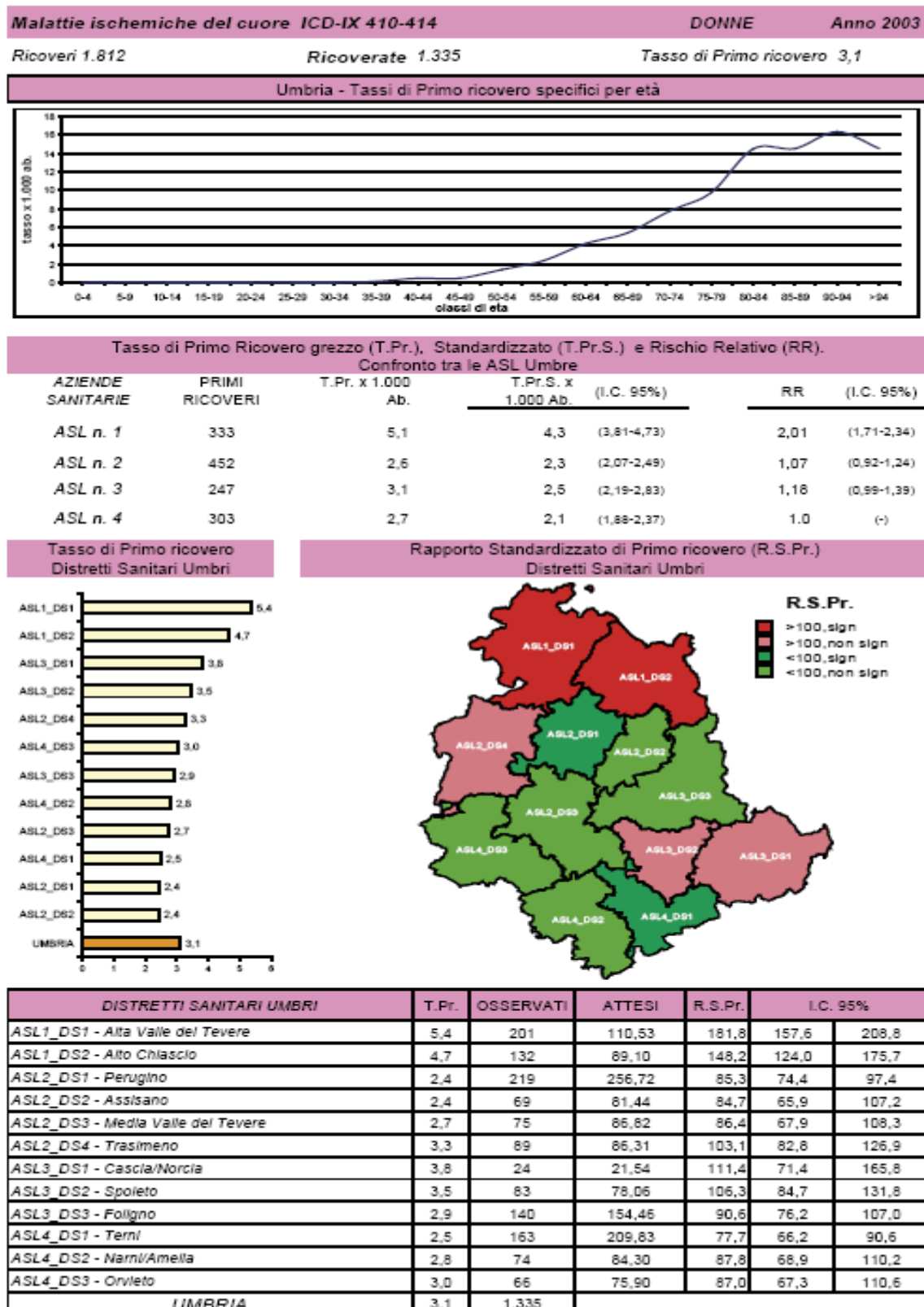


Figura 25

Cap. 6 La Patologia tumorale FONTE Registro Tumori Umbro di Popolazione

Fonte dati: RTUP 2005

I tumori si collocano al secondo posto tra le cause di morte nella nostra popolazione con un tasso annuo di mortalità di 385/100000 residenti nei maschi e di 252/100000 residenti nelle femmine. A partire dagli anni 90 si è registrato un aumento della sopravvivenza ed una diminuzione della mortalità; questo fenomeno è, in parte, da mettere in relazione allo sviluppo dei programmi di screening e di diagnosi precoce. L'incidenza è in crescita con circa 1380 nuovi casi all'anno nella ASL 4.

La figura 26 riporta i tassi di incidenza e di mortalità riguardanti le quattro ASL della Regione. Si evidenzia che, per i valori di incidenza sia nei maschi che nelle femmine la ASL 4 si pone al secondo posto, mentre per la mortalità i maschi si collocano al terzo posto e le donne al quarto, la mortalità più bassa fra le ASL umbre.

Le figure 27 e 28 riportano i tassi di incidenza e di mortalità per le sedi più frequenti nelle ASL dell'Umbria. Nei maschi il tumore con incidenza maggiore è quello del colon-retto seguito da quello del polmone che ha, nella ASL 4, il valore di incidenza più alto di tutte le altre ASL della regione. Nei maschi il tasso di mortalità maggiore è dovuto al cancro del polmone, i tumori del colon retto sono al secondo posto. Nelle donne della ASL 4 il tumore della mammella è quello con maggiore incidenza e mortalità; i tumori del colon retto sono al secondo posto. Una distribuzione analoga si osserva in tutte le ASL della regione.

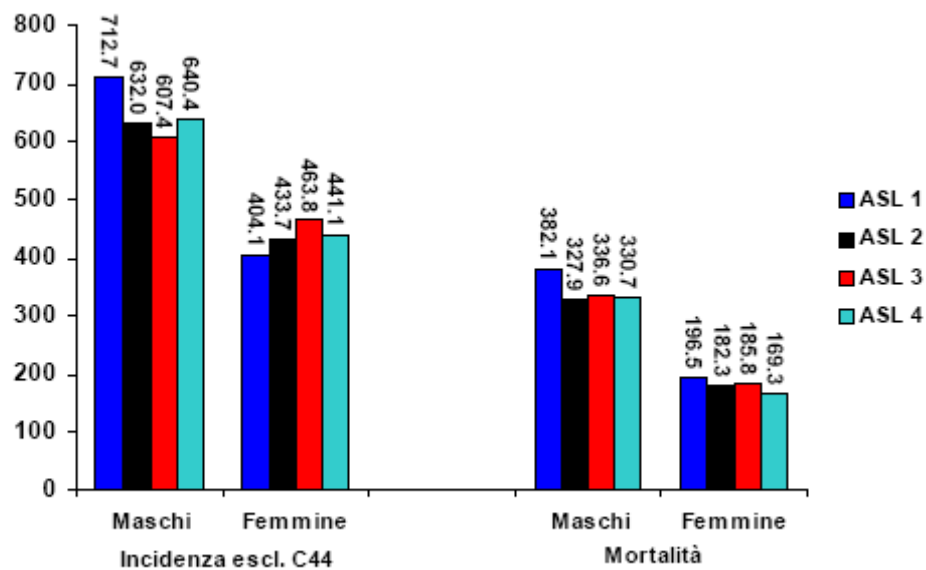


Figura 26

Incidenza e mortalità per tutte le sedi nelle ASL dell'Umbria. Tassi per 100.000 abitanti.

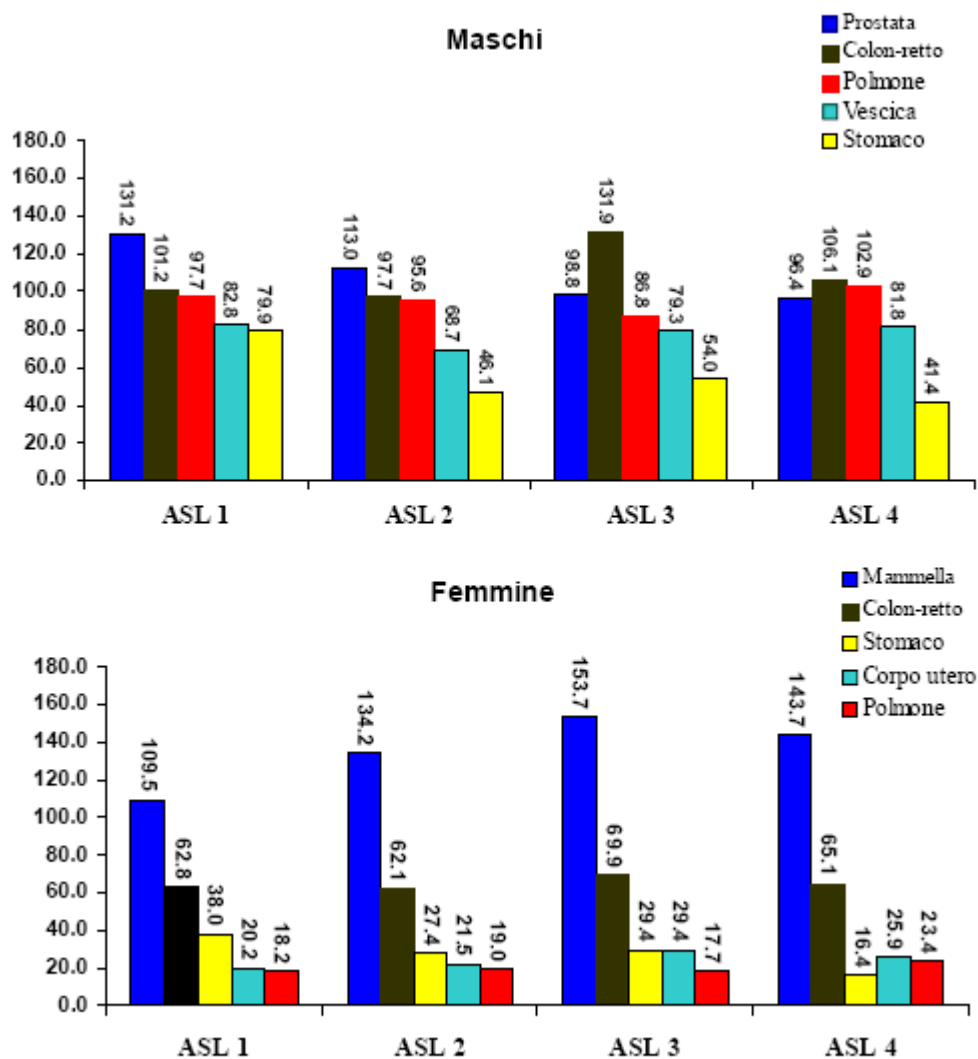


Figura 27

Incidenza per le sedi più frequenti nelle ASL dell'Umbria. Tassi per 100.000 abitanti.

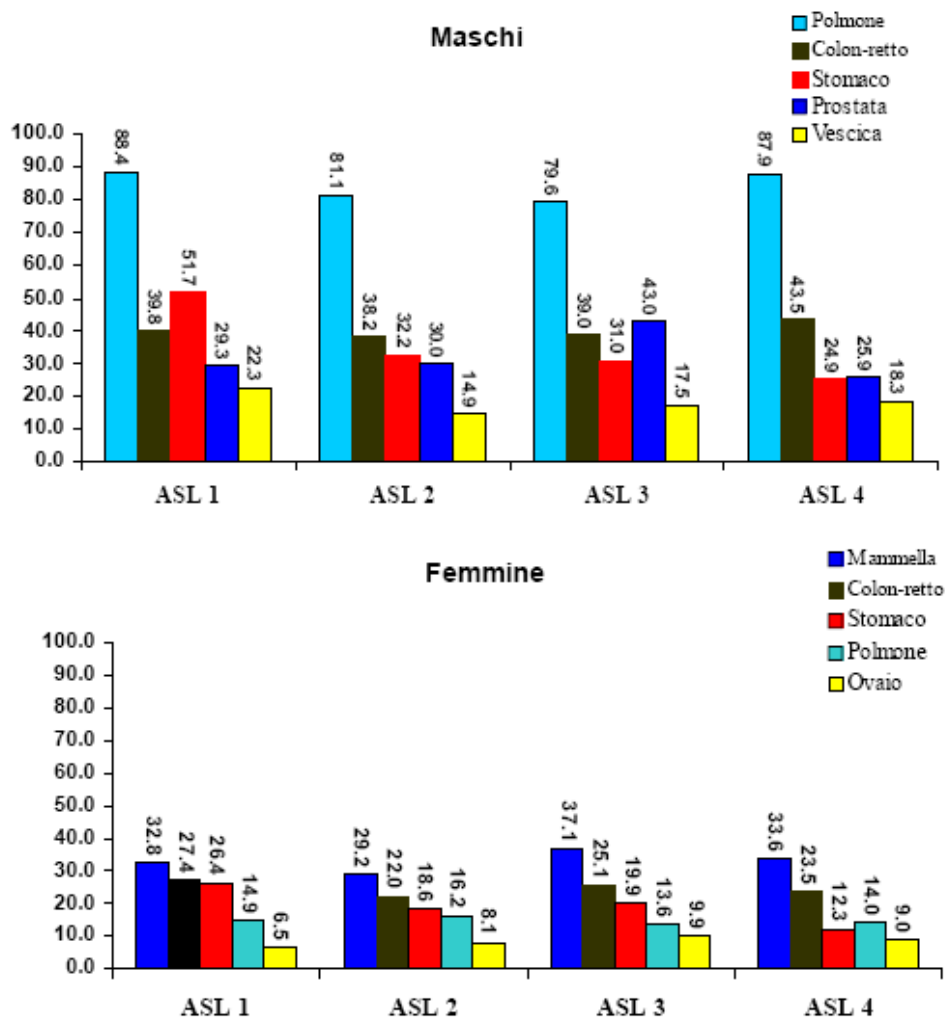


Figura 28

Mortalità per le sedi più frequenti nelle ASL dell'Umbria. Tassi per 100.000 abitanti.

Cap. 6.1 Gli screening e la prevenzione secondaria

6.1.1 Screening neoplasia del collo dell'utero

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

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

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

- Nell'ASL 4 di Terni l'82,3% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si osservano differenze significative sul piano statistico per classi di età. E' interessante vedere comunque come le donne giovani (25 – 34 anni), aderiscano in maniera piuttosto modesta allo screening.

Tabella 16
Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale		82,3 (IC95%:72,1-90,0)
Età	25 - 34	60,9
	35 - 49	83,6
	50 - 64	76,0
Stato civile[^]	coniugata	80,7
	non coniugata	59,1
	Istruzione^{**^}	bassa
	alta	65,9

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

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

[^] Le differenze per istruzione e stato civile sono statisticamente significative.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

- Nell'ASL 4 di Terni l'82% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Il 39,2% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni ha riferito l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Il 35,4% riferisce l'esecuzione di un Pap test preventivo da uno a meno di tre anni e il 6,3% da più di tre anni.
- Il 19% non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.

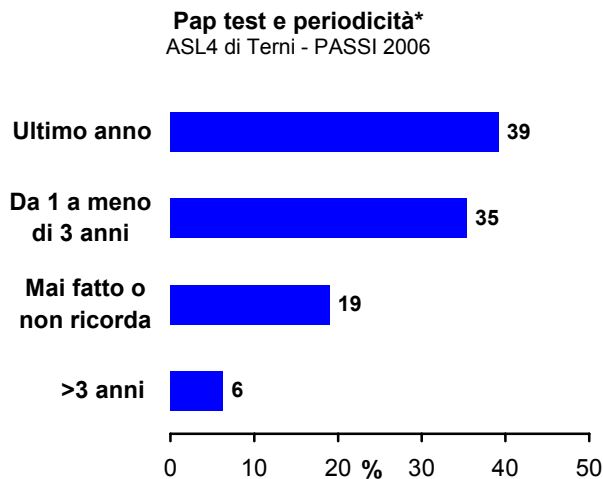


Figura 29

*Realizzazione di un test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Viene consigliato il Pap test alle donne?

- Nell'ASL di Terni il 90% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL e l'80% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test. Inoltre, il 73% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 3,8% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno fatto almeno una volta il Pap test, il motivo principale dichiarato per cui è stato effettuato l'ultimo test è stato per lettera personale ricevuta dall'ASL nel 60%, su consiglio medico nel 12% e di propria iniziativa nel 26%.

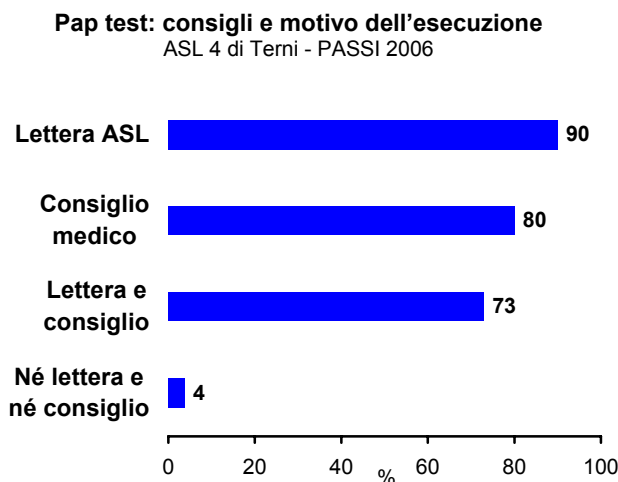


Figura 30

Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nell'ASL di Terni il 65% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 3,1% ha pagato solamente il ticket e il 32,3% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Circa il 68% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica e il 32% in una struttura privata.

Costi del Pap test per le pazienti
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

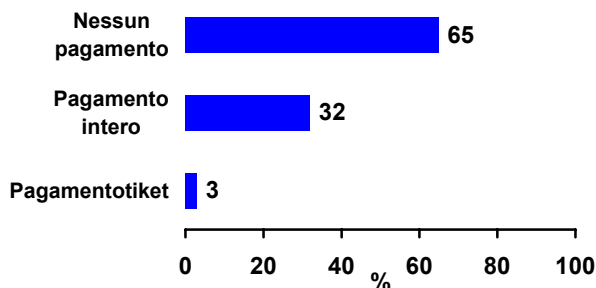
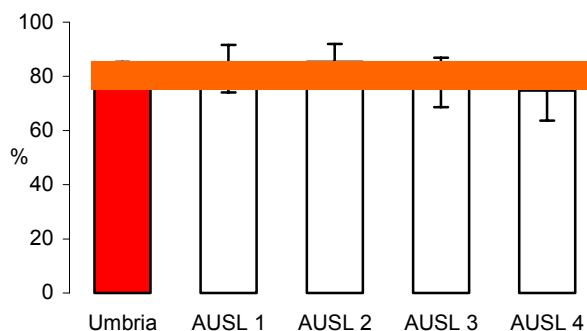


Figura 31

Alcuni confronti

Pap test negli ultimi tre anni (25-64 anni)
Regione Umbria - PASSI 2006



Pap test eseguito senza alcun pagamento
Regione Umbria - PASSI 2006

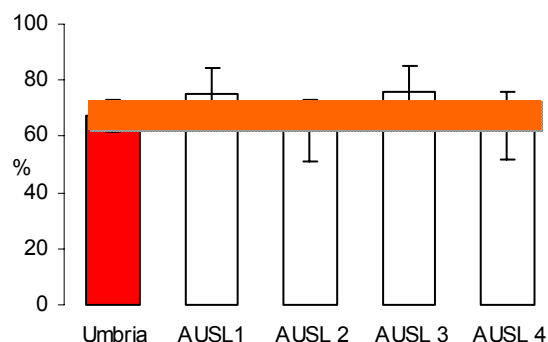


Figura 32

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 4 di Terni la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è relativamente buona, grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Risulta buona anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); e il 39% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Un problema è quello delle donne nella fascia di età fra i 25 – 34 anni che hanno riferito una scarsa adesione.

All'interno dell'ASL, ulteriori sforzi devono esser fatti per migliorare la copertura col Pap test, facilitando l'accesso delle donne alle strutture che lo eseguono gratuitamente, come previsto dalle norme vigenti e aumentando il counseling nelle fasce più giovani di età.

6.1.2 Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con oltre 36.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

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

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

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

- Nell'ASL di Terni l'83% delle donne intervistate, di età tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- Il 67% delle donne in età di screening riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si apprezzano differenze significative sul piano statistico per classi di età, stato civile e livello.
- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 50 anni, identica pertanto a quella raccomandata per la mammografia periodica (50 anni).

Tabella 17

Screening cancro della mammella (≥ 50 anni)
ASL4 di Terni - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni*
Totale	66,7 (IC95%:47,2- 82,7)
Età	
50 - 59	83,3
60 - 69	41,7
Stato civile	
coniugata	63,0
non coniugata	100,0
Istruzione**	
bassa	61,9
alta	77,8

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

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

Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- Nell'ASL di Terni il 28% delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 41% fra 1 e 2 anni ed il 14% più di 2 anni fa.
- Il 17% non ha mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.

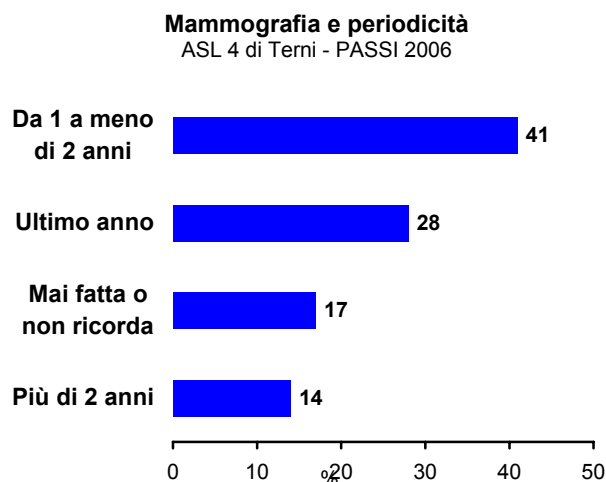


Figura 33

Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Nell'ASL di Terni l'93% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, il 79% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia. Inoltre, il 79% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 7% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultima mammografia è stata eseguita nell'8% su consiglio medico, nell' 8% di propria iniziativa e nell' 83% in seguito ad una lettera di invito.

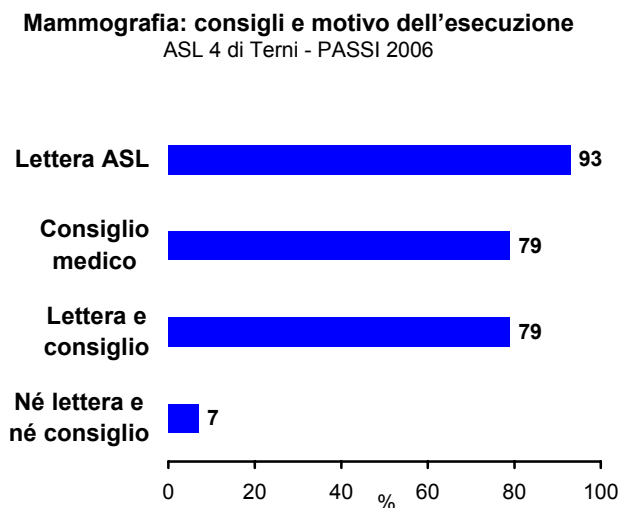


Figura 34

Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- Nell'ASL di Terni circa l'96% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica, il 4% in una struttura privata.
- Il 96% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; nessuno ha pagato il ticket e il 4% ha pagato l'intero costo dell'esame.

Costi della mammografia per le pazienti
ASL 4 di terni - PASSI 2006

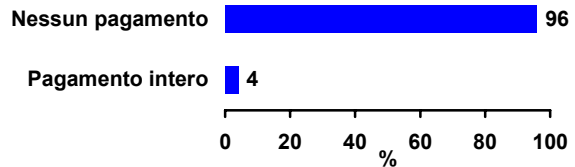
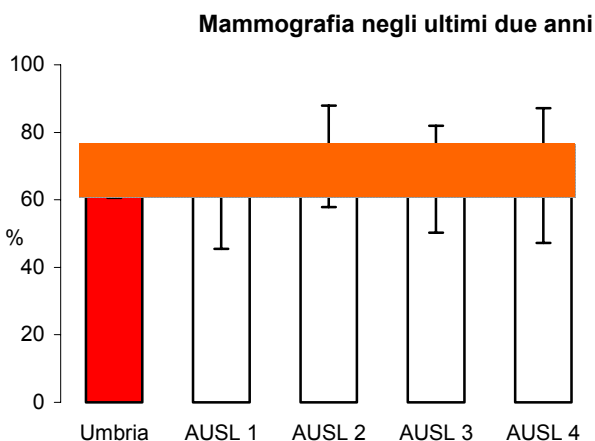


Figura 35

Alcuni confronti



Mammografia eseguito senza alcun pagamento

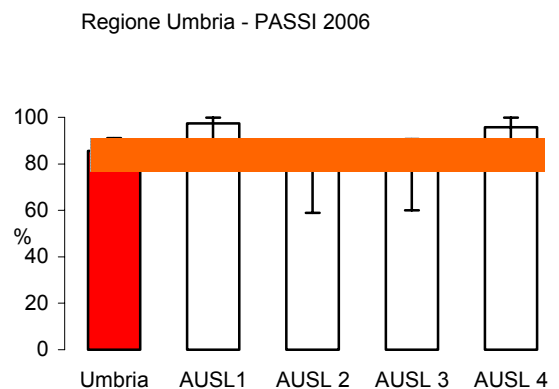


Figura 36

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL di Terni la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuata una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni); il 28% l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

6.1.3 Screening neoplasia del colon retto (dati precedenti l'offerta attiva)

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 37.000 persone con una elevata mortalità (oltre 29.000 decessi).

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

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

In Umbria non è ancora concluso il primo round di screening per cui si riportano i dati relativi al periodo immediatamente precedente (maggio – giugno 2006).

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto in accordo alle linee guida?

Tabella 18

Screening cancro colon retto (≥50 anni)
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

- Nell'ASL di Terni il 26,5% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto (18%) o la sigmoidoscopia (15%) a scopo preventivo, tenendo conto che alcuni hanno eseguito entrambi i test. Non si osservano differenze significative per classi di età, sesso e livello di istruzione.
- Il 23% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007. Il 77% degli intervistati più di due anni fa o non ha mai fatto alcun test.

Caratteristiche demografiche		% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi
Totale		26,5 (IC95%:16,5-38,6)
Età	50 - 59	18,4
	60 - 69	36,7
Sesso	M	30,0
	F	21,4
Istruzione**	bassa	27,1
	alta	25,0

* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in diverse regioni italiane sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione. Nella regione Umbria e nell'ASL 4 di Terni è stato attivato un programma di screening sul territorio da giugno del 2006. Visto il recente avvio di questo screening (successivo al periodo delle interviste) i dati riportati non permettono ancora di effettuare valutazioni di tale programma.

6.1.4 Alcune Valutazioni (dal documento di valutazione del PSR 2003-2005 DVSS)

Screening cervicale:

Dal 1 gennaio 2005 tutte le ASL dell'Umbria hanno avviato contemporaneamente il terzo round di screening cervicale.

Estensione (%) dei programmi di screening cervicale per ASL – Anno 2005 :

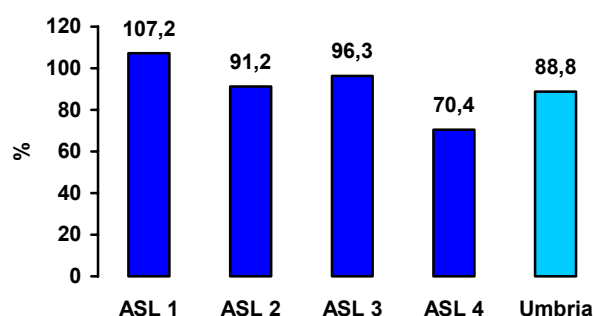


Figura 37

La nostra ASL ha un valore percentuale di estensione (% di primo invito sulla popolazione bersaglio annuale residente) significativamente più basso delle altre; l'indicatore è legato ad una regolare spedizione degli inviti, anche se dai dati dello studio PASSI – 2006 risulta che il 90% delle donne intervistate fra i 25 e i 64 anni ha ricevuto una lettera di invito.

Adesione corretta all'invito e popolazione interessata:

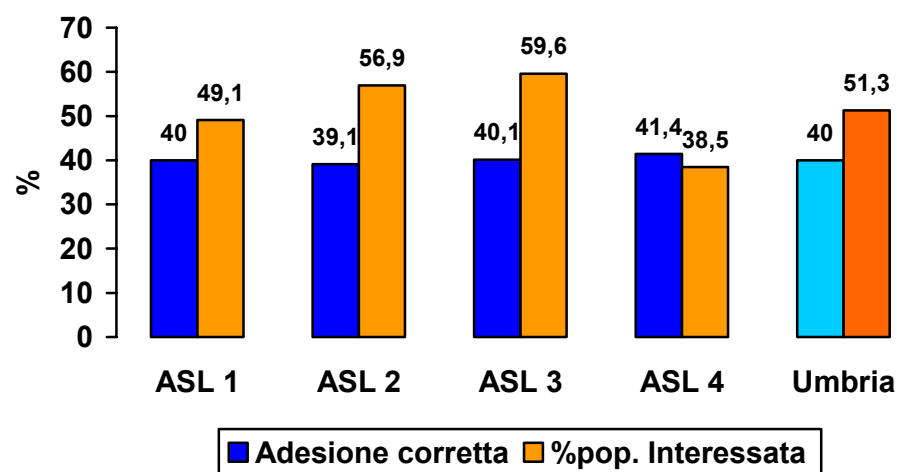


Figura 38

Compliance (%) colposcopia per qualsiasi invio:

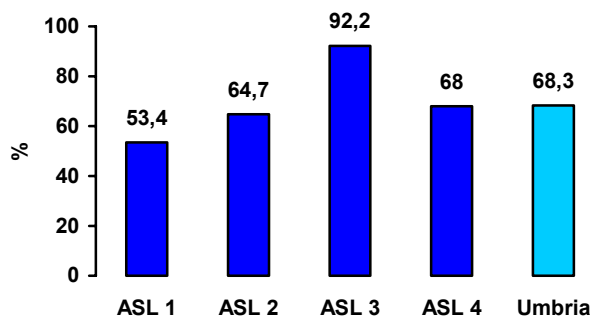


Figura 39

Questo dato è al di sotto dell' accettabilità che è pari all' 80%; in realtà tiene conto dell'esame effettuato esclusivamente in una struttura pubblica, mentre lo studio PASSI indica che circa il 30% di questi esami viene eseguito in ambulatori privati, per cui la modalità di rilevazione è da ridefinire.

Tempi di attesa test-referto negativo per ASL – Anno 2005 % di referti negativi inviate entro 28 giorni – screening cervicale:

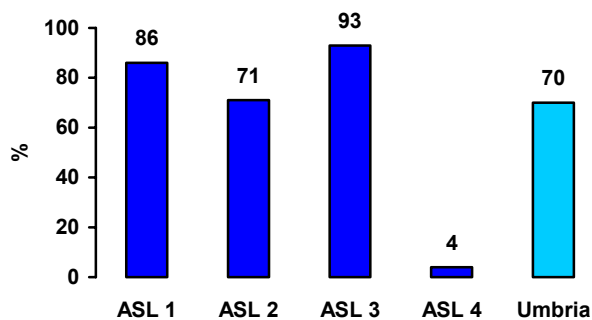


Figura 40

La nostra ASL ha un problema rilevante rispetto alle altre nell'invio del referto negativo; solamente il 4% viene inviato entro 28 giorni (dati DVSS – Valutazione del PSR 2003 – 2005).

Screening mammografico:

Al 31 Dicembre 2005 la ASL 1 e la ASL 3 hanno completato il 3° round, la ASL 2 ha completato il 4° round mentre nella ASL 4 è stato completato il 50% del 4° round. È importante considerare queste informazioni ai fini della corretta interpretazione dei dati annuali per ASL, che possono variare a seconda che si tratti del primo o del secondo anno del round in corso.

Estensione (%) dei programmi di screening mammografico per ASL – Anno 2005 :

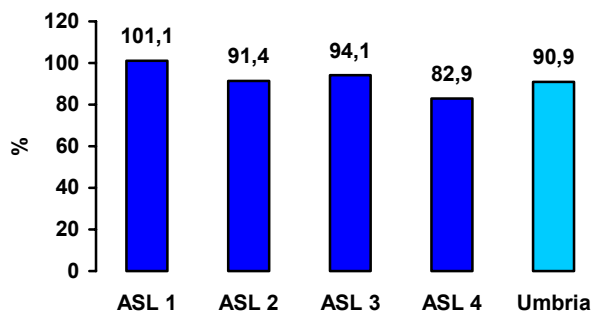


Figura 41

Per la ASL 4 l'estensione (% di primo invito sulla popolazione bersaglio annuale residente) è leggermente più bassa delle altre.

Adesione corretta (%) dei programmi di screening mammografico per ASL – Anno 2005

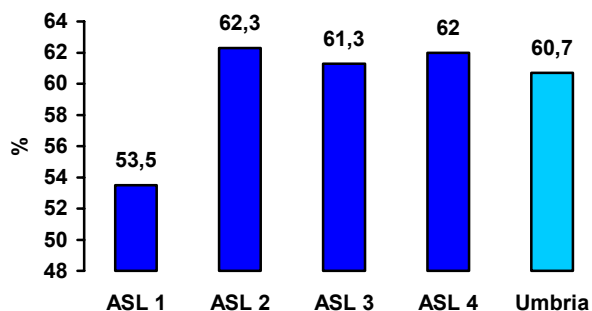


Figura 42

L'adesione corretta è superiore al 60% (valore accettabile) ma inferiore al valore desiderabile, pari al 75%.

Tempi di attesa test-referto negativo per ASL – Anno 2005 - % di referti negativi inviati entro 21 giorni ed intervallo mammografia int. chirurgico % entro 60 gg – screening mammografico:

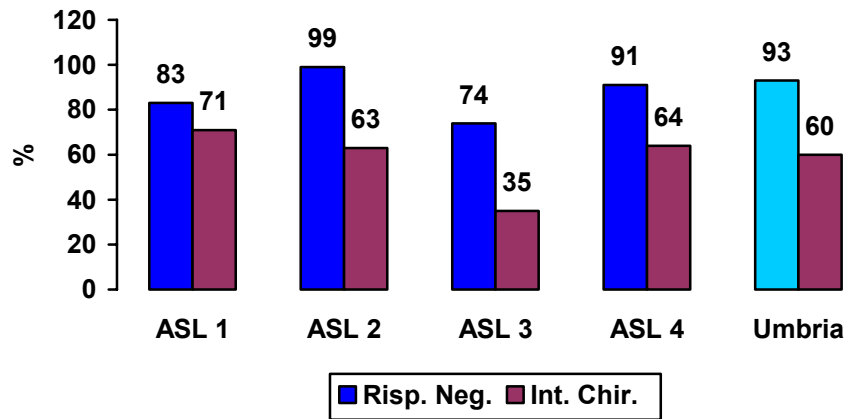


Figura 43

I tempi di attesa per avere il referto negativo sono buoni, considerando che entro 21 giorni viene inviato il 91% dei referti (valore accettabile 85%). Anche l'intervallo tra positività alla mammografia ed intervento chirurgico è discreto ma migliorabile.

Cap. 7 Gli infortuni sul lavoro

UMBRIA

NATURA DELLA LESIONE

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2004 e indennizzati a tutto il 30.04.2006 per natura della lesione, tipo di conseguenza e gestione.

AGRICOLTURA

Tabella 19

NATURA DELLA LESIONE	Temporanea	PERMANENTE			Morte	TOTALE
		in capitale	in rendita	Totale		
Ferita	343	8	2	10	-	353
Contusione	654	26	3	29	2	685
Lussazione	406	33	1	34	-	440
Frattura	177	61	13	74	2	253
Perdita anatomica	4	2	1	3	-	7
Lesione da agenti infettivi	3	-	-	-	-	3
Lesione da altri agenti (calore...)	28	-	-	-	1	29
Corpi estranei	69	-	-	-	-	69
Lesioni da sforzo (ernie...)	44	1	-	1	-	45
Altre e indeterminate	2	-	1	1	-	3
TOTALE	1.730	131	21	152	5	1.887

INDUSTRIA E SERVIZI

NATURA DELLA LESIONE	Temporanea	PERMANENTE			Morte	TOTALE
		in capitale	in rendita	Totale		
Ferita	2.665	36	12	48	-	2.713
Contusione	3.390	123	32	155	9	3.554
Lussazione	3.485	154	13	167	-	3.652
Frattura	1.236	239	75	314	14	1.564
Perdita anatomica	61	27	12	39	-	100
Lesione da agenti infettivi	5	-	-	-	-	5
Lesione da altri agenti (calore...)	398	5	6	11	2	411
Corpi estranei	626	2	2	4	-	630
Lesioni da sforzo (ernie...)	353	12	-	12	-	365
Altre e indeterminate	18	2	-	2	7	27
TOTALE	12.237	600	152	752	32	13.021

7.1 Tasso di infortunio definito positivamente per 1000 addetti, media 2000 – 2003

Tabella 20

ASL 4	Addetti	Infortuni	Tasso	Intervallo di confidenza (\pm)
Industria - agricoltura	104.576	4529	43,3	1,2
Servizi	132.172	3410	25,7	0,9

7.2 Tasso di infortunio con inabilità permanente definito positivamente per 1000 addetti media 2000 - 2003

Tabella 21

ASL 4	Addetti	Infortuni	Tasso	Intervallo di confidenza (\pm)
Industria - agricoltura	104.576	299	2,9	0,3
Servizi	132.172	261	2	0,2

Tasso st. di infortunio def. positivamente su 1000 addetti

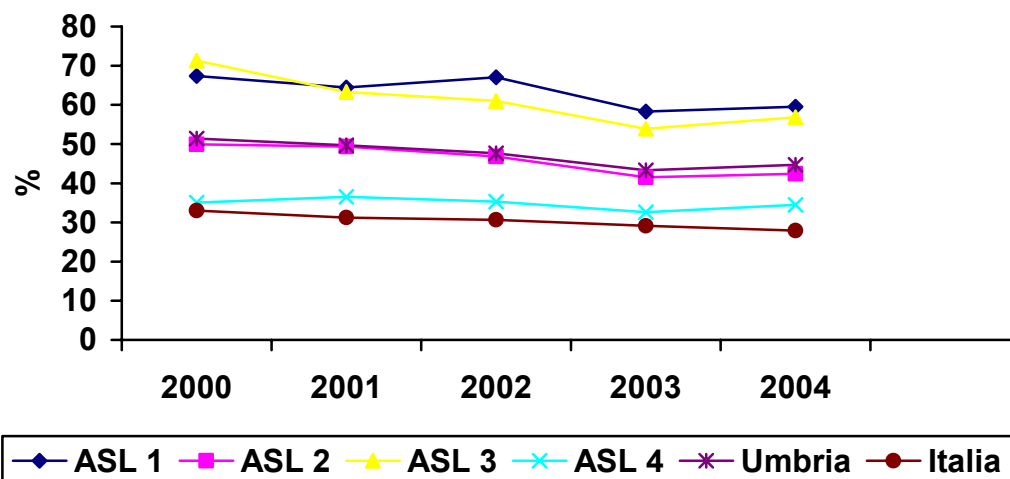


Figura 44

La ASL 4 ha complessivamente tassi medi di infortunio definito positivamente molto inferiori rispetto a quelli umbri ma tende ad avere tassi di infortunio con inabilità permanente molto elevati, soprattutto nel settore del legno. Il tasso è leggermente superiore alla media nazionale.

7.3 Le costruzioni

**Infortunati def. positivamente nelle costruzioni
per ASL anni 2000-2005 media**

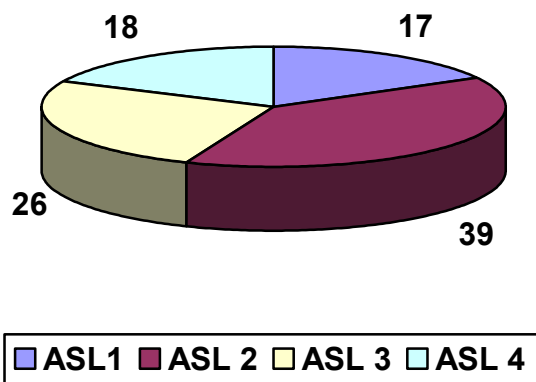


Figura 45

Anche nel settore delle costruzioni la ASI 4 presenta una prevalenza di incidenti percentualmente più bassa delle ASL 2 e 3 e leggermente più alta della ASL 1.

Il trend degli infortuni è comunque in diminuzione.

Cap. 8 Malattie infettive e diffuse *Rapporto 1996-2005 - Regione Umbria –
FONTE dati SIMI – basata sulle schede di notifica (dato storicamente sottostimato)*

8.1 Tetano

Il tetano si configura come una malattia che non può essere eradicata a causa della diffusione ubiquitaria delle spore tetaniche nell'ambiente, né eliminata tramite il meccanismo della herd immunity, perché le alte coperture raggiunte nella popolazione infantile, al contrario di quanto avviene per altre patologie, non consente una protezione indiretta del resto della popolazione. Per questa ragione la vaccinazione rimane l'unico strumento di protezione nei confronti dell'infezione. Negli ultimi anni i casi di tetano (letalità media pari al 39%) hanno colpito soprattutto gli anziani (70% dei casi negli ultrasessantacinquenni) e, tra gli anziani, soprattutto donne, con un rapporto maschi/femmine uguale a 1:3; le donne probabilmente risultano meno protette dalla vaccinazione rispetto agli uomini che, per la maggior parte, sono stati sottoposti a vaccinazione anche durante il servizio militare.

8.2 Malattie pediatriche

8.2.1 Varicella

Secondo i dati raccolti nel 2005 dalla rete SPeS (Sorveglianza pediatri sentinella) dell'Istituto Superiore di Sanità, la varicella è stata la malattia infettiva più frequente in Italia, con un'incidenza di 40 casi per mille. I principali picchi di incidenza si sono osservati in primavera (marzo-maggio) e a dicembre. In Umbria, nel periodo di sette anni preso in considerazione, il numero di casi rimane abbastanza costante e sempre con una maggiore incidenza nell'età pediatrica.

Distribuzione dei casi di varicella per classi di età – Umbria

Tabella 22

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-14	1636	1589	1232	1449	1696	1455	1141
15-24	62	62	40	68	57	55	45
25-64	105	118	72	107	130	154	85
> 65	4	1		1	3		2
ns	22	10	16	15	21	13	12
Totale	1829	1780	1360	1640	1907	1677	1285

8.2.2 Morbillo

Fatta eccezione per la concentrazione di casi negli anni 1996-97 ed un successivo picco epidemico con circa 140 casi nel 2002, il numero dei casi di morbillo è via via divenuto sempre più contenuto e pressoché assente negli ultimi 2 anni grazie all'attuazione, in Umbria, del Piano regionale di eliminazione che ha permesso il raggiungimento di un'elevata copertura vaccinale, ormai prossima all'obiettivo del 95%.

La malattia si è comunque prevalentemente manifestata in età pediatrica anche se continua ad essere presente una certa quota di casi nella fascia di età 15-24 anni.

Distribuzione dei casi di morbillo per fasce di età. Anni 1996 - 2005. Umbria

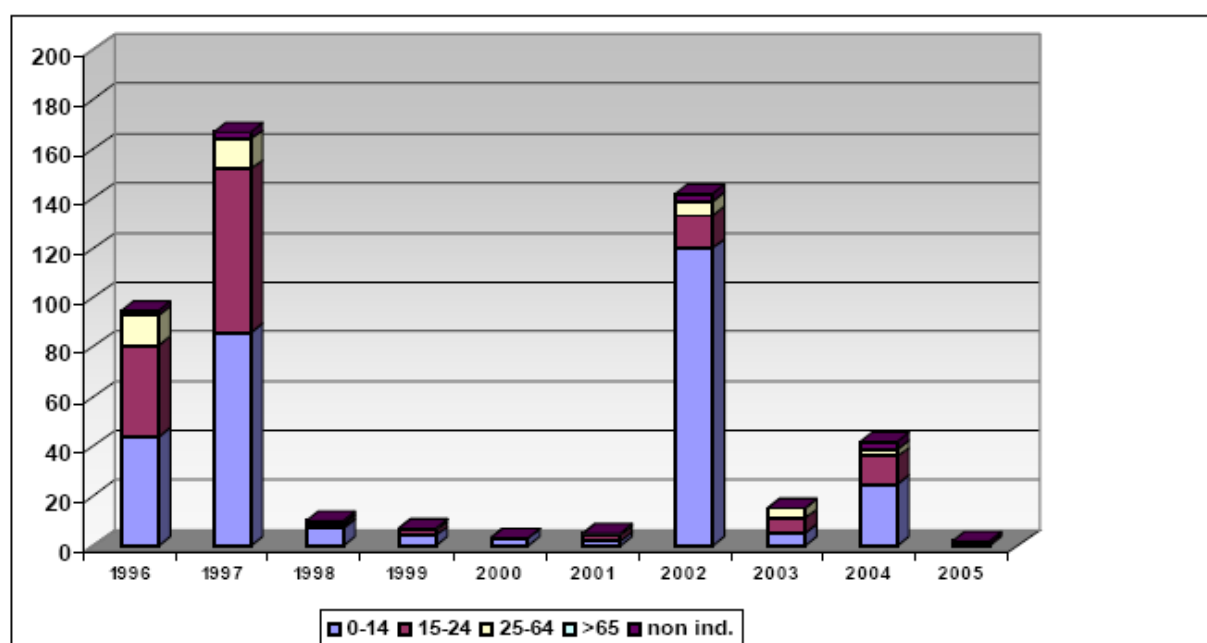


Figura 46

Confronto fra copertura e incidenza della malattia:

Tabella 23

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Casi di malattia	98	10	7	3	5	142	15	42	2
Copertura %	81,2	81,6	82,5	84,4	84,5	88,06	88,12	92,12	93,02

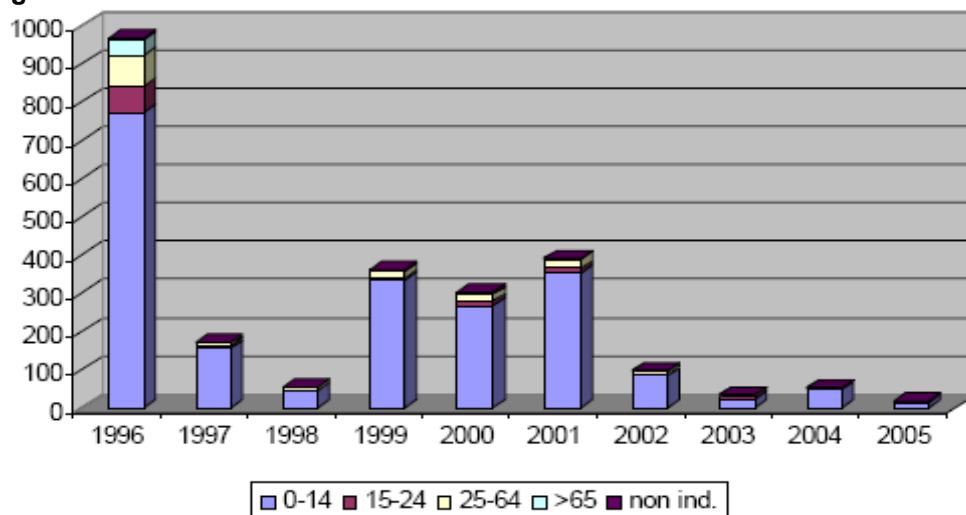
8.2.3 Parotite

In Umbria i casi di parotite sono drasticamente diminuiti: il n° di casi nell'ultimo anno di osservazione (**20**) è molto inferiore rispetto a quello del primo anno (**362**).

Si riporta di seguito l'andamento della malattia negli ultimi dieci anni che evidenzia, dopo un'ondata epidemica nell'anno 1996, un decremento dei casi notificati, i quali sono estremamente contenuti anche al di fuori dell'età pediatrica.

Distribuzione dei casi di parotite per fasce di età. Anni 1996 - 2005. Umbria

Figura 47



8.2.4 Pertosse

I casi sono contenuti soprattutto negli ultimi anni: sono pressoché esclusivamente riferibili all'età pediatrica anche se, soprattutto per tale patologia, può essere presente il fenomeno della sottotifica per le maggiori difficoltà di diagnosi eziologica certa nell'età adulta.

La scarsità dei casi è sicuramente attribuibile all'elevata copertura vaccinale che si è consolidata, come si può vedere dal grafico sottostante, nel corso degli anni grazie all'uso del vaccino acellulare inserito nelle formulazioni polivalenti, fino ad attestarsi sugli stessi valori ottenuti per le vaccinazioni considerate obbligatorie.

Distribuzione dei casi di Pertosse - Umbria

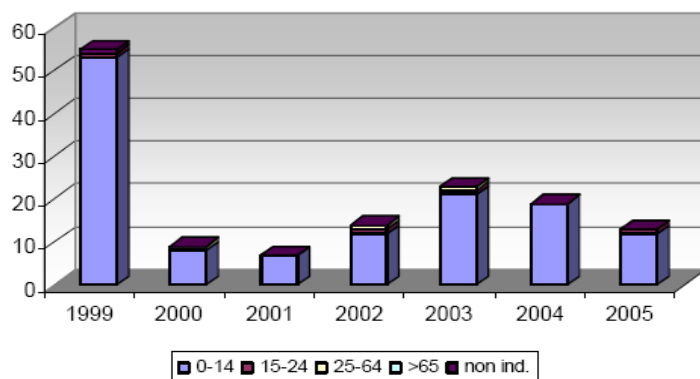


Figura 48

8.3 Patologie a bassa incidenza e a trasmissione aerea:

8.3.1. Meningiti

Il SIMI prevede l'informatizzazione solo delle notifiche di meningo - encefaliti e meningiti meningococciche; non è consentita la registrazione delle altre forme di meningite batterica per le quali esiste un sistema di sorveglianza integrativo che, attualmente è in corso di revisione e sta per essere approvato dal coordinamento Interregionale della Prevenzione.

Meningiti meningococciche

Le meningiti meningococciche, a causa di alcuni elementi quali la maggiore gravità del quadro clinico, il più elevato tasso di mortalità, la maggiore incidenza in età pediatrica e giovane-adulta, la necessità di rapidi interventi di profilassi e di vaccinazione per il meningococco c, obbligano ad un'attenta valutazione epidemiologica dell'andamento dei casi.

In particolare, nel 2004 in Umbria, è stato osservato un netto incremento delle notifiche per meningite meningococcica con 22 casi, di cui 12 in età pediatrica; nel 2005 si sono verificati 11 casi con una maggiore concentrazione nella fascia di età giovane-adulta.

Prevalenza dei casi di meningite per fasce di età

Tabella 24

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-14	1	2	0	1	2	12	4
15-24	0	1	0	2	1	6	6
25-64	0	6	0	1	1	2	1
>65	2	1	1	0	1	2	0
Totale	3	10	1	4	5	22	11

La diagnosi dei casi del 2004 è stata effettuata, per lo più, in base al quadro clinico e solo per 7 casi è stata possibile la tipizzazione con predominanza del gruppo B.

Per tale carenza di dati l'assessorato alla Sanità della nostra Regione, nel corso del 2005, anziché procedere subito all'offerta attiva del vaccino per il "meningococco c", ha predisposto (d.R.G. n. 1264 del 27/07/2005) linee guida vincolanti per la sorveglianza e la prevenzione delle meningiti meningococciche, con l'obiettivo di aumentare l'accuratezza diagnostica e l'appropriatezza degli interventi di profilassi. Grazie all'attuazione di questo programma di controllo è stato possibile ottenere la tipizzazione per 10 degli 11 casi del 2005, evidenziando ancora una volta la predominanza del gruppo B.

8.3.2 Legionellosi

Le segnalazioni di casi di legionellosi relative a casi diagnosticati nel nostro territorio regionale sono iniziate a partire dal 2001; da allora, anche grazie ad una migliorata capacità diagnostica legata alla maggiore disponibilità del test per la ricerca dell'antigene urinario, sono andate progressivamente aumentando.

Per questa patologia, che oggi si può definire emergente, si prenderanno in considerazione anche i dati del 2006, pur considerati ancora provvisori.

A conferma di quanto segnalato in letteratura circa la maggiore suscettibilità ad ammalare degli anziani e dei soggetti con patologie croniche predisponenti, nella tabella successiva si può osservare che nessun caso è stato segnalato in età pediatrica e solamente uno si è verificato in età giovane-adulta.

I casi si sono verificati soprattutto negli ultrasessantacinquenni e, per quanto riguarda i malati della fascia di età 25-64 anni, spesso presentavano le tipiche condizioni di rischio, quali l'uso di trattamenti immunosoppressivi o l'abitudine al fumo.

Distribuzione dei casi di legionellosi per classi di età.

Tabella 25

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-14	0	0	0	0	0	0
15-24	0	0	0	0	0	1
25-64	1	2	3	7	14	14
>65	0	0	8	4	10	12
Totale	1	2	11	11	24	27

Casi di legionellosi segnalati per ASL anno 1999 – 2006

Tabella 26

	USL1	USL2	USL3	USL4	REGIONE
n.casi	3	22	3	5	33

8.4 AIDS-HIV

Al 31 Dicembre 2005 le notifiche dei casi di AIDS, segnalate al Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, provenienti dalla Regione dell'Umbria, ammontavano complessivamente a **542**, di cui 464 in soggetti residenti in Umbria e 78 provenienti da altre zone del Paese.

Distribuzione dei casi per provincia di segnalazione, di residenza e tasso di incidenza per provincia di residenza fino al 2005, da: Notiziario ISS

Tabella 27

Provincia	Segnalazione	Residenti	Tasso di incidenza
Perugia	394	340	3,1
Terni	148	124	2,2

Distribuzione dei casi per sesso

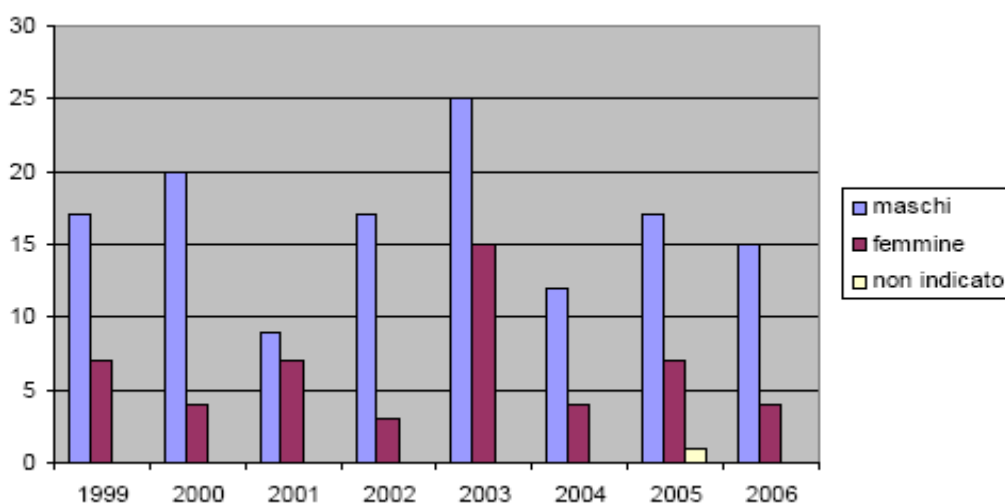


Figura 49

Modalità di trasmissione dei casi notificati in Umbria

Tabella 28

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	%
1. Rapporti omo/bisessuali	4	1	2	5	6	3	7	17,4
2. Tossicodipendenti	5	8	4	3	8		3	19,3
3. Somm. Fattori coagulazione					2			1,2
4. Trasmesso	1	1						1,2
5. Rapporti eterosessuali	9	7	10	9	17	13	13	48,4
6. Altro		1		1			2	2,5
7. non determinato		1		1				1,2
2+5	1	3		2	2			5,0
2+3		1						0,6

Per quanto concerne la distribuzione delle patologie opportunistiche indicative di AIDS si fa riferimento ai quadri clinici presenti all'esordio della malattia e non a tutte le patologie diagnosticate durante l'intero decorso clinico. Se l'esordio è caratterizzato da più di una patologia, ne vengono conteggiate un massimo di quattro verificatesi in un tempo ristretto (ca. 6 mesi).

Per ogni caso possono essere indicate più patologie indicative di AIDS, pertanto il numero di patologie riportate in un anno è sicuramente superiore al numero di casi segnalati nello stesso anno.

La patologia più frequente risulta essere la Candidosi esofagea, seguita dalla Polmonite da P. Carinii in un numero piuttosto elevato di casi, del resto evidenziato anche a livello nazionale. Da segnalare al 7° e 8° posto le Mycobatteriosi da M.Tuberculosis e le Tubercolosi polmonari, presenti in un consistente numero di casi.

8.5 Tossinfezioni ed infezioni alimentari

Quelle denunciate sono solamente la punta dell'iceberg; in realtà rappresentano un problema enorme per la comunità internazionale. Importantissimi sono gli interventi di vigilanza e controllo sulla filiera agroalimentare. Da un punto di vista epidemiologico dobbiamo dire che in Umbria l'incidenza globale stimata non è elevatissima, tuttavia l'unico sistema di prevenzione è di tipo primario.

Nel periodo di osservazione, che va dal 1999 al 2005, sono stati registrati in Umbria 38 focolai con coinvolgimento di 268 persone. Dall'andamento temporale riportato nel grafico sottostante si può osservare una drastica riduzione non solo degli episodi di tossinfezione, ma anche del numero delle persone coinvolte.

Casi e focolai di tossinfezione alimentare in Umbria

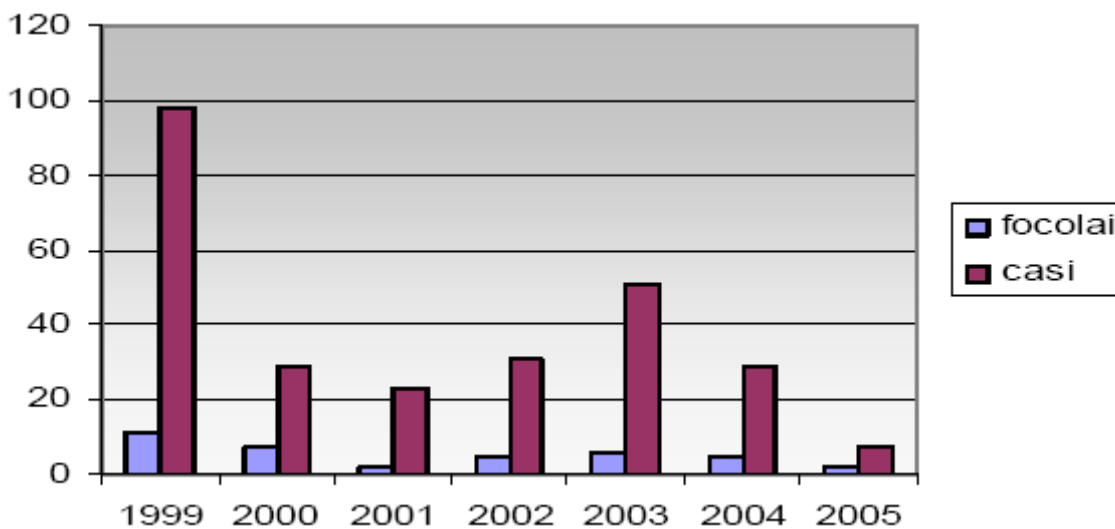


Figura 50

Focolai per agente eziologico:

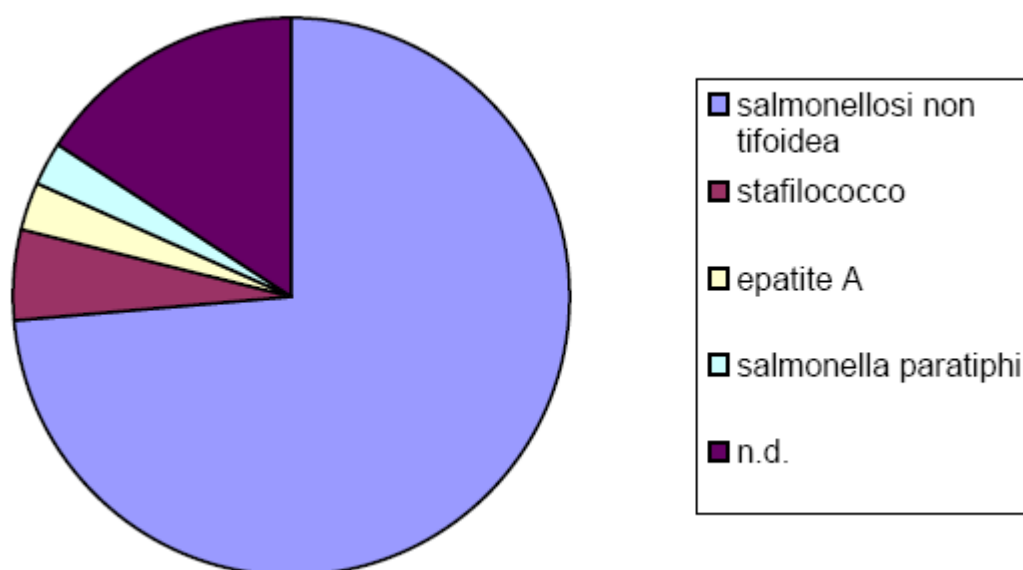


Figura 51

Tossinfezioni per veicolo:

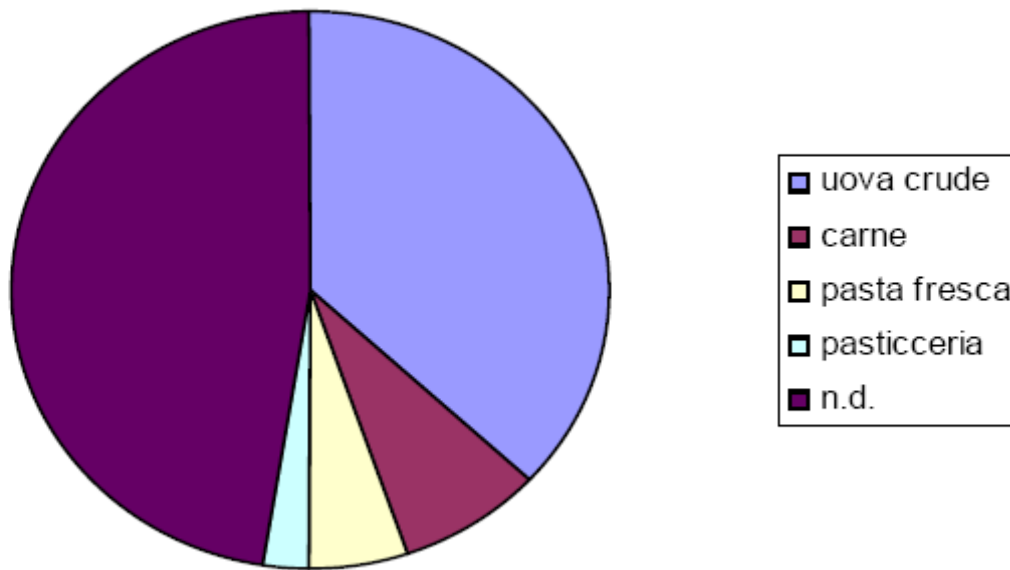


Figura 52

Casi per origine:

Tabella 29

Comunità coinvolta	n. casi
Famiglia	27
Pasto al ristorante	5
Festa privata	2
Gruppo turistico	2
Scuola	2

C'è sicuramente un trend in diminuzione anche se risulta, come in molti altri Stati, una notevole sotto-notifica delle malattie. E' comunque evidente che l'ambiente domestico rappresenta la principale fonte di infezioni o tossinfezioni alimentari.

Cap. 9 Vaccinazioni Rapporto 1996-2005 - Regione Umbria

9.1 Vaccinazione antinfluenzale campagna 2006-2007

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

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

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

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

I dati di seguito riportati sono stati estrapolati dal Data-Base della ASL 4 e il tasso di copertura ha come denominatore la popolazione assistibile. Questo denominatore è diverso da quello regionale che utilizza per tutte e quattro le ASL un denominatore unico costituito non solo dagli assistibili residenti ma da tutti.

**Copertura vaccinale 65 anni in su
ASL 4 Anno 2006-2007**

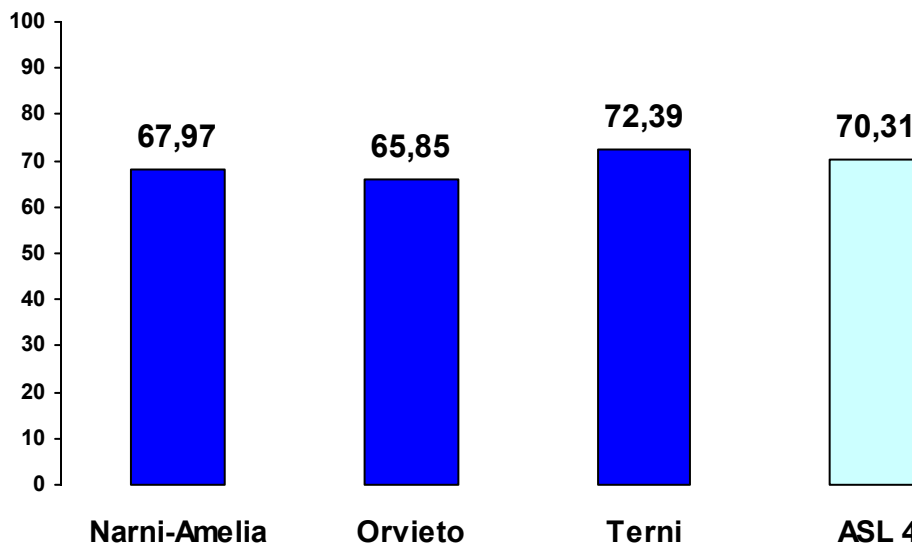


Figura 53

Coperture vaccinali su popolazione residente secondo denominatore regionale

Tabella 30

	0-4a	5-14a	15-24a	25-64a	≥65	TOTALE
Az. USL 1	1,04	0,96	1,89	7,33	63,77	19,54
Az. USL 2	0,98	0,92	0,95	5,90	63,66	18,13
Az. USL 3	1,27	1,05	1,00	6,25	64,25	19,74
Az. USL 4	5,03	2,47	2,00	9,66	66,24	23,10
Regione	2,00	1,33	1,36	7,15	64,51	19,93

Coperture vaccinali nella popolazione ultrasessantacinquenne negli ultimi tre anni,

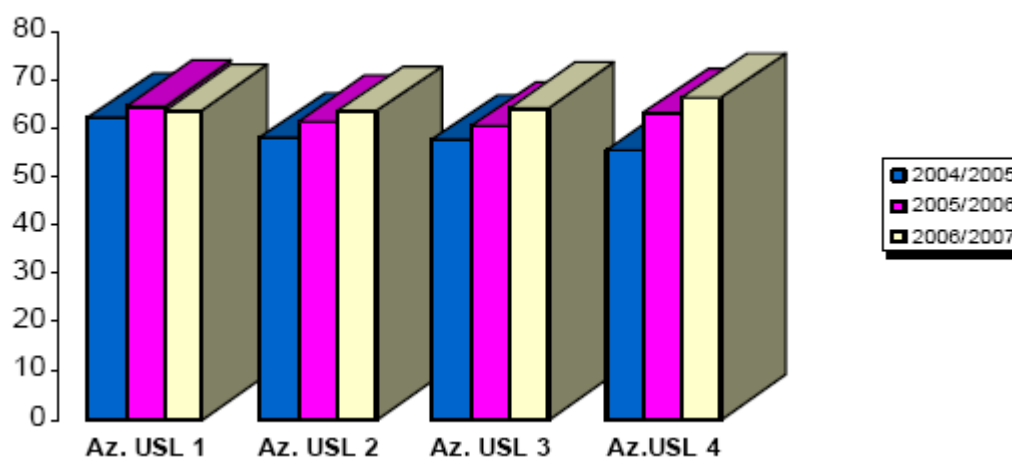


Figura 54

La ASL 4 ha il tasso di copertura più alto di tutta la regione **66,24%**.

Anziani vaccinati presso i Centri di Salute e dai Medici di Medicina Generale

Tabella 31

	CdS	MMG	%MMG
Az. USL 1	4156	15956	79,34
Az. USL 2	7056	45412	86,55
Az. USL 3	2123	23531	91,72
Az. USL 4	5188	34378	86,89
Regione	18523	119277	86,56

La vaccinazione antinfluenzale nelle categorie a rischio:

All'avvio della campagna 2006/2007, come già negli anni precedenti, sono state date indicazioni affinché venisse potenziata la capacità di raggiungere le categorie a rischio. Nella precedente campagna la Circolare Ministeriale aveva individuato nuove categorie: i "bambini pretermine" (nati prima della 37° settimana di gestazione), quelli "di basso peso alla nascita (inferiore ai 2500 g) dopo il compimento del 6° mese" e le "donne che si trovano al secondo o terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica". Inoltre, a causa della minaccia rappresentata da una possibile pandemia, è stata enfatizzata la necessità di vaccinare il "personale che, per motivi occupazionali, è a contatto con animali i quali potrebbero costituire fonte di infezione".

Dallo studio PASSI (Studio trasversale 2006 - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Comportamenti e fattori di rischio) risulta che solo il 30% dei soggetti a rischio nella popolazione 18 – 69 anni è sottoposta alla vaccinazione antinfluenzale.

Vaccinazione dei soggetti a rischio con età inferiore ai 65 anni

Tabella 32

	Az.USL 1	Az.USL 2	Az.USL 3	Az.USL 4	REGIONE
Patolog. Predisponenti alle complic. In soggetti > 6m	153	1	186	732	1072
Bambini e adolescenti in trattamento cronico con ASA e a rischio di S. di Reye		12		7	19
Bambini affetti da patologie neurologiche e neuro muscolari	6	12	8	14	40
Adulti affetti da patologie croniche	4232	6895	4540	9520	25187
Gravidanza	13	14	1	13	41
Lungodegente	116	396	76	73	661
Personale sanitario	404	757	310	392	1863
Contatti familiari	213	250	102	613	1178
Pubblico interesse	422	1277	395	1701	3795
Addetti allev. avicoli	44	131	13	47	235
Non noto	45	2594	73		2712
Totale	5648	12339	5704	13122	36803*

Una delle priorità individuate per le Aziende Sanitarie è quella di favorire la cultura della vaccinazione nelle fasce a rischio. I metodi utilizzabili sono molti, comunque è stato dimostrato che il consiglio del Medico di Medicina Generale ha la maggiore capacità di convincimento.

9.2 Vaccinazioni in età pediatrica

In Umbria, già in occasione del Piano Sanitario Regionale 2001/2003, venivano date una serie di indicazioni operative alle Az. USL circa le vaccinazioni in età pediatrica, poi ribadite nel Protocollo regionale approvato dalla Giunta Regionale nel dicembre 2002 e nel Piano Sanitario Regionale 2003/2005.

Gli obiettivi da raggiungere erano i seguenti:

1. provvedere affinché, nei nuovi nati, si raggiungessero coperture pari al 95% incrementando le azioni di sensibilizzazione per evitare i ritardi e i rifiuti vaccinali;
2. recuperare, tramite chiamata attiva, nel più breve tempo possibile, tutti i nuovi nati non vaccinati appartenenti alla coorte dei nati 1990/2001; completata questa fase, provvedere al 2° step vaccinale secondo il calendario previsto.

Il Piano Regionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita approvato con DGR 369 del 7/4/2004, prendendo atto delle coperture vaccinali raggiunte nei nuovi nati e negli adolescenti e del fatto che le Az. USL avevano già aderito alle indicazioni date a livello regionale (seppure con alcune differenze a livello locale), ha quindi riprecisato le azioni da intraprendere nel triennio 2004 – 2005 – 2006 apportando alcune modifiche.

9.2.1 Morbillo

Coperture morbillo con 1 dose

Tabella 33

	Nati 1991	Nati 1992	Nati 1993	Nati 1994	Nati 1995	Nati 1996	Nati 1997	Nati 1998	Nati 1999
Az. USL 1	88,05	86,95	91,11	93,07	93,24	94,39	92,85	91,95	89,92
Az. USL 2	90,59	90,41	90,16	91,45	94,09	95,58	95,38	94,83	95,68
Az. USL 3	93,36	92,71	94,11	92,77	94,91	95,88	97,04	95,62	96,61
Az. USL 4	76,76	69,74	74,95	75,89	81,54	82,06	83,66	85,39	85,95

Coperture morbillo con 2 dosi

Tabella 34

	Nati 1991	Nati 1992	Nati 1993	Nati 1994	Nati 1995	Nati 1996	Nati 1997	Nati 1998	Nati 1999
Az. USL 1	64,90	62,61	74,95	77,32	78,36	77,95	78,45	79,02	81,60
Az. USL 2	43,41	36,62	31,1	64,01	74,60	52,38	29,88	83,9	85,84
Az. USL 3	84,85	85,88	88,07	97,27	91,37	91,79	93,99	92,30	92,60
Az. USL 4	53,65	41,37	51,02	54,72	52,87	46,99	50,09	51,40	48,06

La ASL 4 ha un tasso di copertura alla seconda dose molto inferiore ai tassi delle altre ASL e al limite del Piano Vaccini.

9.2.2 Rosolia Umbria

Casi di malattia e coperture alla prima vaccinazione nati 1997 - 2005

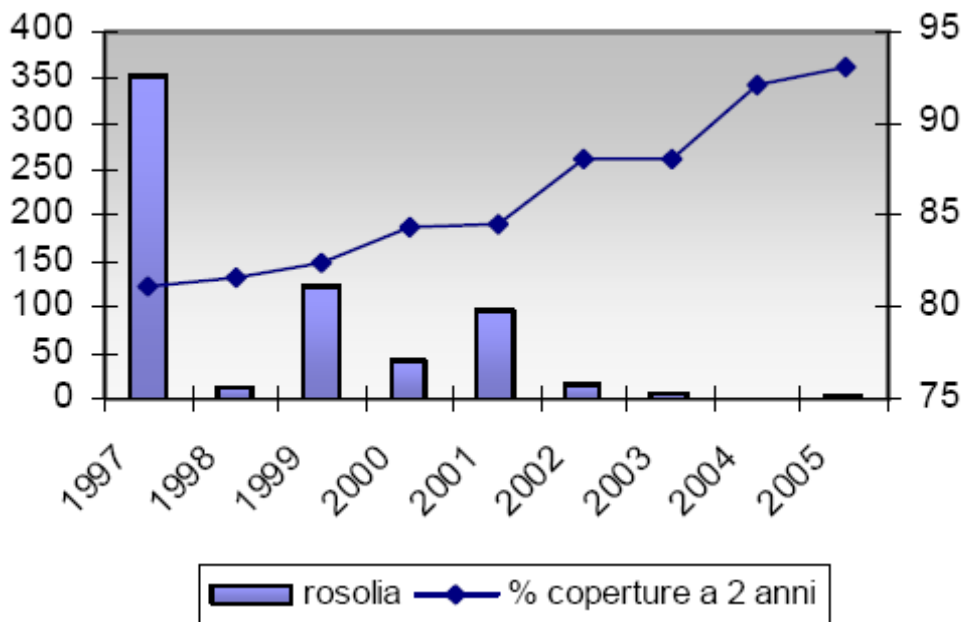


Figura 55

Il Piano di vaccinazione della rosolia è raccomandato e fa parte del vaccino trivalente MPR.

Dal grafico sovrastante si evince che, nel periodo 1997 – 2005, i casi di rosolia da un picco di 350 nel 1997 si sono pressoché azzerati nel 2004, per risalire a poche unità nel 2005; contemporaneamente la copertura a 2 anni ha avuto un trend in aumento a partire dal 1999 fino a raggiungere quasi l'obiettivo del PSR 2003-05 del 95%.

Cap. 10 Gli incidenti da traffico

Nella popolazione italiana al di sotto dei 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica. Nel 2003 si sono verificati 225.141 incidenti stradali che hanno causato 6015 morti mentre ogni anno si registrano, circa, un milione e mezzo di ricoveri al Pronto Soccorso e 20.000 casi di invalidità sono imputabili alla medesima causa.

In Italia la mortalità per incidente stradale si stima correlata alla guida dopo assunzione di alcool nel 33% o nel 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti. La prevenzione degli incidenti stradali deve, quindi, basarsi su un approccio integrato, orientato a ridurre la guida in stato di ebbrezza ed al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Gli incidenti stradali sono un fenomeno molto complesso, in quanto i determinanti che intervengono nella loro genesi sono i più diversi; non a caso tra gli addetti ai lavori si parla di sistema "uomo-ambiente-veicolo", per indicare sinteticamente le principali aree-problema interessate. La recente pubblicazione dell'ISTAT sugli incidenti stradali in Italia nell'anno 2004 conferma il ruolo fondamentale del comportamento del conducente nella responsabilità degli stessi, con valori percentuali di circa il 90%, sia per gli incidenti che avvengono su strada urbana che extraurbana.

Tra i diversi fattori umani, l'uso inappropriato di alcol è certamente oggi uno dei fattori su cui concentrare l'attenzione e su cui convogliare sforzi per ridurre le conseguenze degli incidenti stradali, data la grande diffusione dell'uso delle bevande alcoliche tra la popolazione italiana. Infatti secondo le più recenti stime della Società Italiana di Alcologia, gli alcol-dipendenti in Italia sono circa 1.000.000, mentre i bevitori eccessivi sono circa 3.000.000 e la stragrande maggioranza di questi soggetti è in possesso di patente di guida.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nell'ASL di Terni tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'85%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (16%).

Uso dei dispositivi di sicurezza

ASL 4 di Terni - PASSI 2006

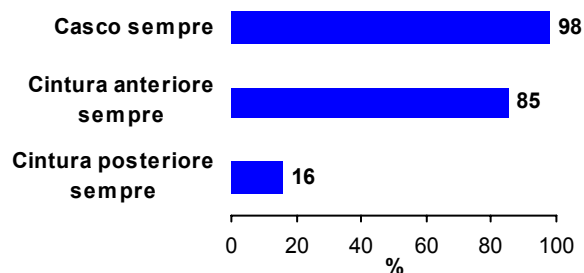


Figura 56

Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

Tabella 35

Guida in stato di ebbrezza
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

- Il 18,6% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra gli anziani e nelle donne.
- Il 13% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	18,6 (IC95%:16,6-20,6)
Età	
18 - 34	20,1
35 - 49	17,3
50 - 69	18,0
Sesso^	
M	26,0
F	12,0
Istruzione**	
bassa	20,6
alta	17,1

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

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

^ la differenza è statisticamente significativa .

Alcuni confronti:

Si riscontrano differenze significative fra le 4 ASL della Regione; la ASL di Terni ha uno dei tassi più bassi per la guida in stato di ebbrezza.

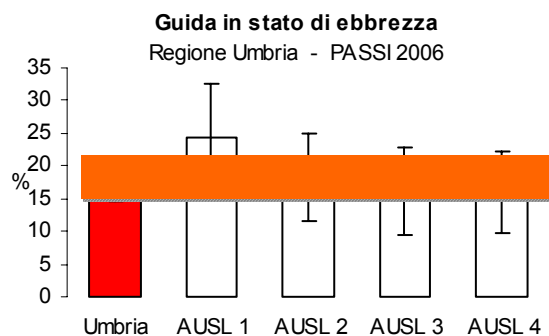


Figura 57

Conclusioni e raccomandazioni

Il problema della guida in stato di ebbrezza costituisce un problema relativamente diffuso nell'ASL4, insieme ad un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Dalla letteratura scientifica emerge che sono maggiormente efficaci gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione all'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine.

Cap. 11 Infortuni domestici

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

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni.

Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

In generale non è facile avere stime concordanti del fenomeno in quanto la stessa definizione di caso non è univoca nei diversi flussi informativi e le misclassificazioni sono molto frequenti.

La definizione di caso adottata per l'indagine PASSI, coerente con quella ISTAT, prevede: la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, l'accidentalità dell'evento e che l'evento si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

Quante persone si sono infortunate?

- Nell'ASL di Terni il 14,5% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una più elevata frequenza di infortuni tra le donne (18,5%) che tra gli uomini (11,1%); non si rilevano evidenti differenze per classi di età mentre ci sono differenze anche se non significative statisticamente per livello di istruzione.

Tabella 36

Persone infortunate (ultimi 12 mesi)	
ASL 4 di Terni - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico
Totale	14,5 (IC95%:9,9-20,2)
Età	
18 - 34	22,6
35 - 49	13,2
50 - 69	8,6
Sesso	
M	11,1
F	18,5
Istruzione*	
bassa	9,0
alta	18,9

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

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

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi)
ASL di Terni - PASSI 2006

- Nell'ASL di Terni solo il 23,5% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le donne e le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono in maggior percentuale di essere state informate.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 38% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Tabella 37

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

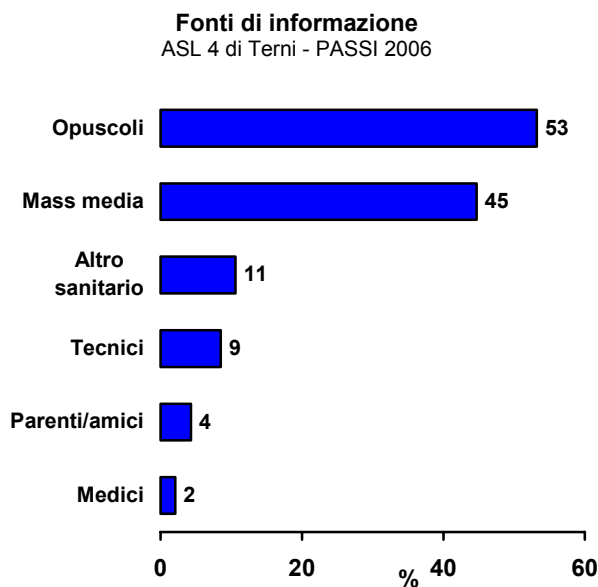


Figura 58

Alcuni confronti:

Il counselling nella ASL 4 è il più alto fra le 4 Aziende umbre.

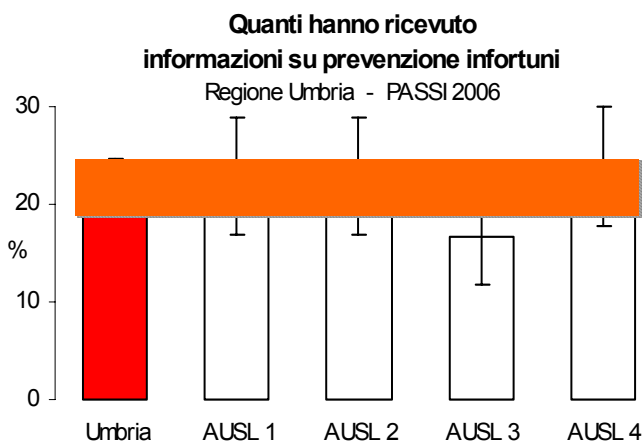


Figura 59

Conclusioni e raccomandazioni

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

Si evidenzia, ciononostante, la necessità di una maggiore attenzione al problema, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, sarà in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Cap. 12 La salute mentale

Il disagio mentale in Umbria e nella ASL 4 viene documentato tramite gli interventi dei centri di salute mentale. Da qui si denota come ci sia un interesse crescente verso le patologie psichiatriche; dal 1999 ad oggi sono diminuiti gli utenti che hanno effettuato una prima visita mentre sono aumentati quelli seguiti dai centri, sono inoltre aumentate e sicuramente meglio strutturate le terapie psicologiche e gli interventi con i familiari. Il trend è simile a quello nazionale.

Sintomi di depressione

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

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

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

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Nell'ASL di Terni il 20,5% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, 2 sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.
- Se a queste persone si aggiungono quelle che hanno riferito anche uno solo dei due sintomi, si rileva che il 31% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nell'arco dei 12 mesi precedenti l'intervista.

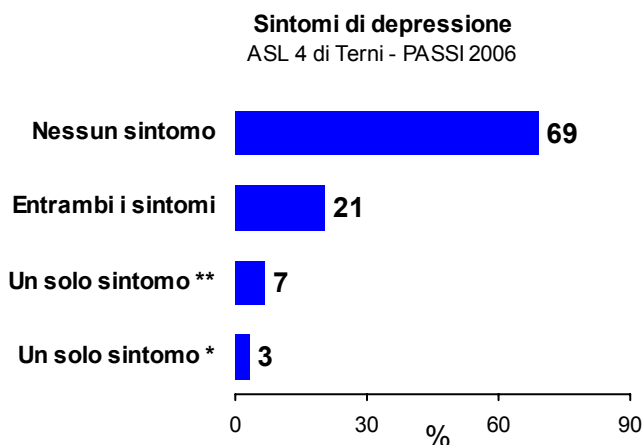


Figura 60

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione

ASL 4 di Terni - PASSI 2006 **n = 60 ***

- Su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte ad un medico risulta del 25%.
- Fra chi riferisce entrambi i sintomi, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico arriva solo al 31%, praticamente una persona su tre.

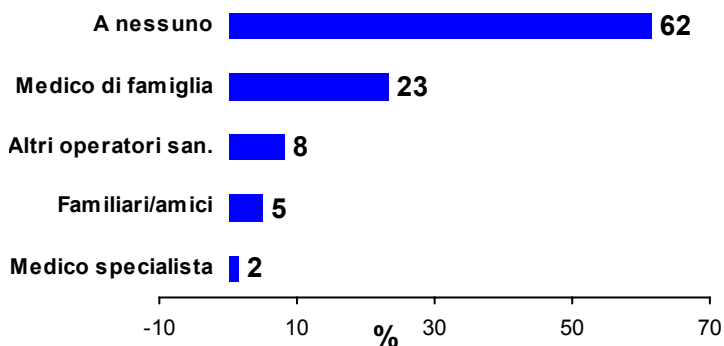


Figura 61

* persone che riferiscono anche uno solo dei due sintomi di depressione: cioè che ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose e/o si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Tra chi ha sintomi di depressione, quanti assumono farmaci?

- Sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 23% ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.
- Se consideriamo solo coloro che riferiscono entrambi i sintomi, la proporzione di persone che assume farmaci sale al 32%.

Tabella 38

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico
ASL4 Terni - PASSI 2006 n =13

Persone con almeno un sintomo	% tra chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi
Totale	22,8
Entrambi i sintomi	31,6
Un solo sintomo *	7,1
Un solo sintomo **	0,0

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

Alcuni confronti:

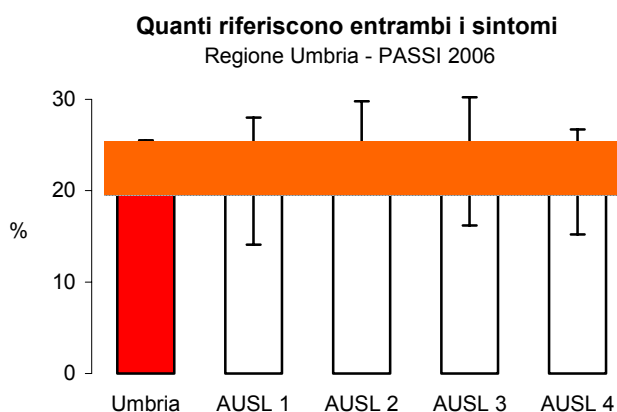


Figura 62

Conclusioni e raccomandazioni

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

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino una notevole fetta della popolazione in studio, con una distribuzione non omogenea: sono stati infatti evidenziati gruppi con caratteristiche socio-demografiche a maggior rischio.

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

Cap. 13 la salute della donna e del bambino

La salute femminile, come sempre più diffusamente affermato, ha una sua specificità di genere per delle tematiche che si declinano principalmente al femminile: malattie cardiovascolari (ritenute erroneamente solo appannaggio del sesso maschile), oncologia (oltre ai tumori del seno e del collo dell'utero il tumore del polmone è in rapido aumento a causa del fumo di sigarette), malattie neurodegenerative (la demenza Alzheimer colpisce dopo i 65 anni prevalentemente le donne), patologie psichiche (tipicamente i disturbi del comportamento alimentare delle giovani donne), malattie a trasmissione sessuale. Le tematiche riproduttive (infertilità, fecondazione medicalmente assistita, la gravidanza, il parto, la menopausa) influenzano fortemente la qualità della salute della donna e del suo vissuto. In particolare, l'assistenza in gravidanza e durante il parto influenzano il benessere e la salute materna e neonatale.

In questo primo profilo di salute si riportano aspetti fondamentali dell'assistenza alla donna durante il percorso nascita; i dati sono estratti dal rapporto CEDAP 2004 compilati nei Punti Nascita della ASL 4 (Ospedale di Narni Amelia, Ospedale di Orvieto, Azienda Ospedaliera di Terni) e dai risultati dell'indagine ISS (indagine conoscitiva sul percorso nascita) di Michele Grandolfo, Serena Donati e Angela Giusti (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità).

I dati sono stati raccolti mediante questionario somministrato a 486 donne residenti nella regione Umbria.

Alcune caratteristiche socio demografiche delle donne in gravidanza e partorienti nella provincia di Terni:

- l'età media delle madri al primo parto è 29,8 anni e l'età media di tutte le madri è 31,5 anni.
- l'86,5% delle madri ha cittadinanza italiana e il 13,5% ha cittadinanza straniera.
- il 29,8% delle madri ha una scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore.

13.1 Assistenza in gravidanza: (fonte dati ISS e CEDAP)

Il 70% delle donne intervistate si fa seguire privatamente da ginecologi: 52,5% da ginecologi che lavorano in ospedale; il 17,5% si rivolge ai ginecologi delle strutture pubbliche.

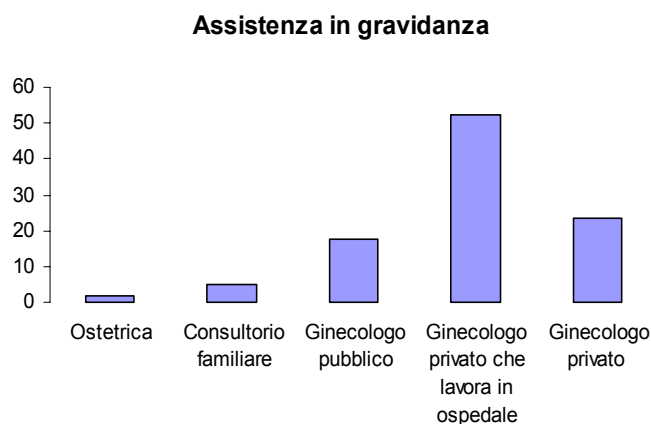


Figura 63

Il 50,9% del campione intervistato riferisce di aver seguito un corso di preparazione al parto. Oltre il 90% delle donne che hanno partecipato ai corsi di preparazione al parto sono state informate sull'allattamento al seno.

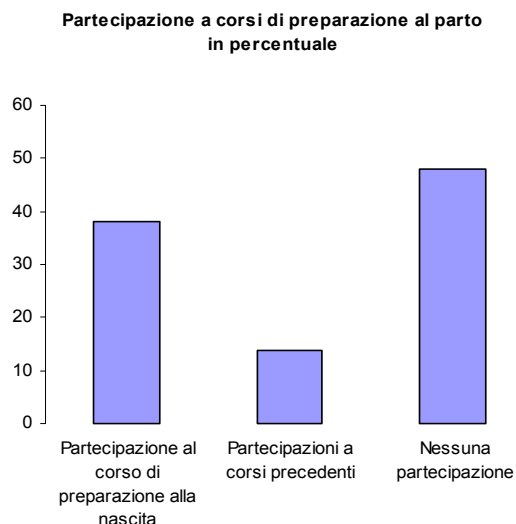
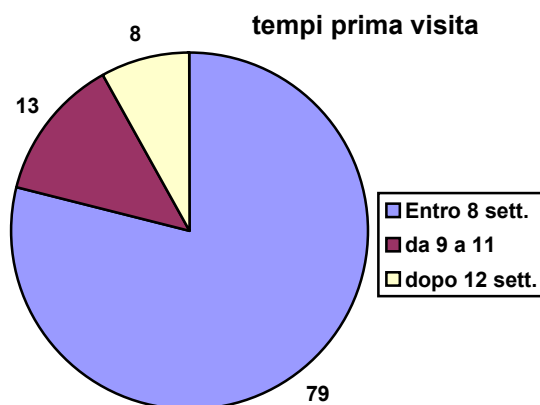


Figura 64

In base ai dati Cedap il 79% delle donne ha effettuato una prima visita entro l' 8° settimana di gravidanza, il 13.2% dalla 9° all' 11° settimana, 8.1% dopo la 12° settimana. L' 88% delle donne effettua più di 4 visite di controllo durante la gravidanza.

Figura 65



Il numero medio di **ecografie** effettuate è pari a 6 e superiore rispetto alle 3 ecografie consigliate. Emerge anche che il 2 % delle donne non ha effettuato alcuna ecografia ed il 2,2% ha effettuato solo 1 o 2 ecografie.

Si rileva inoltre che

- le donne con bassa scolarità eseguono un numero medio di ecografie (5.8) lievemente inferiore rispetto a quelle con scolarità più alta (6.2);
- le donne straniere eseguono un numero medio di ecografie (4.2) inferiore a quello delle donne italiane (6.1).

13.2 Assistenza al parto, fonte dati CEDAP 2004

Nei Punti Nascita della Provincia di Terni si sono verificati 1983 parti: 1032 nell'Azienda Ospedaliera Terni, 576 a NARNI e 375 ad ORVIETO. Nel 69% il parto avviene nel **punto di nascita di riferimento** rispetto alla residenza della madre; il valore più alto (74%) riguarda le donne residenti ad Orvieto, il numero più basso (60%) le residenti del Distretto Narni/Amelia. Il 26 % dei parti ha avuto luogo in altri Punti Nascita dell'Umbria ed il 5% fuori regione.

L'analisi della **modalità del parto** indica che, complessivamente, nei punti nascita provinciali il 62% dei parti avviene per via vaginale ed il 34% con parto cesareo, valore superiore alla media regionale del 31% e più che doppio rispetto al valore raccomandato dall'OMS.

Il taglio cesareo rappresenta una procedura potenzialmente soggetta a sovrautilizzo; pertanto, una riduzione del ricorso al TC nelle donne a basso rischio costituisce un obiettivo prioritario per migliorare la qualità dell'assistenza al parto e per promuovere l'approccio fisiologico ed umanizzato al parto ed alla nascita, oltre al benessere materno e neonatale.

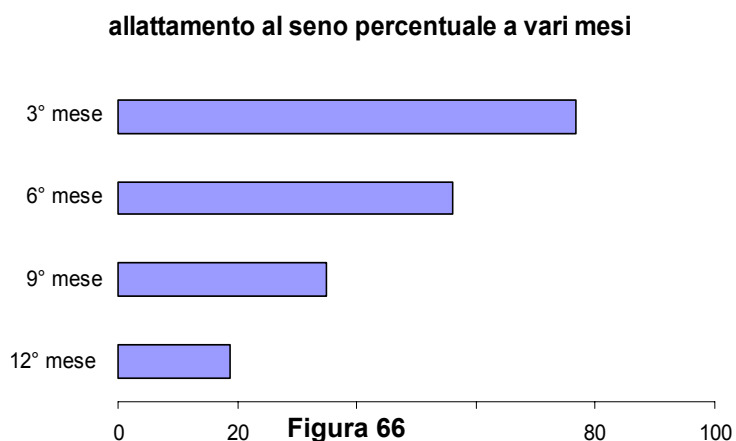
L'analisi dell'età gestazionale al parto e del peso alla nascita indicano che le **gravidanze ed i parti a rischio** vengono centralizzati nei punti nascita con un'assistenza neonatale intensiva: nell' Azienda Ospedaliera di Terni l' 8.6% dei nati è pretermine (< 37 settimane di gestazione) ed il 7.1% ha un peso inferiore a 2500 g; valori più che raddoppiati rispetto ai punti nascita territoriali, dove le nascite pretermine sono state il 3.2 % ed i nati < 2500 g il 2.8%.

L'**allattamento** precoce ed esclusivo al seno contribuisce in modo sostanziale al benessere ed alla salute della madre e del bambino e deve essere promosso durante la gravidanza ed iniziato appena dopo il parto.

Il 62,6% delle donne ha eseguito un allattamento completo al seno almeno fino a 3 mesi e, fino ad oltre il sesto mese, il 23,3%.

I bambini svezzati entro il 4° mese sono stati 24,5% e dopo il 5° mese il 40,1%.

Allattano meno le donne che hanno avuto un parto cesareo o un parto pretermine. La pratica dell'allattamento è più diffusa tra le donne che partecipano ai corsi di preparazione al parto.



Per migliorare l'assistenza alla donna ed al bambino l'azienda continua a perseguire prioritariamente i seguenti **obiettivi**:

- incrementare l'attività dei consultori, promuovere la partecipazione delle donne e dei loro partners ai corsi di preparazione al parto,
- favorire il parto fisiologico e ridurre il ricorso al parto cesareo,
- promuovere l'allattamento al seno;
- superare le disuguaglianze sociali per l'accesso ai servizi con attenzione particolare alle donne immigrate.

Cap.14 Stili di vita e fattori di rischio della popolazione:

14.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (18 – 69 anni)

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità. Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, body mass index - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI ≥ 30). Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è oramai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'ASL di Terni il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 36% sovrappeso ed il 10% obeso.

Situazione nutrizionale della popolazione
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

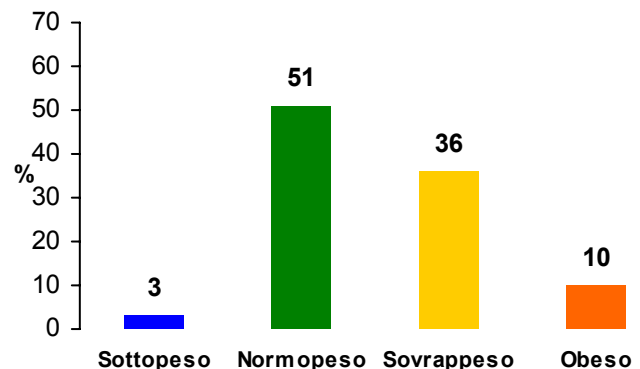


Figura 67

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Solo nella categoria degli obesi si constata una perfetta coincidenza (100%).
- L'85% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con l'IMC; per le persone in sovrappeso scende al 54%.

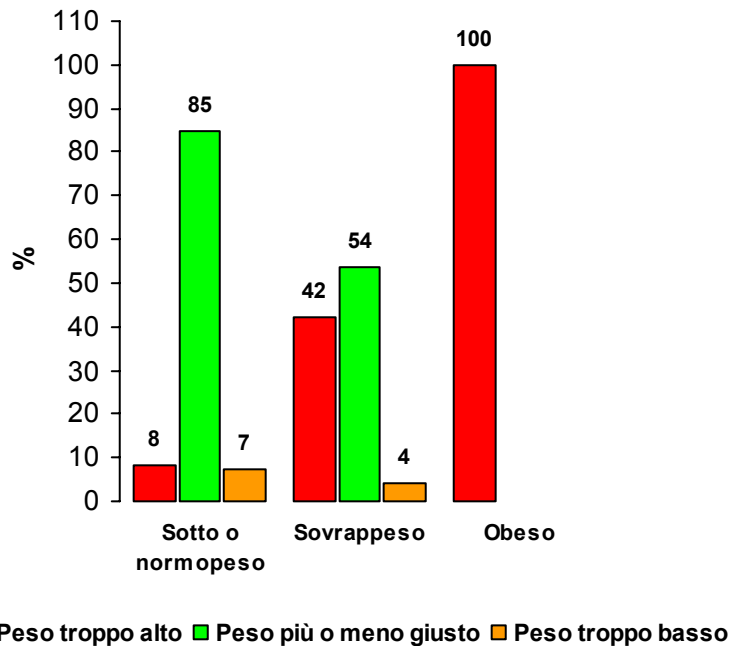


Figura 68

Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASL 4 di Terni - PASSI 2006 n=200

- Nell'ASL di Terni mediamente l'80% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione giusta per la propria salute e, più in dettaglio, il 84% nel gruppo dei normopeso, il 81% in quello dei sovrappeso ed il 53% in quello degli obesi.

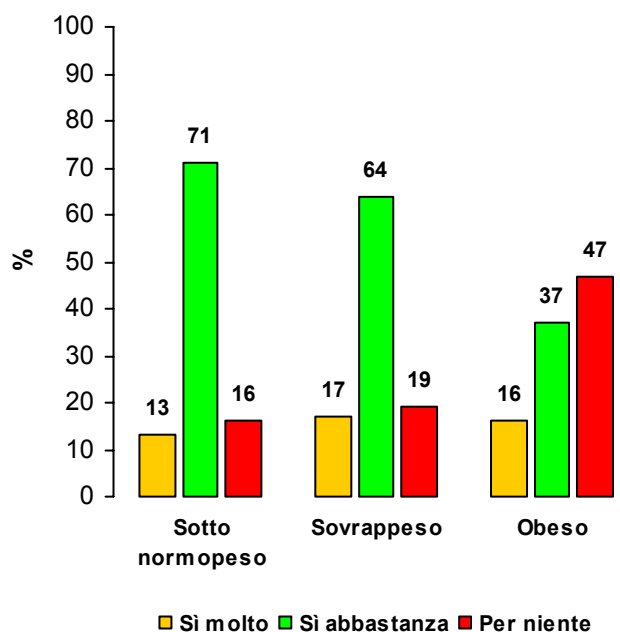


Figura 69

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

Attuazione della dieta in rapporto al consiglio dell'operatore sanitario ASL 4 di Terni - PASSI 2006 n=91

- Nell'ASL di Terni il 45% delle persone in sovrappeso e il 75% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Il 55% delle persone sovrappeso e il 47% di quelle obese segue una dieta per perdere peso. Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare positivamente l'attuazione della dieta (47% vs 8% nei sovrappeso e 27% vs 20% negli obesi).

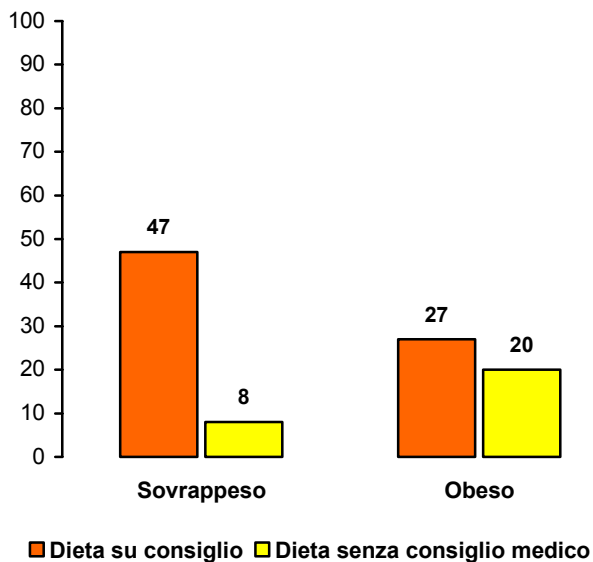


Figura 70

Il consiglio di perdere peso ha una forte influenza nella classe dei sovrappeso (POR= 10, p=0,0004) mentre il test non è significativo nella classe degli obesi

Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

Nella tabella che segue vengono riportati dei dettagli sui quattro cambiamenti principali osservati.

Le donne hanno riferito una tendenza maggiore degli uomini alla riduzione di carboidrati e all'aumento di frutta e verdura.

Caratteristiche demografiche	Meno alcool	Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno sale
Totale	8,5 (IC 95%5,0-13,3)	26,1 (IC 95%20,2-32,8)	22,5 (IC 95%16,9-28,9)	20,5 (IC 95%15,1-26,8)
Età, anni				
18 – 24	31,6	10,5	15,8	10,5
25 – 34	20,9	30,2	25,6	16,3
35 – 49	33,8	26,5	23,5	20,6
50 – 69	27,1	27,5	21,4	25,7
Sesso				
M	22,2	25,2	17,6	19,4
F	35,9	27,2	28,3	21,7
Istruzione *				
bassa	29,2	24,7	22,5	25,8
alta	27,9	27,3	22,5	16,2

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

Risulta essere significativa la differenza nei sessi sulla riduzione dei carboidrati, $p=0,03$

Tabella 39

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

- Nell'ASL di Terni il 99,5% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 4,5% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se oltre il 40% mangia da 2 a 3 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone fra i 35 e i 49 anni. Non si osservano invece differenze rilevanti per sesso.
- L'assunzione di frutta e verdura è maggiore nelle persone con istruzione alta.

Tabella 40

Consumo di frutta e verdura	
ASL 4 di Terni - PASSI 2006 n=200	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day"* (%)
Totale	4,5% (IC95%:2,1-8,4)
Età	
18 - 34	4,8
35 - 49	5,9
50 - 69	2,9
Sesso ^	
uomini	4,6
donne	4,3
Istruzione**	
bassa	3,4
alta	5,4

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

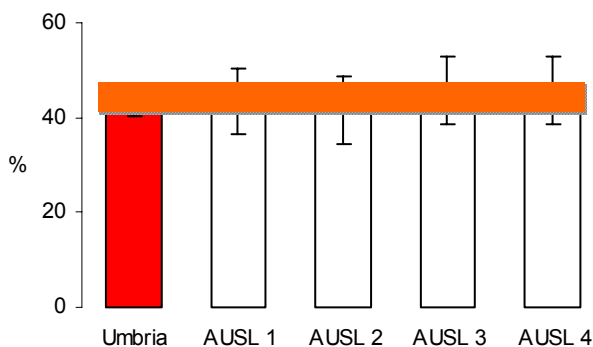
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

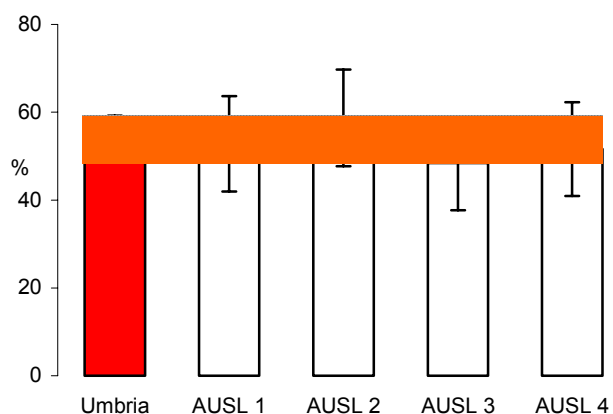
Alcuni confronti:

Figura 71

Eccesso ponderale
Regione Umbria - PASSI 2006



Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Regione Umbria - PASSI 2006 N=349



14.2 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari (Bambini scuola primaria – 3° elementare) anno 2007

Nella nostra Provincia, con uno studio trasversale condotto con l'ISS di Roma abbiamo rilevato, utilizzando il valore di Indice di massa corporea o **IMC**, che un bambino su 3 è in sovrappeso o obeso

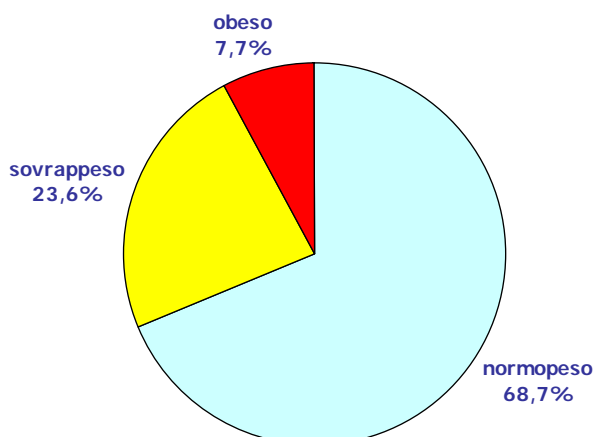
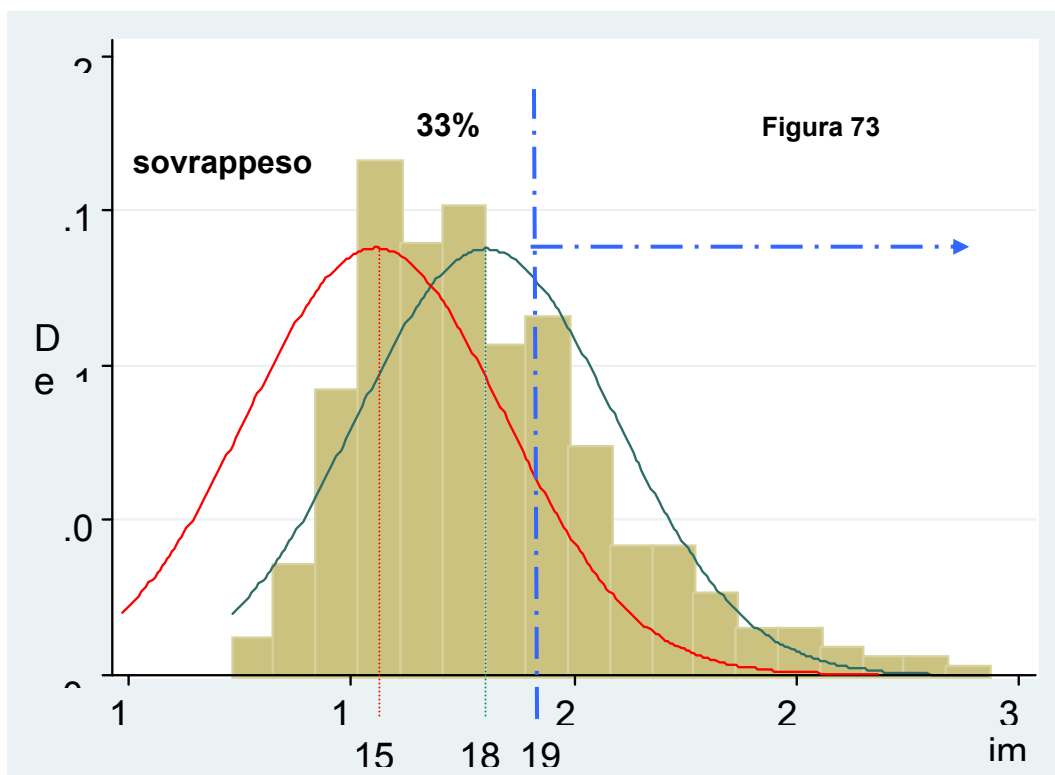


Figura 72



La curva verde è quella dello studio "API" e quella rossa è la curva di riferimento Cole e Bellizzi; è evidente lo spostamento verso il sovrappeso dell'intera popolazione.

I fattori di rischio, in estrema sintesi, che sono scaturiti dallo studio sono molto interessanti e confermano alcune ipotesi della letteratura internazionale.

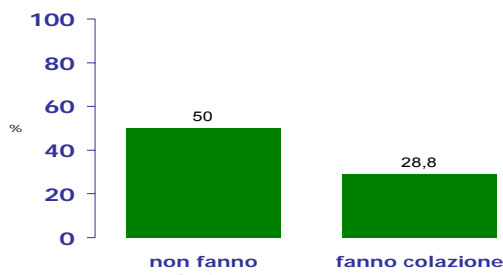
Vengono riportate solamente le differenze statisticamente significative e si sono evidenziate delle importanti informazioni per il sistema sanitario ai fini della prevenzione primaria:

- L'11% dei bambini non fa la prima colazione, questo rappresenta un fattore di rischio;
- La maggior parte dei bambini introduce un eccesso calorico alla seconda colazione (rif. INRAN);
- Il 42% dei bambini fa attività fisica insufficiente (almeno un'ora al giorno);
- Solo un bambino su 5 va a scuola a piedi o in bicicletta;
- I bambini che vedono la televisione di pomeriggio hanno un rischio significativamente maggiore rispetto agli altri di essere in sovrappeso;
- I bambini che fanno scarsa attività fisica hanno un rischio significativamente maggiore di essere in sovrappeso.

Lo studio ha permesso di testare un sistema semplice, non dispendioso per le ASL, e molto utile per la programmazione degli interventi sanitari.

La colazione e ... il peso

Percentuale dei bambini sovrappeso/obesi



Chi non fa colazione ha un rischio quasi doppio di essere sovrappeso/obeso rispetto a chi la fa

Figura 74

Attività fisica e bambini obesi e in sovrappeso

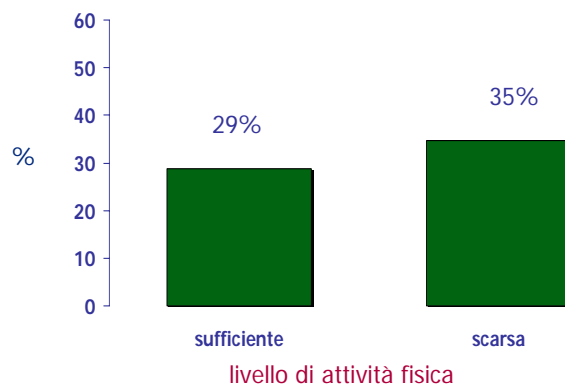


Figura 75

TV nel pomeriggio e bambini in sovrappeso e obesi

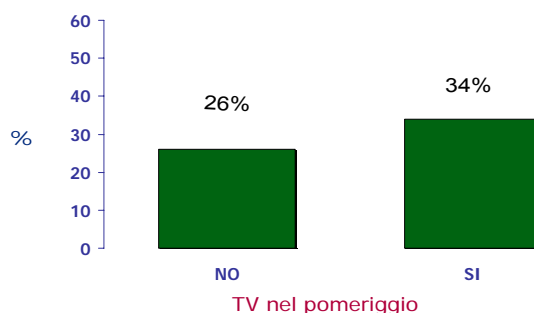


Figura 76

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL di Terni l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente il 50% dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto 1 persona obesa su 2 considera la propria alimentazione non idonea. Le misure di prevenzione individuali dell'obesità, l'esercizio fisico e una dieta, sono praticate rispettivamente solo dal 60% e dal 29% delle persone sovrappeso.

La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, oltre il 45% ne assume oltre 3 porzioni, anche se solo 1 persona su 20 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati mostrano che è necessario promuovere una maggiore consapevolezza nella popolazione del valore della prevenzione. L'ASL dovrà operare per migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione in favore della prevenzione con interventi di promozione sanitaria di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendo l'evoluzione della situazione nutrizionale e delle abitudini alimentari.

Devono essere messe in atto delle misure anche per la prevenzione del fenomeno in età scolare; in letteratura esistono varie revisioni sugli interventi evidence based.

14.3 Attività fisica

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

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

Per lo Studio PASSI, uno schema di classificazione internazionale (IPAQ) basato sulla frequenza e la durata della attività fisica vigorosa e moderata e del camminare viene utilizzato per suddividere la popolazione in tre gruppi: buono, moderato, e scarso o assente. Le persone che fanno almeno un'ora al giorno di attività moderata o vigorosa o che camminano a lungo vengono classificate come impegnate in buoni livelli di attività fisica; chi effettua almeno mezz'ora di attività moderata o vigorosa in più giorni è classificato come impegnato nei livelli moderati. Il resto della popolazione viene classificato nella categoria "scarsa" o "assente".

È importante che i medici raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) si sono infatti dimostrati utili nell'incrementare l'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti attivi fisicamente?

- Nell'ASL 4 di Terni il 41% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica; il 34% svolge una moderata attività fisica; il restante 25% non svolge affatto attività fisica o comunque ne fa troppo poca.

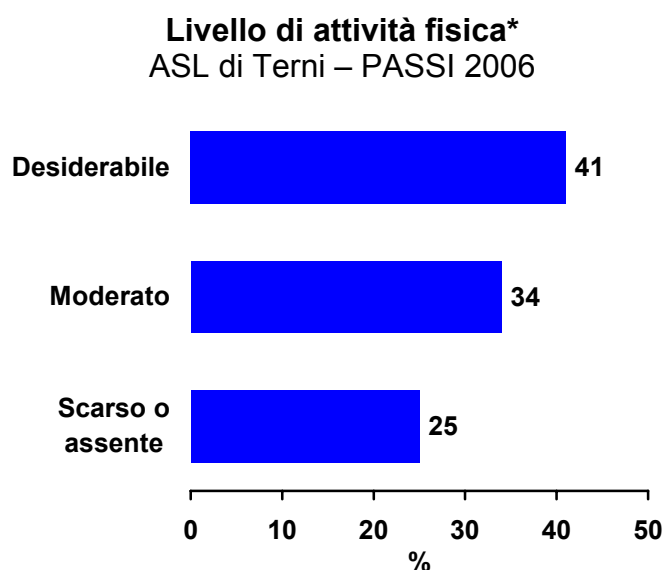


Figura 77

* **buono**: fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; **moderato**: almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti **scarso o assente**

Chi resta seduto molte ore?

- Il 24% della popolazione riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno, e un altro 16% sta seduto per almeno 4 ore.
- Tra i 18-34enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore sale al 32%; i valori corrispondenti per i 35-49enni e i 50-69 enni sono rispettivamente 29% e 11%.
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 33% sta seduto più di 6 ore mentre per il gruppo con un basso livello di istruzione il valore corrispondente è 12%.
- Non ci sono differenze significative tra uomini e donne rispetto a questa caratteristica.

Ore trascorse rimanendo seduti
ASL 4 di Terni – PASSI 2006

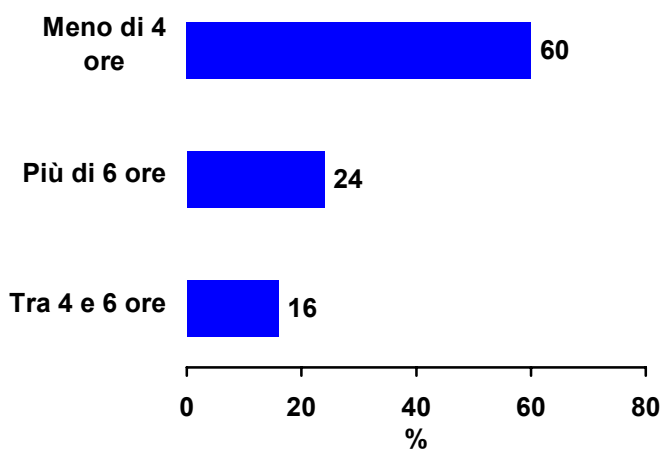


Figura 78

Alcuni confronti:

Non esistono differenze significative fra le 4 ASL della Regione

Persone che fanno poca o nessuna attività fisica.
Regione Umbria – PASSI 2006

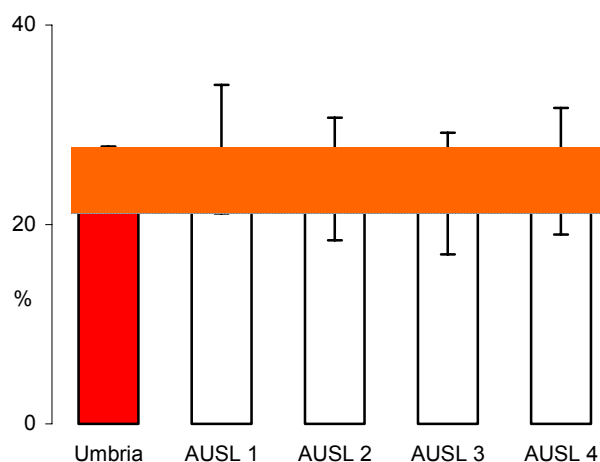


Figura 79

14.4 Attività fisica dei bambini:

- L'attività fisica regolare nell'infanzia:
 - migliora la forza, la resistenza e la coordinazione
 - favorisce il sano sviluppo osseo e muscolare
 - favorisce il controllo del peso
 - riduce l'ansia e lo stress
 - aumenta l'autostima.
- L'attività motoria costante in giovane età aiuta a porre le basi per essere un adulto sano
- Si consiglia nei bambini un'attività fisica della durata di almeno 60 minuti al giorno.

Come vanno a scuola i bambini nella ASL di Terni (studio API 2007)

Solo un bambino su 5 va a scuola a piedi o in bicicletta

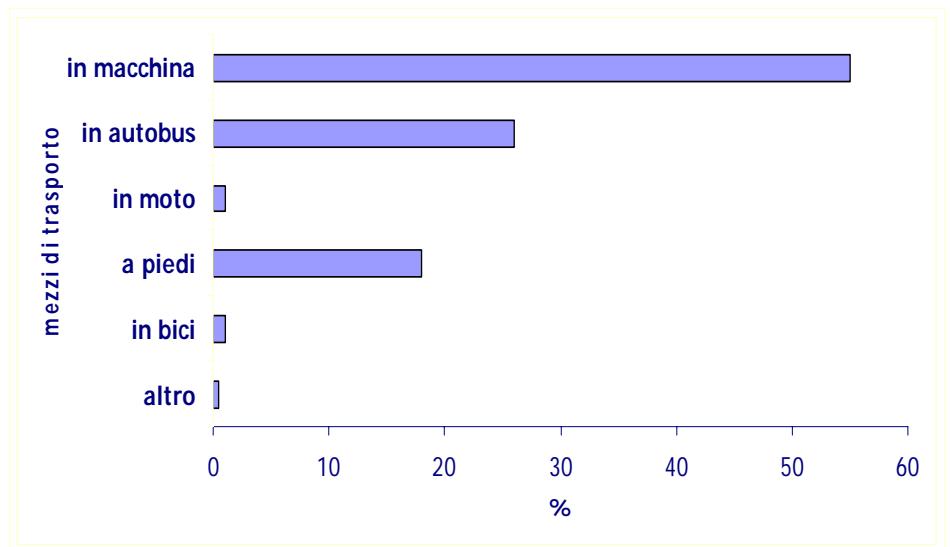


Figura 80

Numero di giorni a settimana di attività sportiva extrascolastica

Il 24% dei bambini non fa attività sportiva extrascolastica

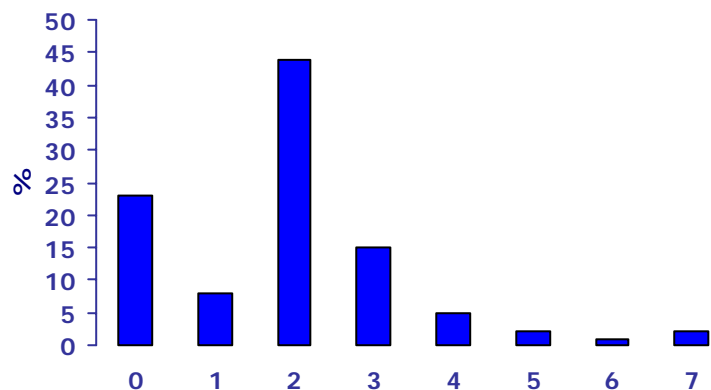


Figura 81

Punteggio dell'attività fisica extra-scolastica

Ipotesi di calcolo di un punteggio

- 1 punto per ogni giorno di attività sportiva
- +
- 1 punto a chi va a scuola in bici o a piedi
- +
- 1 punto a chi ha giocato all'aperto di pomeriggio

	Categorie
Da 0 a 2 punti:	Insufficiente
3 o più punti:	Sufficiente

Il 42% dei bambini fa attività fisica insufficiente

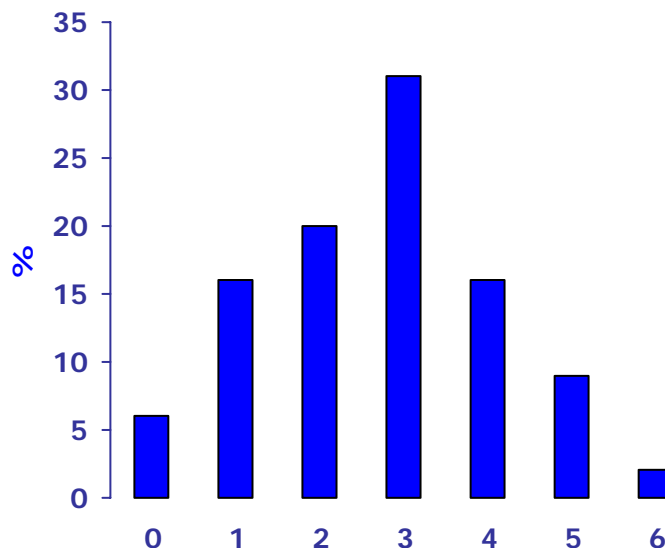


Figura 82

Comportamenti sedentari:

Uso dei videogiochi per sesso %

	M	F
<i>pomeriggio</i>	70	30
<i>sera</i>	79	21
<i>totale</i>	43	17

Tabella 41

Uso della televisione per sesso %

	M	F
<i>mattina</i>	50	50
<i>pomeriggio</i>	58	42
<i>sera</i>	58	42

I maschi sono molto attratti dai videogiochi

L'uso della televisione è più o meno uguale fra maschi e femmine

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nell'ASL di Terni il 41% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 25% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La frazione di popolazione che non svolge esercizio fisico o comunque non ne fa abbastanza è più alta tra le persone che ne beneficerebbero di più (obesi o in sovrappeso, ipertesi, ipercolesterolemici, depressi).

Circa un quarto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è meno diffusa tra i 18-34enni e tra le persone con livello basso di istruzione. Gli altri gruppi dovrebbero godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti a sostenere l'attività fisica nella popolazione.

Gli operatori sanitari promuovono ancora relativamente poco l'attività fisica ma soprattutto non esercitano un controllo sull'effettivo svolgimento della stessa.

Il problema nei bambini è ancora più rilevante, sono troppo sedentari. Gli interventi devono avvenire in modo coordinato con i vari soggetti interessati, non prescindendo da una sinergia con i nutrizionisti.

14.5 Abitudine al fumo

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

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

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

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

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nell'ASL di Terni i fumatori sono pari al 32%, gli ex fumatori al 18%, e i non fumatori al 50%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (36% versus 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (59% versus 41%).

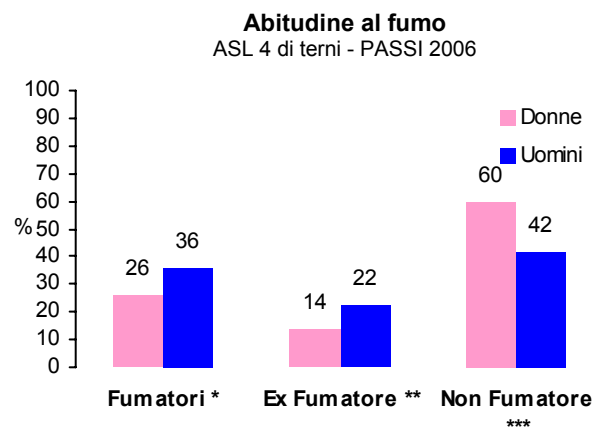


Figura 83

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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età intermedie, tra gli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- In media si fumano circa 15 sigarette al giorno.

Tabella 42

		Fumatori	
		ASL 4 di Terni - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*	
Totale		31,7 (IC95%25,3-38,6)	
Età, anni	18 - 24	21,1	
	25 - 34	35,7	
	35 - 49	33,8	
	50 - 69	30,0	
	Sesso ^	M	36,1
	F	26,4	
Istruzione**	bassa	29,5	
	alta	33,3	

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

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; *le differenze risultano statisticamente significative per sesso e classi di età.*

[^] *le differenze risultano statisticamente significative (p=0,04)*

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

% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori)

ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nel 69% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

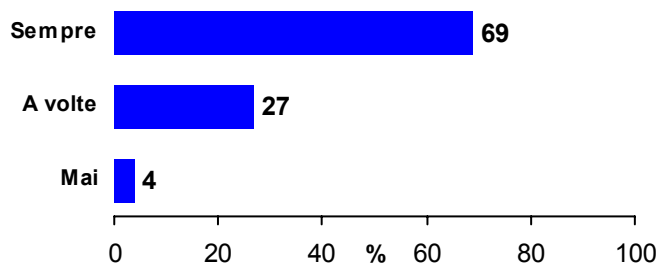


Figura 84

Alcuni confronti:

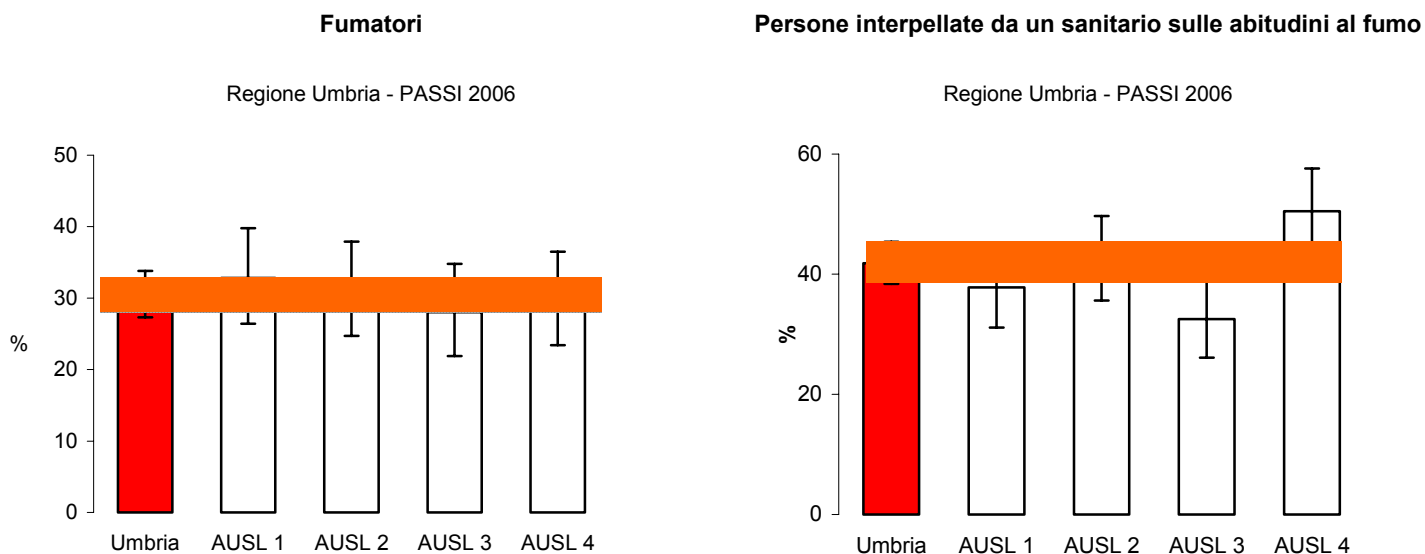


Figura 85

Nella ASL 4 viene effettuato un buon counselling sull'abitudine al fumo

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL di Terni l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza tra le classi intermedie, specialmente nella classe d'età dei 25 - 34enni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

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

Il fumo nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici. Alcuni degli indicatori utilizzati nel PASSI sono sufficientemente sensibili al cambiamento da poter essere utilizzati nella sorveglianza dell'abitudine al fumo nelle aziende sanitarie.

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

14.6 Consumo di alcol

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

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

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

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

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 12% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 7% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 4% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese, almeno una volta, 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

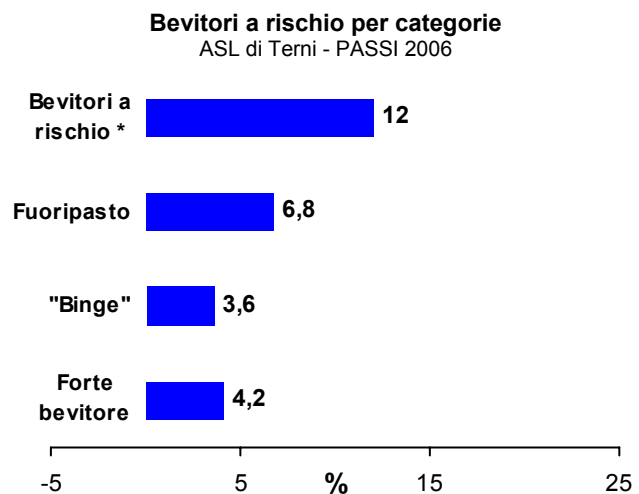


Figura 86

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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

Tabella 43

Bevitori “binge”
ASLdi Terni - PASSI 2006

Il consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani e negli uomini; risulta anche significativa la differenza riguardo il livello di istruzione.

Caratteristiche demografiche		Bevitori “binge” (n=7)
Totale		3,6 (95% CI 1,4-7,2)
Età, anni	18 - 24	5,3
	25 - 34	4,7
	35 - 49	4,5
	50 - 69	1,5
Sesso	M	5,7
	F	1,1
Istruzione**	bassa	1,1
	alta	5,5

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

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze non risultano statisticamente significative.

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

Nell'ASL di Terni solo il 13% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico solo il 14% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

Alcuni confronti

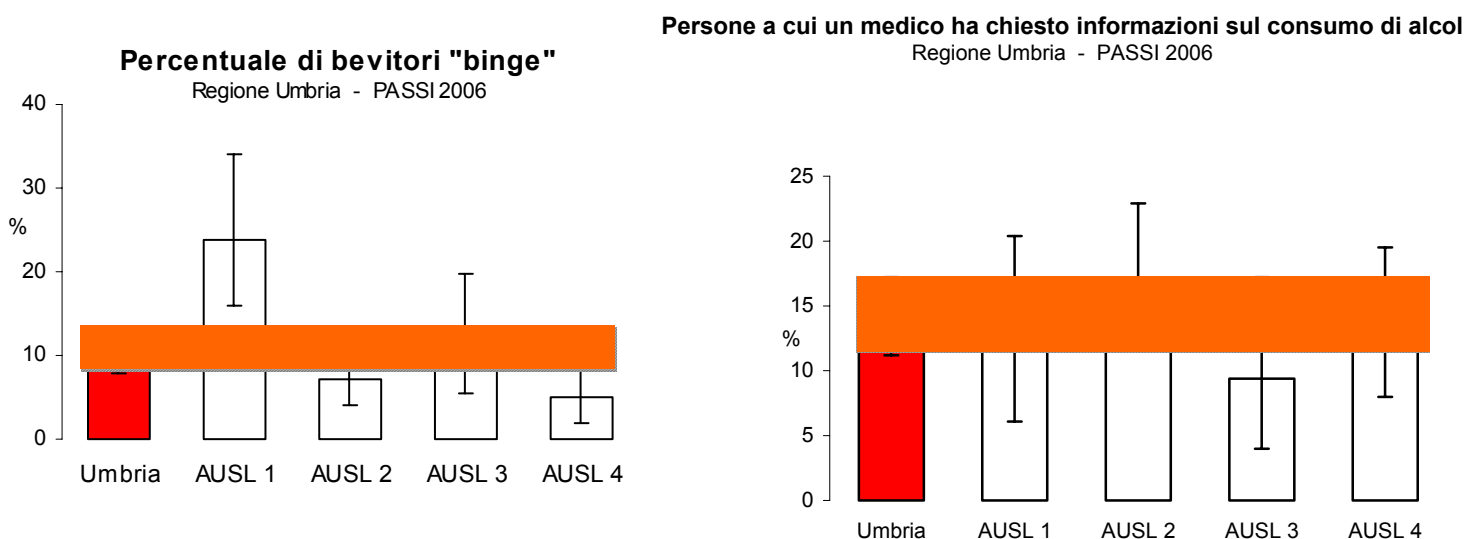


Figura 87

Nella ASL 4 il consumo "binge" di alcool è più basso delle altre ASL regionali

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL di Terni si stima che oltre i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed un sesto circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

L'indagine dimostra che gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

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

Il counselling degli operatori sanitari si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentali relativi agli stili di vita.

Sarebbe opportuno strutturare tale attività e monitorarla adeguatamente nel tempo.

Lo studio PASSI è riuscito a misurare degli indicatori che si sono dimostrati utili, in altri contesti, per monitorare il cambiamento nel tempo di questo fattore di rischio.

14.7 Rischio cardiovascolare

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari. Dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità sono i principali fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali patologie.

Indagare sulla diffusione di queste patologie nella popolazione è di fondamentale importanza in considerazione della possibilità di effettuare interventi di Sanità Pubblica che possano determinare variazioni negli stili di vita delle persone, riducendo così l'impatto dei fattori di rischio che portano alle patologie cardiovascolari.

In questa sezione dello studio PASSI si va ad indagare l'ipertensione, l'ipercolesterolemia ed il calcolo del punteggio cardiovascolare.

14.7.1 Ipertensione arteriosa

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

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'aumento dell'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione richiedano anche un trattamento farmacologico.

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Tabella 44

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

- Nell'ASL di Terni il 90% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'1,5% più di 2 anni fa, mentre l' 8,5% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	90,0 (IC95%85-93,8)
Età, anni	
18 - 34	83,9
35 - 49	88,2
50 - 69	97,1
Sesso*	
M	91,7
F	88,0
Istruzione**	
bassa	89,9
alta	90,0

* le differenze non sono statisticamente significative

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

Quante persone sono ipertese?

- Nell'ASL di Terni il 20,5% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su due è ipertesa (47%). Non emergono differenze significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione anche se non statisticamente significativo.

Tabella 45

Caratteristiche delle persone con ipertensione
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	20,5 (IC 95%15,1-26,8)
Età, anni	
18 - 34	4,8
35 - 49	10,3
50 - 69	44,3
Sesso	
M	20,4
F	20,7
Istruzione**	
bassa	24,7
alta	17,1

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

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

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 76% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver ricevuto consigli, per controllare l'ipertensione arteriosa, di fare attenzione al consumo di sale (92,7%), controllare il proprio peso corporeo (53,7%) e svolgere regolare attività fisica (78%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa*
ASL di Terni - PASSI 2006

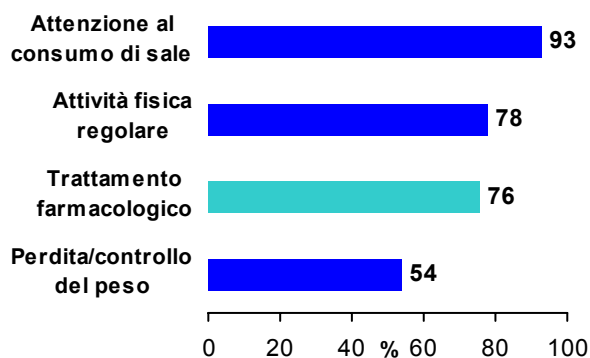


Figura 88

* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL di Terni si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, con un aumento proporzionale all'età.

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

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

14.7.2 Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica, sui quali è possibile intervenire efficacemente. Il rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in concomitanza della presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nell'ASL di Terni l'87,5% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, l'83% degli intervistati riferisce di essere stato sottoposto a misurazione della lipemia nel corso degli ultimi 2 anni, il 4,5% più di 2 anni fa, mentre il 12,5% non ricorda o non l'ha avuta.
- Il 79% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49 anni ed i 50-69 anni. Questa percentuale non si differenzia in modo significativo né per sesso né per livello di istruzione.

Tabella 46

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	%
Totale	87,5 (IC95%:82,1-91,7)
Età, anni[^]	
18 - 34	79,0
35 - 49	86,8
50 - 69	95,7
Sesso[^]	
M	83,3
F	92,4
Istruzione	
bassa	86,5
alta	88,3

[^] la differenza per classi di età e per sesso è statisticamente significativa.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 22% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi e per livello di istruzione.

Tabella 47

Ipercolesterolemici
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	21,7 (IC 95%15,8-28,6)
Età, anni[^]	
18 - 34	8,2
35 - 49	28,8
50 - 69	25,4
Sesso	
M	22,2
F	21,2
Istruzione^{**}	
bassa	22,1
alta	21,4

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

[^] le differenze risultano statisticamente significative

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

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 16% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- L'82% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 50% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 47% di controllare il proprio peso corporeo e il 71% di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico*
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

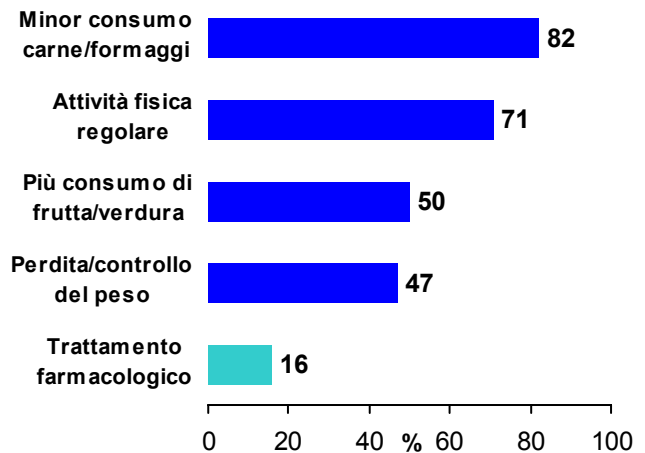


Figura 89

* ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

Nel 12% della popolazione fra 18 e 69 anni dell'ASL di Terni non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 22% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale ad oltre il 25% tra le persone di 35-49 e 50-69 anni.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio di counselling più standardizzato e più esteso alla popolazione con questi fattori di rischio.

14.8 Punteggio di rischio cardiovascolare

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

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

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

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

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

Tabella 48

% persone a cui è stato calcolato
il punteggio di rischio cardiovascolare
ASL4 di Terni- PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		%
Totale		18,4 (IC 95% 11,8-26,8)
Età, anni		
	40 - 49	9,1
	50 - 59	21,1
	60 - 69	28,1
Sesso		
	M	19,7
	F	17,0
Istruzione*		
	bassa	21,7
	alta	13,3

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

• Nell'ASL di Terni la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 18%.

• Non sono rilevabili differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.

Conclusioni e raccomandazioni

Il punteggio del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente calcolato da parte dei medici per la comunicazione del rischio individuale ai pazienti sia nell'ASL di Terni sia nelle ASL partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere utilizzato molto di più. Infatti, attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile per lui perchè può essere confrontato con quello calcolato nelle visite successive, permettendogli così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) come, d'altra parte, i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è, inoltre, un importante strumento per la comunicazione del rischio al paziente che avendo saputo dal medico da quali elementi viene estratto il valore numerico che si riferisce al suo livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere il dato seguendo le indicazioni del proprio curante.

Nella sorveglianza delle attività a favore della prevenzione cardiovascolare, la proporzione di persone cui è stato applicato il punteggio di rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile.

Cap. 15 La sicurezza alimentare

Rappresenta oggi uno dei punti cardine dell'attività di vigilanza, sia per la profonda modifica della normativa internazionale, sia perché la Regione Umbria ha fatto di questo settore uno dei principali da sviluppare tramite i Piani Attuativi Locali delle ASL. La A.S.L. n. 4 di Terni, nell'ambito degli obiettivi previsti dalla Regione Umbria, ha posto una particolare rilevanza alle problematiche inerenti la sicurezza alimentare nell'ambito delle attività di prevenzione.

15.1 I dati epidemiologici:

I due sistemi che ci forniscono dati certi per quanto riguarda le fonti di tossinfezioni in medicina umana sono il sistema di sorveglianza ENTER-NET che fa capo all'Istituto Zooprofilattico Umbria e Marche, sezione di Perugia, per quanto riguarda l'Umbria ed il sistema di sorveglianza delle malattie infettive SIMI dell'Istituto Superiore di Sanità. Il secondo sistema riporta solamente i dati relativi alle notifiche di Salmonellosi, Listeriosi, epatite A e, genericamente, diarrea infettiva.

Uno studio trasversale di sorveglianza chiamato con un acronimo "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ci ha fornito dei dati interessanti sui comportamenti domestici delle persone di età compresa fra i 18 e i 69 anni nelle 4 ASL della Regione e sull'incidenza delle diarree negli ultimi 12 mesi. La stima dell'incidenza e della prevalenza periodale delle forme enteriche è utilizzata in tutto il mondo (CDC di Atlanta per gli USA, in Australia, in Svezia, in Austria) come proxy per valutare in modo probabilistico le tossinfezioni alimentari (incrociando molte fonti dati) ma, soprattutto, la loro sottostima.

15.1.1 La salmonellosi

E' stata la zoonosi alimentare a maggiore diffusione in Europa nell'anno 2004 e la seconda dopo la Campilobacteriosi nell'anno 2005 (rapporto EFSA). I sierotipi più diffusi nell'infezione umana sono risultati la *Typhimurium* e l' *Enteritidis*.

Per l'Umbria i dati provengono dal sistema Enter-net che riporta tutti gli isolamenti di *Salmonella* spp. nella Regione provenienti dai laboratori di Ospedali pubblici e privati per le salmonellosi umane; dai laboratori dell'IZS Umbria e Marche, sez. di Perugia e Terni, e dai laboratori che effettuano l'autocontrollo per le matrici animali, alimentari e mangimi.

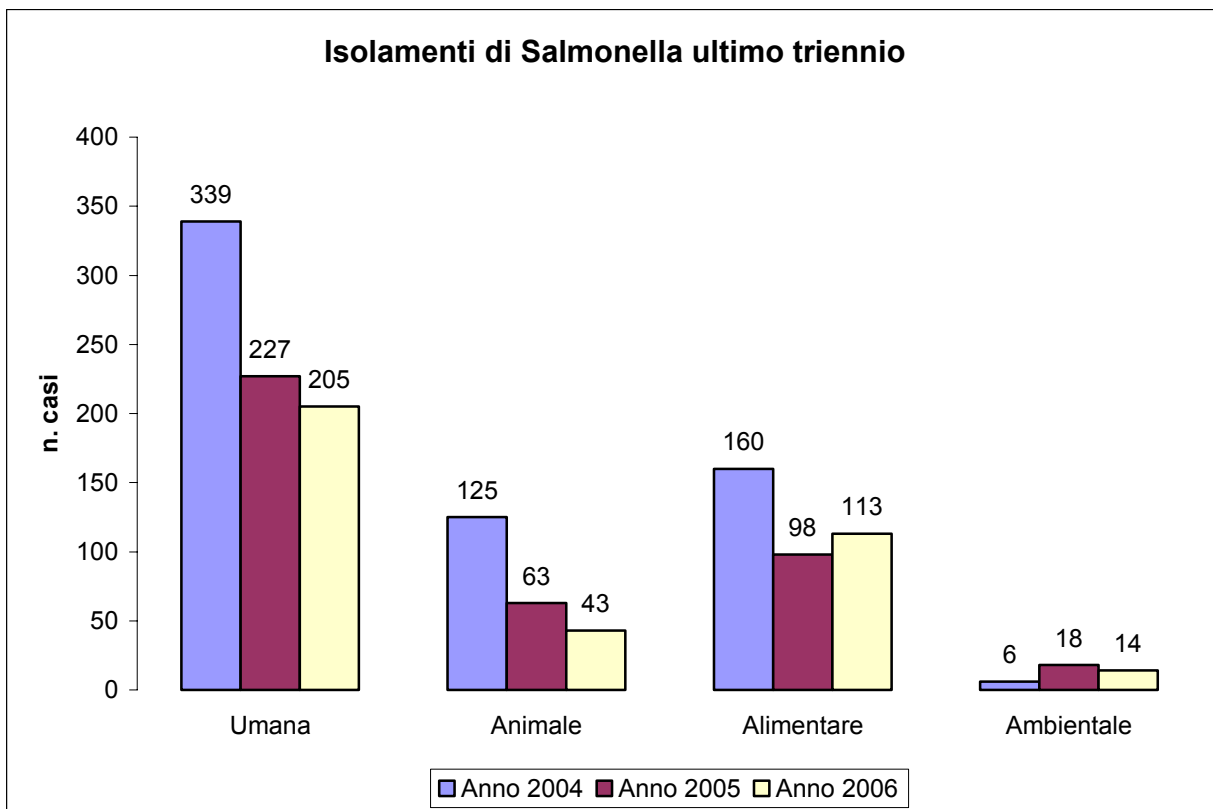


Figura 90

Si nota un notevole decremento degli isolamenti sia umani che da matrici animali, anche se nel 2006 si è evidenziato un leggero incremento rispetto all'anno 2005.

I sierotipi più isolati nell'uomo sono quelli sopra riportati (Typhimurium ed Enteritidis).

Nelle matrici alimentari e animali si isolano frequentemente altri sierotipi minori, fra i più frequenti ricordiamo la S. Derby, S. Newport, S. Infantis, S. Napoli soprattutto nell'Ospedale di Città di Castello.

Andando a vedere le classi di età più colpite, sicuramente la classe 1 - 5 anni è quella con il massimo numero di casi (oltre il 30%) ed è anche la classe di età che ha necessitato spesso del ricovero ospedaliero. E' colpita in modo relativamente minore (15% circa) la classe di età 6 - 14 anni e si nota una netta riduzione di casi nelle persone anziane oltre i 65 anni.

Nell'ambiente (tamponi, acque reflue, altro) sono isolati frequentemente i sierotipi Typhimurium, Enteritidis, Derby ecc.

Un fenomeno importante che è stato monitorato continuamente è l'antibiotico - resistenza, Come di consueto, i principi attivi verso cui le Salmonelle mostrano maggiore sensibilità risultano essere: cefalosporine, ciprofloxacina, gentamicina, in misura lievemente minore cefalotina e, in ambito veterinario, enrofloxacin, ceftazidime e colistina.

I ceppi con 4 o più resistenze sono rappresentati per la maggior parte da S. Typhimurium e dal nuovo sierotipo [O:4; H₁:i; H₂: -], in molti dei quali si osservano fino a 6 resistenze; si trovano ceppi multiresistenti anche in S. Bredeney, S. Derby, S. Bovismorbificans e S. Hadar.

I dati riportati nel grafico sono provenienti dal sistema SIMI dell'Istituto Superiore di Sanità; il sistema raccoglie le notifiche di malattia infettiva.

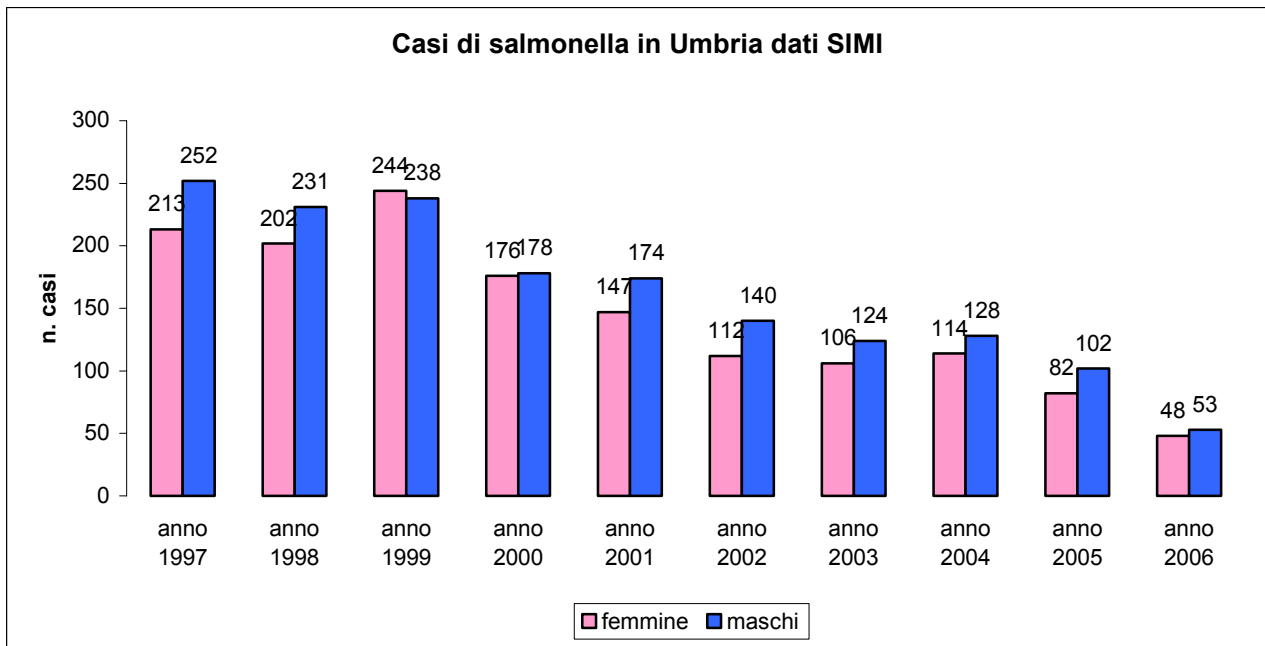


Figura 91

Facendo un'analisi di regressione lineare, ma anche ad una prima osservazione, si nota come, nell'ultimo decennio, i casi di salmonellosi umana abbiano subito un decremento graduale pari al 50% circa. E' stato utilizzato il periodo posteriore al 1997, anno in cui è entrato in vigore il D. L.vo 155/97 che imponeva l'Autocontrollo alle aziende alimentari.

Conclusioni:

Le salmonelle non tifoidee rappresentano ancora un pericolo per la sanità pubblica, anche se gli isolamenti umani hanno subito una notevole riduzione, soprattutto negli ultimi sette anni.

Sono ancora molto diffusi i due sierotipi principali (Typhimurium ed Enteritidis) ma dagli alimenti si isolano anche altre salmonelle minori.

La riduzione di isolamenti dalle matrici animali non è così marcata come quella dei casi umani.

Un fenomeno che desta notevole preoccupazione è l'isolamento sempre più diffuso di ceppi antibiotico-resistenti, soprattutto da focolai tossinfettivi.

Quindi non si può, al momento attuale, abbassare la guardia nei confronti di questo germe che rappresenta in Umbria la maggior causa di tossinfezioni alimentari.

15.1.2 Altri germi enteropatogeni

Vengono isolati sempre più altri germi enteropatogeni oltre alla salmonella. Un'importanza notevole sta assumendo da alcuni anni la presenza di *Campylobacter*, soprattutto del sierotipo *Jejuni* ed in modo minore del *Coli*, oltre ad altri sierotipi meno diffusi.

Anche la presenza di *Yersinia Enterocolitica* si rileva importante e conferma i dati rilevati dalla letteratura internazionale che propone questi due batteri come la principale causa di tossinfezioni a carattere emergente. Nell'ultimo rapporto (rif. anno 2005) dell'Agenzia Europea sulla Sicurezza Alimentare la Campilobacteriosi risulta la zoonosi a trasmissione alimentare più diffusa.

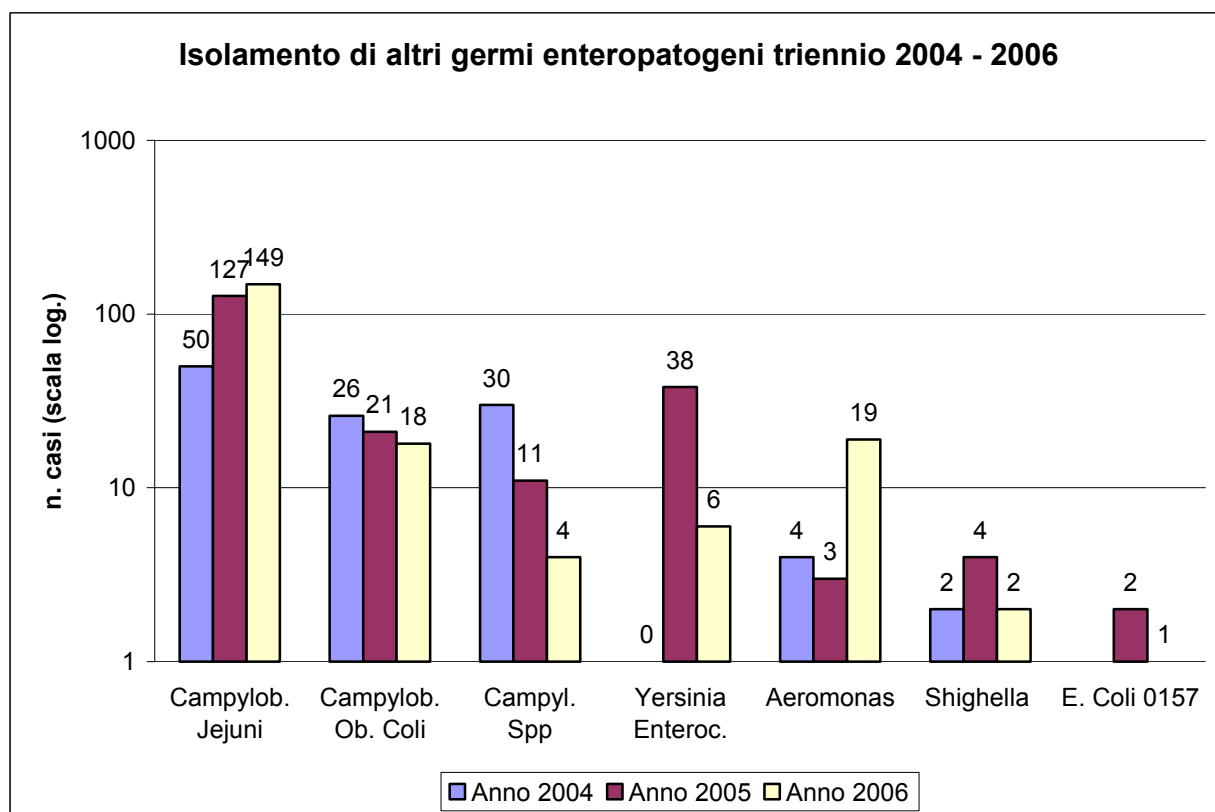


Figura 92

15.2 Prodotti di origine vegetale alla produzione primaria

I controlli sono svolti prevalentemente dal *Servizio di Igiene degli alimenti e nutrizione* ed anche, per quanto riguarda l'impiego di fitofarmaci in agricoltura, dal *Servizio di Igiene e Sanità pubblica*. Deve essere posta forte attenzione al rischio chimico, soprattutto presenza di residui in falde acquifere (il cadmio, ad esempio, rappresenta un grosso problema), o presenza di residui di fitofarmaci in produzione vitivinicole o di ortofrutta. E' stato visto dalla letteratura internazionale che dosaggi anche al di sotto dei limiti consentiti di sostanze ad azione antifungina (Vinclozolin, Procimidone, Iprodione, ecc.) esercitano attività anti - androgena con gravi effetti sul feto.

Esiste l'emergenza legata alla presenza in Sudan di spezie a base di peperoncino importate dall'India; sono stati effettuati molti controlli e riscontrate positività. Va quindi mantenuta alta la guardia in quanto il prodotto è cancerogeno a dosi bassissime, tanto è vero che non è stata valutata la dose minima accettabile.

15.3 Malattie virali trasmesse con gli alimenti

Sono diverse le patologie virali trasmissibili con gli alimenti e che non hanno dei sistemi attivi di sorveglianza per cui sono effettivamente poco conosciute da un punto di vista epidemiologico. Ricordiamo comunque i **rotavirus** ed i **coronavirus** con particolare riferimento ai **norovirus** che sono in grado di provocare infezioni diffuse ed eclatanti con diffusione anche inter-umana; il virus dell'**epatite A umana**; il virus dell'**epatite E del suino** che sembra sia trasmissibile all'uomo, e molti altri.

I casi umani riscontrati sono soprattutto legati all'**epatite A**, molto spesso correlata all'ingestione di molluschi crudi.

Numero dei casi di epatite A in Umbria e trend:

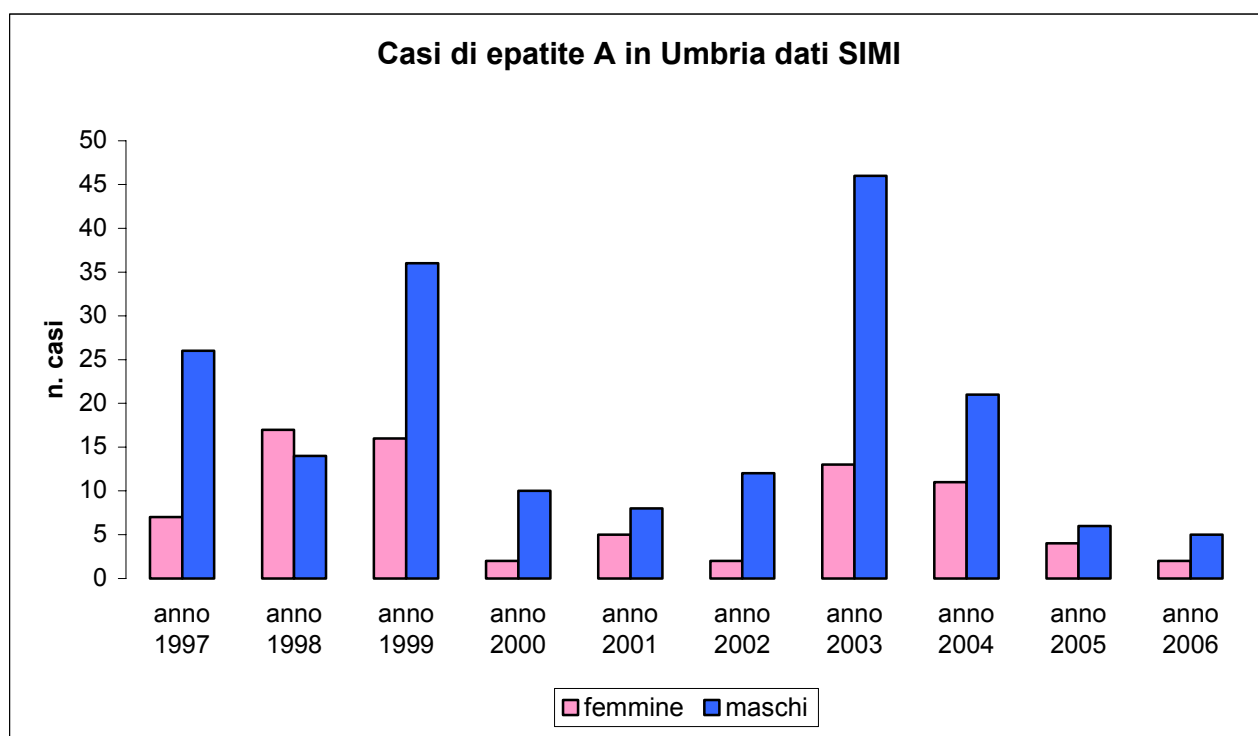


Figura 93

L'epatite A, nonostante abbia un andamento altalenante nel tempo, ha comunque una linea di tendenza che va verso la riduzione (analisi su 9 anni). Se si tiene conto che la popolazione Umbra in questo periodo è aumentata e si calcola l'incidenza per 100.000 abitanti, la tendenza alla riduzione è ancora più marcata.

Conclusioni:

Le patologie emergenti da *Campylobacter* e *Yersinia* rappresentano ormai un problema notevole, addirittura identico a quello della *Salmonella*.

I prodotti più a rischio sono sicuramente i prodotti avicoli che devono quindi essere sottoposti ad un monitoraggio continuo, con interventi anche in Azienda agricola.

La Comunità Europea a seguito di un'analisi del rischio effettuata sul problema emergente sta proponendo, come per quanto avvenuto con la *Salmonella*, un obiettivo di sanità pubblica rappresentato dalla riduzione di alcuni log. della frequenza delle contaminazioni da questi patogeni.

Per quanto riguarda l'E. Coli O-157, nella nostra Regione per il momento non sono stati segnalati isolamenti importanti anche se nel 2006 è stato rilevato dall'Istituto Superiore di Sanità (centro di sorveglianza della Sindrome Emolitica Uremica) un caso di SEU con isolamento del germe.

Le patologie alimentari emergenti rappresentano oggi un problema rilevante di sanità pubblica; l'attenzione posta sulla *Salmonella* deve essere riversata anche su questi ultimi patogeni, agenti di tossinfezioni alimentari. Se si tiene conto della diffusione di queste patologie ci si rende conto che le indagini microbiologiche, anche in sede di autocontrollo, devono essere mirate.

15.4 Sicurezza alimentare domestica:

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di Sanità Pubblica a livello mondiale. I dati relativi all'occorrenza delle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), anche nel nostro Paese sottostimano le dimensioni del fenomeno, ed i sistemi di sorveglianza attuati spesso non consentono nemmeno di ottenere dati sulla reale incidenza (es. reti di sorveglianza di laboratorio). A tale riguardo è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%) è provocata da comportamenti inadeguati presso gli stessi ambienti domestici.

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

Comportamenti a rischio per assunzione di cibi crudi:
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Range dei comportamenti a rischio per assunzione cibi crudi

- Nell'ASL di Terni il 63% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti.
- Il 13% degli intervistati ha assunto più di tre tipi di cibi crudi; nel sesso maschile questa abitudine è più frequentemente riferita.
- Non ci sono differenze nell'assunzione di cibi crudi fra le classi di età e fra i vari gradi di istruzione.

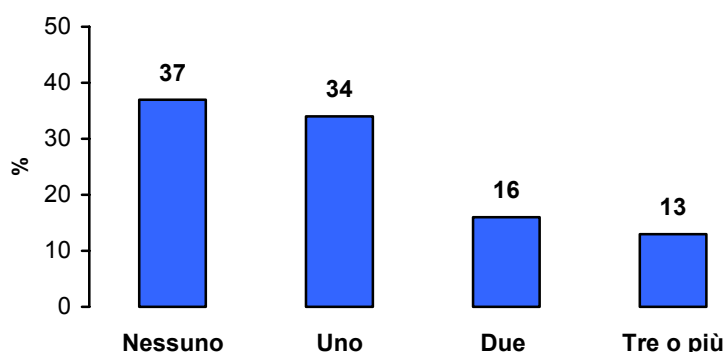


Figura 94

- Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio (39%), carne (22%) e salsicce fresche (18%), pesce (14%) e frutti di mare (12%).
- Quanto allo scongelamento, il 77% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (a temperatura ambiente) favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti.

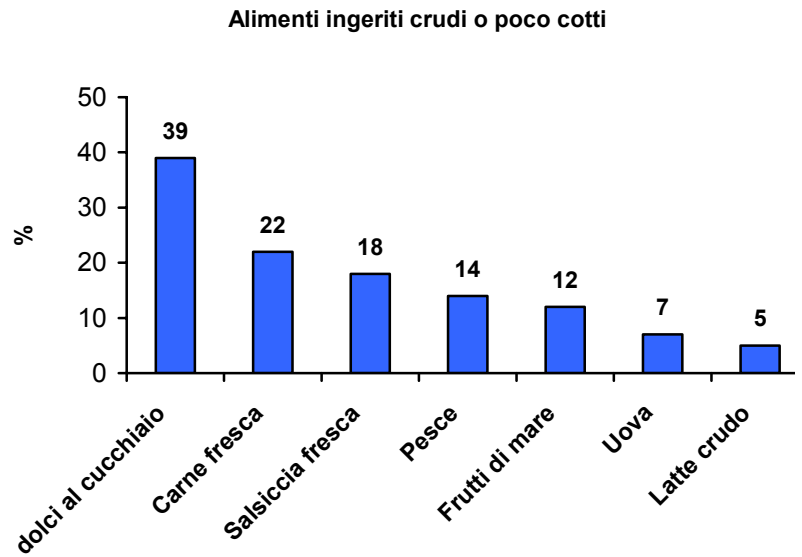


Figura 95

Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

- Nell'ASL di Terni il 73% degli intervistati legge frequentemente (sempre/spesso) le etichette. Le donne sono in percentuale più attente degli uomini. Non ci sono differenze nelle classi di età e nel grado di istruzione.
- Fra coloro che acquistano i cibi e leggono frequentemente (sempre/spesso) le etichette, il 98% legge la data di scadenza, mentre solamente il 66% legge la data di produzione, il 42% legge le modalità di conservazione e il 37% legge le istruzioni per l'uso.

Frequenza di lettura delle etichette
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

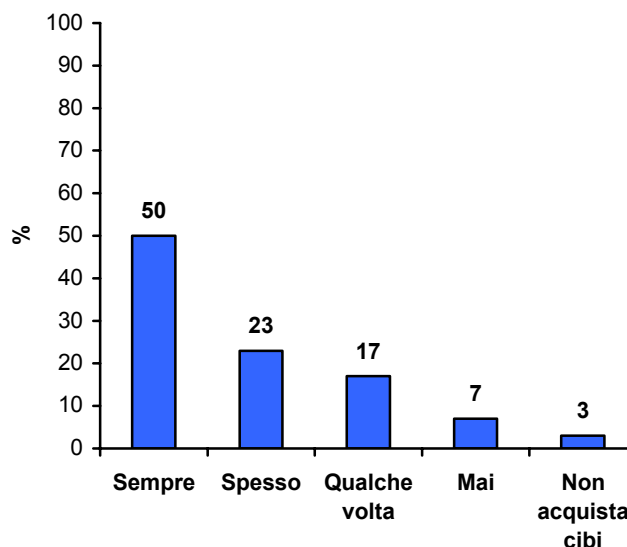


Figura 96

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

- Nell'ASL di Terni circa il 33% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno è meno frequente con l'aumentare dell'età e nel sesso femminile.
- Esiste una certa differenza legata al grado di istruzione.
- Non ci sono differenze significative associate ai comportamenti alimentari considerati a rischio (cibi crudi, modalità scorrette di scongelamento, scarso controllo delle etichette) e la frequenza di diarrea.

Tabella 49

Episodi di diarrea
ASL 4 di Terni - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)
Totale		33,5% (IC95%:27-40,5)
Età	18 - 34	38,7
	35 - 49	32,4
	50 - 69	30,0
Sesso	M	36,1
	F	30,4
Istruzione*	bassa	29,2
	alta	36,9

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

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

- Nell'ASL di Terni oltre il 18% degli intervistati dichiara di avere avuto più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il 45% di quelli che hanno avuto almeno un episodio di diarrea si sono rivolti ad un operatore sanitario.
- Al 13% delle persone che si sono rivolte al medico per diarrea è stato prescritto un esame delle feci.

Frequenza degli episodi di diarrea per persona in un anno
ASL 4 Terni- PASSI 2006 n=200

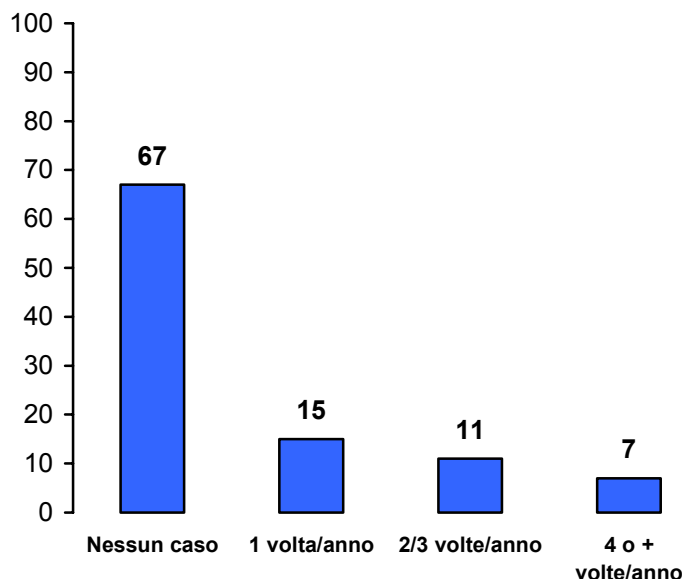


Figura 97

Alcuni confronti:

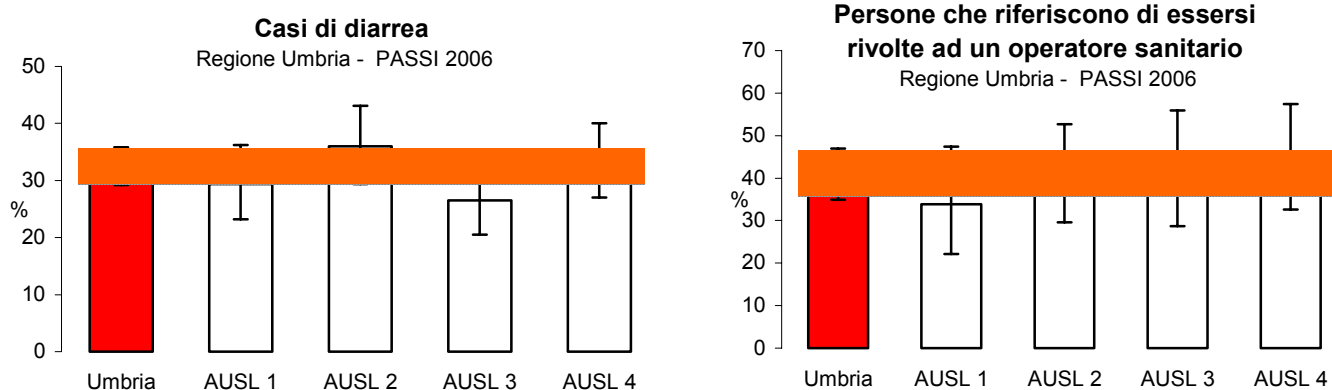


Figura 98

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL 4 di Terni è molto diffuso (2 persone su 3) il consumo di cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute. È molto scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e, mentre 3 persone su 4 prestano attenzione alle etichette, solo 1 persona su 3 legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso.

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

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

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

Cap. 16 La sanità pubblica veterinaria

La sanità pubblica veterinaria rappresenta oggi uno degli elementi cardine della prevenzione e della diffusione di comportamenti legati alla promozione della salute. Uno stato moderno ha due priorità essenziali che sono la tutela della salute pubblica umana (lotta alle zoonosi e a tutti i fattori a rischio legati al rapporto uomo – animale) e l'assenza di malattie infettive gravi nelle popolazioni animali. In questo secondo caso ci sono due ordini di problemi, di cui il primo legato alla sanità generale ed il secondo all'economia di una zona. La presenza di certe malattie provoca gravi problemi di esportazione e di movimentazione di animali e prodotti derivati.

La Provincia è ufficialmente indenne da brucellosi bovina e ovi – caprina e da leucosi bovina enzootica; la tubercolosi rappresenta un problema sporadico in alcuni allevamenti bovini, tuttavia i rari focolai sono stati tutti eradicati.

La *Leishmaniosi* rappresenta un problema emergente e grave; la popolazione dei cani è colpita in maniera preoccupante, oltre il 25%, e c'è un incremento dei casi umani. La superficialità con cui si è proceduto alla cura della malattia nel cane, che rimane portatore, è la causa principale dell'enorme diffusione della zoonosi. Si auspica l'instaurarsi di un sistema attivo di sorveglianza.

La *West Nile Disease* rappresenta un altro punto caldo per le malattie infettive; esiste sicuramente una certa quantità di virus circolante diffuso dai vettori. La sorveglianza che si sta mettendo in atto a livello nazionale dovrebbe prevenire l'insorgenza della malattia nell'uomo anche se, è stato visto, che non è semplice controllare la diffusione dei vettori e quindi della malattia. Questa provoca forme di encefalite.

La sorveglianza tramite campionamenti ed atti ispettivi deve essere tenuta attiva; serve per individuare i casi di malattia (un caso di BSE nel 2004), ma anche per mantenere il territorio ufficialmente indenne da certe patologie. Questo ha un valore sanitario per le popolazioni animali e per l'uomo; anche economico e commerciale.

16.1 BSE capi controllati e positivi (Umbria e Italia)

Tabella 50

Anni	$\frac{\text{N}^\circ \text{ capi positivi}}{\text{N}^\circ \text{ capi controllati}}$	% capi positivi Umbria (prevalenza)
2003	0/2.713	0%
2004	1/2.810	0,036%
2005	0/1.953	0%

Tabella 51

Anni	$\frac{\text{N}^\circ \text{ capi positivi}}{\text{N}^\circ \text{ capi controllati}}$	% capi positivi Italia (prevalenza)
2003	31/786.975	0,00393%
2004	7/785.932	0,00089%
2005	8/694.774	0,00115%

16.2 Brucellosi bovina allevamenti anno 2004 – 2005

Tabella 52

2004	REGIONE	PROVINCIA PERUGIA	PROVINCIA TERNI
Intero patrimonio controllato	Allevamenti controllabili 2350	Allevamenti controllabili 1731	Allevamenti controllabili 619
	Allevamenti controllati 2350	Allevamenti controllati 1731	Allevamenti controllati 619
Allevamenti ufficialmente indenni	2350 su 2350 (100%)	1731 su 1731 (100%)	619 su 619 (100%)

Tabella 53

2005	REGIONE	PROVINCIA PERUGIA	PROVINCIA TERNI
Intero patrimonio controllato	Allevamenti controllabili 1487	Allevamenti controllabili 1248	Allevamenti controllabili 239
	Allevamenti controllati 1487	Allevamenti controllati 1248	Allevamenti controllati 239
Allevamenti ufficialmente indenni	1487 su 1487 (100%)	1248 su 1248 (100%)	239 su 239 (100%)

16.3 Brucellosi ovi-caprina allevamenti 2004 - 2005

Tabella 54

2004	REGIONE	PROVINCIA PERUGIA	PROVINCIA TERNI
Intero patrimonio controllato	Allevamenti controllabili 2763	Allevamenti controllabili 2428	Allevamenti controllabili 960
	Allevamenti controllati 2763	Allevamenti controllati 2428	Allevamenti controllati 960
Allevamenti ufficialmente indenni	2763 su 2763 (100%)	2428 su 2428 (100%)	960 su 960 (100%)

Tabella 55

2005	REGIONE	PROVINCIA PERUGIA	PROVINCIA TERNI
Intero patrimonio controllato	Allevamenti controllabili 2779	Allevamenti controllabili 1819	Allevamenti controllabili 960
	Allevamenti controllati 2779	Allevamenti controllati 1819	Allevamenti controllati 960
Allevamenti ufficialmente indenni	2779 su 2779 (100%)	1819 su 1819 (100%)	960 su 960 (100%)

16.4 Piano Nazionale Alimentazione Animale

Il Piano Nazionale Alimentazione Animale si articola su diversi livelli di monitoraggio e verifica. Il piano prevede:

- Censimento di impianti produttivi;
- Censimento intermediari;
- Censimento allevamenti;
- Ispezioni sulle strutture sopra riportate;
- Campionamenti sulle strutture sopra riportate;
- Controllo prescrizioni di mangimi medicati;
- Sorveglianza epidemiologica BSE.

Le ricerche prevedono tutta una serie di analisi chimiche e microbiologiche.

Fra le ricerche microbiologiche è in atto il controllo delle Salmonelle spp.; inoltre si ricercano tossine fungine (aflatossine, ocratossine e zearalenone).

Interessa molto anche il rischio chimico considerando:

- Farmaci (antibiotici – antiparassitari – ecc.);
- Presenza di organismi OGM;
- Contaminanti chimici;
- Farine animali;
- Conformità.

Anche se i tre anni hanno visto alcuni cambiamenti normativi, e quindi operativi, i dati sono stati analizzati nelle parti confrontabili.

Risultati:

Le positività sono sicuramente molto poche e hanno riguardato:

- Presenza di materiali OGM in materie prime;
- Presenza di rame in quantità non consentita in mangimi per ovini;
- Aflatossine in alimenti semplici;
- Antibiotici (tetracicline - chinolonici) in premiaccele non medicate;

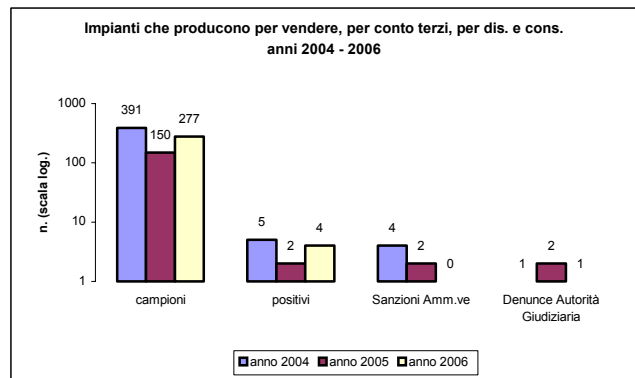


Figura 99

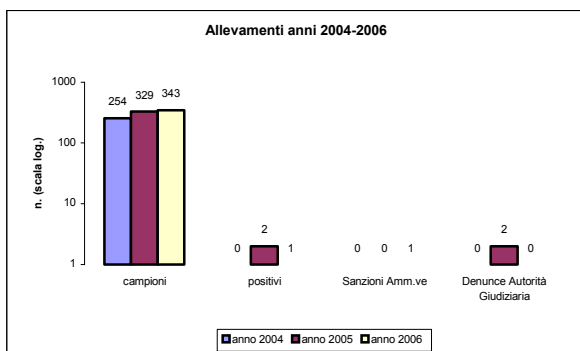


Figura 100

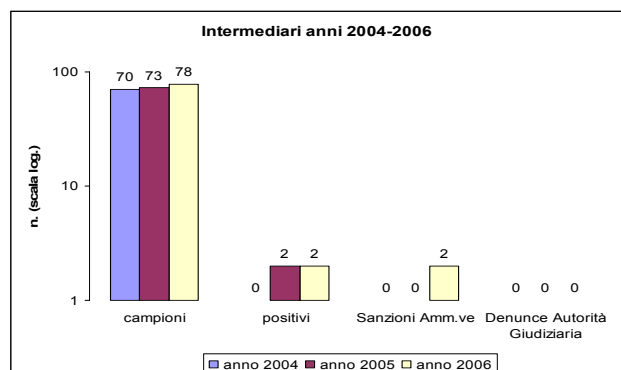


Figura 101

Conclusioni:

Il Piano Nazionale Alimentazione Animale ha messo in evidenza una situazione abbastanza tranquilla relativamente alla nostra regione. La presenza di residui OGM è la positività più frequente mentre il rischio legato alla presenza di contaminanti chimici ambientali o di farmaci è molto ridotto.

Sono quindi importanti le attività ispettive sulle tipologie censite perché consentono il rilevamento di comportamenti inidonei e di irregolarità formali o sostanziali sull'utilizzo delle premiaccele medicate.

Cap. 17 Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

La definizione generale adottata è quella di “ambiente e salute” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità che comprende “**sia gli effetti patologici diretti delle sostanze chimiche, delle radiazioni e di alcuni agenti biologici, sia gli effetti (spesso indiretti) sulla salute e sul benessere dell’ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l’alloggio, lo sviluppo urbano, l’utilizzo del territorio ed i trasporti.**” Promozione della salute significa dimensione sistemica ed ecologica, intersettorialità dei suoi fattori determinanti ed infine tiene conto della soggettività, dell’importanza della partecipazione attiva, personale e di gruppo, alla prevenzione dei rischi ed alla risoluzione dei problemi di salute. Occorre superare il dualismo salute-ambiente.

17.1 Qualità delle acque:

Si riporta in figura la mappatura della qualità nei bacini idrici delle acque dolci; i dati sono tratti dall’attività dell’ ARPA di Terni e da alcuni dati relativi al Piano dei Servizi Veterinari sul controllo della fauna ittica nelle acque interne.



Figura 102 Tratta dal sito www.arpa.umbria.it

- Corsi d'acqua naturali:*
- Fiume Tevere, fiume Chiascio, fiume Topino, torrente Marroglia, torrente Teverone, torrente Nestore, fiume Paglia, torrente Chiani, fiume Nera, fiume Corno, fiume Velino;
 - Canali artificiali: canale Medio Nera, canale Recentino
 - Laghi naturali : palude di Colfiorito, lago Trasimeno, lago di Piediluco;
 - Invasi artificiali: Lago di Corbara, lago di Alviano, lago di Valfabbrica, lago di Arezzo, lago di San Liberato, lago dell’Aia.

La componente fondamentale per lo studio dell’impatto sui corpi idrici è la vita acquatica, rappresentata significativamente dalle popolazioni di macroinvertebrati. Questi costituiscono, attualmente, i bioindicatori più adatti a valutare le condizioni di stress degli ecosistemi fluviali e in Italia vengono utilizzati per il calcolo dell’Indice Biotico Esteso (IBE).

Tevere: l’insieme dei dati mostra come le comunità macrobentoniche riscontrate nei vari punti del Tevere siano, di solito, tipiche di una terza classe di qualità (ambiente inquinato o comunque alterato).

Chiascio-Topino: tutte le stazioni presentano valori di IBE ricadenti all'interno delle classi intermedie: 43% II classe, 41% III classe, 16% IV classe; non sono state più riscontrate stazioni di qualità pessima (V classe), ma neppure stazioni di I classe.

Nera-Velino: non sono state riscontrate stazioni ricadenti in V classe (ambiente fortemente inquinato), la percentuale di quelle in IV è pari al 3%, mentre quella delle stazioni in III classe è del 21%; le stazioni di buona qualità (II classe) sono pari al 70% e c'è un 6% di stazioni che presentano un ambiente non inquinato (I classe).

Nestore: le stazioni presentano valori di IBE ricadenti all'interno delle classi intermedie: 47% II classe, 33% III classe, 13% IV classe; c'è un 7% di stazioni che ricadono nella qualità pessima (V classe).

Le acque potabili: nella provincia di Terni originano tutte da falde sotterranee; il controllo effettuato nell'anno 2004 dal Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (l'acqua è un alimento, reg. 178/2002 CEE e seguenti) ha evidenziato che non risulta un problema l'approvvigionamento idrico sotterraneo.

17.2 Qualità dell'aria:

Zone di risanamento Regione Umbria e Provincia di Terni

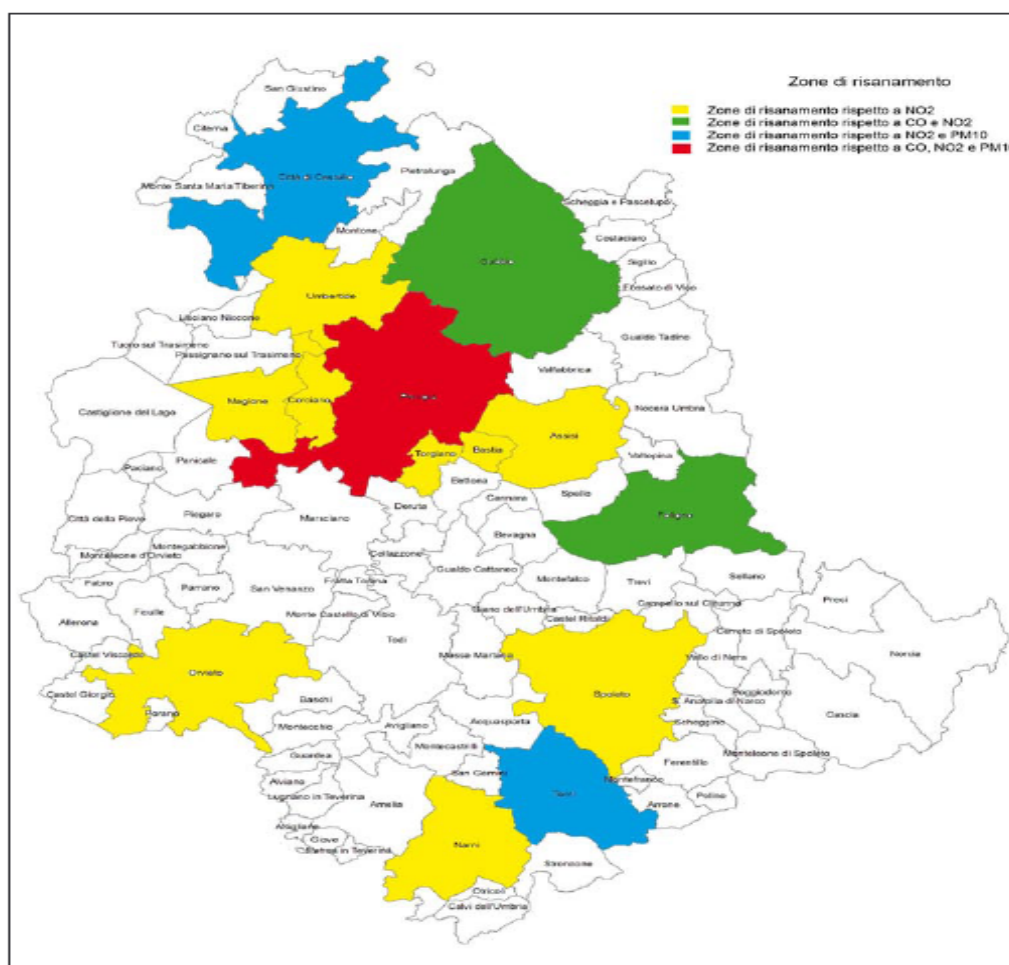


Figura 103

17.2.1 Rilevazioni di benzene nelle postazioni della provincia di Terni, anno 2006, fonte dati ARPA

Nell'ultimo anno non sono stati superati i limiti per il 2006 ma, sicuramente, quelli previsti per il 2010 in almeno tre stazioni.

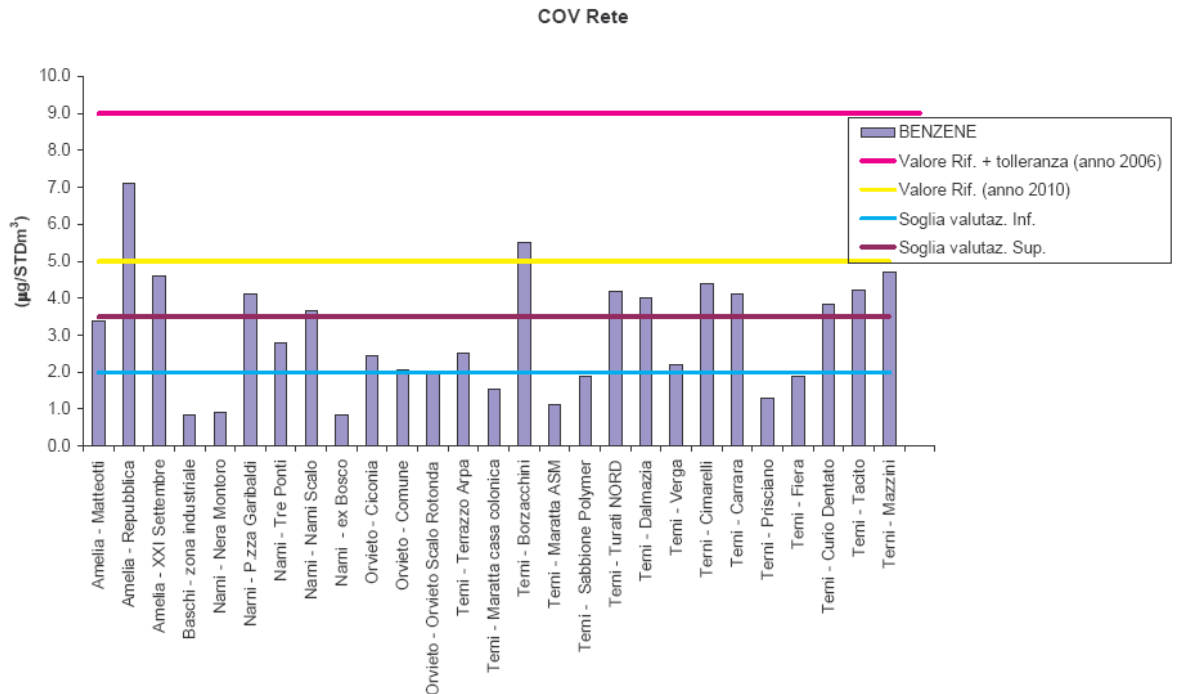


Grafico 1 Benzene anno 2006: Medie annuali nelle 27 postazioni della Rete della Provincia di Terni

Figura 104

17.2.2 Metalli Pesanti:

Rilevazione di Nichel, anno 2006, presso il punto le Grazie di Terni; fonte dati ARPA

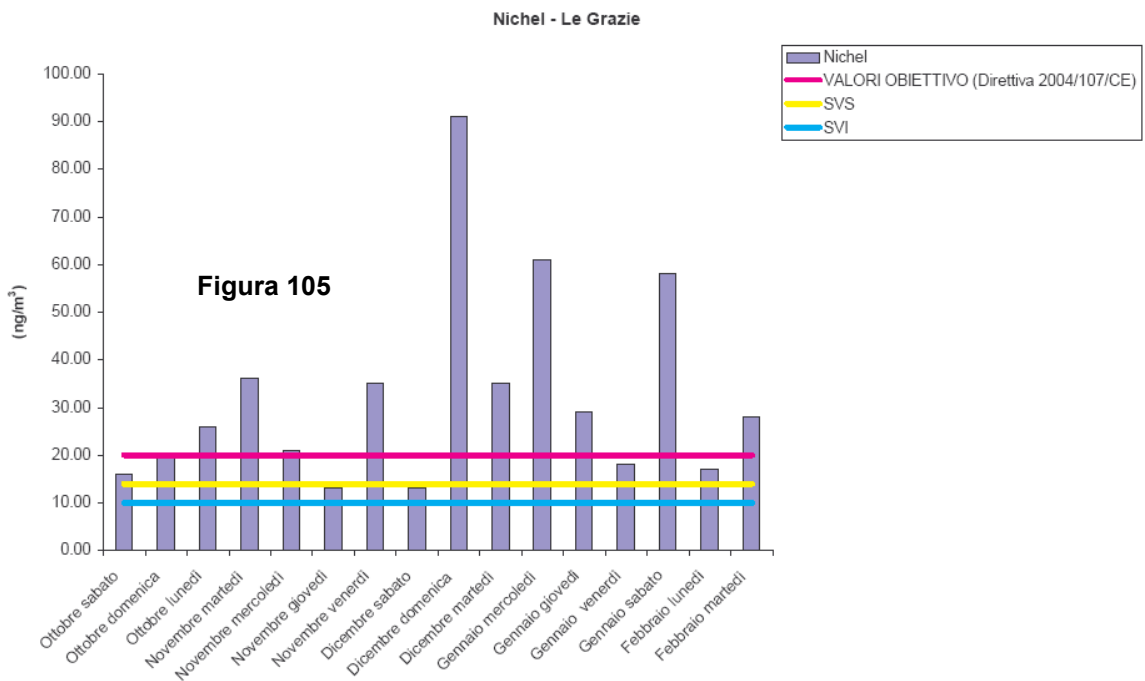


Figura 105

Il valore di questo metallo non è mai sotto la soglia di valutazione inferiore e, spesso, oltre la soglia obiettivo; è sempre sopra il limite da raggiungere nel 2012.

17.2.3. Rilevazioni di Piombo, Cadmio, Arsenico *fonte dei dati ARPA-Umbria*

Questi metalli presentano un andamento in continua diminuzione.

17.2.4 Media Annuale PM10

I valori misurati per tutte le stazioni risultano al di sotto del Valore limite per la Media Annuale come Protezione della Salute.

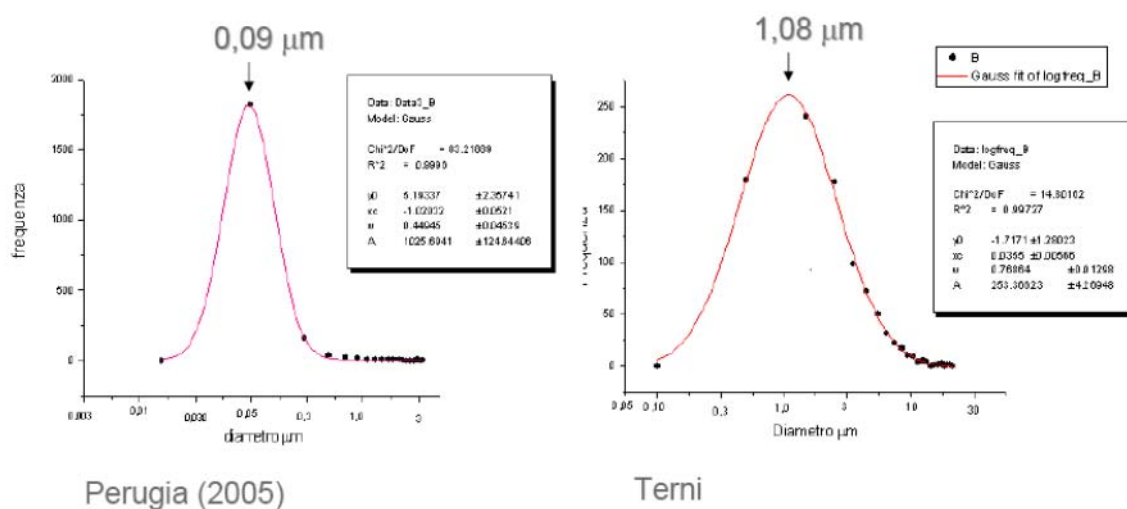


Figura 6 Dati Morfometrici PM Perugia e Terni

Figura 106

Da questo grafico si vede bene come il particolato di Terni sia molto più grossolano di quello rilevato a Perugia.

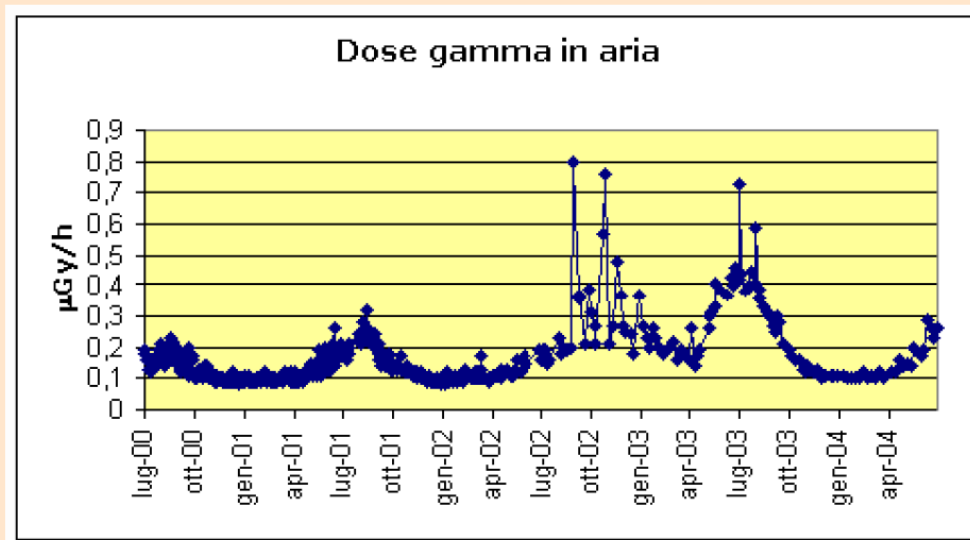
17.3 Radiazioni ionizzanti da www.ARPA.it

Vengono rilevate nell'aria, nel PM 10, al suolo. Nel 2006 la quantità di radiazioni è stata ampiamente al di sotto dei valori soglia.

Rateo di dose gamma

Unità di misura: $\mu\text{Gy/h}$

Periodo di misura: luglio 2000 – giugno 2004



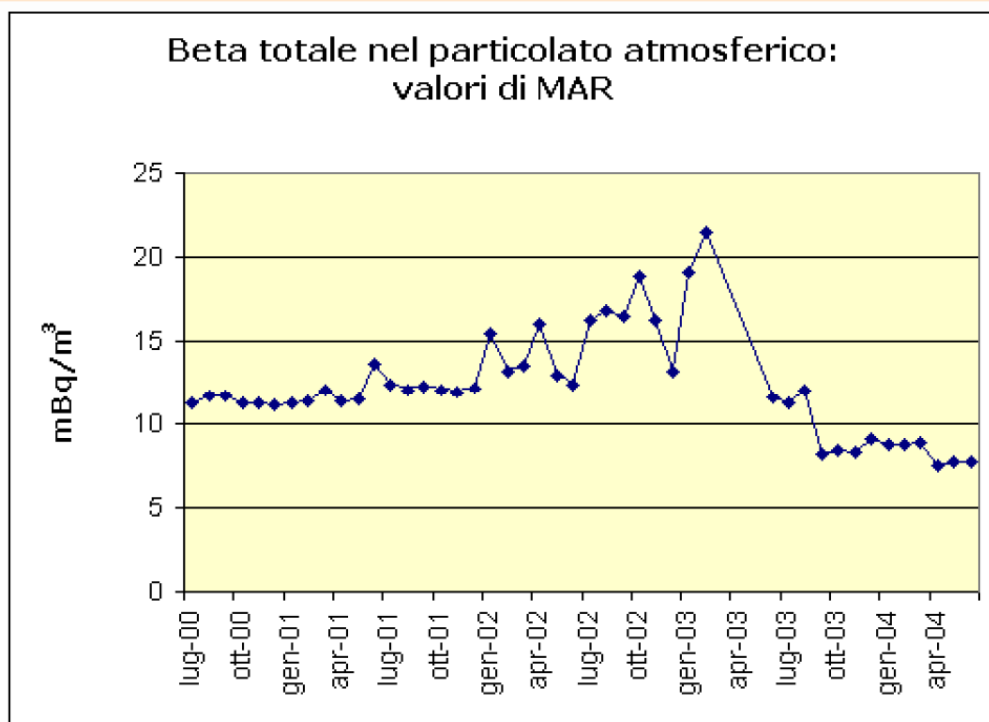
Commento: I valori misurati risultano tutti inferiori al 0,1mGy/h, valore di fondo ambientale della nostra regione

Figura 107

Particolato atmosferico

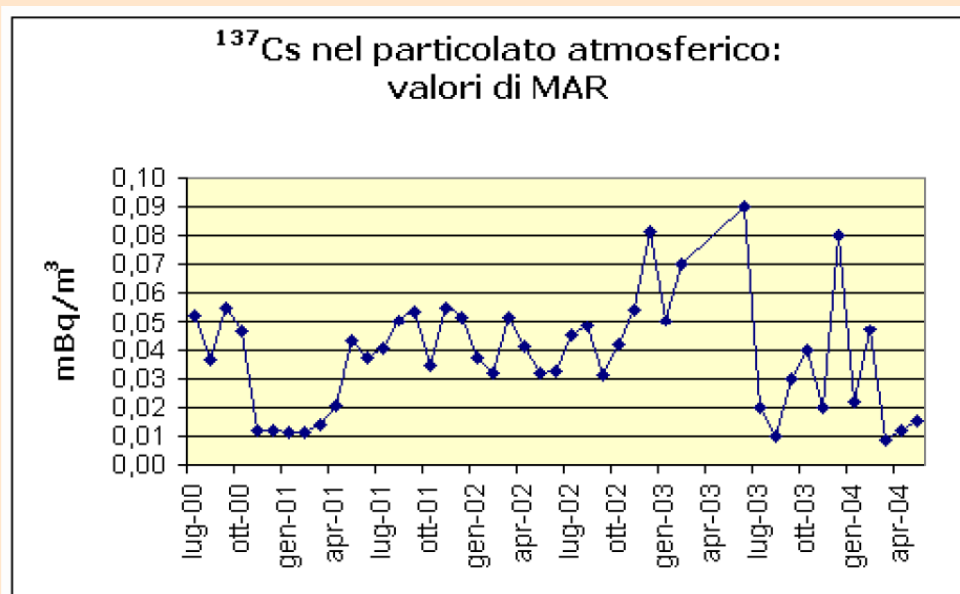
Unità di misura: mBq/m^3

Periodo di misura: luglio 2000 - giugno 2004



Commento: Valori di concentrazione tutti inferiori alla MAR (minima attività rivelabile)

Nota:[E' un parametro dipendente da numerose variabili tipiche sia del volume di aria aspirato dal sistema di campionamento, sia dell'efficienza del sistema di misura nonché dalla durata della misura stessa. Pertanto, a parità di sistemi e di durata di misura, il volume di campionamento può ridurre anche di un ordine di grandezza il valore M.A.R.]



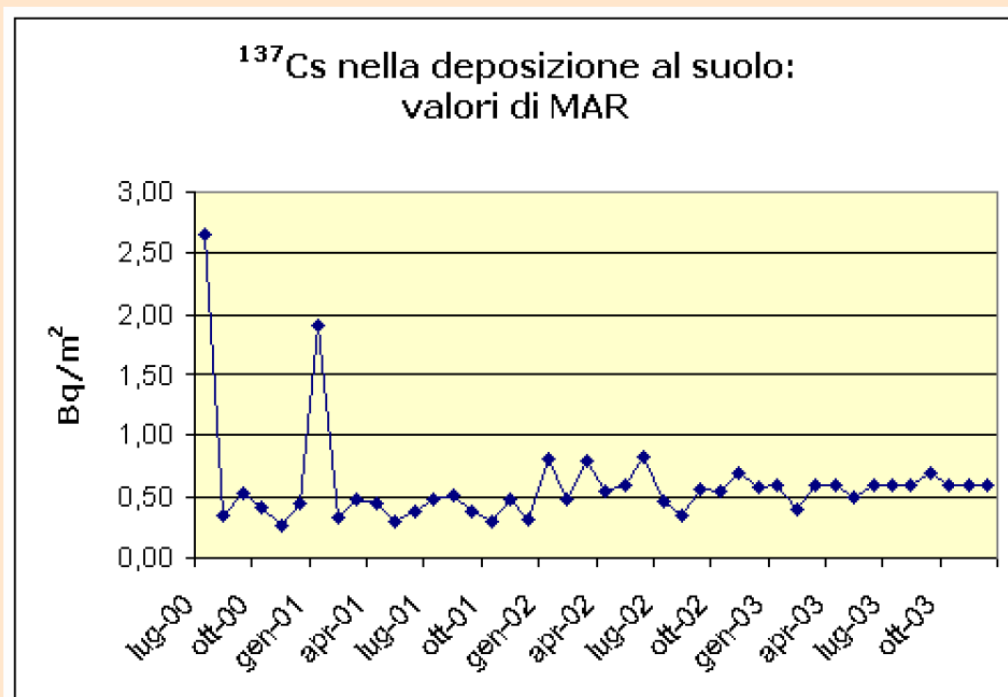
Commento: Valori di concentrazione tutti inferiori alla MAR (minima attività rivelabile)

Figura 108

Deposizione al suolo

Unità di misura: Bq/m²

Periodo di misura :luglio 2000 – giugno 2004



Commento: valori di concentrazione tutti inferiori alla MAR (minima attività rivelabile)

Figura 109

Abbiamo visto come l'inquinamento atmosferico valutato con i monitoraggi sopra esposti, quello delle acque e la presenza di radiazioni ionizzanti, non rappresentino un grave problema nella provincia, nemmeno nella città di Terni. I bioindicatori (pesci, soprattutto anguille) indicano comunque un accumulo, nel loro grasso, di PCB, Diossine, alcuni pesticidi. Questo anche in corsi d'acqua apparentemente incontaminati. Negli anni le percentuali di inquinanti si sono ridotte. *Punto di forza da monitorare.*

Cap. 18 l'Uso dei farmaci

Fonte dati: analisi della prescrizione farmaceutica territoriale del SSN in Umbria relativa all'anno 2006, pubblicata nel Rapporto "Istisan" 07/39.

Le analisi sono state condotte in termini di quantità di farmaci prescritti, di spesa e di utilizzatori, cioè di assistibili che hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso dell'anno. L'utilizzo dei dati pesati, che tengono conto della diversa composizione per età della popolazione assistita, consente di confrontare le diverse realtà territoriali, essendo i consumi farmaceutici fortemente correlati con l'età: gli assistibili di età superiore ai 65 anni assorbono circa il 60% delle dosi prescritte e della spesa.

Nell'anno 2006 la spesa farmaceutica convenzionata ha rappresentato il 14% della spesa sanitaria complessiva della ASL (tetto di spesa 13%; Legge 405/2001). Dati sull'andamento negli anni precedenti indicano un aumento dei farmaci prescritti ed una diminuzione della spesa complessiva, ottenuta anche mediante la distribuzione in via diretta dei farmaci a duplice via di distribuzione, per il primo ciclo terapeutico dopo dimissione, per i pazienti in assistenza domiciliare o in residenze protette.

I farmaci equivalenti (generici) hanno rappresentato nel 2006 il 15% della spesa farmaceutica territoriale ed il 25% delle DDD; valori leggermente inferiori a quelli regionali (16% della spesa e 26% delle DDD).

La spesa farmaceutica lorda pro capite pesata della ASL 4 (218,00 Euro) è superiore alla media regionale (209,00 Euro) e la più alta delle ASL regionali. Dati analoghi si rilevano per il consumo dei farmaci espresso in *DDD** che sono 932/1000 abitanti *die* nella ASL 4 contro le 887/1000 abitanti *die* in Umbria.

La figura 110 evidenzia lo scostamento dalla media regionale della spesa farmaceutica lorda pro capite (popolazione pesata) per distretto (2006).

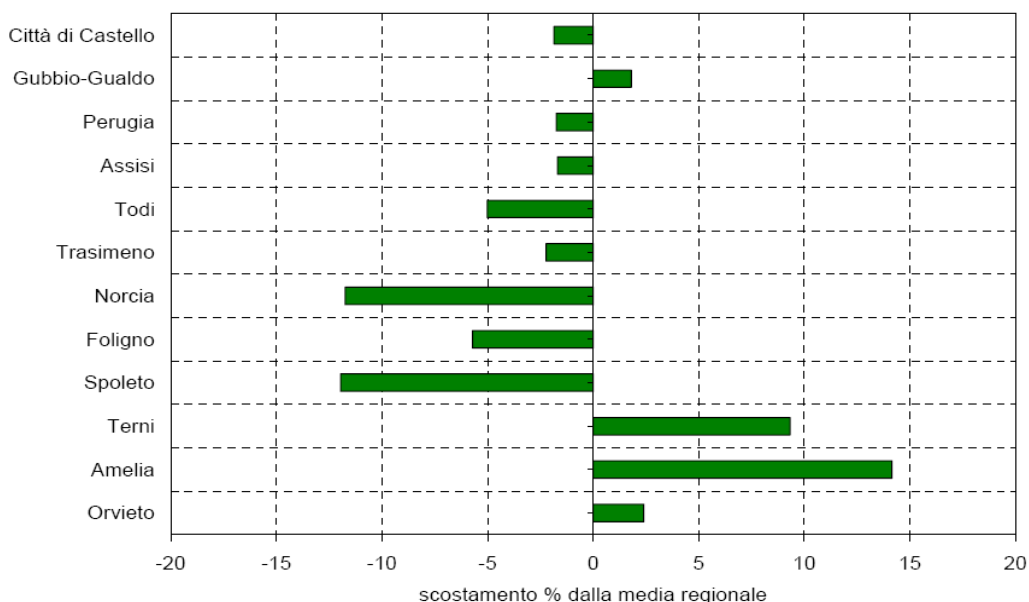


Figura 110

*DDD: daily defined dose, dose media giornaliera standardizzata, n° medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti

L'analisi dei dati evidenzia, in particolare per la ASL 4, una notevole variabilità fra distretti ed équipe nella spesa e nelle DDD (figure 111 e 112) indicando la presenza di problemi di appropriatezza prescrittiva.

Distribuzione della spesa lorda *pro capite* pesata per équipe, ASL Terni (2006)

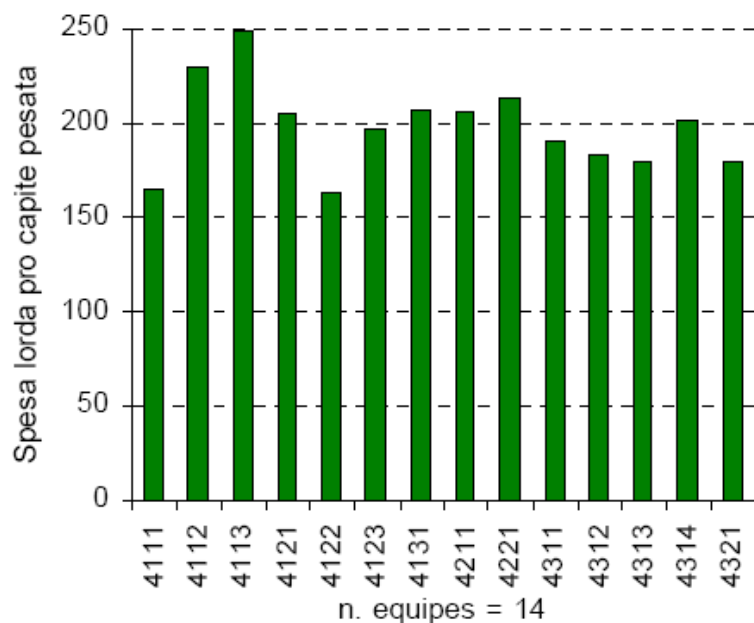


Figura 111

Distribuzione delle DDD/1000 abitanti *die* pesate per équipe, ASL Terni (2006)

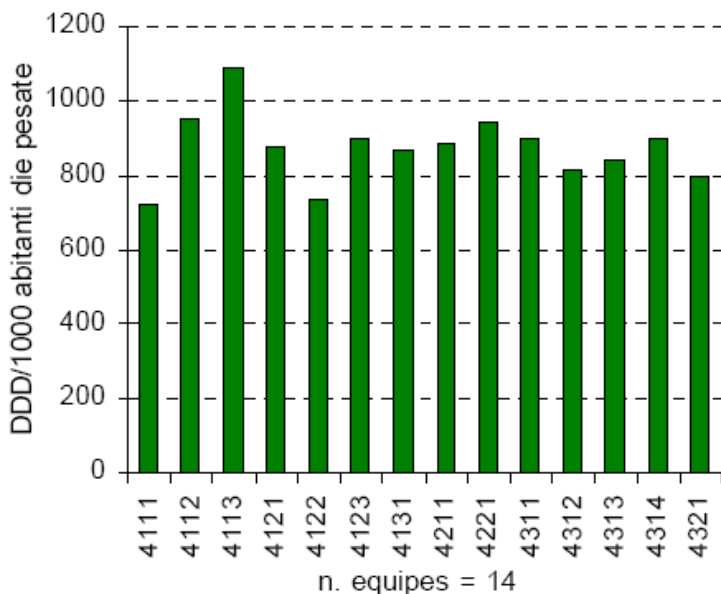


Figura 112

I farmaci CARDIOVASCOLARI rappresentano, nella ASL Terni, così come a livello regionale e nazionale, la categoria dei farmaci più prescritta con circa il 52% delle DDD/1000 abitanti e con la spesa lorda pro capite più alta (41,5% della spesa lorda /capite).

Al secondo posto per spesa si collocano i farmaci GASTROINTESTINALI con il 14,7% della spesa lorda /capite e circa l'11% delle DDD/1000 seguito da ANTIMICROBICI PER USO SISTEMICO con il 10% della spesa lorda /capite e il 2,4% delle DDD/1000.

Il rapporto ISTISAN rileva per le prime 2 categorie, rispetto all'anno 2005, un incremento delle prescrizioni e della spesa con differenze notevoli fra i Distretti ed equipe della ASL, particolarmente evidenti per i farmaci gastrointestinali (inibitori di pompa).

I dati sull'uso dei farmaci indicano la necessità di promuovere l'appropriatezza prescrittiva e la qualificazione della spesa a livello di ASL e di Distretto. Sulla base di un'analisi approfondita delle variabilità per equipe e per categoria terapeutica si possono individuare le aree di potenziale miglioramento ed attivare gli interventi specifici.

Le Priorità di salute

Si è scelto di distinguere le priorità secondo due grosse linee in quanto alcuni problemi sentiti dalla popolazione non sono problemi prettamente sanitari ma legati al contesto sociale, demografico e strutturale della comunità, quindi si è ritenuto utile non inquadrare tutto in un unico gruppo di priorità considerando che, per i problemi legati al sociale, ci sono molte sfumature qualitative che hanno evidenziato delle tematiche importanti le quali non possono essere trascurate.

Per le priorità sanitarie e sociali si è fatto riferimento al metodo del North Carolina Department of Health and Human Service, pubblicato nel febbraio 2002 “Community Assessment Guide Book”.

Sono stati utilizzati 2 tipi di indicatori:

- Indicatori sanitari puri derivati dai grandi gruppi di patologie ICD-IX con aggiunta di alcune patologie che hanno una certa importanza a livello locale, per esempio trend in forte aumento ecc. ;
- Indicatori socio-sanitari legati alla sicurezza sociale e negli ambienti di vita e di lavoro.

Si è tenuto conto dei criteri quantitativi scaturiti dal profilo di salute, dei risultati qualitativi estrapolati dai questionari strutturati compilati dai cittadini, delle osservazioni degli opinion leader e dei dati raccolti con i “focus group.”

L’indagine qualitativa ha inoltre permesso di raccogliere, con un approccio informale, molte informazioni che completano i dati quantitativi e colgono sfumature difficilmente riscontrabili in un approccio statistico puro.

Il concetto di salute è stato espresso sia dalla popolazione che dagli opinion leader, inoltre è stato il primo argomento dei focus group.

Trentacinque cittadini sono stati intervistati sulla base di un questionario che non veniva fornito inizialmente, proprio per cogliere le reazioni a caldo e le opinioni, evitando il condizionamento anche parziale. Successivamente sono stati esposti gli argomenti che non erano stati toccati dagli intervistati fino ad esaurimento delle domande. Il questionario comprendeva la possibilità di evidenziare il problema secondo tre livelli di importanza oppure di rispondere “non so” (come da esempio riportato). A questo punto sono state calcolate le medie per ogni problema evidenziato (naturalmente i valori medi hanno tenuto conto delle non risposte; il denominatore è dato dal numero effettivo delle risposte esclusa quella “non so”).

Es.

Secondo la sua opinione la sua comunità ha problemi con le seguenti realtà:

Tabella 56

(Problema)	Nessun problema	A volte problema	Problema notevole	Non so
	0	1	2	n/a

Per quanto riguarda gli opinion leader, è stata data loro la possibilità di descrivere liberamente 3 o 4 priorità e poi di esprimersi sui problemi elencati sul questionario per la popolazione. Inoltre è stata chiesta la definizione di salute e le possibilità reali di intervento sulle loro priorità. Sono stati identificati alcuni interlocutori in diversi ambiti strategici dal punto di vista osservazionale sulla realtà socio-sanitaria della provincia.

Criteria adottati per la prioritizzazione

CRITERI Priorità Sanitarie* (Indicatori gruppi di patologie ICD-IX)

Tabella 57

1. Frequenze effettive (n° persone colpite)	Punti
➤ frequenza elevata rispetto alla popolazione totale	3
➤ frequenza modesta rispetto alla popolazione totale	2
➤ frequenza bassa rispetto alla popolazione totale	1
2. Trend	Punti
➤ Positivo (in aumento)	3
➤ Stabile	2
➤ Negativo (in diminuzione)	1
3. Scarto rispetto al dato nazionale	Punti
➤ Superiore al 15%	3
➤ Tra il 5 e il 15%	2
➤ Inferiore al 5%	1
4. Anni di vita pot. Persi (Tassi standard YPLL <75 anni)	Punti
➤ Oltre 20	3
➤ Da 5 a 20	2
➤ Inferiore a 5	1
5. Conseguenze invalidanti	Punti
➤ Molto invalidanti (forti limitazioni all' autonomia)	3
➤ Mediamente invalidanti (limitazioni moderate all' autonomia)	2
➤ Poco invalidanti (piccole limitazioni all' autonomia)	1
6. Peso economico per la comunità	Punti
➤ Alto	3
➤ Moderato	2
➤ Basso	1
7. Possibilità di intervento del S.S. pubblico	Punti
➤ Prevenzione completa (risoluzione del problema)	3
➤ Prevenzione in grado di ridurre il problema	2
➤ Impossibilità di prevenzione	1
8. Percezione opinione pubblica (interviste qualitative)	Punti
➤ Il problema è molto sentito (valore medio quest. fra 1,2 - 2)	3
➤ Il problema è relativamente sentito (media fra 0,70 < 1,2)	2
➤ Il problema non è percepito (media fra 0 <0,70)	1
9. Percezione Opinion Leader (interviste qualitative)	Punti
➤ Forte attenzione	3
➤ Media attenzione	2
➤ Scarsa attenzione	1

*I criteri 1-7 sono puramente quantitativi, i criteri 8-9 sono espressione del dato qualitativo ma valutati con uno score.

CRITERI Priorità Sociali di interesse sanitario*

Tabella 58

1. Dati statistici (indicatori che evidenziano direttamente o indirettamente l'entità del problema, es demografia, rilievi ambientali ecc.)*	Punti
➤ Problemi rilevanti, di cui alcuni sopra la media nazionale	3
➤ Problemi in linea con la media nazionale	2
➤ Problemi poco rilevanti con indici migliori rispetto alla media nazionale	1
2. Opinion leader	Punti
➤ Problema focalizzato in maniera forte	3
➤ Problema mediamente focalizzato	2
➤ Problema non focalizzato	1
3. Percezione pubblica (interviste)	Punti
➤ Problema fortemente percepito	3
➤ Problema percepito mediamente	2
➤ Problema non percepito o sconosciuto	1
4. Focus group	Punti
➤ Problema fortemente evidenziato	3
➤ Problema evidenziato sotto guida	2
➤ Problema ritenuto poco importante	1

*Il criterio 1 è di tipo puramente quantitativo, mentre i criteri 2 – 4 sono espressione del dato qualitativo.

Si è tentato di valutare i dati quantitativi e qualitativi in modo separato e, successivamente, in modo aggregato evidenziando pochissime differenze nelle priorità. La selezione fatta ha un senso in quanto, per le priorità sanitarie, ai fini del dato qualitativo, si è tenuto conto solamente dei questionari strutturati ai quali si è assegnato uno score che li avvicina molto ad un dato quantitativo. Per le priorità socio-sanitarie si è avvicinato ai dati qualitativi puri solamente un indicatore statistico aggregato.

Risultati:

Concezione dello stato di salute (anche percezione): la definizione di stato di salute è nella forte maggioranza dei casi, molto simile a quella dell'OMS (stato di benessere fisico, psichico e...), anche se ci sono dei lati da cogliere, in quanto più che un benessere psichico si richiede un benessere sociale con certezze nei momenti di bisogno e prevenzione delle malattie, soprattutto legate all' "ecosistema" dove si vive (benessere di

comunità). Inoltre risalta fortemente l'esigenza di avere un ruolo attivo nella società anche in condizioni di disagio.

Tabella 59

Priorità sanitarie dal dato quantitativo puro:

	Frequenze o tassi effettivi	Trend	Scarto rispetto al dato nazionale	Anni di vita pot. persi	Conseguenze invalidanti	Peso economico	Possibilità del SS di intervento	Totale
Malattie del sistema circolatorio	3	3	2	3	3	3	2	19
Dist. Circolatori dell'encefalo	3	3	3	3	3	3	2	20
Malattie ischemiche del cuore	3	2	1	3	2	3	2	16
	punti	punti	punti	punti	punti	punti	punti	punti
Tumori	3	2	1	3	3	3	2	17
Colon Retto	3	3	1	3	3	3	3	19
Mammella	3	3	1	2	3	3	3	18
Stomaco	3	2	1	3	3	3	2	17
Polmone	3	2	1	3	2	3	1	15
Tiroide	2	3	1	1	2	3	2	14
Traumatismi e avvelenamenti	3	3	2	2	3	3	2	18
incidenti stradali	2	3	1	3	3	3	2	17
infortuni sul lavoro	3	2	3	3	3	3	2	19
Malattie dell'apparato respiratorio	3	3	1	1	2	2	2	14
Disturbi psichici	3	2	1	1	3	2	2	14
Malattie dell'apparato digerente	3	3	1	2	2	1	2	14
Malattie del sistema osteo muscolare	3	2	1	1	3	2	2	14
Malformazioni congenite	1	1	1	2	3	2	3	13
Malattie infettive e parassitarie	2	1	1	1	2	3	2	12
Malattie delle ghiandole endocrine	2	2	1	1	2	1	2	11

Tabella 60

Priorità sanitarie dal dato quantitativo e questionari:

	Frequenze o tassi effettivi	Trend	Scarto rispetto al dato nazionale	Anni di vita pot. persi	Conseguenz e invalidanti	Peso economi co	Possibili tà del SS di interven to	Perc. pubblica	Percezio ne opinion leader	Totale
Malattie del sistema circolatorio	3	3	2	3	3	3	2	2	2	23
Dist. Circolatori dell'encefalo	3	3	3	3	3	3	2	2	2	24
Malattie ischemiche del cuore	3	2	1	3	2	3	2	2	3	21
	punti	punti	punti	punti	punti	punti	punti	punti	punti	punti
Tumori	3	2	1	3	3	3	2	2	3	22
Colon Retto	3	3	1	3	3	3	3	3	2	24
Mammella	3	3	1	2	3	3	3	2	2	22
Stomaco	3	2	1	3	3	3	2	2	2	21
Polmone	3	2	1	3	2	3	1	3	2	20
Tiroide	2	3	1	1	2	3	2	2	2	18
Traumatismi e avvelenamenti	3	3	2	3	3	3	2	2	2	23
incidenti stradali	3	3	1	3	3	3	2	2	2	22
infortuni sul lavoro	3	2	3	3	3	3	2	3	2	24
Malattie dell'apparato respiratorio	3	3	1	1	2	2	2	2	2	18
Disturbi psichici	3	2	1	1	3	2	2	2	1	17
Malattie dell'apparato digerente	3	3	1	2	2	1	2	2	1	17
Malattie del sistema osteo muscolare	3	2	1	1	3	2	2	1	1	16
Malformazioni congenite	1	1	1	2	3	2	3	1	1	15
Malattie infettive e parassitarie	2	1	1	1	2	3	2	1	1	14
Malattie delle ghiandole endocrine	2	2	1	1	2	1	2	1	2	14

* Sono stati inseriti 2 parametri qualitativi, valutati con una indicazione numerica che tiene conto delle risposte al questionario (come sopra riportato).

Da quanto riportato in tabella si vede chiaramente come le priorità che emergono sono legate alle grandi patologie delle popolazioni occidentali; i tumori rappresentano sicuramente il gruppo di patologie principali o comunque aventi un forte impatto sulla popolazione e sui dati quantitativi. Lo stesso discorso vale per le patologie cardio-vascolari e per i traumatismi. Anche le malattie croniche dell'apparato respiratorio rappresentano un problema in aumento. E' importante notare come nei paesi con un benessere socio-sanitario elevato le malattie infettive rappresentino un problema relativamente modesto; questo è emerso soprattutto dal dato qualitativo dove ci sono state poche indicazioni in merito.

Tabella 61

Le priorità sociali di interesse sanitario dal dato puramente qualitativo:

		Opinion leader	Percezione pubblica	Focus group	Totale
1	Assistenza anziani e Invecchiamento della popolazione	3	3	3	9
2	Assistenza a chi aiuta	3	3	3	9
3	Stili di vita e sicurezza vita-lavoro	3	3	2	8
4	Qualità ambientale e sicurezza dei cibi	2	3	2	7
5	Disagio giovanile	2	3	2	7

Tabella 62

Le priorità sociali di interesse sanitario dal dato qualitativo più gli indici statistici:

	Dato statistico	Opinion leader	Percezione pubblica	Focus group	Totale
Assistenza anziani e invecchiamento della popolazione	3	3	3	3	12
Assistenza a chi aiuta	3	3	3	3	12
Stili di vita e sicurezza vita-lavoro	3	3	3	1	10
Disagio giovanile	2	2	3	2	9
Qualità ambientale e sicurezza dei cibi	1	3	3	2	9

I dati delle tabelle 61 e 62 rispecchiano perfettamente quanto si potrebbe evincere da uno sguardo ai dati strutturali della popolazione che è sicuramente molto anziana e quindi con indici di disabilità elevati. Le problematiche di tipo ambientale sono poco sentite in quanto, anche quantitativamente, è emerso che non sono un grosso problema.

Possibilità del Sistema Sanitario di intervenire

1 - Malattie cardiovascolari

- Valutare e controllare i fattori di rischio (ipercolesterolemia, ipertensione, fumo,.....) promuovendo stili di vita sani (alimentazione equilibrata, attività fisica regolare,.....).

2 - Patologie tumorali

Colon Retto

- Potenziare interventi di educazione sanitaria tesi a promuovere, nella popolazione, stili di vita corretti (dieta ipocalorica, ricca di fibre, maggior attività fisica....) e controllo dei fattori di rischio ma tesi ad aumentare, soprattutto, la consapevolezza della possibilità reale di una diagnosi precoce mediante lo "screening".

Polmone

- Promuovere la disassuefazione al fumo mediante l'offerta di corsi per smettere di fumare e disincentivare i giovani ad iniziare a fumare.
- Vigilare sulle norme di protezione dal fumo passivo ed incentivare gli spazi liberi dal fumo.

Mammella

- Migliorare i livelli di adesione attuali allo screening promuovendo la diagnosi precoce e/o tempestiva.

3- Traumatismi e avvelenamenti

Incidenti sul lavoro

- Intensificare i controlli sull'applicazione delle normative in materia ed, in sinergia con gli organi preposti, intervenire sul fenomeno del lavoro clandestino.
- Potenziare gli interventi di tipo educativo in riferimento ai rischi ed alle misure protettive previste dalla normativa.

Incidenti stradali

- Promuovere interventi educativi rivolti soprattutto ai giovani per ridurre gli errati comportamenti sulle strade e la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti e di alcool.

4. Assistenza agli anziani ed aiutare "chi" aiuta

- Migliorare l'integrazione fra i servizi sanitari ed i servizi sociali per ridurre il disagio legato spesso all'isolamento ed alla disabilità che grava prevalentemente sulle famiglie, soprattutto nei casi di redditi modesti.

Alcune considerazioni legate all'approccio qualitativo

Il metodo qualitativo ci ha permesso di individuare alcune considerazioni interessanti a cui legare poi i problemi quantitativi sanitari e sociali.

La percezione qualitativa delle cause di malattia è abbastanza coerente con il dato quantitativo anche se, spesso, alcune patologie importanti come le malattie endocrine, ecc. vengono sottovalutate o comunque poco percepite. Per quanto riguarda la popolazione comune, dalle interviste e dai questionari emerge un forte disagio legato al sociale con un forte desiderio di avere una maggior tutela per le classi deboli (anziani o portatori di handicap) e soprattutto, un aiuto per chi si occupa di queste persone, affinché non si formino altre classi disagiate.

Per quanto riguarda l'accesso al sistema sanitario la popolazione richiede uno snellimento burocratico per i percorsi diagnostici e terapeutici con un possibile contenimento delle liste di attesa. La percezione di chi usufruisce dei Servizi è relativamente buona rispetto ai risultati ed alla disponibilità.

In questo senso le possibilità di intervento sono legate alla presenza di strutture e personale sanitario attivi sul territorio, che garantiscano una prevenzione primaria e secondaria efficace ed un iter diagnostico-terapeutico rapido. Il tutto corredato da un miglioramento dell'assistenza domiciliare e strutturata alle classi disagiate.

Possibili limiti del lavoro effettuato

1. Anche dati relativamente buone ma a volte con dati discordanti;
2. Difficoltà a dare una valutazione oggettiva alle risposte libere nel metodo qualitativo;
3. Difficoltà alla conduzione dei focus group per mancanza di formazione specifica;
4. Possibilità di confrontare dati non perfettamente omogenei;
5. Possibilità di influenzare soggettivamente alcuni parametri legati all'impatto sul sociale o sull'opinione pubblica.

Bibliografia consultata:

- Comune di Terni – *rapporto esercizio 2001*.
- Osservatorio per la salute degli anziani regione Umbria – “*i consumi ospedalieri degli anziani in Umbria attraverso l’analisi delle SDO*” anno 2002”.
- Eurisko, Dipartimento ricerche sulla salute e Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria – “*La qualità percepita dei Servizi Sanitari umbri*” anno 2003”.
- Carlo Romagnoli e Stefania Grandini “*La popolazione umbra attuale e gli scenari futuri anno 2005*”.
- AUR “*rapporto economico e sociale dell’Umbria*” anno 2002”.
- Regione dell’Umbria, ARPA Umbria, AUR, _ “*Relazione sullo stato dell’ambiente in Umbria*”.
- Agenzia Umbra Notizie – “*Salute Umbria*” n. 1 dicembre 2002
- I.S.S. *Studio Quadri*.
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili – *Terzo rapporto 2004*.
- Adriana Lombardi – “*I Piani di Zona in Umbria*” da *l’Umbria Sociale anno 2004*”.
- Regione dell’Umbria, Osservatorio Epidemiologico Regionale, Università degli Studi di Perugia Dipartimento di Specialità Medico – Chirurgiche e Sanità Pubblica – Registro Tumori Umbro di Popolazione, “*La frequenza del Cancro in Umbria 1994 – 2002*”.
- Provincia di Terni servizio politiche formative e del lavoro –“*Rapporto sul mercato del lavoro nella provincia di Terni*” maggio 2005.
- Piano Sanitario Regionale Umbro 2005 – 2008.
- Piano Attuativo Locale ASL 4 anno 2005.
- Michele Grandolfo, Serena Donati e Angela Giusti - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità – “*INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA, 2002 ASPETTI METODOLOGICI E RISULTATI NAZIONALI*”.
- Regione Umbria “*Sistema Informativo sulla salute degli anziani in Umbria*”.
- Prometeo – ISTAT “*Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende UsI: stato di salute della popolazione, servizi sanitari, contesto demografico ed economico*”.
- Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Perugia Cattedra di Igiene di Terni Prof. L. Briziarelli “*PACT 2*”.
- Office of Healthy Carolinians/Health education and the State Center for Health Statistics “*Community Assessment Guide Book*”.
- F. La Rosa – *Statistica medica ed Epidemiologia* Ed. Estense 1999.
- Francesco Attena – *Epidemiologia e valutazione degli interventi sanitari*. Piccin Editore
- R. Beaglehole – R. Bonita – T. Kjellström – *Epidemiologia di Base* – Ed. Fernando Folini seconda edizione.
- Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale Volumi A-B-C-D e monografie – Osservatorio Epidemiologico regione Umbria.
- Le malattie infettive in Umbria Rapporto 1996 – 2005 – Ufficio Dirigenziale della Prevenzione regione Umbria.
- Studio Trasversale “PASSI” 2006 Regione Umbria – Ufficio Dirigenziale della Prevenzione

Siti Internet Consultati:

- www.iss.it
- www.ISTAT.it
- www.regioneumbria.it
- www.asl4.terni.it
- www.provincia.terni.it
- www.arpa.umbria.it