

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Passi

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Emilia-Romagna

Indagine 2006



Redazione e impaginazione a cura di:

Paola Angelini, Rossana Mignani - Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna, Bologna, ottobre 2007

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani - Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna
e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/altre_collane/contributi.htm



A cura di:

Giuliano Carrozzi, Cinzia Del Giovane, Lara Bolognesi, Gianfranco De Girolamo, Carlo Alberto Goldoni, (Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL di Modena)
Nicoletta Bertozzi, Pierluigi Cesari, Fausto Fabbri, Anna Maria Ferrari, Oscar Mingozzi, Michela Morri, Alma Nieddu, Paolo Pandolfi, Daniele Agostini, Anna Rita Sacchi, Ivana Stefanelli, Giuliano Silvi, Aldo de Togni (Gruppo Regionale dei coordinatori aziendali PASSI)
Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Andrea Mattivi (Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

- a livello nazionale:

Nancy Binkin, Alberto Perra, Paola Scardetta, Chiara Cattaneo (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità)
Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Giuseppina De Lorenzo, Daniela Lombardi, Maria Miceli, Paolo Niutta, Pierluigi Piras, Mauro Ramigni, Gaia Scavia (*Gruppo PROFEA 5^a Coorte del CNESPS - ISS*), Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito (*Gruppo PROFEA 4^a Coorte del CNESPS - ISS*), Nicoletta Bertozzi (*Gruppo PROFEA 1^a Coorte del CNESPS - ISS*)

- a livello regionale:

Pierluigi Macini, Alba Carola Finarelli, Paola Angelini, Rossana Mignani (Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna)

- a livello aziendale:

Intervistatori e Collaboratori

Ausl di Piacenza	Anna Rita Sacchi (referente); Elena Cammi, Anna Maria Riveda, Cristina Sartori
Ausl di Parma	Alma Nieddu (referente), Stefania Copelli, Emanuela Rocca, Angela Ulvani, Teresa Ulvani
Ausl di Reggio Emilia	Anna Maria Ferrari (referente), Patrizia Fontanili, Marco Gentili, Pasquina Giammartini, Rossella Saetti, Sandra Santacroce, Giorgio Teggi, Igina Truzzi
Ausl di Modena	Giuliano Carrozzi (referente), Monia Bosi, Cinzia Del Giovane, Rosalba Gallerani, Maria Giulia Gatti, Massimiliano Marino, Carlo Rossi, Federica Rossi, Alessandra Schiavi, Ada Tebaldi
Ausl di Bologna	Paolo Pandolfi (referente), Daniele Agostini, Monica Alberghini, Gloria Belletti, Alessandra Calzolari, Sara De Lisio, Franca Franchi, Roberta Lullini, Paola Navacchia, Sandra Sandri, Aldo Trotta
Ausl di Imola	Ivana Stefanelli (referente), Renata Raspanti, Nadia Savoia
Ausl di Ferrara	Aldo de Togni (referente), Faustini Monica, Vitaliana Grandi, Silvia Morelli, Cinzia Settimo
Ausl di Ravenna	Michela Morri, Giuliano Silvi (referenti), Elena Biondi, Donatella Brambilla, Sonia Coveri, Fausta Francia, Silvia Gargiulo, Franca Ghiselli, Emanuela Montanari, Elena Rambelli, Magda Salmaso, Teresa Samorè, Maria Edoarda Fava
Ausl di Forlì	Oscar Mingozzi (referente), Agnoletti Donatella, Biguzzi Emilia, Biondi Daniela, Bortolotti Elena, Burnacci Ambra, Cantone Santina, Cicognani Emanuela, Fabbri Simona, Fabbroni Vilma, Farneti Roberta, Farolfi Giuditta, Fiumana Anna, Lamberti Maria, Orlati Paola, Ravaioli Marilena
Ausl di Cesena	Nicoletta Bertozzi (referente), Elizabeth Bakken, Antonella Bazzocchi, Marinella Franceschini, Sabrina Guidi, Elena Prati, Patrizia Vitali
Ausl di Rimini	Pierluigi Cesari, Fausto Fabbri (referenti), Marina Casadei, Roberto Foglietta, Mirca Guerra, Daniela Pagliarani

Un ringraziamento particolare alle persone intervistate e ai loro medici di medicina generale per la preziosa collaborazione offerta.

In questa pubblicazione vengono sintetizzati i risultati dell'edizione 2006 dello Studio PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), indagine sui principali comportamenti che influenzano la salute e sull'adozione di misure preventive all'interno della comunità.

PASSI nasce nel 2005 su proposta del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie e si attua nell'ambito di un accordo che vede la partnership del CCM (Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie), dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Regioni.

L'Emilia-Romagna ha creduto sin dall'inizio in questo progetto, avviato nella primavera 2005 con il primo studio trasversale, e per l'edizione 2006 ha sostenuto l'adesione delle 11 Aziende USL con un campione a rappresentatività aziendale.

Su tutto il territorio regionale gli intervistatori, operatori dei Dipartimenti di Sanità pubblica formati ad hoc, hanno condotto 1.254 interviste telefoniche a cittadini della fascia di età 18-69 anni attraverso un questionario standardizzato.

L'alta adesione alle interviste dimostra che anche la cittadinanza è consapevole dell'importanza delle indagini sulla salute: ben il 94% degli intervistati si è dichiarato favorevole all'effettuazione di questo studio.

L'edizione 2006 è una tappa importante nello sviluppo del sistema di sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali ed è stata propedeutica alla messa a regime del sistema continuo, che è partito nel marzo 2007.

Lo studio PASSI 2006 ha indagato alcuni argomenti non presenti nell'edizione precedente, come i sintomi di depressione e la sicurezza alimentare e domestica. Dai risultati emerge un interessante quadro generale, ricco di informazioni sui vari stili di vita necessari per impostare programmi di sanità pubblica volti al contrasto dei fattori di rischio pericolosi per la salute.

Nel ringraziare tutti gli operatori dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende sanitarie che hanno contribuito alla realizzazione dello studio, desidero ricordare il contributo determinante fornito dai Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL di Modena e Cesena per il coordinamento di questa indagine e per la partecipazione al gruppo tecnico di progetto nazionale.

*Leonida Grisendi
Direttore Generale Sanità e Politiche sociali*

INDICE

	pagina
SINTESI DEL RAPPORTO	11
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2006	15
INTRODUZIONE	20
OBIETTIVI	22
METODI	25
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE	27
Aspetti socio-demografici	27
Conclusioni	29
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	30
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute	30
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	30
Conclusioni e raccomandazioni	31
ATTIVITÀ FISICA	32
Quanti attivi fisicamente	32
Chi fa poca o nessuna attività fisica	33
Chi resta seduto molte ore	34
Promozione attività fisica	34
Conclusioni e raccomandazioni	35
ABITUDINE AL FUMO	36
Distribuzione dell'abitudine al fumo	36
Caratteristiche dei fumatori	37
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	38
Consigli sullo smettere di fumare	39
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	39
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	40
Conclusioni e raccomandazioni	40
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	41
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	41
Quanti sono in eccesso ponderale	42
Come considerano il loro peso	42
Come considerano la propria alimentazione	43
Consigli di perdere peso	43
Consigli di fare attività fisica	44
Come hanno cambiato la propria alimentazione	45
Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini	45
Quanti mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	46
Conclusioni e raccomandazioni	46
CONSUMO DI ALCOL	47
Quante persone bevono	47
Quanti sono i bevitori a rischio	48
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	48
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	49
Conclusioni e raccomandazioni	50

SICUREZZA STRADALE	51
L'uso dei dispositivi di sicurezza	51
Quanti guidano in stato di ebbrezza	52
Conclusioni e raccomandazioni	52
INFORTUNI DOMESTICI	53
Quanti si sono infortunati	53
Quanti sono gli infortuni domestici e loro gravità	54
Quale è la percezione del rischio	54
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni	55
Conclusioni e raccomandazioni	56
SICUREZZA ALIMENTARE	57
Quanti mangiano cibi crudi	57
Frequenza di lettura delle etichette dei cibi	58
Quanti hanno avuto un episodio di diarrea nell'ultimo anno	58
Frequenza dei casi di diarrea e a chi ci si rivolge	59
Conclusioni e raccomandazioni	59
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	60
Quanti si sono vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale	60
Conclusioni e raccomandazioni	61
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	62
IPERTENSIONE ARTERIOSA	62
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	62
Quanti sono ipertesi	63
Come viene trattata l'ipertensione	64
Conclusioni e raccomandazioni	64
COLESTEROLEMIA	65
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	65
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	66
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	66
Conclusioni e raccomandazioni	67
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	68
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	68
Conclusioni e raccomandazioni	69
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	70
Quante hanno eseguito un Pap test	70
Periodicità di esecuzione del Pap test	71
Consigliato il Pap test	71
Costo dell'ultimo Pap test	72
Conclusioni e raccomandazioni	72
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	73
Quante hanno eseguito una mammografia	73
Periodicità di esecuzione della mammografia	74
Consigliata la mammografia	74
Costo dell'ultima mammografia	75
Conclusioni e raccomandazioni	75

DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON-RETTO	76
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon-retto	76
Conclusioni e raccomandazioni	77
SINTOMI DI DEPRESSIONE	78
Diffusione dei due sintomi di depressione	78
Chi riferisce i sintomi di depressione	79
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	79
Quanti assumono farmaci	80
Conclusioni e raccomandazioni	80
APPENDICE	81
Allegato statistico	82
Questionario PASSI	89
BIBLIOGRAFIA	115

Sintesi del rapporto

Descrizione del campione regionale

E' stato intervistato un campione di 1.254 persone, in età compresa tra 18 e 69 anni, estratte in maniera casuale dalle liste delle anagrafi sanitarie delle AUSL dell'Emilia-Romagna. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne; l'età media è di 44 anni (44 per le donne e 43 per gli uomini). Il 56% ha un livello di istruzione alto ed il 71% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 indicano che lo stato di salute percepito è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio.

In Emilia-Romagna il 68% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni) e le persone con alto livello d'istruzione.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi psicologici rileva un'alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe di età 50-69 anni e nelle donne.

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica auspicabile per la popolazione: un *buon livello* è effettuato da chi fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; un *livello moderato* da chi fa almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti viene classificato nella categoria *livello scarso o assente*.

In Emilia-Romagna il 46% degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, il 27% svolge una moderata attività fisica ed il restante 27% non svolge alcuna attività fisica o ne fa poca; il 29% dichiara, inoltre, di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Solamente 52% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato mentre appena il 41% dichiara di aver ricevuto un consiglio generico di svolgere attività fisica. Risulta, pertanto, importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (prevalentemente a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo e sui benefici dell'astensione e della disassuefazione.

La recente entrata in vigore del divieto di fumo nei locali pubblici rappresenta, inoltre, un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo, importante causa documentata di morbosità. Un passo iniziale per i medici può essere quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

In Emilia-Romagna i fumatori rappresentano attualmente il 28% degli intervistati, gli ex fumatori il 23% e i non fumatori il 49%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia percentuali più alte di fumatori nella classe 25-34 anni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più basso. Il 59% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Risulta, pertanto, opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 6% tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi dichiara che il divieto sul luogo di lavoro non viene mai rispettato.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

In Emilia-Romagna la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (97%), anche se solo un'esigua parte (13%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

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

In Emilia-Romagna il 30% degli intervistati è in sovrappeso e il 12% è obeso.

La percezione del proprio stato ponderale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati. Nella categoria degli obesi si constata una buona sovrapposizione (88%), che scende al 79% nel gruppo dei normopeso e al 60% nelle persone sovrappeso.

Tra le persone obese solo il 28% riferisce di effettuare una dieta ed il 67% di praticare attività fisica regolare: appaiono, pertanto, opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare. Il 73% degli obesi ha ricevuto il consiglio di perdere peso da un medico o un op. sanitario ma solamente il 42% dei soggetti in sovrappeso.

Consumo di alcol

L'alcol, insieme al fumo, all'attività fisica e all'alimentazione, viene considerato con sempre maggiore attenzione in ambito preventivo a causa delle conseguenze che il suo uso eccessivo può avere in termini di mortalità, morbosità, ripercussioni sulle famiglie e la collettività. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, attraverso interventi rivolti principalmente alle persone a rischio (i forti consumatori, coloro che bevono fuori pasto ed i consumatori 'binge').

In Emilia-Romagna si stima che il 21% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Solo il 16% degli intervistati riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità. Si stima che il 60% degli incidenti stradali sia conseguente a fattori umani e che una rilevante quota del rischio può essere ridotta da sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti e sulla velocità in auto.

In Emilia-Romagna il 98% degli intervistati che vanno in moto utilizza sempre il casco e il 90% di quelli che vanno in auto usa sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (23%).

Il 20% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista e sempre il 16% di essere stato trasportato da un conducente che aveva bevuto in quantità superiore ai limiti di legge.

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 conseguono, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto il domicilio è ritenuto essere il luogo "sicuro" per eccellenza.

In Emilia-Romagna il 19% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per il 93% di questi è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 7% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero. Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 58% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi ha ricevuto informazione dai medici o da altri operatori sanitari sugli infortuni domestici è limitata al 29%.

Sicurezza alimentare

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

In Emilia-Romagna il 65% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti (prevalentemente dolci al cucchiaio, carne e insaccati freschi, pesce e frutti di mare). Sulle pratiche di preparazione degli alimenti, il 64% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Il 70% degli intervistati tuttavia legge frequentemente le etichette, il 99% la data di scadenza, mentre solamente il 56% la data di produzione, il 49% le modalità di conservazione e il 44% le istruzioni per l'uso.

Vaccinazione antinfluenzale

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

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata alle persone sopra i 65 anni, a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie e agli addetti ai servizi di pubblica utilità (tra cui gli operatori sanitari). In base ai registri vaccinali, in Emilia-Romagna, si registra una elevata copertura nelle persone sopra i 65 anni (74,6% nel 2005-2006). L'indagine PASSI non dà tuttavia informazioni sugli ultrasettantenni, mentre fornisce dati sul grado di copertura per le persone affette da patologie croniche che i flussi informativi non registrano correttamente per la mancanza di denominatori idonei. Nella campagna vaccinale 2005-2006 solo il 33% degli intervistati nella fascia 18-64 anni, con almeno una patologia cronica, dichiara di essersi vaccinato contro l'influenza.

Ipertensione

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

In Emilia-Romagna si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione tra i 18 e i 69 anni (39% sopra i 50 anni); di questi il 66% riferisce di essere in trattamento con farmaci.

La percentuale di persone alle quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è del 87%.

Colesterolemia

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

In Emilia-Romagna l'85% degli intervistati riferisce di essersi sottoposto almeno una volta nella vita alla misurazione del livello del colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 29% dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (41% sopra ai 50 anni), di cui il 22% riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Carta e punteggio individuale di rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono due strumenti semplici che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, in base al valore di questi sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

Solo il 9% delle persone intervistate che hanno più di 40 anni (età dalla quale si misura il rischio) dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non sia ancora utilizzato dai medici in maniera insufficiente.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

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

In Emilia-Romagna il 94% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e l'82% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. I motivi principali di esecuzione dell'ultimo Pap test sono stati: la lettera ricevuta dell'AUSL nel 56%, l'iniziativa personale nel 28% e il consiglio di un medico nel 14%.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

In Emilia-Romagna il 93% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 79% l'ha eseguita negli ultimi due anni. I motivi principali dell'esecuzione dell'ultima mammografia sono stati: l'aver ricevuto la lettera d'invito dell'AUSL nel 71% dei casi, l'iniziativa personale nel 17% e il consiglio di un medico nel 10%.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

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

Il 46% degli ultracinquantenni riferisce di essere stato sottoposto a un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: il 34% ha effettuato l'accertamento negli ultimi due anni come raccomandato. Valori bassi probabilmente perché il programma regionale di screening, che è iniziato nella primavera del 2005, non era ancora sufficientemente conosciuto.

Sintomi di depressione

Secondo stime OMS entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati. I disturbi mentali sono diffusi anche nel nostro Paese dove, coerentemente con le ricerche internazionali condotte in questi anni, si stima nel 7% la prevalenza di cittadini con più di 18 anni che ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi.

In Emilia-Romagna il 14% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive dei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze. La quasi totalità di costoro ha riferito anche impedimenti alla realizzazione delle normali attività negli ultimi 30 giorni. Fra tutti coloro che hanno sofferto anche di due sintomi di depressione, il 38% si è rivolto a un medico e ancora il 38% ha intrapreso un trattamento farmacologico.

Le **tabelle** nelle pagine seguenti sintetizzano i risultati principali.

Tabella riassuntiva

Risultati dello studio PASSI 2006 (Regione Emilia-Romagna)

Descrizione del campione	Regione E-R (%)
donne	51
età media	44 anni
18-34	29
35-49	34
50-69	37
titolo di studio	
nessuno	1
elementare	14
media inferiore	29
media superiore	42
laurea	14
livello di istruzione*	
alto	56
stato civile	
coniugati/conviventi	62
celibi/nubili	29
vedovi/e	3
separati/divorziati	6
lavoro regolare**	71

* alto: laurea o licenza media superiore

**Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Regione E-R (%)
risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute	68
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,0
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,2
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,0

Attività fisica	Regione E-R (%)
livelli di attività fisica secondo linee guida*	
buono	46
moderato	27
scarso o assente	27
chi resta seduto molte ore**	29
consigli dei medici	
chiesto se fa attività fisica	52
consigliato di fare attività fisica	41
verificato andamento in altre visite	21

* **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**

** 6 ore o più trascorse ogni giorno restando seduti

Abitudine al fumo	Regione E-R (%)
fumatori*	28
<u>uomini</u>	31
<u>donne</u>	26
ex fumatori**	23
non fumatori***	49
consigli dei medici:	
<u>chiesto se fuma (a tutto il campione)</u>	42
<u>a fumatori</u>	65
<u>consigliato di smettere di fumare</u>	59
come hanno smesso gli ex fumatori:	
<u>da solo</u>	98
<u>con l'aiuto del medico</u>	1
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):	
<u>sempre</u>	78
<u>a volte/mai</u>	22

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

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	Regione E-R (%)
popolazione con eccesso ponderale	
<u>soprappeso</u>	30
<u>obeso</u>	12
percezione del proprio peso:	
obesi	
<u>troppo alto</u>	88
<u>giusto</u>	12
soprappeso	
<u>troppo alto</u>	60
<u>giusto</u>	38
consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario	
<u>obesi</u>	73
<u>soprappeso</u>	42
come viene trattato l'eccesso ponderale	
obesi	
<u>dieta</u>	28
<u>svolgimento di attività fisica</u>	67
soprappeso	
<u>dieta</u>	27
<u>svolgimento di attività fisica</u>	77
principali modifiche nell'alimentazione	
<u>meno carboidrati</u>	25
<u>meno grassi</u>	29
<u>più frutta e verdura</u>	28
<u>meno sale</u>	18
frutta e verdura almeno una volta al giorno	97
almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13

Consumo di alcol	Regione E-R (%)
bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese*	72
bevitori fuori pasto**	9
bevitori binge***	10
forti bevitori****	7
chiesto dal medico sul consumo	16
*una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore	
**in un mese consumo fuoripasto di almeno una unità di bevanda alcolica almeno una volta la settimana	
***nell'ultimo mese consumo di almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione	
****più di 3 unità/gg per gli uomini e più di 2 per le donne	
Sicurezza stradale	Regione E-R (%)
casco sempre*	98
cintura anteriore sempre	90
cintura posteriore sempre	23
guida sotto effetto dell'alcol**	20
trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol***	16
* calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto	
** aver guidato entro un ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione	
*** nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione	
Infortunati domestici	Regione E-R (%)
persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno	19
assistenza sanitaria che è stata necessaria:	
<i>solo medicazione in casa</i>	93,3
<i>ricorso al pronto soccorso</i>	6,5
<i>ricovero ospedaliero</i>	0,2
percezione del rischio (bassa o assente)	58
quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni	29
Sicurezza alimentare	Regione E-R (%)
quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni)*	14
quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto**	64
quanti leggono frequentemente le etichette dei cibi che acquistano	70
più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi	26
rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)	40
* consideriamo alto comportamento a rischio chi ha assunto più di 3 cibi crudi nell'ultimo anno	
** a temperatura ambiente	

Vaccinazione antinfluenzale	Regione E-R (%)
vaccinati 18-69 anni	20
vaccinati ≥ 65	50
vaccinati <65 con almeno una patologia cronica	33

Ipertensione arteriosa	Regione E-R (%)
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	86
ipertesi*	22
come viene trattata l'ipertensione:	
<i>riduzione consumo di sale</i>	81
<i>trattamento farmacologico</i>	66
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	71
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	74

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

Colesterolemia	Regione E-R (%)
misurazione colesterolo almeno una volta	85
ipercolesterolemici*	29
consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:	
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	86
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	61
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	62
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	68
<i>trattamento farmacologico</i>	22

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

Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)	Regione E-R (%)
popolazione cui è stato calcolato il punteggio*	9

*coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero* (donne 25 - 64 anni)	Regione E-R (%)
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	82
eseguito almeno un pap test nella vita	94
viene consigliato pap test	
<i>lettera AUSL</i>	91
<i>consiglio medico</i>	79
<i>lettera + consiglio</i>	74
<i>niente</i>	4
costi pap test	
<i>nessuno</i>	61
<i>pagamento intero</i>	24
<i>pagamento ticket</i>	15

*eseguito a scopo preventivo

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (donne 50 - 69 anni)*	Regione E-R (%)
--	----------------------------

ultima mammografia eseguita da non più di due anni	79
eseguita almeno una mammografia nella vita	93
viene consigliata mammografia	
<i>lettera AUSL</i>	91
<i>consiglio medico</i>	77
<i>lettera +consiglio</i>	71
<i>niente</i>	3
costi mammografia	
<i>nessuno</i>	81
<i>pagamento intero</i>	5
<i>pagamento ticket</i>	14

*eseguita a scopo preventivo

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50 - 69 anni)*	Regione E-R (%)
---	----------------------------

eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo, almeno una volta	46
eseguito negli ultimi due anni	34

*eseguita a scopo preventivo

Sintomi di depressione	Regione E-R (%)
-------------------------------	----------------------------

2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi [*] , ^{**}	14
figure di ricorso per sintomi di depressione ^{***}	
<i>nessuno</i>	31
<i>famiglia/amici</i>	23
<i>medico di famiglia</i>	26
<i>medico specialista</i>	12
<i>altro</i>	8
assunzione farmaci ^{***}	28

* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

***entrambi i sintomi

Introduzione

Nel 2005 l'OMS ha calcolato che tra le patologie definite non trasmissibili le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche, le malattie muscolo-scheletriche e i problemi di salute mentale sono attualmente responsabili dell'86% dei decessi nella Regione Europa, con tendenza all'aumento a causa ad esempio dell'epidemia di diabete, e consumano in media il 77% del budget per la salute dei paesi membri.

Sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che queste patologie sono legate fra loro da fattori di rischio comuni, spesso identificati da determinanti legati agli "stili di vita", principalmente come alimentazione, fumo, consumo di alcol, attività fisica. Tutte le strategie a medio e lungo termine, come quella recentemente indicata dall'OMS, miranti a ridurre l'impatto delle patologie non trasmissibili attraverso valide misure di prevenzione, devono necessariamente monitorare da una parte i fattori comportamentali di rischio e dall'altra la penetrazione delle attività di prevenzione all'interno della popolazione.

Questa consapevolezza è andata rafforzandosi anche nel nostro Paese e alla fine del 2004 il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) e le Regioni facenti parte della Commissione "Mattoni" per il Nuovo Sistema Sanitario hanno dato l'incarico al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS, ISS) di testare, in alcune ASL, metodi e procedure in vista di un'eventuale sperimentazione di un sistema di sorveglianza di popolazione che coinvolgesse tutte le regioni e le ASL italiane.

Una prima volta nel 2005, il CNESPS, con il suo gruppo PROFEA (Programma di formazione in epidemiologia applicata), ha progettato e realizzato il PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), uno studio trasversale che ha utilizzato un questionario standardizzato somministrato telefonicamente a un campione di popolazione di 18-69 anni rappresentativo delle ASL o regioni partecipanti. Tale studio ha misurato fattori di rischio comportamentali con strumenti già ampiamente usati e validati in altri Paesi (USA, Australia, Finlandia, studi DG SANCO in Europa) testando alcune modalità di campionamento e procedure di coinvolgimento dei gruppi di interesse. L'interesse destato da questa iniziativa nella realtà sanitaria italiana è testimoniato dalla partecipazione di 117 ASL che si sono aggiunte volontariamente (singolarmente o con la propria regione) alle 6 selezionate inizialmente per lo studio. Questo entusiasmo si può giustificare con l'interesse e l'utilità di poter disporre in prospettiva di una base di dati specifica per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. La stessa base di dati permetterà inoltre valutazioni a livello regionale e centrale.

Nel 2005, contestualmente alla sperimentazione condotta, le strutture politiche e amministrative del Paese hanno gettato delle basi sempre più solide per la messa a regime di una sorveglianza di popolazione. I segni in tal senso sono inequivocabili: il nuovo Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) indica la sorveglianza PASSI come un obiettivo operativo da raggiungere per le regioni italiane e il CCM (del Ministero della Salute) e le Regioni hanno cominciato attraverso il CNESPS un progetto biennale di sperimentazione e sostegno alla messa a regime della sorveglianza di popolazione; la Conferenza degli assessori alla sanità ha approvato la sperimentazione di tale sistema nel biennio 2007-2008.

Nello studio PASSI 2006 sono stati inseriti alcuni nuovi moduli (sicurezza domestica, sicurezza alimentare, sintomi di depressione) e alcuni sono stati modificati rispetto al PASSI 2005 (in particolare attività fisica e alimentazione).

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, infortuni domestici, sicurezza alimentare, diagnosi precoce delle neoplasie di mammella, collo dell'utero e colon retto, sintomi di depressione. Si sono inoltre raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello

stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Lo studio realizzato ha prodotto una vasta quantità di dati che possono essere usati per una migliore comprensione dei problemi di salute nella popolazione e per una migliore definizione dei gruppi a rischio. In questo rapporto vengono in particolare documentati solo i risultati più pertinenti ad un'attività di sorveglianza.

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano un livello di attività fisica buono o moderato;
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà (chi sta seduto più di 6 ore al giorno) ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiarie di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione
- stimare la proporzione di persone convinte di avere consumi alimentari corretti
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo
- stimare la proporzione di persone che hanno modificato le proprie abitudini alimentari e quale sia il tipo di cambiamento
- stimare la proporzione di persone che adottano consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di almeno 5 porzioni di frutta e verdura)

6. Consumo di alcol

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

7. Sicurezza stradale

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

8. Infortuni domestici

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver subito infortuni in casa
- stimare il numero di infortuni domestici e il tipo di intervento sanitario effettuato
- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico e l'ambiente in cui è più facile subire un infortunio grave
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione

9. Sicurezza alimentare

- stimare la proporzione di persone che mangiano cibi crudi o poco cotti e che utilizzano modalità scorrette di scongelamento del cibo
- stimare la frequenza della lettura delle etichette dei cibi acquistati
- stimare la percentuale di persone che dichiara di aver avuto almeno un episodio di diarrea, la percentuale di quanti si sono rivolti ad un operatore sanitario e la prevalenza di persone a cui è stato prescritto l'esame delle feci

10. Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-69 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata

11. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione

12. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia

13. Sintomi di depressione

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto
- stimare la prevalenza di persone che assumono farmaci per i sintomi depressivi e di quali principali tipi

Metodi

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 11 Aziende Sanitarie Locali dell'Emilia-Romagna, aggiornate al 31.12.2005 (complessivamente 2.871.510 persone). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle AUSL. La dimensione del campione è stata di 1.254 individui, superando così ampiamente la dimensione campionaria minima (600 soggetti) necessaria per ottenere stime con un intervallo di confidenza al 95%; questo dimensionamento è stato ottenuto con metodi statistici standard sulla base della prevalenza stimata delle variabili principali.

Su indicazione regionale, tre AUSL (Parma, Forlì, Rimini) hanno ampliato il campione per avere la significatività aziendale, analogamente a quanto era stato fatto dalle altre 7 AUSL regionali nel PASSI 2005. L'AUSL di Modena ha ripetuto un campionamento con rappresentatività aziendale, come nello studio precedente. Infine Bologna e Imola hanno aderito insieme in modo da ottenere una rappresentatività provinciale.

Il campione complessivo dell'Emilia-Romagna è risultato pertanto così suddiviso per AUSL:

Ausl	Campione 18-69 anni
Piacenza	39
Parma*	200
Reggio Emilia	58
Modena*	200
Bologna e Imola**	224
Ferrara	51
Ravenna	54
Forlì*	200
Cesena	28
Rimini*	200
Totale Emilia-Romagna	1.254

* AUSL con rappresentatività aziendale

** AUSL con rappresentatività provinciale

Per garantire idonea rappresentatività regionale è stata introdotta una post-stratificazione (pesatura per AUSL).

A livello nazionale hanno partecipato all'indagine 35 Aziende Sanitarie (appartenenti a 7 Regioni italiane) e sono state effettuate 4.905 interviste telefoniche.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AUSL di appartenenza, così come i loro Medici di Medicina Generale mentre la Regione Emilia-Romagna ha provveduto ad informare i sindaci di tutti i Comuni.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nei mesi di maggio e giugno 2006. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3.2.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale. Nelle tabelle dell'analisi univariata una "s" indica i confronti significativi sul piano statistico. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica i cui risultati sono riportati in appendice mentre nel testo compare solo una breve sintesi.

I dati regionali sono stati calcolati mediante un'opportuna pesatura, cioè con una post-stratificazione del campione per equilibrare i campioni delle singole AUSL al campione dell'effettiva popolazione. Nei grafici sono riportati i valori regionali pesati e quelli delle 5 AUSL che hanno effettuato il campionamento anche con rappresentatività aziendale.

Non sono mostrati i valori relativi a tutte le ASL partecipanti all'edizione 2006 di PASSI, in quanto l'intero campione non è rappresentativo del panorama del Paese, non essendo tra le finalità dell'indagine fornire una stima nazionale.

Infine, non sono mostrati i confronti con i dati regionali di PASSI 2005, in quanto non è metodologicamente corretto effettuare confronti temporali tra indagini trasversali: i trend vanno infatti ricavati con i sistemi di sorveglianza continui.

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. È stata data la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente gli obiettivi dello studio, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione regionale

La popolazione in studio è costituita da 2.871.510 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2005 nelle liste delle anagrafi sanitarie di tutte le AUSL dell'Emilia-Romagna. Sono state intervistate 1.254 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento casuale semplice dalle anagrafi sanitarie. Inoltre quattro AUSL hanno ampliato il campione per avere la significatività aziendale (Parma, Modena, Forlì, Rimini) e due AUSL (Bologna e Imola) sono presenti insieme in quanto hanno aderito in modo da ottenere una rappresentatività provinciale.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'80% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 45 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione¹ è stato del 16%; il tasso di risposta² è stato dell'84% e quello di rifiuto³ del 6%.

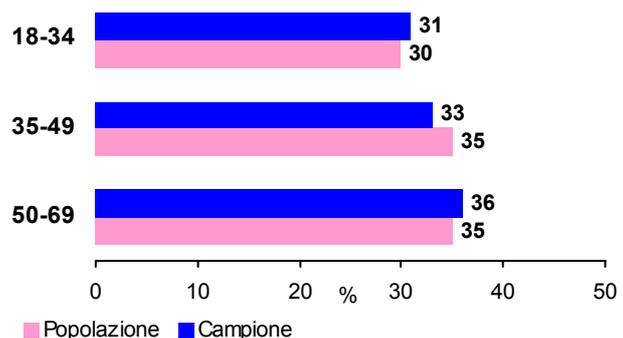
Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

- In Emilia-Romagna il 51% del campione intervistato (1.254 persone) è costituito da donne.
- Il 29% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 37% in quella 50-69. Nella fascia d'età inferiore la percentuale di uomini è poco più alta di quella delle donne, nella fascia intermedia non ci sono differenze, mentre nella classe 50-69 la percentuale di donne è più alta di quella degli uomini.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

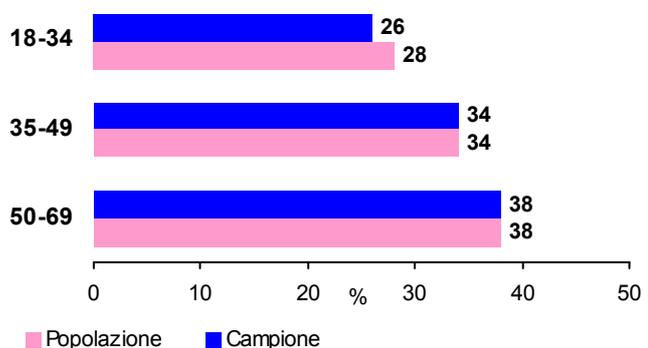
Confronto del campione con la popolazione per classi di età negli uomini

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=623)



Confronto del campione con la popolazione per classi di età nelle donne

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=631)



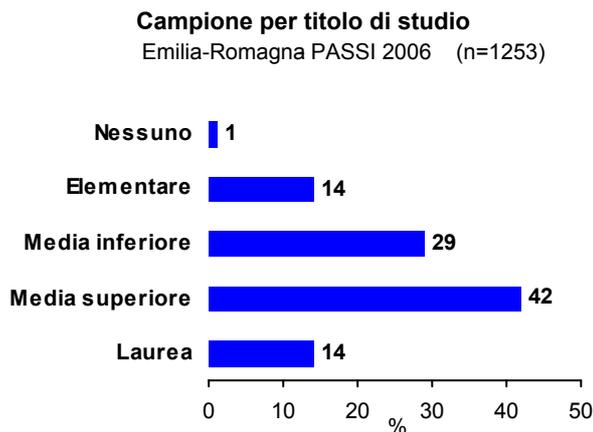
¹ Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

² Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

Il titolo di studio

- In Emilia-Romagna l'1% del campione non ha alcun titolo di studio, il 14% ha la licenza elementare, il 29% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore e il 14% è laureato.

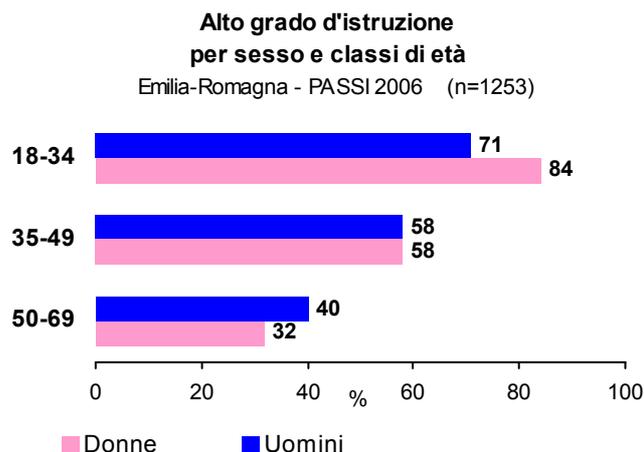


Il livello di istruzione

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

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

- In Emilia-Romagna il 56% del campione osservato presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (differenza statisticamente significativa rispetto al valore medio regionale).
- Le donne tra i 18 e 34 anni hanno un livello di istruzione superiore ai loro coetanei, mentre gli uomini tra i 50 e 69 anni hanno mediamente un titolo di studio superiore alle donne (differenze significative sul piano statistico).

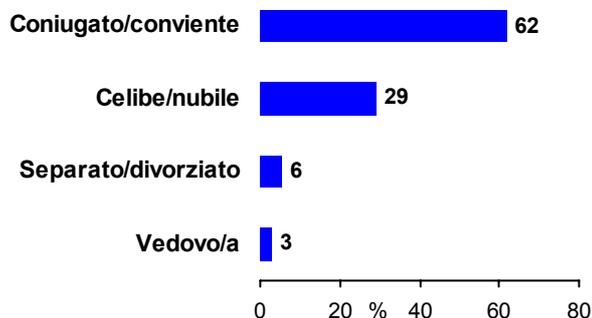


Lo stato civile

Campione per categorie stato civile

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1251)

- In Emilia-Romagna i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 29%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi/e il 3%.

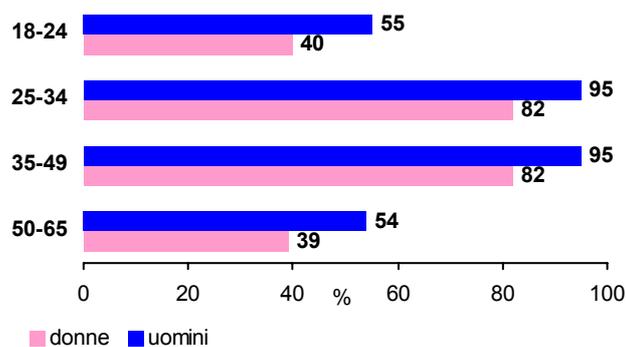


Il lavoro

- In Emilia-Romagna il 71% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (64% contro 77%); tra i giovani e gli ultra 50enni si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze. Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1173)



Conclusioni

Il campione in Emilia-Romagna è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

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

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Emilia-Romagna il 68% 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.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per classe di età, istruzione, presenza di patologie severe e si aggiunge quella per sesso (più elevata per gli uomini).

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale; solo Forlì presenta un valore più basso al limite della significatività statistica (range dal 58% di Forlì al 75% di Modena).

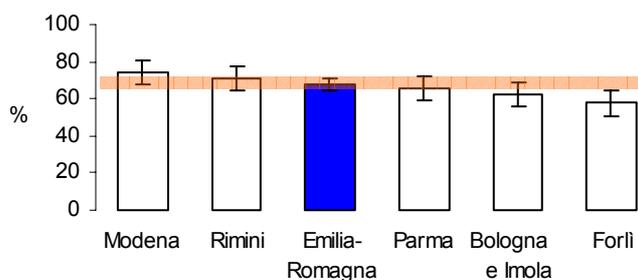
Stato di salute percepito positivamente*
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1253)

Caratteristiche	%
Totale	68 (IC95%: 65-71,2)
Età	
18 - 34	84,3s
35 - 49	71,3
50 - 69	52,3s
Sesso	
uomini	74,1
donne	62,3
Istruzione	
bassa	59,3s
alta	74,8
Patologia severa**	
presente	43,6s
assente	73,9

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

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

Percentuale di persone che si dichiarano in salute buona o molto-buona
Emilia-Romagna - PASSI 2006



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

- In Emilia-Romagna le persone intervistate riferiscono una media di circa 3 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per 1 giorno al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa) e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita Emilia-Romagna - PASSI 2006			
Caratteristiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,0	3,2	1,0
Classi di età			
18 - 34	2,1	2,4	0,7
35 - 49	3,0	3,2	1,0
50 - 69	3,8	3,8	1,2
Sesso			
uomini	2,2	2,1s	0,7
donne	3,8	4,3	1,3

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

Attività fisica

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

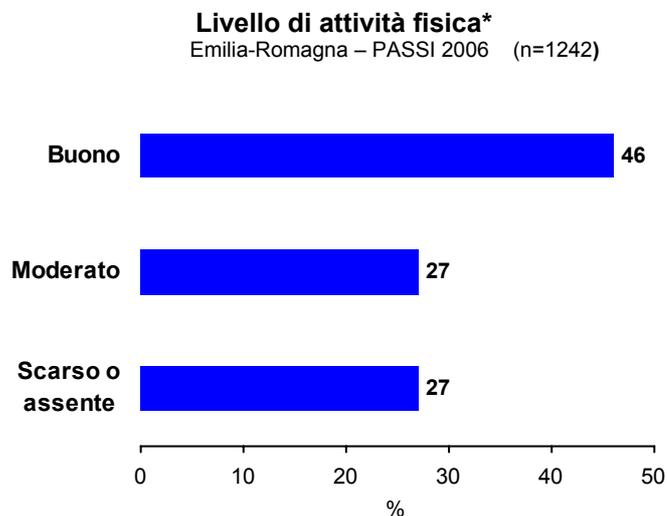
Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

Nello studio PASSI 2006 è stato utilizzato uno schema di classificazione internazionale (IPAQ) che suddivide la popolazione in tre livelli di attività fisica: buono, moderato, scarso o assente, basandosi su frequenza e durata dell'attività fisica e del cammino. L'IPAQ consente inoltre di stimare il consumo metabolico correlato all'attività fisica praticata.

E' attribuito un *buon livello* di attività fisica alle persone che riferiscono di fare almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; un *livello moderato* a chi dichiara di fare almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; *scarso o assente* a tutti gli altri che hanno riferito un livello inferiore di attività fisica. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, quali ad esempio le malattie cardiovascolari.

Quanti attivi fisicamente?

- In Emilia-Romagna il 46% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica, il 27% svolge una moderata attività fisica ed il restante 27% non svolge alcuna attività fisica o ne fa poca.



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

Chi fa poca o nessuna attività fisica?

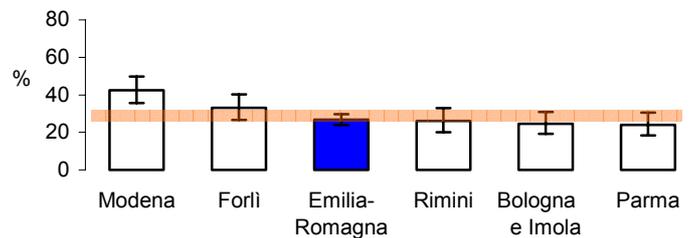
- Nella Regione Emilia-Romagna non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione.
- Le persone di 18-49 anni sono meno attive rispetto a quelle di 50-69 anni.
- Sono risultate meno attive le persone con stato di salute percepito peggiore, così come quelle che riferiscono sintomi di depressione (differenze non significative sul piano statistico). Non emergono differenze elevate neanche per quelle che presentano fattori di rischio cardiovascolare per le quali sarebbe particolarmente auspicabile una regolare attività fisica.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico si osserva che fanno poca o nessuna attività fisica più le donne rispetto agli uomini e chi percepisce uno stato di salute non buono (valori statisticamente significativi).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative, eccetto che per quella di Modena, per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica (range dal 24% di Parma al 43% di Modena). Da notare che il dato dell'AUSL di Modena potrebbe risentire, almeno in parte, di una revisione sperimentale della qualità delle interviste di questa sezione condotta solo in quel campione.

Persone che fanno poca o nessuna attività fisica

Emilia-Romagna – PASSI 2006 (n=353)

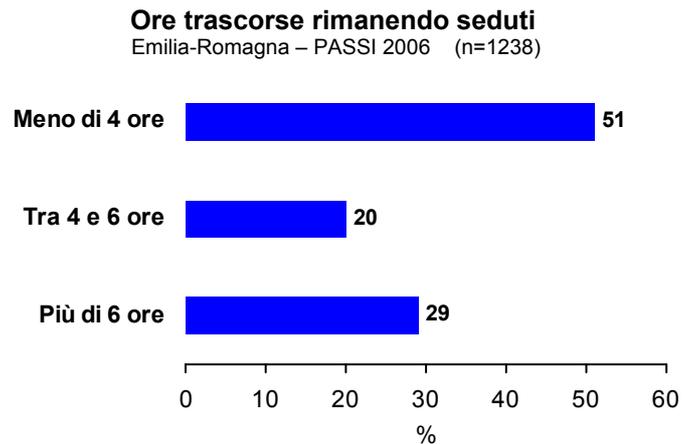
Caratteristiche	%
Totale	26,8 (IC95% 24,0-29,7)
Sesso	
uomini	24,2
donne	29,0
Classi di età	
18 - 34	29,7
35 - 49	29,1
50 - 69	22,0
Istruzione	
bassa	24,8
alta	28,1
Salute percepita	
buona	25,2
non buona	29,7
Condizioni particolari	
sovrappeso/obesità	27,8
ipertensione	28,7
ipercolesterolemia	25,7
depressione	29,4

Percentuale di persone che fanno poca o nessuna attività fisica.
Emilia-Romagna - PASSI 2006



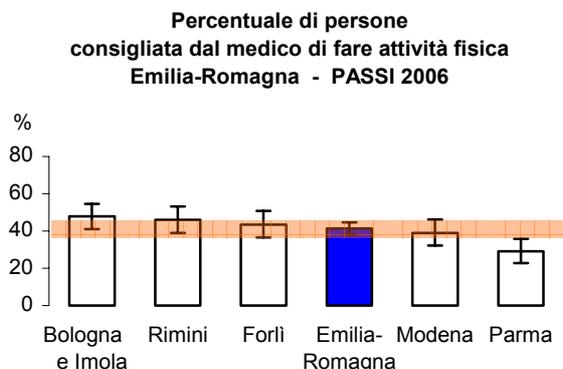
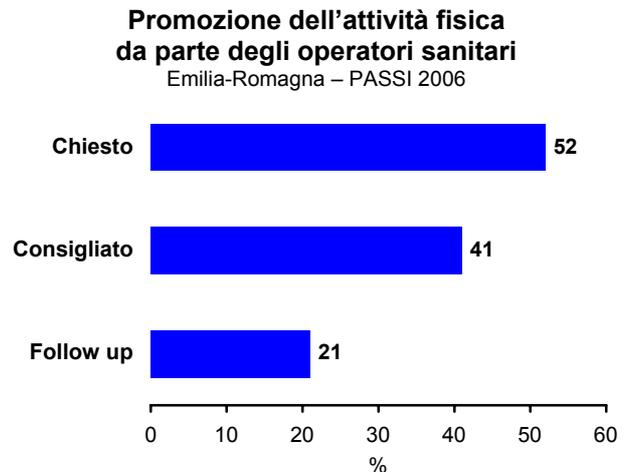
Chi resta seduto molte ore?

- Il 29% degli intervistati riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno e il 20% per almeno 4 ore.
- Tra i 18-34enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore sale al 42%; i valori corrispondenti per i 35-49enni e i 50-69enni sono rispettivamente 27% e 26% (differenze significative per la prima e l'ultima classe di età).
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 40% sta seduto più di 6 ore mentre per il gruppo con un basso livello il valore corrispondente è 15% (differenze significative).
- Non ci sono differenze significative tra uomini e donne rispetto a questa caratteristica.



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

- In Emilia-Romagna solo il 52% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 41% dei casi.
- Al 51% delle persone che hanno ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica (pari al 21% del totale degli intervistati) è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- La percentuale di chi raggiunge un livello buono di attività fisica non è molto diversa tra le persone a cui viene chiesto anche in successivi controlli se svolgono l'attività fisica loro consigliata (43% contro il 45% di coloro che non vengono più seguiti una volta ricevuto il primo consiglio).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica, eccetto per Parma (range dal 29% di Parma al 48% di Bologna e Imola).



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che in Emilia-Romagna il 46% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 27% 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, depressi).

Un terzo circa della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è più diffusa tra i 18-34enni e tra le persone con livello alto di istruzione. Questi gruppi dovrebbero godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti a sostenere l'attività fisica nella popolazione.

Gli operatori sanitari promuovono ancora non sufficientemente l'attività fisica tra i loro pazienti, anche se il consiglio, quando poi viene rinforzato in occasione di visite successive, aiuta le persone a raggiungere un livello adeguato di attività fisica.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (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 progressivamente ridotta in questi anni, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani fumatori.

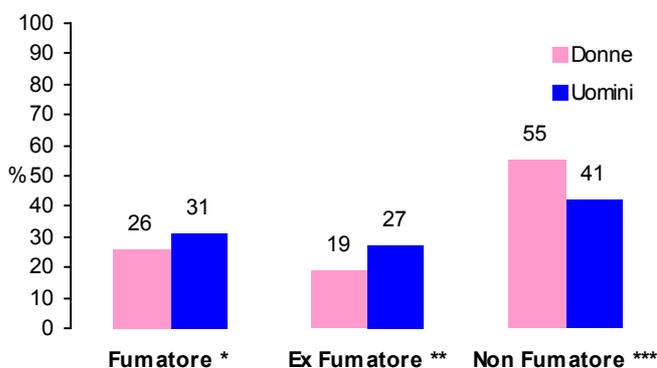
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezzi il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

Abitudine al fumo di sigaretta
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1251)



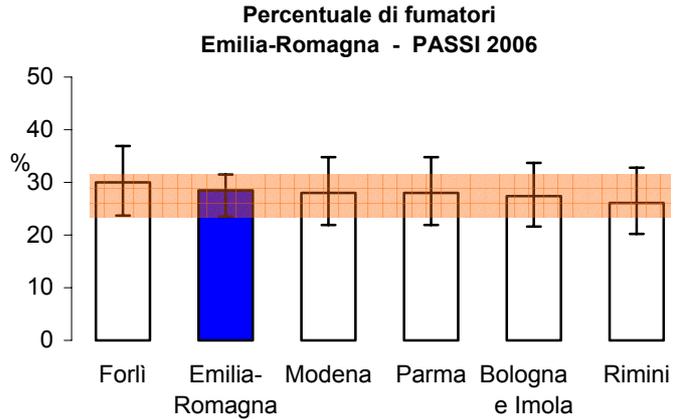
- In Emilia-Romagna il 28% delle persone intervistate riferisce di fumare, il 23% di essere un ex fumatore e il 49% di non fumare.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (31% verso 26%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (55% verso 41%).
- Nello studio PASSI 2005, la definizione di fumatore comprendeva anche coloro che avevano smesso di fumare da meno di 6 mesi. Applicando la stessa definizione dell'indagine PASSI 2005 la percentuale di fumatori nel 2006 sarebbe del 30% (IC95% 26,5 - 32,7).

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

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

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

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 26% di Rimini al 30% di Forlì).



Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori di sigarette nella classe d'età 25-34 anni, tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione, differenze però non significative sul piano statistico.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche in un modello logistico si osserva, nel confronto tra il gruppo dei fumatori rispetto a quello degli ex e dei non fumatori, che fumano maggiormente le persone fino ai 34 anni, gli uomini e le persone con istruzione più bassa (differenze significative a livello statistico).
- In media fumano circa 14 sigarette al giorno.

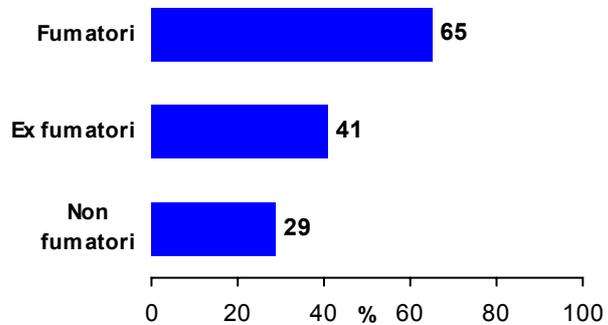
Fumatori	
Emilia-Romagna – PASSI 2006 (n=366)	
Caratteristiche	% Fumatori*
Totale	28,5 (IC95%: 25,4-31,5)
Classi di età	
18 - 24	28,4
25 - 34	36,6
35 - 49	26,6
50 - 69	26,2
Sesso	
uomini	31,4
donne	25,9
Istruzione	
bassa	29,5
alta	27,7

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

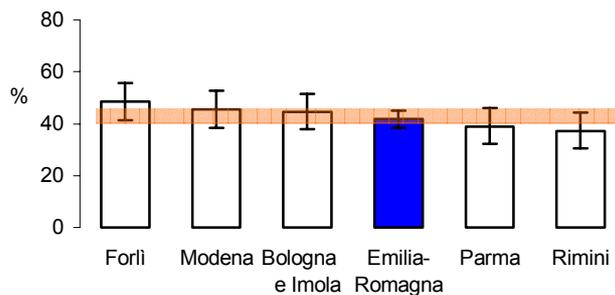
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- Circa il 42% delle persone intervistate dichiara che un medico o un altro operatore sanitario ha indagato le sue abitudini al fumo. Più in particolare, tale richiesta è stata fatta al 65% dei fumatori, al 41% degli ex fumatori e al 29% dei non fumatori.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone o di fumatori a cui è stato chiesto se fumano da parte di un operatore sanitario (range dal 37% di Rimini al 49% di Forlì per il totale delle persone intervistate; dal 65% del valore medio regionale al 75% di Forlì per i fumatori).

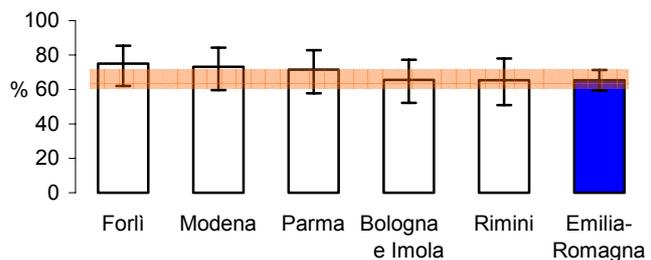
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo
Emilia-Romagna – PASSI 2006 (n=1251)



% persone a cui è stato chiesto se fumano da parte di un operatore sanitario
Emilia-Romagna - PASSI 2006

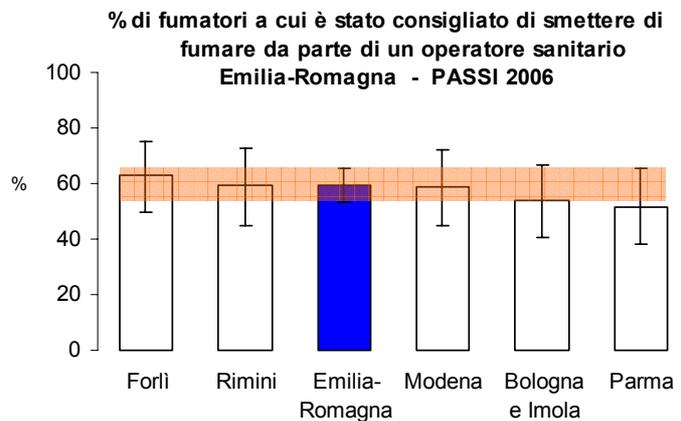
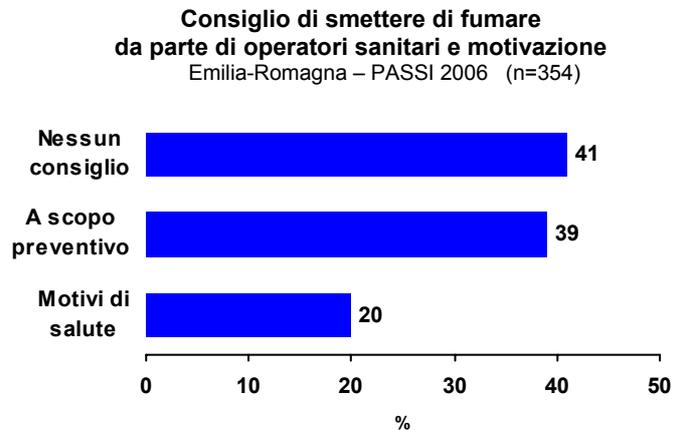


% di fumatori a cui è stato chiesto se fumano da parte di un operatore sanitario
Emilia-Romagna - PASSI 2006



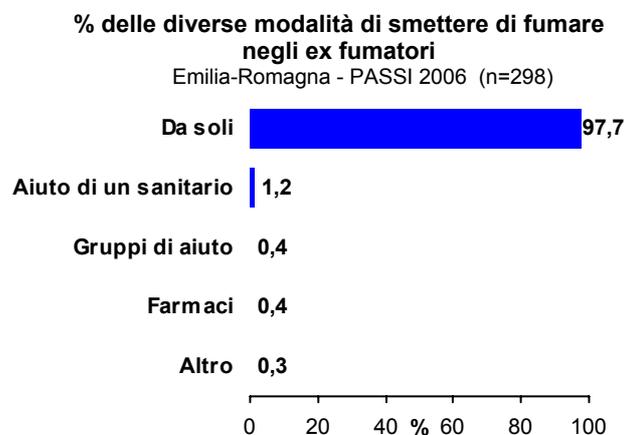
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Il 59% dei fumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o da un altro operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (39%).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 52% di Parma al 63% di Forlì).



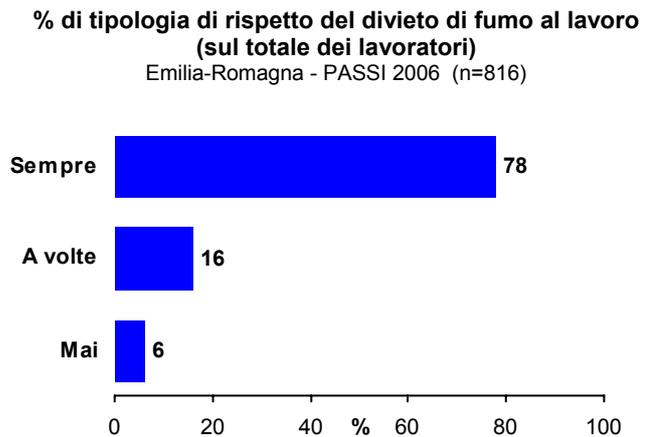
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- In Emilia-Romagna il 98% degli ex fumatori ha smesso di fumare da solo; poco più dell'1% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un medico o da un altro operatore sanitario.



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

- Il 78% delle persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferisce che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è sempre rispettato.
- Non emergono differenze significative statisticamente nelle cinque AUSL della regione con campione rappresentativo (range dal 67% di Rimini all'81% di Parma e Bologna).



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza tra i giovani, specialmente nella classe d'età dei 25-34enni, dove circa 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori, valori che comunque non si discostano molto da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

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

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

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

L'evidenza scientifica a nostra disposizione indica che gli interventi di migliore efficacia nell'abitudine al fumo sono quelli integrati e continui nel tempo in grado di combinare azioni informative-educative, offerta di programmi per smettere di fumare, vigilanza e controlli sull'applicazione del divieto di fumo. Occorre in particolare rafforzare l'attività di *minimal advise* (consiglio breve) da parte dei Medici di Medicina Generale e promuovere un maggior accesso ai centri antifumo. In Emilia-Romagna sono infatti presenti 39 centri antifumo: 33 presso le AUSL e 6 presso la Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT), la maggior offerta a livello nazionale in rapporto alla popolazione residente: il tasso di cessazione al fumo ad un anno è pari al 40-50% degli iscritti ai corsi, in linea con i protocolli nazionali.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (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).

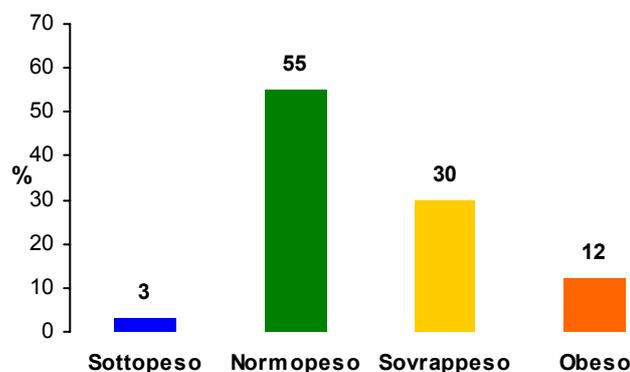
Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante 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 ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Emilia-Romagna il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 55% normopeso, il 30% sovrappeso ed il 12% obeso.

Situazione nutrizionale della popolazione
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1249)



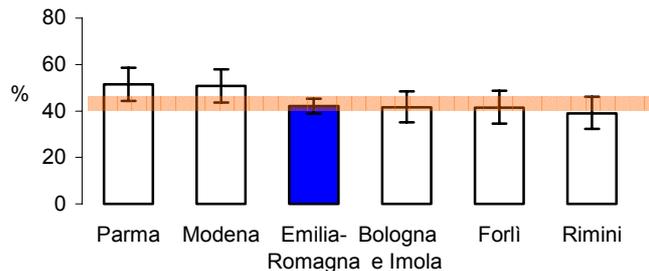
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- In Emilia-Romagna si stima che il 42% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini (56%) e nelle persone con basso livello di istruzione (51%), con differenze tutte statisticamente significative.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico si osserva che hanno probabilità maggiore di essere in eccesso ponderale chi ha una bassa istruzione, gli uomini e le persone con livelli di età più elevati (differenze significative a livello statistico).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 39% di Rimini al 52% di Parma).

Popolazione con eccesso ponderale [^]	
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1249)	
Caratteristiche	%
Totale	42,1 (IC95% 38,9-45,3)
Classi di età	
18 - 24	25,2s
25 - 34	31,3s
35 - 49	38,3s
50 - 69	55,8s
Sesso	
uomini	55,9s
donne	28,9s
Istruzione	
bassa	50,8s
alta	35,5s

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

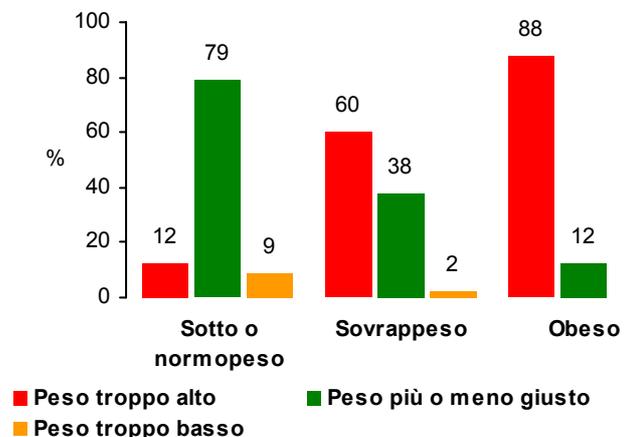
% di persone in eccesso ponderale
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- In Emilia-Romagna la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Solo nella categoria degli obesi si osserva una buona coincidenza (88%).
- Il 79% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con il proprio BMI, mentre per le persone in sovrappeso scende al 60%.

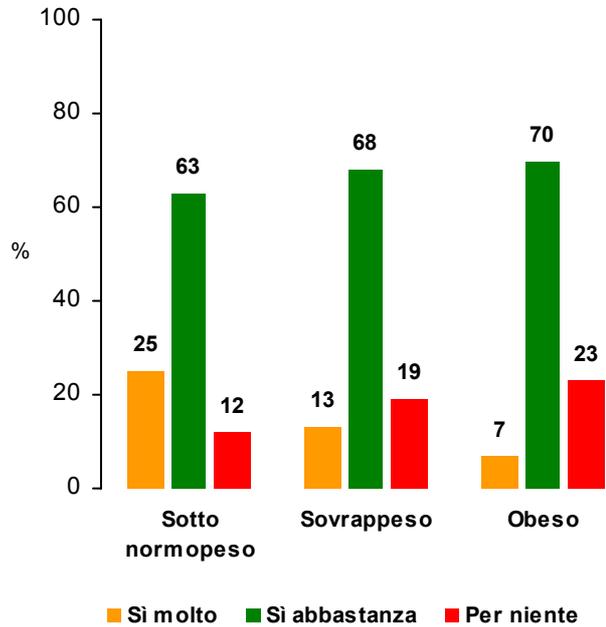
Percezione della propria situazione nutrizionale
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1248)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1244)

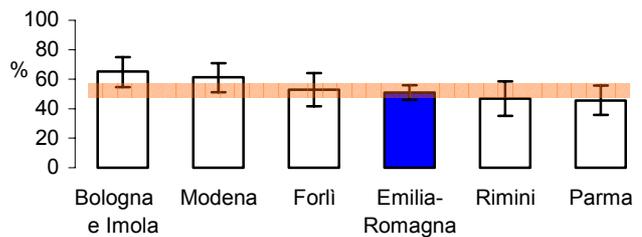
- In Emilia-Romagna mediamente l'85% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione benefica per la propria salute, in particolare: l'88% dei sottopeso/normopeso, l'81% dei sovrappeso e il 77% degli obesi.



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Emilia-Romagna il 51% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 42% delle persone in sovrappeso e il 73% delle persone obese.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 46% di Parma al 65% di Bologna).

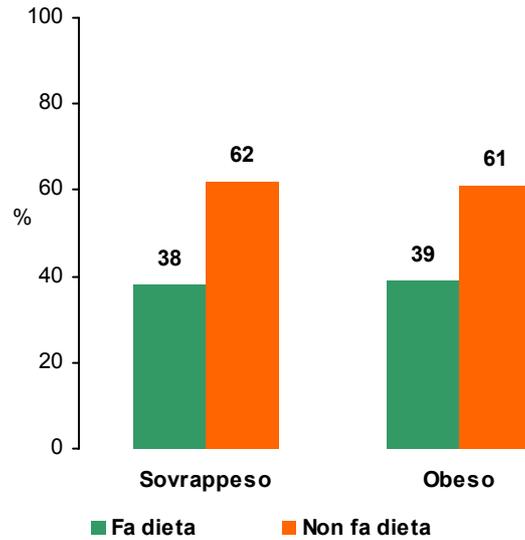
% persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Emilia-Romagna - PASSI 2006



- Il 27% delle persone in sovrappeso e il 28% di quelle obese segue una dieta per perdere peso.
- Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare in maniera positiva l'attuazione della dieta: tra coloro che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso, ben il 38% delle persone in sovrappeso e il 39% degli obesi seguono una dieta per perdere peso.

Attuazione della dieta in rapporto al consiglio dell'operatore sanitario

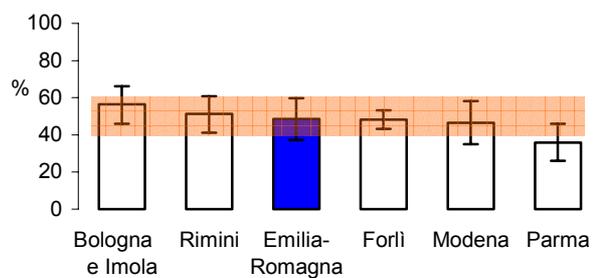
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=544)



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- In Emilia-Romagna il 49% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 46% delle persone in sovrappeso e il 55% delle persone obese.
- Il 77% delle persone in sovrappeso e il 67% di quelle obese svolgono un'attività fisica moderata o più.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 36% di Parma al 57% di Bologna e Imola).

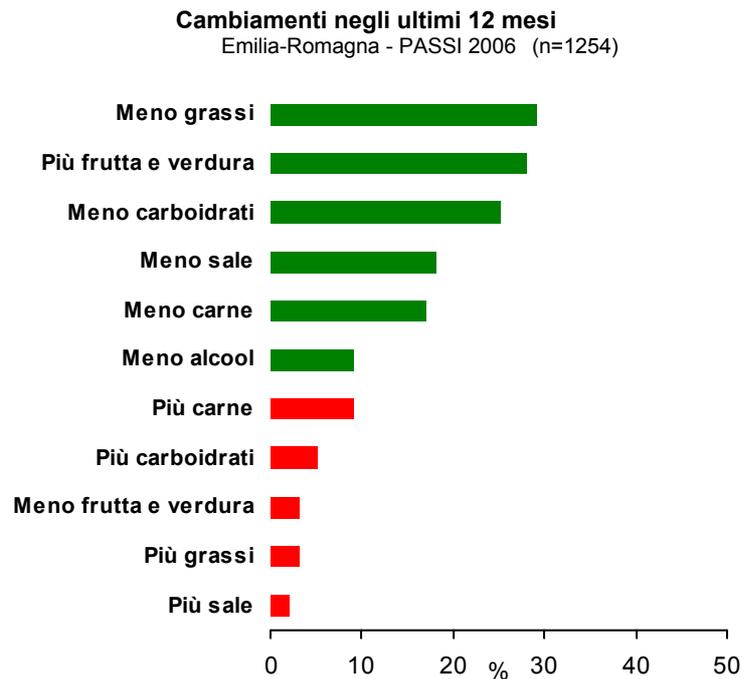
% persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

- In Emilia-Romagna molte persone intervistate riferiscono di aver modificato le proprie abitudini alimentari negli ultimi 12 mesi. I principali cambiamenti riferiti, mostrati nel grafico di fianco, sono prevalentemente in positivo.

NB: Per carboidrati si intendono pane, pasta, riso. La riduzione prevalente dei carboidrati, specie durante una restrizione calorica, può non essere un comportamento positivo, poiché una dieta equilibrata, deve comprendere circa il 60% delle calorie dai carboidrati.



NB: Sono indicati in **verde** i cambiamenti positivi ed in **rosso** quelli negativi

Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

Nella tabella seguente si riportano, in percentuale, i dettagli sui quattro cambiamenti principali osservati.

Le donne hanno riferito una tendenza alla riduzione di carboidrati significativamente maggiore degli uomini.

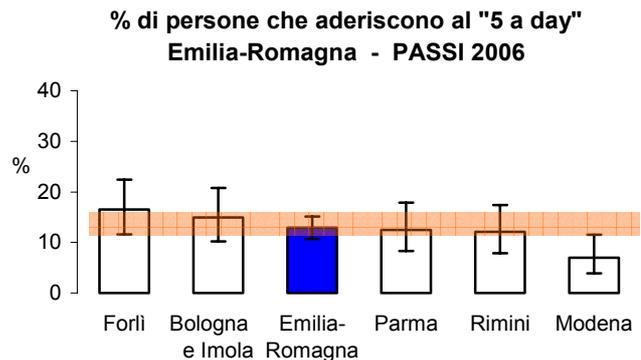
Caratteristiche	Meno carboidrati	Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno sale
Totale	25,2 (IC 95%22,3-28,1)	29,3 (IC 95%26,3-32,3)	28,2 (IC 95%25,2-31,1)	17,8 (IC 95%15,3-20,4)
Classi di età				
18 - 24	29,1	20,9	34,5	14,5
25 - 34	25,7	29,9	38,9s	13,4
35 - 49	25,4	29,8	24,7	15,3
50 - 69	23,6	30,4	23,8	23,5
Sesso				
uomini	18,6s	25,5	23,6	16,1
donne	31,5s	32,9	32,5	19,5
Istruzione				
bassa	26,4	31,0	25,9	21,2
alta	24,2	28,0	29,7	15,3

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

- In Emilia-Romagna il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 13% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 40% mangia da 3 a 4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni. Non si osservano invece differenze significative sul piano statistico per sesso.
- L'assunzione di frutta e verdura è maggiore nelle persone con istruzione alta, senza raggiungere la significatività statistica.
- Analizzando con un modello logistico tutte queste caratteristiche insieme per l'adesione al "5 a day", si evidenzia la significatività statistica per la fascia d'età più elevata rispetto alla più giovane, per le donne e per coloro che svolgono attività fisica a livello moderato o più.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 7% di Modena al 17% di Forlì).

Consumo di frutta e verdura Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1253)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" (%)
Totale	12,9 (IC95%:10,7-15,1)
Classi di età	
18 - 34	10,1
35 - 49	11,9
50 - 69	16,1
Sesso	
uomini	10,5
donne	15,3
Istruzione	
bassa	11,5
alta	14,0

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



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente il 60% dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto due su tre persone obese considerano la propria alimentazione non idonea. Le misure di prevenzione individuali dell'obesità, l'esercizio fisico e una dieta, sono praticate rispettivamente solo dal 28% e dal 27% delle persone in eccesso ponderale. La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, oltre il 53% ne assume oltre 3 porzioni, anche se solo il 13% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire lo sviluppo di comportamenti virtuosi attraverso l'adozione di iniziative ed interventi di provata efficacia.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto nell'ambito della promozione degli stili di vita sani un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza). L'alcol è inoltre considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

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

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

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

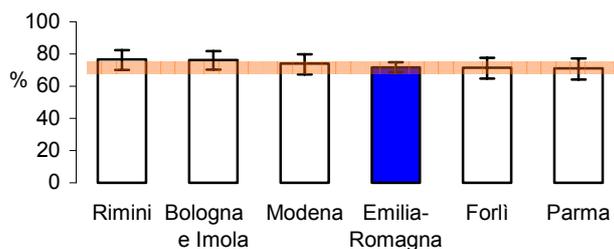
Quante persone consumano alcol?

- In Emilia-Romagna la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 72%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia 18-24 anni e 50-69 anni. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini. Analizzando assieme i fattori studiati con un modello di regressione logistica, si aggiunge la significatività statistica per livello di istruzione più elevato.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 71% di Parma al 77% di Rimini).

Consumo di alcol (ultimo mese)	
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1251)	
Caratteristiche	% che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica*
Totale	71,7 (IC95%:68,7-74,8)
Classi di età	
18 - 24	73,1
25 - 34	70,7
35 - 49	70,7
50 - 69	73,0
Sesso	
uomini	82,3s
donne	61,5s
Istruzione	
bassa	66,0
alta	76,3

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

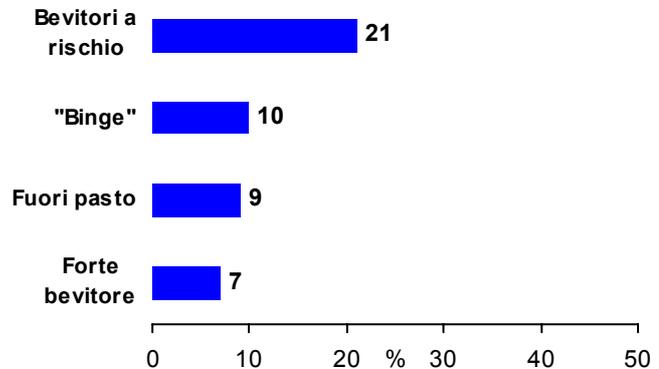
Percentuale di persone che hanno bevuto almeno 1 unità alcolica nell'ultimo mese
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 21% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 9% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 10% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 7% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio (per i bevitori a rischio range dal 17% di Parma al 28% di Bologna e Imola).

Bevitori a rischio* per categorie
Emilia-Romagna - PASSI 2006



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

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

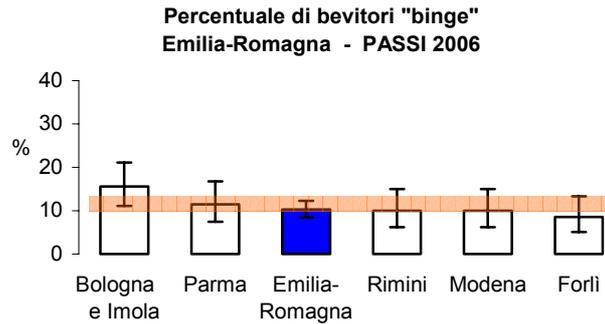
- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 10,3% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche col modello logistico si osserva il consumo "binge" è significativamente più elevato sul piano statistico nei maschi, nelle fasce d'età più basse e per livelli di istruzione più elevata.

Bevitori "binge"
Emilia-Romagna - PASSI 2006

Caratteristiche	Bevitori "binge"* (n=1251)
Totale	10,3 (IC95%: 8,4-12,3)
Classi di età	
18 - 24	22,0s
25 - 34	17,1
35 - 49	6,4
50 - 69	7,4
Sesso	
uomini	18,2s
donne	2,9s
Istruzione	
bassa	6,9
alta	10,4

* 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

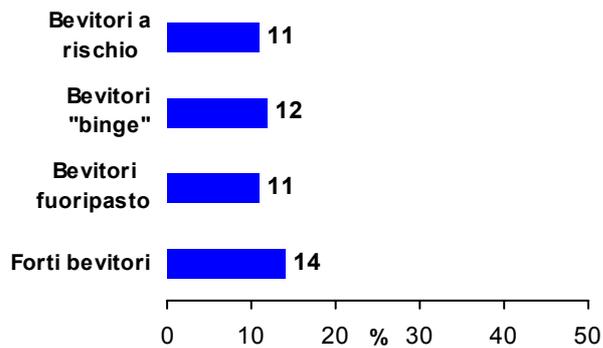
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative (range dal 9% di Forlì al 16% di Bologna e Imola).



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

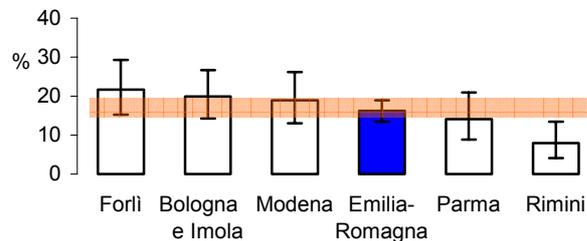
- In Emilia-Romagna solo il 16% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo l'11% dei bevitori a rischio, il 12% dei "binge", l'11% di chi beve fuori pasto ed il 14% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione (range dall'8% di Rimini al 22% di Forlì).

% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi)
Emilia-Romagna - PASSI 2006



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

Percentuale di persone a cui un medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, soprattutto fra i giovani: si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

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

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

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nel tempo nell'ambito delle attività di informazione ed educazione, in particolare coinvolgendo famiglia, scuola e società, col supporto importante dei mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della legalità (es. limite dei 0,5 gr/litro di tasso alcolico nel sangue per la guida), della sicurezza per sé e per gli altri e dall'altro all'offerta di aiuto per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2005 si sono verificati in Italia oltre 225.078 incidenti stradali con 5.426 morti e 313.727 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. In Emilia-Romagna nel 2005 gli incidenti stradali sono stati 21.929 con 555 morti e 30.161 feriti.

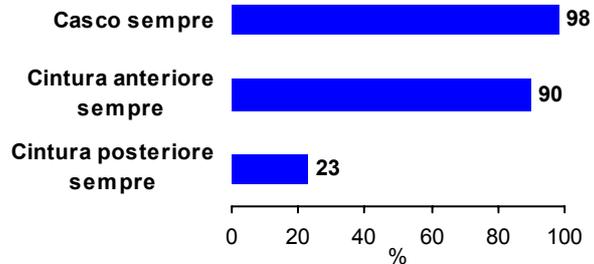
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre la guida sotto l'effetto dell'alcol e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Emilia-Romagna tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco.
- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 90%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (23%).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale, senza presentare differenze statisticamente significative (range dall'85% di Modena al 92% di Rimini per la cintura anteriore e dal 15% di Rimini al 26% di Parma per quella posteriore).

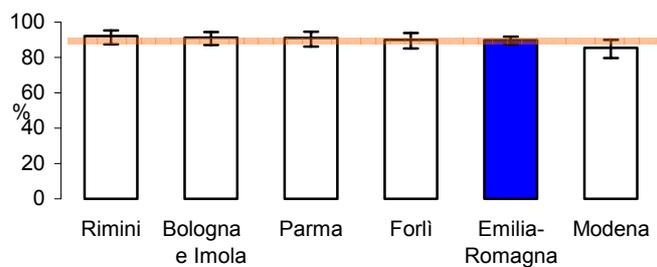
Uso dei dispositivi di sicurezza

Emilia-Romagna - PASSI 2006



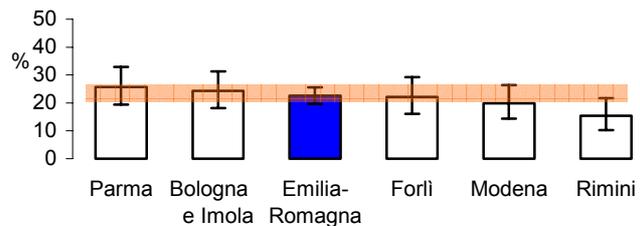
Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre

Emilia-Romagna - PASSI 2006



Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre

Emilia-Romagna - PASSI 2006



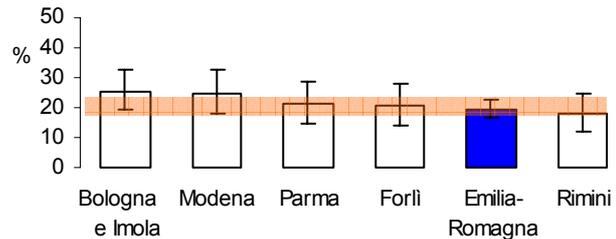
Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Il 20% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani (27%) e negli uomini (31%) in maniera statisticamente significativa rispetto alle donne (5%). Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, è significativa sul piano statistico anche la differenza per istruzione (alta verso bassa) ed età tra le classi più estreme (50-69 anni rispetto a 18-34).
- Il 16% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dal 18% di Rimini al 26% di Bologna e Imola).

Guida sotto l'effetto dell'alcol? Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=914)	
Caratteristiche	Guida sotto l'effetto dell'alcol* (%)
Totale	19,5 (IC95%:16,6-22,4)
Classi di età	
18 - 34	26,8
35 - 49	18,1
50 - 69	15,1
Sesso	
uomini	30,7s
donne	4,9s
Istruzione	
bassa	16,9
alta	21,2

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

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato in stato di ebbrezza
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Quello della guida sotto l'effetto dell'alcol è ancora un problema piuttosto diffuso.

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

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità che da tali eventi conseguono, 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. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. 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 questo si sia verificato in una civile abitazione, sia all'interno che all'esterno di essa.

Quante persone si sono infortunate?

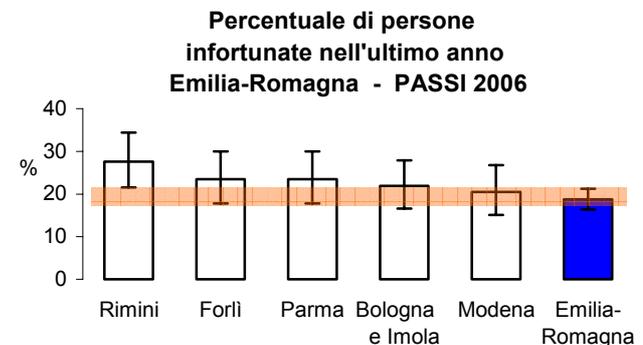
- In Emilia-Romagna il 19% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una più elevata frequenza di infortuni tra le donne (23%) che tra gli uomini (14%); non si rilevano evidenti differenze per classi di età e per livello di istruzione. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si osserva una significatività statistica solo per il sesso (più elevata nelle donne).

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative, tranne che per Rimini relativamente alla percentuale di persone infortunate nell'ultimo anno (range dal 19% della media regionale al 28% di Rimini).

Persone infortunate (ultimi 12 mesi)

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1252)

Caratteristiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico
Totale	18,8 (IC95%:16,4-21,2)
Classi di età	
18 - 34	21,0
35 - 49	19,1
50 - 69	16,7
Sesso	
uomini	14,2
donne	23,3
Istruzione	
bassa	14,8
alta	22,0



Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- In Emilia-Romagna tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno il 53% ne dichiara uno solo (62% negli uomini, 48% nelle donne), il 18% due, il 29% tre o più.
- Gli intervistati hanno riferito che per il 93% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa e solo nel 7% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso senza però necessità di ricovero.



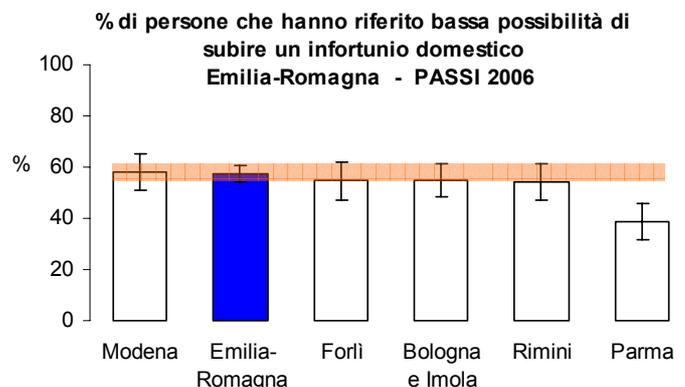
Quale è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

- In Emilia-Romagna la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 58% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne (significativa anche sul piano statistico); non si evidenziano invece differenze significative per classi di età e per istruzione.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche (modello logistico) si osserva che la bassa percezione è associata significativamente sul piano statistico al sesso maschile, alla bassa istruzione, all'età più bassa rispetto a quella intermedia, a chi non ha avuto infortuni domestici e al non aver avuto informazioni.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è la cucina (67%), seguita dal bagno (13%) e dalle scale (12%).
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio, tranne che per quella di Parma (range dal 39% di Parma al 58% di Modena).

Bassa percezione di rischio di infortunio domestico
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1253)

Caratteristiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*
Totale	57,6 (IC95%: 54,5-60,8)
Classi di età	
18 - 34	63,0
35 - 49	53,0
50 - 69	57,6
Sesso	
uomini	65,9s
donne	49,7s
Istruzione	
bassa	62,4
alta	54,0
Infortunio	
Si	40,4s
No	61,7

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa



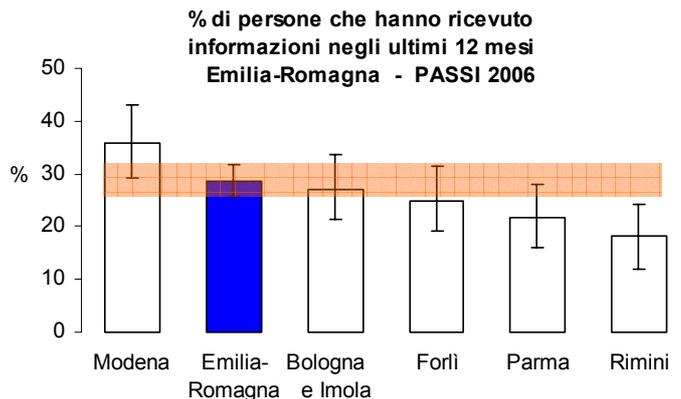
Sono state ricevute informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

- In Emilia-Romagna solo il 29% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre, differenza significativa dal punto di vista statistico. Percentuali più alte (non significative sul piano statistico) si hanno anche nelle donne e tra coloro che hanno dichiarato di aver subito un infortunio negli ultimi 12 mesi.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico si osserva che aver ricevuto informazioni è associato significativamente sul piano statistico all'età (50-69 anni rispetto alla classe più bassa) e all'alta percezione del rischio.
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli (62%) e i mass media (48%), meno il personale sanitario o i tecnici.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 31% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi, tranne che per Rimini (range dal 18% di Rimini al 36% di Modena).

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi)

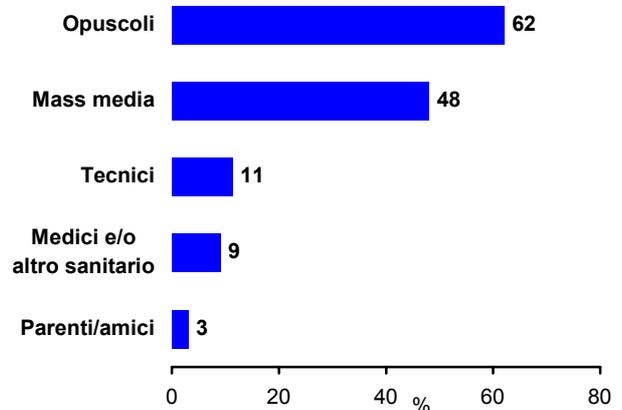
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1252)

Caratteristiche	% che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	28,7 (IC95%:25,7-31,7)
Classi di età	
18 - 34	21,1
35 - 49	24,6
50 - 69	38,5s
Sesso	
uomini	25,4
donne	31,9
Istruzione	
bassa	29,2
alta	28,4
Infortunio	
Si	32,9
No	27,6



Fonti di informazione

Emilia-Romagna - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che in Emilia-Romagna le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non rientrano nel gruppo di età campionato dal PASSI e pertanto la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un terzo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

Si evidenzia quindi la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, 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, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

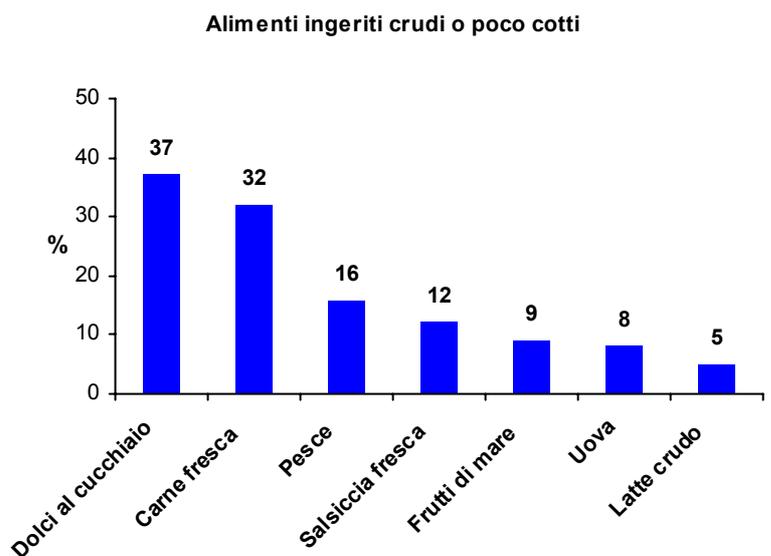
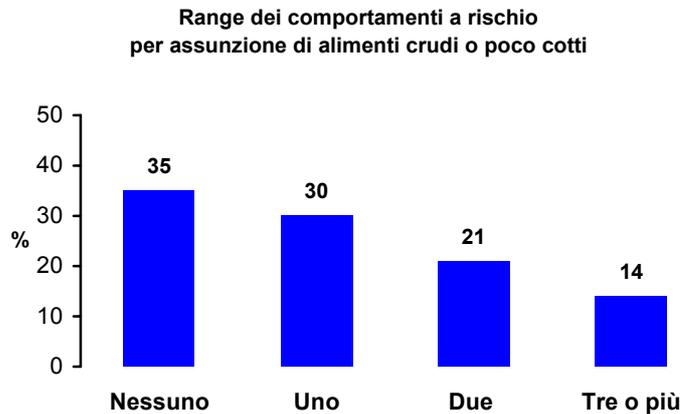
Sicurezza alimentare

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità e viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di sanità pubblica a livello mondiale. I dati relativi alla prevalenza delle tossinfezioni alimentari (se si escludono le gravi quali ad esempio il botulismo) anche nel nostro Paese sottostimano le dimensioni del fenomeno ed i sistemi di sorveglianza attuati (es. reti di sorveglianza di laboratorio) spesso non consentono nemmeno di ottenere dati sulla loro reale incidenza. A tale riguardo è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%) sono provocate da comportamenti non corretti in ambito domestico.

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

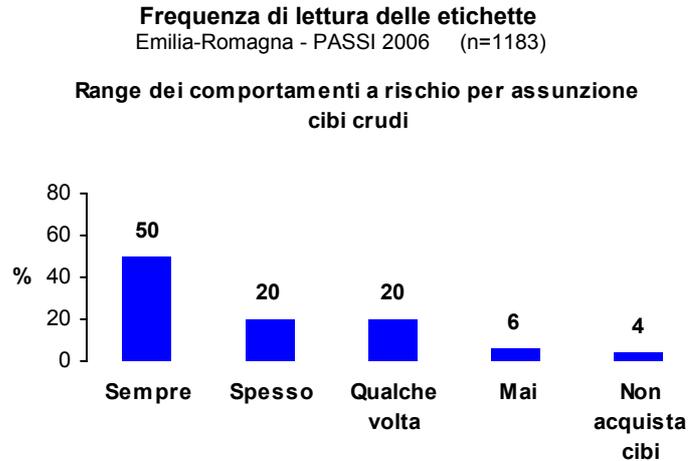
- In Emilia-Romagna il 65% degli intervistati ha assunto nell'ultimo mese alimenti che possono essere ritenuti a rischio se consumati crudi o poco cotti. Il 14% degli intervistati ha assunto più di tre tipi di cibi crudi; negli uomini questa abitudine è riferita più frequentemente (17% verso 11%).
- Non ci sono differenze statisticamente significative nell'assunzione di cibi crudi fra le classi di età (seppur con andamento decrescente) e per titolo di istruzione.
- Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio (37%), carne (32%), pesce (16%), salsicce fresche (12%) e frutti di mare (9%).
- Il 64% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (es. a temperatura ambiente), favorendo la potenziale moltiplicazione di eventuali germi contaminanti.

Comportamenti a rischio per assunzione di alimenti crudi o poco cotti
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1254)



Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

- In Emilia-Romagna il 70% degli intervistati legge frequentemente (sempre/spesso) le etichette. Le donne sono più attente degli uomini (58% verso 47%). Non si rilevano differenze per classi di età e livello di istruzione.
- Fra coloro che acquistano i cibi e leggono frequentemente le etichette, il 99% legge la data di scadenza, mentre solamente il 56% la data di produzione, il 49% le modalità di conservazione e solo il 44% le istruzioni per l'uso.



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

- In Emilia-Romagna il 26% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi. Sono stati considerati tutti gli episodi indipendentemente da un eventuale rapporto al consumo di alimenti con lo scopo di stimare un fenomeno ampiamente misconosciuto.
- Il fenomeno è meno frequente al crescere dell'età e nel sesso maschile, non si raggiungono però differenze significative sul piano statistico. Non esiste differenza legata al grado di istruzione.
- Analizzando tutti i fattori insieme con un modello logistico, emerge che hanno probabilità statisticamente più elevata di episodi di diarrea le persone più giovani rispetto a quelle di 50-69 anni.
- Relativamente agli episodi di diarrea non si sono rilevate differenze significative sul piano statistico associate ai vari comportamenti alimentari considerati a rischio (cibi crudi, modalità scorrette di scongelamento, scarso controllo delle etichette) e la frequenza di diarrea.

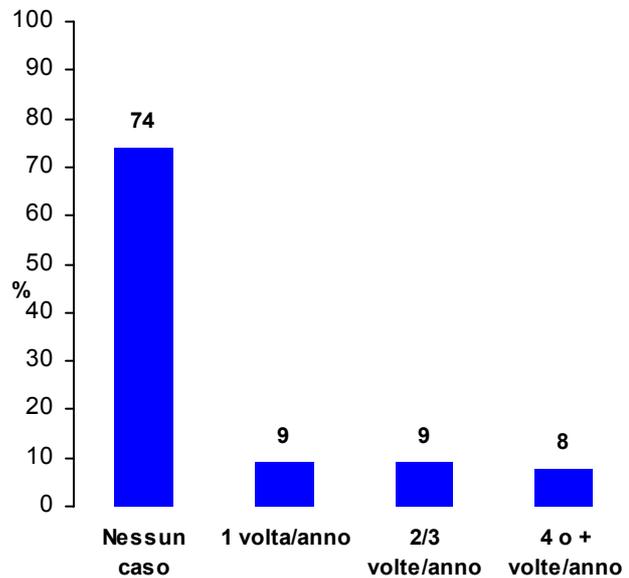
Episodi di diarrea
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1252)

Caratteristiche	Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)
Totale	26,4 (IC95%:23,5-29,3)
Classi di età	
18 - 34	32,8
35 - 49	28,9
50 - 69	19,0
Sesso	
uomini	23,8
donne	28,9
Istruzione	
bassa	22,3
alta	29,6

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

- In Emilia-Romagna il 9% degli intervistati dichiara di avere avuto due o tre episodi di diarrea negli ultimi 12 mesi e l'8% quattro o più.
- Il 40% delle persone che hanno riferito almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi si sono rivolte ad un medico o ad un altro operatore sanitario.
- Al 22% 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
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1243)



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna è molto diffuso il consumo di cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute (più di due persone su tre); risulta limitata la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e, mentre quasi tre persone su quattro prestano attenzione alle etichette, solo una su due legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso.

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

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

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

Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

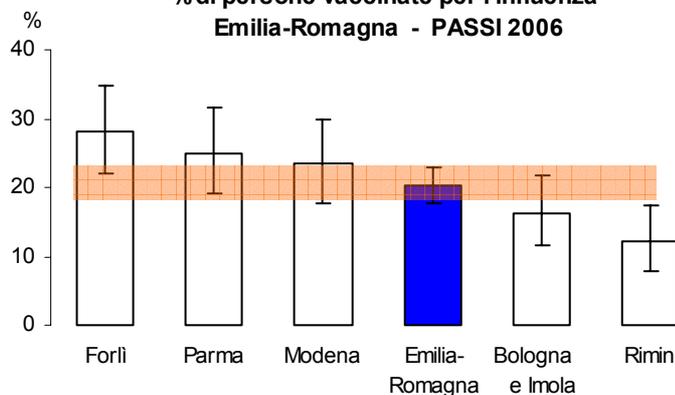
- In Emilia-Romagna il 20% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 50% tra i 65-69 anni. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non erano tra gli obiettivi dello studio PASSI, per la fascia d'età del campione limitata ai 69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 33% risulta vaccinato. Analizzando tutte le caratteristiche assieme mediante un modello logistico, emerge che le persone con età inferiore ai 65 anni che riferiscono di essersi vaccinate negli ultimi 12 mesi sono soprattutto quelle di età 50-65 anni rispetto ai più giovani e coloro che hanno avuto almeno una patologia cronica.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone vaccinate, tranne per Rimini con il valore più basso (range dal 12% di Rimini al 28%

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1253)

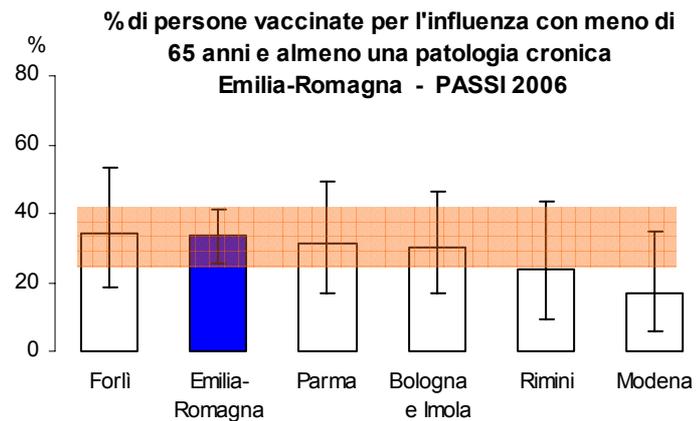
Caratteristiche	Vaccinati
Totale	20,4 (IC95%:17,7-23,0)
Classi di età	
65 - 69	49,8
<65	18,2
<65 con almeno una patologia cronica	33,4s
Sesso	
uomini	19,9
donne	20,8
Istruzione	
bassa	25,7
alta	16,3

% di persone vaccinate per l'influenza
Emilia-Romagna - PASSI 2006



di Forlì).

- Analizzando le persone con meno di 65 anni e con almeno una patologia cronica, non emergono differenze statisticamente significative relativamente alle cinque AUSL della Regione (range dal 17% di Modena al 34% di Forlì).



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente l'impatto dell'influenza in termini di morbosità, letalità e morbilità è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute con apposita circolare e le strategie adottate in Emilia-Romagna hanno permesso di raggiungere una buona copertura vaccinale (74,2% nella campagna 2005/6 secondo i dati rilevati dall'Assessorato politiche per la salute); per le persone < 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (solo una persona su tre).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere pertanto ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti e altre istituzioni territoriali.

Rischio cardiovascolare

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

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio e favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

In questa sezione dello studio PASSI sono state indagate ipertensione, ipercolesterolemia e uso della carta e del punteggio individuale.

Ipertensione arteriosa

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

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

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

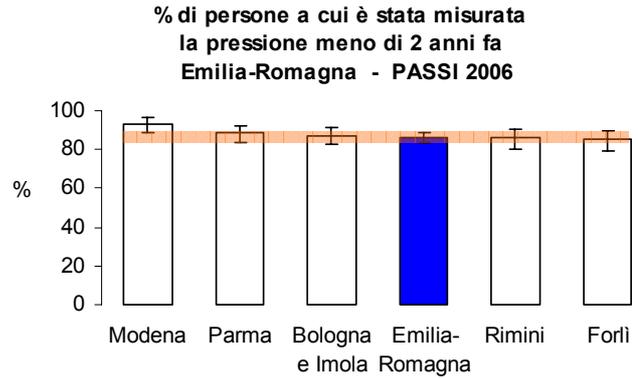
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Emilia-Romagna l'86% degli intervistati riferisce almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6,5% più di 2 anni fa, mentre il 7,5% non ricorda o non l'ha mai controllata.
- Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si evidenzia la significatività statistica per le ultime due fasce di età (in particolar modo per la classe 50-69 anni) rispetto alla prima di 18-34 anni.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia per sesso e livello di istruzione.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1253)

Caratteristiche	%
Totale	86,0 (IC95%:83,6-88,4)
Classi di età	
18 - 34	79,1
35 - 49	85,2
50 - 69	92,3s
Sesso	
uomini	87,1
donne	85,0
Istruzione	
bassa	86,5
alta	85,6

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, si osserva una differenza statisticamente significativa solo per Modena (range dall'85% di Forlì al 94% di Modena).



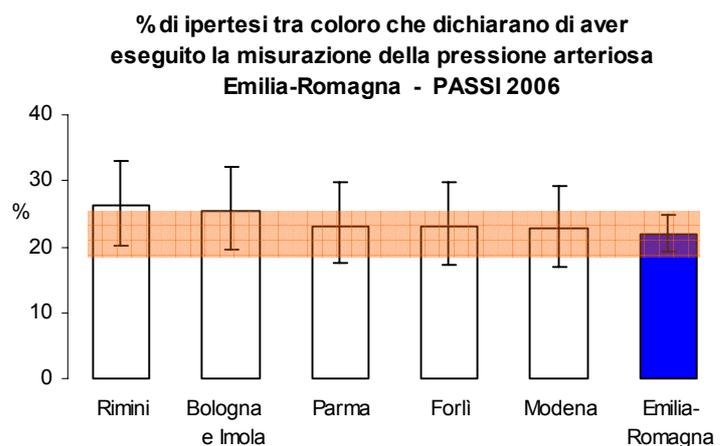
Quante persone sono ipertese?

- In Emilia-Romagna il 22% degli intervistati riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale quasi una persona su quattro riferisce di essere ipertesa (39%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre la percentuale è più alta tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico si perde la significatività per istruzione, probabilmente essendo questa associata all'età: le persone della classe di età più alta hanno mediamente un titolo di studio più basso. Rimane quindi la significatività statistica per le due classi d'età più elevate rispetto alla prima.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 22% del valore medio regionale al 26% di Rimini).

**Caratteristiche delle persone con ipertensione riferita
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1172)**

Caratteristiche	% *
Totale	22 (IC 95%: 19,3-24,8)
Classi di età	
18 - 34	5,2s
35 - 49	16,7
50 - 69	39,0s
Sesso	
uomini	21,0
donne	23,0
Istruzione	
bassa	30,3s
alta	15,7s

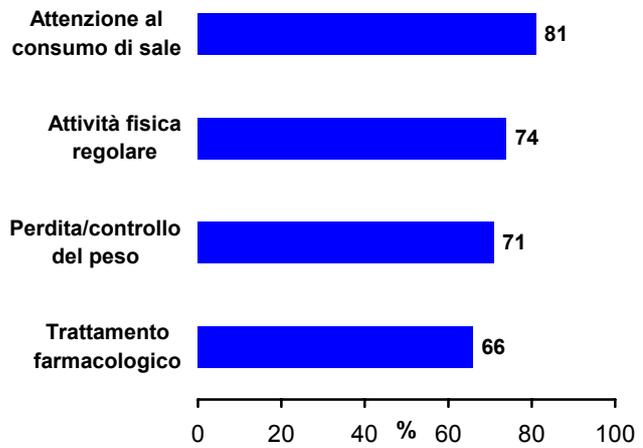
* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano



Quali consigli per il trattamento dell'ipertensione arteriosa?

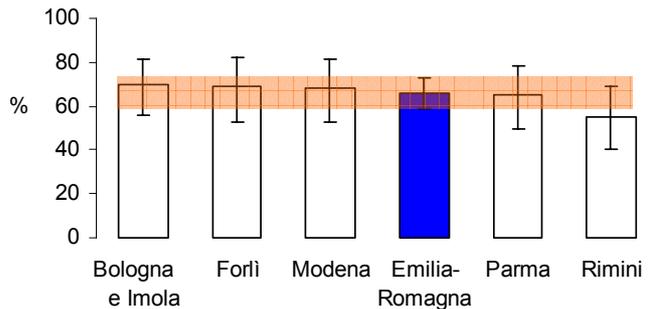
- In Emilia-Romagna il 66% delle persone ipertese riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, l'81% degli ipertesi ha ricevuto il consiglio di ridurre il sale, il 71% di controllare il proprio peso corporeo e il 74% di svolgere regolare attività fisica.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo la percentuale di ipertesi che riferiscono di essere in trattamento farmacologico (range dal 55% di Rimini al 70% di Bologna e Imola).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa*
Emilia-Romagna - PASSI 2006



* ognuna considerata indipendentemente

% di ipertesi in trattamento farmacologico
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna si stima che sia iperteso oltre un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni, più di un terzo degli ultracinquantenni e circa il 5% dei giovani con meno di 35 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 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 controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. 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, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

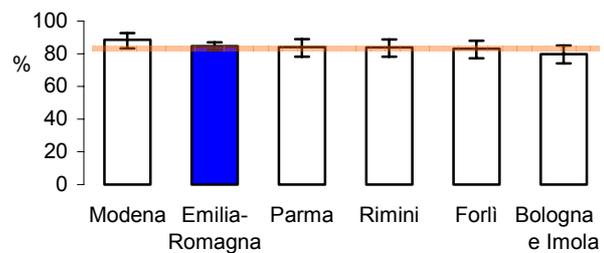
Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- In Emilia-Romagna l'85% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 64% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 15% tra 1 e 2 anni fa, il 6% più di 2 anni fa, mentre il 15% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età passando dal 71% nella classe 18-34 anni al 95% nei 50-69enni, senza differenze significative in relazione a sesso e livello di istruzione.
- Analizzando tutti i fattori insieme con un modello logistico, emerge la significatività a favore delle classi di età più elevate rispetto a quella di 18-34 anni e dell'alta istruzione.
- Nelle cinque AUSL della regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia non mostra differenze statisticamente significative (range dall'80% di Bologna e Imola all'89% di Modena).

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1253)

Caratteristiche	%
Totale	84,6 (IC95%:82,2-86,9)
Classi di età	
18 - 34	70,8s
35 - 49	84,9
50 - 69	95,3s
Sesso	
uomini	82,3
donne	86,7
Istruzione	
bassa	84,0
alta	85,0

% di persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

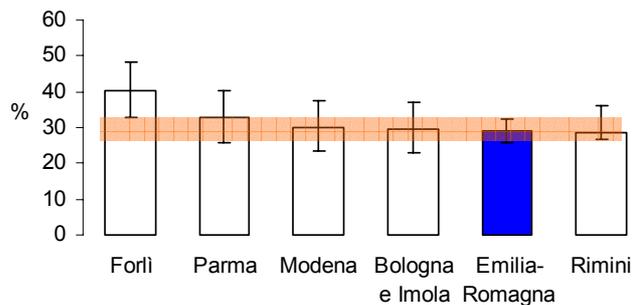
- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 29% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte; non si apprezzano differenze significative fra i due sessi o per livello di istruzione.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico si conferma la significatività per le due classi di età da 35 a 69 anni verso quella 18-34 anni.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone con ipercolesterolemia mostra una differenza statisticamente significativa solo per Forlì (range dal 29% di Rimini al 40% di Forlì).

Ipercolesterolemia riferita Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1055)

Caratteristiche	% *
Totale	29,2 (IC 95%: 26-32,4)
Classi di età	
18 - 34	14,4s
35 - 49	25,5
50 - 69	41,1s
Sesso	
uomini	25,4
donne	32,8
Istruzione	
bassa	33,8
alta	25,6

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

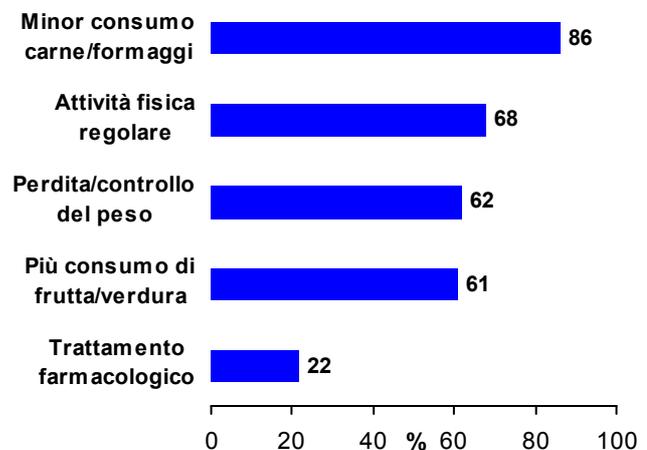
% di ipercolesterolemia riferita per AUSL Emilia-Romagna - PASSI 2006



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

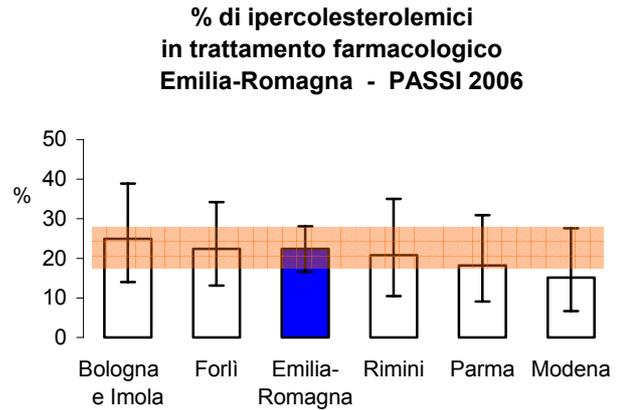
- Il 22% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'86% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 61% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 62% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 68% di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico* Emilia-Romagna - PASSI 2006



* ognuna considerata indipendentemente

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone con ipercolesterolemia in trattamento farmacologico non mostra differenze statisticamente significative (range dal 15% di Modena al 25% di Bologna e Imola).



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 15% della popolazione di 18-69 anni dell'Emilia-Romagna non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 29% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 41% tra le persone di 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 maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, circa 300.000 anni di vita alle persone sotto ai 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 a familiarità per la malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

La carta e il punteggio individuale 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. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

% persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (40-69 anni)

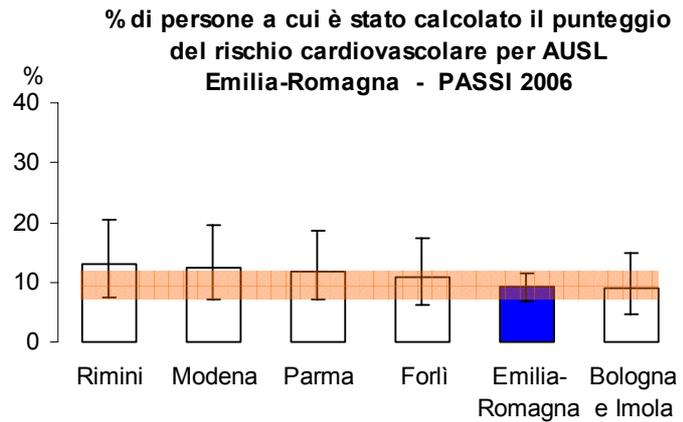
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=779)

- In Emilia-Romagna la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9%.
- Non sono rilevabili differenze statisticamente significative per età, sesso, livello di istruzione e per i fumatori o coloro che si dichiarano ipertesi o ipercolesterolemici o in eccesso ponderale.
- Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, la probabilità che sia stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è risultata statisticamente più elevata per coloro che presentano almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Caratteristiche	%
Totale	9,2 (IC 95%: 6,9-11,47)
Classi di età	
40 - 49	8,0
50 - 59	10,4
60 - 69	9,2
Sesso	
uomini	10,8
donne	7,6
Istruzione	
bassa	8,4
alta	10,1
Fattori di rischio cardiovascolari*	
Si	10,5
No	4,3

* soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete o con patologie cardiovascolari croniche

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non si osservano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (range dal 9% di Bologna e Imola al 13% di Rimini).



Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici in Emilia-Romagna.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto di più di quanto sinora fatto. Attraverso il calcolo del rischio cardiovascolare infatti, il medico può ottenere un valore numerico relativo al paziente assai utile perché confrontabile con quello calcolato nelle visite successive, permettendo così di valutare facilmente gli eventuali miglioramenti o peggioramenti legati alle variazioni degli stili di vita (fumo, alcol, abitudini alimentari, attività fisica) del paziente come d'altra parte i cambiamenti indotti da specifiche terapie farmacologiche.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente che, informato dal medico con quali elementi ha calcolato il livello di rischio per patologie cardiovascolari, potrà consapevolmente cercare di correggere i propri comportamenti seguendo le indicazioni del curante.

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

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. In Emilia-Romagna il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1997-2003 è stato di 11/100.000 donne residenti; nel 2006 si stimano 208 nuovi casi. Il tasso regionale di mortalità nel 2002 attribuibile al collo dell'utero risulta di 2,7 ogni 10.000 donne; nel 2005 i decessi sono stati 56.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 70%. Si stima che a gennaio 2003 fossero circa 1.500 le donne viventi in Emilia-Romagna, con una diagnosi di tumore invasivo del collo dell'utero nei dieci anni precedenti. 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 alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2005 le donne italiane in questa fascia inserite in un programma di screening sono state circa 11 milioni, pari a circa il 67% della popolazione bersaglio; l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Emilia-Romagna il programma è partito tra il 1995 e il 1997 in tutte le AUSL.

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

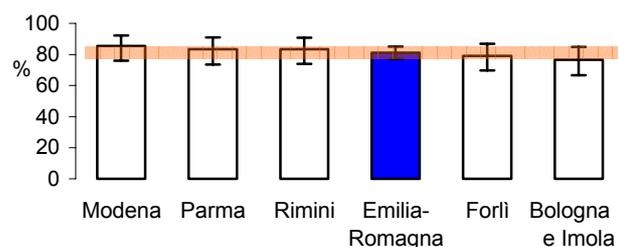
- In Emilia-Romagna quasi l'82% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si osservano differenze significative sul piano statistico per classi di età, stato civile e livello d'istruzione. Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si evidenziano valori significativamente più elevati per la classe di età 35-49 rispetto a quella di 25-34 anni.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 77% di Bologna e Imola all'86% di Modena).

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=542)

Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	81,6 (IC95%:77,7-85,4)
Classi di età	
25 - 34	78,7
35 - 49	87,3
50 - 64	77,3
Stato civile	
coniugata	84,4
non coniugata	75,1
Istruzione	
bassa	79,8
alta	82,8

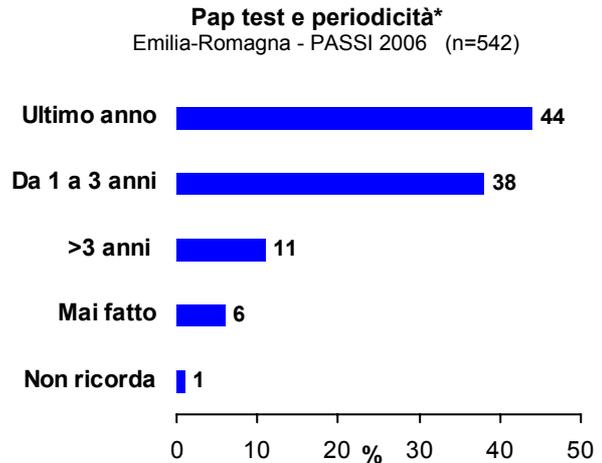
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni e sintomi

% di donne di 25-64 anni che hanno eseguito il Pap test negli ultimi 3 anni Emilia-Romagna - PASSI 2006



Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

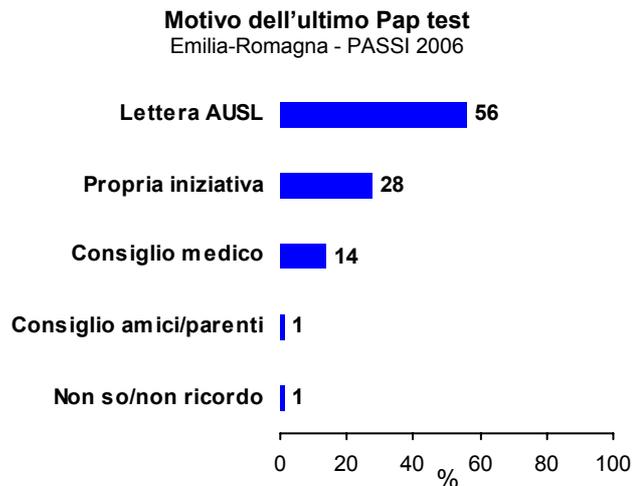
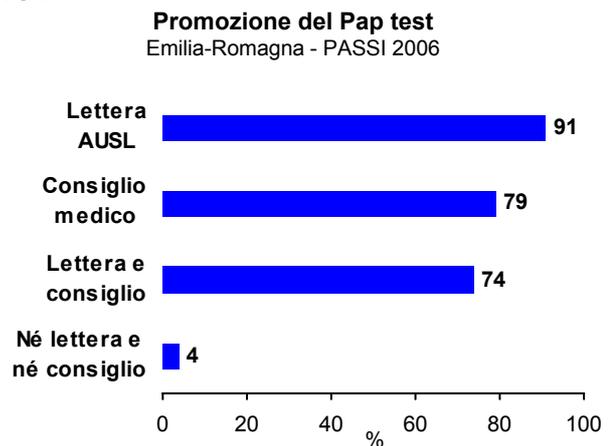
- In Emilia-Romagna il 94% delle donne di 25-64 anni ha dichiarato di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Il 44% ha riferito l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Il 38% ha riferito l'esecuzione di un Pap test preventivo da uno a tre anni e l'11% da più di tre anni.
- Il 6% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



* Lo screening prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Viene consigliato il Pap test alle donne?

- In Emilia-Romagna il 91% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL e il 79% di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test. Il 74% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio mentre il 4% nessuno dei due.
- Le donne che hanno fatto almeno una volta il Pap test hanno dichiarato come motivo principale per l'effettuazione dell'ultimo test nel 56% dei casi la lettera personale ricevuta dall'AUSL, nel 28% la propria iniziativa e nel 14% il consiglio medico.

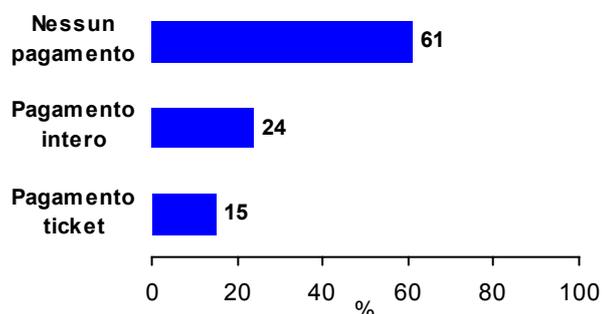


* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

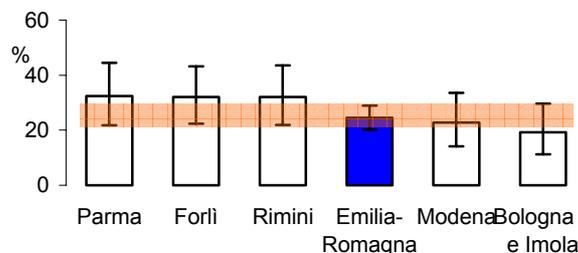
Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- In Emilia-Romagna il 61% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 15% ha pagato solamente il ticket e il 24% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).
- Circa il 73% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguito in una struttura pubblica e il 27% in una struttura privata.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 19% di Bologna e Imola al 32% di Parma).

Costi del Pap test per le pazienti
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=493)



% di donne che hanno riferito di aver effettuato il pagamento completo per eseguire l'ultimo Pap test
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

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

Lo studio PASSI informa della copertura totale (85%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (61%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (24%). A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (61%) e ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (58%) rappresenti una significativa conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 44% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 15% delle donne riferiscono di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (tre anni).

Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi all'anno.

Si stima che nel 2006 in Emilia-Romagna siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi (circa 175 casi per 100.000 donne residenti). Il 16% dei decessi per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasie della mammella (circa 45 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 87%. Si stima che all'inizio del 2003, in Emilia-Romagna, fossero 25.000 le donne affette da tumore della mammella diagnosticato negli ultimi dieci anni.

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 di 50-69 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.

Nel 2005 le donne italiane fra i 50 e i 69 anni inserite in un programma di screening erano il 76,4% della popolazione bersaglio complessiva.

In Emilia-Romagna il programma è stato attivato in tutte le Ausl tra il 1994 e il 1998.

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

- In Emilia-Romagna il 93% delle donne intervistate tra 50 e 69 anni, ha riferito di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.

- Il 79% 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 di istruzione. Anche analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, non si evidenziano significatività statistiche per alcuna caratteristica.

- L'età media della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

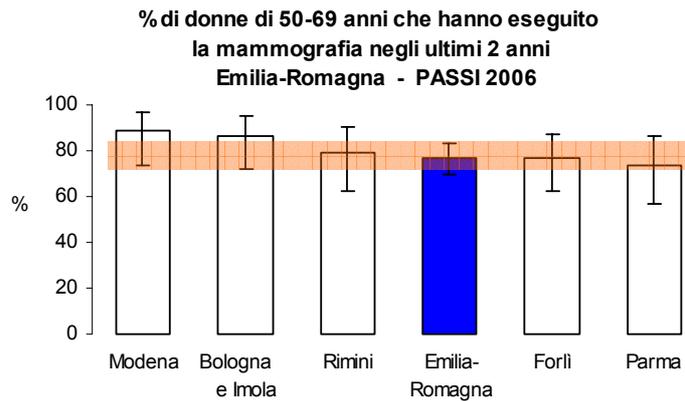
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (≥50 anni)

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=245)

Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni*
Totale	79,1 (IC95%:72,5- 85,8)
Classi di età	
50 - 59	80,1
60 - 69	77,9
Stato civile	
coniugata	83,0
non coniugata	66,6
Istruzione	
bassa	78,6
alta	80,3

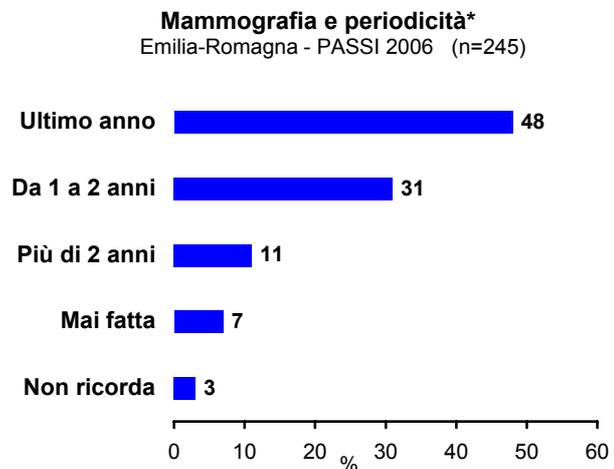
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato la mammografia a scopo preventivo negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 74% di Parma all'89% di Modena).



Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

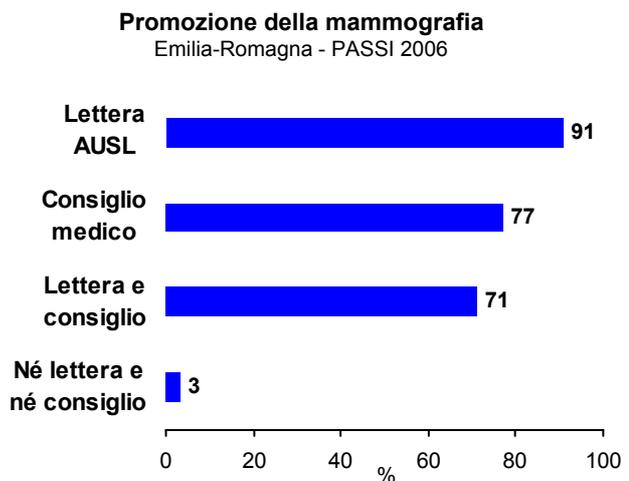
- In Emilia-Romagna il 48% delle donne intervistate tra 50 e 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 31% fra 1 e 2 anni e l'11% più di 2 anni fa.
- Il 7% non ha mai eseguito una mammografia preventiva e il 3% non ricorda quando l'ha eseguita.



* Lo screening prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Viene consigliata la mammografia alle donne?

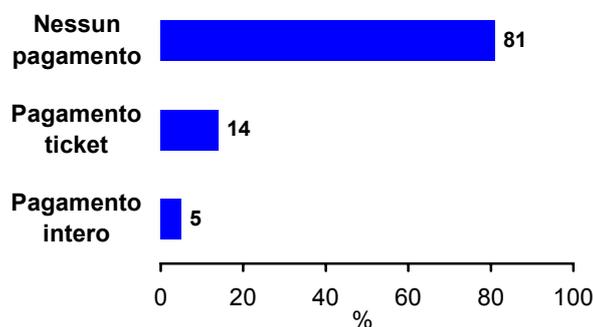
- In Emilia-Romagna il 91% delle donne intervistate di 50-69 anni ha dichiarato di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL, il 77% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia; inoltre il 71% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio mentre il 3% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultimo esame è stato eseguito nel 10% dei casi su consiglio medico, nel 17% di propria iniziativa e nel 71% in seguito ad una lettera di invito.



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

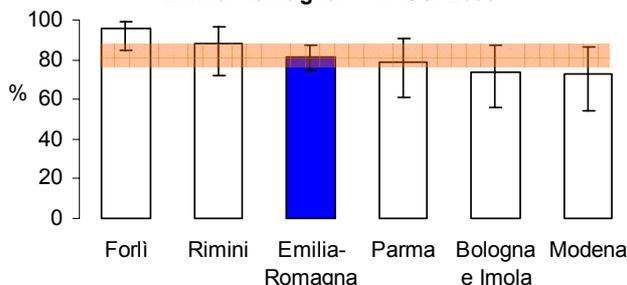
Costi della mammografia per le pazienti
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=223)

- L'analisi della spesa sostenuta per la mammografia indica se questa è stata effettuata all'interno di programmi di screening in caso di nessun pagamento, fuori da programmi di screening in strutture pubbliche o accreditate (solo ticket) oppure fuori screening in strutture private (pagamento intero). In Emilia-Romagna l'81% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 14% ha pagato solamente il ticket e il 5% ha pagato l'intero costo dell'esame.



- Circa il 93% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta riferisce di averla eseguita in una struttura pubblica ed il 6% in una struttura privata.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non si rilevano differenze statisticamente significative (dovuto in gran parte alle piccole numerosità per ogni AUSL) relativamente alla percentuale di donne che hanno riferito di non aver effettuato alcun pagamento per eseguire la mammografia (range dal 73% di Modena al 96% di Forlì).

% di donne che non hanno effettuato alcun pagamento in occasione dell'ultima mammografia preventiva
Emilia-Romagna - PASSI 2006



Conclusioni e raccomandazioni

In Emilia-Romagna la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (79%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata. La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

I tumori del colon-retto rappresentano in entrambi i sessi la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500. Si stima che nel 2006 in Emilia-Romagna siano stati diagnosticati circa 4.200 nuovi casi (116/100.000 negli uomini e 90 nelle donne). Queste neoplasie sono responsabili dell'11% dei decessi per tumore, pari a 1.603 nel 2005. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 60%. Si è stimato che nel 2003 le persone viventi in Emilia-Romagna con diagnosi di tumore al colon-retto effettuata negli ultimi 10 anni fossero oltre 16.600.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami si stimano siano in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori 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 tumore del colon-retto la ricerca, con frequenza biennale, del sangue occulto nelle feci di tutte le persone di età compresa tra i 50 e 69 anni. Nel 2005 i cittadini italiani fra i 50 e 69 anni inseriti in un programma di screening erano il 32% della popolazione bersaglio.

In Emilia-Romagna i programmi di screening sono stati avviati in tutte le Ausl nel marzo 2005.

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

- In Emilia-Romagna il 46% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver fatto la ricerca di sangue occulto (28%) o la colonscopia (7%) a scopo preventivo. Non si osservano differenze significative per classi di età, sesso e livello di istruzione.
- Il 34% riferisce di essere stato sottoposto a uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni, come previsto dal programma regionale di screening. Il 54% degli intervistati non ha mai fatto alcun test.
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un modello logistico, la probabilità che gli intervistati abbiano eseguito almeno uno dei test risulta significativamente più elevata per i 60-69enni rispetto ai 50-59enni.

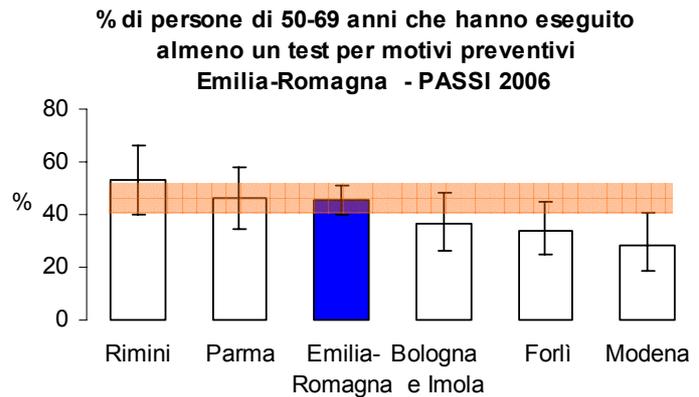
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (≥50 anni)

Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=468)

Caratteristiche	% di persone che hanno eseguito un test* per motivi preventivi
Totale	45,6 (IC95%:40,1-51,1)
Classi di età	
50 - 59	40,4
60 - 69	52,8
Sesso	
uomini	46,2
donne	45,1
Istruzione	
bassa	43,8
alta	49,0

* sangue occulto o colonscopia

- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 29% di Modena al 53% di Rimini).



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore coloretto, si stima che solo una piccola percentuale di persone abbia effettuato una diagnosi precoce di queste neoplasie. Programmi organizzati di screening però stanno iniziando ad essere implementati in diverse regioni italiane sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione. Nella Regione Emilia-Romagna i programmi di screening sono stati attivati in tutte le AUSL nel marzo 2005.

Nella nostra regione il valore delle persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la colonscopia a scopo preventivo (46%) è da leggere con prudenza in quanto fotografa una situazione ancora "dinamica": le interviste sono state effettuate, infatti, nella primavera del 2006, cioè dopo appena un anno dell'avvio del programma regionale.

Sebbene non sia del tutto corretto fare confronti tra gli studi trasversali passi 2005-2006 in quanto i questionari erano parzialmente diversi, tuttavia il divario tra le percentuali di chi riferisce di aver fatto un test preventivo nei due anni di indagine è talmente grande che si può ragionevolmente ritenere che lo strumento PASSI sia sufficientemente sensibile per cogliere l'effetto positivo dell'avvio del programma regionale.

Sintomi di depressione

Nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, l'Organizzazione mondiale per la salute (OMS) stima che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

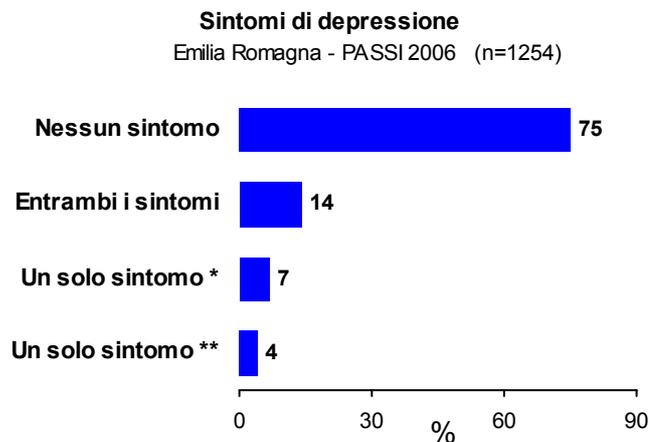
Il Libro Verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una patologia mentale. Le tipologie più frequenti di patologie mentali sono i disturbi legati all'ansia ed alla depressione e, pertanto, il costo socio-sanitario delle patologie mentali è notevole, attestandosi attorno al 3-4% del Prodotto Interno Lordo (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% dei cittadini (sopra ai 18 anni) ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco degli ultimi 12 mesi ed, in particolare, il 5% ha sofferto di un disturbo d'ansia, mentre la prevalenza dei disturbi depressivi a 12 mesi è stimata nel 4%.

Per questi motivi nell'indagine PASSI 2006 è stata inserita una sezione che permetteva di riconoscere la presenza di sintomi della depressione mediante una serie di domande validate a livello internazionale.

Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- In Emilia-Romagna il 14% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, due sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.
- Utilizzando un criterio più sensibile (presenza di anche uno solo dei due sintomi) si rileva che il 25% delle persone intervistate riferisce almeno una sintomatologia depressiva nei 12 mesi precedenti l'intervista.



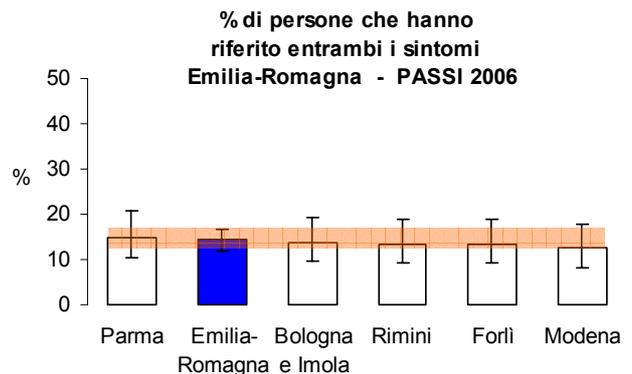
* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

Chi riferisce entrambi i sintomi di depressione e quali conseguenze hanno nella loro vita?

- In Emilia-Romagna i due sintomi di depressione associati non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione:
 - più interessate sono le donne (circa tre volte più degli uomini)
 - l'età ed il livello di istruzione non comportano differenze.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 59% ha dichiarato che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 35% molto o moltissimo difficile.
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un modello logistico, la probabilità di aver avuto entrambi i sintomi di depressione risulta significativamente più elevata da un punto di vista statistico per le donne e per chi ha un lavoro saltuario.
- Nelle cinque AUSL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito entrambi i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 13% di Modena al 15% di Parma).

Sintomi di depressione Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=1254)	
Caratteristiche	% di chi ha riferito entrambi i sintomi
Totale	14,4% (IC95%: 12-16,7)
Classi di età	
18 - 34	14,3
35 - 49	15,1
50 - 69	13,8
Sesso	
uomini	6,9s
donne	21,7s
Istruzione	
bassa	14,8
alta	14,3
Occupazione	
presente	13,8
saltuaria	14,7
assente	16,2

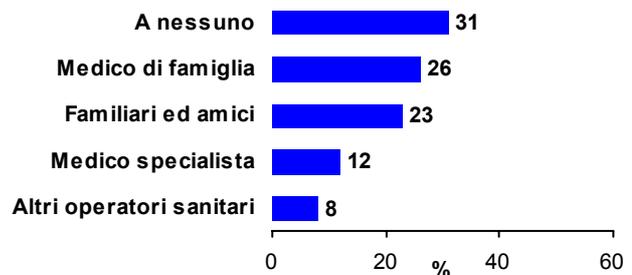


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- In Emilia-Romagna su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico risulta del 30%.
- Fra chi riferisce entrambi i sintomi, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico sale al 38%.

Figure di riferimento per persone con 2 sintomi di depressione

Emilia Romagna - PASSI 2006 (n = 176) *



* persone che riferiscono 2 sintomi di depressione: cioè che ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose e si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

Tra chi ha sintomi di depressione, quanti assumono farmaci?

- In Emilia-Romagna sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 28% 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 38%.

Sintomi di depressione e trattamento farmacologico	
Emilia-Romagna - PASSI 2006 (n=176)	
Persone con almeno un sintomo	% tra chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi
Totale	28
Entrambi i sintomi	38
Un solo sintomo **	16

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

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

I risultati del PASSI evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, con una parte significativa del bisogno non trattato. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

Appendice

Allegato statistico

L'analisi di regressione logistica si prefigge di stimare o prevedere l'associazione tra una variabile di risposta con due livelli (dicotomica) e variabili indipendenti di diversa natura.

L'analisi di regressione logistica consente pertanto di individuare i fattori che sono ipotizzati influenzare la probabilità del verificarsi di un dato evento o attributo, controllando per gli effetti di altre variabili in esame. La procedura di aggiustamento viene effettuata quando si ipotizza che la relazione tra il verificarsi dell'evento e il determinante studiato sia contemporaneamente legata ad un'altra variabile, la cui presenza distorce l'effetto dell'agente e può produrre sia una accentuazione che una riduzione dell'effetto del fattore di rischio studiato. Dai dati PASSI 2006 si è osservato, ad esempio, che l'adesione al "5 a day" relativo al consumo giornaliero di frutta e verdura non risulta associato con alcun fattore (classi di età, sesso, istruzione e livello di attività fisica) se analizzati singolarmente ma, quando vengono studiati contemporaneamente in un modello logistico, si individua un'associazione positiva statisticamente significativa nelle femmine rispetto ai maschi, per la classe 50-69 anni rispetto ai 18-24enni e per chi svolge una regolare attività fisica.

La misura di associazione tra il verificarsi del fenomeno studiato e la variabile considerata è data dall'*odds ratio* (OR), cioè dal rapporto tra la probabilità del verificarsi dell'evento tra gli esposti al fattore di rischio e la probabilità del verificarsi dell'evento tra i non esposti.

Valori dell'OR pari a 1 indicano che la probabilità dell'evento è uguale tra i soggetti appartenenti a categorie dell'esposizione adiacente, cioè il fattore di esposizione non è fattore di rischio; se l'OR è superiore a 1 il fattore di esposizione è fattore di rischio, se l'OR è minore di 1 il fattore di esposizione è protettivo.

Di seguito vengono riportati i risultati della regressione logistica relativi ad alcune variabili analizzate in relazione ad altri fattori nelle diverse sezioni dello studio PASSI. Per ogni variabile e fattore sono indicati tra parentesi la categoria in esame rispetto alla categoria di riferimento, i valori dell'*odds ratio*, i rispettivi intervalli di confidenza al 95% e i valori dei *p-values* associati alla statistica test Z calcolata per testare la significatività statistica dell'OR. Per valori dei *p-values* inferiori allo 0,05 il fattore osservato si considera statisticamente associato dal punto di vista statistico con l'evento studiato.

Percezione dello stato di salute

stato di salute percepito (molto bene e bene/discretamente, male e molto male)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	<u>0,5542</u>	<u>0,385</u>	<u>0,7977</u>	-3,176	<u>0,0015</u>
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>0,2853</u>	<u>0,199</u>	<u>0,4092</u>	-6,8163	<u>0,000</u>
istruzione (alta/bassa)	<u>1,6169</u>	<u>1,2395</u>	<u>2,1092</u>	3,5436	<u>0,000</u>
sesso (femmina/maschio)	<u>0,5728</u>	<u>0,4432</u>	<u>0,7403</u>	-4,2572	<u>0,000</u>
patologia (nessuna/almeno 1 patologia)	<u>2,7028</u>	<u>1,9871</u>	<u>3,6763</u>	6,3349	<u>0,000</u>
costante	*	*	*	3,0705	<u>0,0021</u>

Attività fisica

persone che fanno attività fisica (poca o scarsa/moderata o più)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	1,1546	0,8319	1,6026	0,8596	0,39
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	0,7886	0,5422	1,1468	-1,2431	0,2138
istruzione (alta/bassa)	1,1998	0,9115	1,5792	1,2993	0,1939
sexso (femmina/maschio)	<u>1,4131</u>	<u>1,0785</u>	<u>1,8516</u>	2,5078	<u>0,0121</u>
salute (buona/non buona)	<u>0,745</u>	<u>0,5583</u>	<u>0,994</u>	-2,0009	<u>0,0454</u>
ipercolest (no/si)	0,972	0,7185	1,3151	-0,1839	0,8541
iperteso (no/si)	0,9426	0,6755	1,3154	-0,3476	0,7282
IMC (sovrappeso o obeso/sottopeso o normopeso)	1,1933	0,9015	1,5796	1,2353	0,2167
depresso (no/si)	0,9421	0,705	1,2591	-0,4028	0,6871
costante	*	*	*	-3,3449	<u>0,0008</u>

Abitudine al fumo

abitudine al fumo (fumatori/ex fumatori o non fumatori)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	<u>1,5513</u>	<u>1,5356</u>	<u>1,5673</u>	84,1208	<u>0,000</u>
classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	<u>0,8949</u>	<u>0,8861</u>	<u>0,9038</u>	-22,0701	<u>0,000</u>
classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	<u>0,859</u>	<u>0,8505</u>	<u>0,8676</u>	-29,9214	<u>0,000</u>
istruzione (alta/bassa)	<u>0,794</u>	<u>0,7896</u>	<u>0,7985</u>	-80,5735	<u>0,000</u>
sexso (femmina/maschio)	<u>0,7564</u>	<u>0,7525</u>	<u>0,7603</u>	-105,4349	<u>0,000</u>
costante	*	*	*	-133,372	<u>0,000</u>

Situazione nutrizionale

eccesso ponderale (sovrappeso e obeso/normopeso e sottopeso)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	<u>1,9509</u>	<u>1,107</u>	<u>3,438</u>	2,3117	<u>0,0208</u>
classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	<u>2,9198</u>	<u>1,7056</u>	<u>4,9982</u>	3,9067	<u>0,0001</u>
classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	<u>5,57</u>	<u>3,2469</u>	<u>9,5551</u>	6,2371	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	<u>0,6637</u>	<u>0,5157</u>	<u>0,8542</u>	-3,1839	<u>0,0015</u>
sexso (femmina/maschio)	<u>0,3235</u>	<u>0,253</u>	<u>0,4137</u>	-8,9994	<u>0,0000</u>
livello attività fisica (moderato o più/scarsa o assente)	0,8118	0,618	1,0665	-1,4978	0,1342
costante	*	*	*	-1,7376	0,0823

adesione al "5 a day" (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	1,918	0,7108	5,1756	1,2859	0,1985
classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	2,4885	0,9607	6,4457	1,8774	0,0605
classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	<u>3,9126</u>	<u>1,5227</u>	<u>10,0536</u>	2,8332	<u>0,0046</u>
istruzione (alta/bassa)	1,2288	0,8573	1,7611	1,1218	0,2620
sexo (femmina/maschio)	<u>1,5744</u>	<u>1,1173</u>	<u>2,2185</u>	2,5937	<u>0,0095</u>
livello attività fisica (moderato o più/scarso o assente)	<u>1,858</u>	<u>1,204</u>	<u>2,8671</u>	2,7988	<u>0,0051</u>
costante	*	*	*	-7,1891	<u>0,0000</u>

Consumo di alcol

consumo di alcol (più di una unità di bevanda alcolica/chi non ha mai bevuto)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	1,1385	0,6641	1,9518	0,4715	0,6373
classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	1,4339	0,8582	2,3959	1,376	0,1688
classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	1,5452	0,9214	2,5913	1,6495	0,0991
istruzione (alta/bassa)	<u>1,9656</u>	<u>1,4814</u>	<u>2,6079</u>	4,6837	<u>0,000</u>
sexo (femmina/maschio)	<u>0,278</u>	<u>0,2112</u>	<u>0,366</u>	-9,1281	<u>0,000</u>
costante	*	*	*	4,0674	<u>0,000</u>

consumatore binge di alcol (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (25-34 anni/18-24 anni)	0,6239	0,342	1,1384	-1,5375	0,1242
classe di età (35-49 anni/18-24 anni)	<u>0,2771</u>	<u>0,1497</u>	<u>0,5128</u>	-4,0858	<u>0,0000</u>
classe di età (50-69 anni/18-24 anni)	<u>0,2841</u>	<u>0,1529</u>	<u>0,5277</u>	-3,9831	<u>0,0001</u>
istruzione (alta/bassa)	<u>1,7143</u>	<u>1,1234</u>	<u>2,6161</u>	2,4995	<u>0,0124</u>
sexo (femmina/maschio)	<u>0,129</u>	<u>0,0769</u>	<u>0,2162</u>	-7,7662	<u>0,0000</u>
costante	*	*	*	-3,0514	<u>0,0023</u>

Sicurezza stradale

guida in stato di ebrezza (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	0,8236	0,5529	1,2271	-0,9539	0,3401
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>0,6155</u>	<u>0,4033</u>	<u>0,9395</u>	-2,2493	<u>0,0245</u>
istruzione (alta/bassa)	<u>1,5448</u>	<u>1,0839</u>	<u>2,2016</u>	2,4058	<u>0,0161</u>
sexo (femmina/maschio)	<u>0,1044</u>	<u>0,0663</u>	<u>0,1645</u>	-9,7369	<u>0,000</u>
costante	*	*	*	-5,2319	<u>0,000</u>

Infortuni domestici

aver avuto un infortunio domestico negli ultimi 12 mesi (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	0,9011	0,641	1,2665	-0,5997	0,5487
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	0,7332	0,5112	1,0514	-1,6872	0,0916
istruzione (alta/bassa)	1,2922	0,9611	1,7372	1,6975	0,0896
sexso (femmina/maschio)	<u>1,8972</u>	<u>1,4372</u>	<u>2,5044</u>	4,5201	<u>0,000</u>
costante	*	*	*	-8,6353	<u>0,000</u>

percezione della possibilità di subire un infortunio domestico (assente o bassa/alta o molto alta)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	<u>0,6886</u>	<u>0,5102</u>	<u>0,9294</u>	-2,4383	<u>0,0148</u>
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	0,7332	0,5373	1,0006	-1,9564	0,0504
istruzione (alta/bassa)	<u>0,6527</u>	<u>0,5093</u>	<u>0,8365</u>	-3,3696	<u>0,0008</u>
sexso (femmina/maschio)	<u>0,4957</u>	<u>0,393</u>	<u>0,6254</u>	-5,9214	<u>0,0000</u>
aver subito un infortunio domestico negli ultimi 12 mesi (no/si)	<u>1,8855</u>	<u>1,4202</u>	<u>2,5033</u>	4,3861	<u>0,0000</u>
aver ricevuto informazione sugli infortuni domestici (no/si)	<u>1,3946</u>	<u>1,0715</u>	<u>1,8152</u>	2,4736	<u>0,0134</u>
costante	*	*	*	1,2392	0,2153

aver ricevuto informazioni sugli infortuni domestici (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	1,3012	0,9117	1,8571	1,4507	0,1469
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>2,4989</u>	<u>1,7627</u>	<u>3,5426</u>	5,1435	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	1,1207	0,8512	1,4754	0,8119	0,4168
sexso (femmina/maschio)	1,2364	0,9506	1,608	1,5822	0,1136
aver subito un infortunio domestico negli ultimi 12 mesi (no/si)	0,7571	0,5573	1,0284	-1,7806	0,0750
percezione sulla possibilità di subire un infortunio domestico (bassa o assente/alta o molto alta)	<u>0,7171</u>	<u>0,5506</u>	<u>0,9339</u>	-2,4668	<u>0,0136</u>
costante	*	*	*	-5,2992	<u>0,0000</u>

Sicurezza alimentare

aver avuto un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	0,8566	0,628	1,1684	-0,9774	0,3284
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>0,5882</u>	<u>0,4222</u>	<u>0,8194</u>	-3,1372	<u>0,0017</u>
istruzione (alta/bassa)	1,0976	0,8383	1,4371	0,6771	0,4984
sexso (femmina/maschio)	1,2236	0,9516	1,5734	1,573	0,1157
costante	*	*	*	-5,4057	<u>0,0000</u>

Vaccinazione antinfluenzale

persone che riferiscono di essersi vaccinate negli ultimi 12 mesi (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	1,2899	0,8454	1,9682	1,181	0,2376
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>2,5597</u>	<u>1,6955</u>	<u>3,8643</u>	4,4722	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	0,8291	0,6081	1,1303	-1,1853	0,2359
sexo (femmina/maschio)	1,0747	0,7982	1,447	0,4745	0,6351
patologia (nessuna/almeno 1 patologia)	<u>0,535</u>	<u>0,3782</u>	<u>0,7568</u>	-3,5344	<u>0,0004</u>
costante	*	*	*	-5,1699	<u>0,0000</u>

Rischio cardiovascolare

persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	<u>1,7368</u>	<u>1,1864</u>	<u>2,5427</u>	2,8389	<u>0,0045</u>
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>4,8697</u>	<u>2,985</u>	<u>7,9445</u>	6,3392	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	1,1982	0,8342	1,7211	0,9787	0,3277
sexo (femmina/maschio)	1,052	0,7513	1,4732	0,2952	0,7678
costante	*	*	*	5,6139	<u>0,0000</u>

persone ipertese (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	<u>3,2505</u>	<u>1,928</u>	<u>5,4801</u>	4,4234	<u>0,0000</u>
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>9,8322</u>	<u>5,9534</u>	<u>16,2382</u>	8,9292	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	0,8237	0,6117	1,1093	-1,277	0,2016
sexo (femmina/maschio)	0,9925	0,746	1,3203	-0,0519	0,9586
costante	*	*	*	-10,0879	<u>0,0000</u>

persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	<u>3,0522</u>	<u>2,1153</u>	<u>4,404</u>	5,9646	<u>0,0000</u>
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>9,8894</u>	<u>6,0839</u>	<u>16,0754</u>	9,2445	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	<u>1,7467</u>	<u>1,2345</u>	<u>2,4714</u>	3,1499	<u>0,0016</u>
sexo (femmina/maschio)	1,3742	0,9957	1,8964	1,9338	0,0531
costante	*	*	*	1,2238	0,2210

persone colesterolemiche (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	<u>2,4969</u>	<u>1,6577</u>	<u>3,761</u>	4,3782	<u>0,0000</u>
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	<u>5,7917</u>	<u>3,8798</u>	<u>8,6457</u>	8,5928	<u>0,0000</u>
istruzione (alta/bassa)	1,0073	0,7637	1,3286	0,0518	0,9587
sexo (femmina/maschio)	1,2635	0,9708	1,6444	1,7396	0,0819
costante	*	*	*	-10,4283	<u>0,0000</u>

persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare per età ≥ 40 anni (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (50-59 anni/40-49 anni)	1,1167	0,6376	1,9558	0,3859	0,6996
classe di età (60-69 anni/40-49 anni)	1,1219	0,6125	2,0551	0,3725	0,7095
istruzione (alta/bassa)	1,1664	0,7217	1,8851	0,6284	0,5297
sexo (femmina/maschio)	0,7957	0,4993	1,2678	-0,9617	0,3362
fattori di rischio ^o (no/si)	<u>0,3803</u>	<u>0,1692</u>	<u>0,855</u>	-2,339	<u>0,0193</u>
costante	*	*	*	-7,2429	<u>0,0000</u>

^o diabete, fumo, patologia cardiovascolare, eccesso ponderale, colesterolemia, ipertensione

Screening delle neoplasie del collo dell'utero (donne 25-64 anni)

donne che hanno effettuato il pap test negli ultimi due anni (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/25-34 anni)	<u>1,8585</u>	<u>1,0195</u>	<u>3,388</u>	2,0229	<u>0,0431</u>
classe di età (50-64 anni/25-34 anni)	1,0388	0,5745	1,8781	0,1258	0,8999
istruzione (alta/bassa)	1,0084	0,6193	1,642	0,0338	0,9731
stato civile (non coniugato/coniugato)	0,6778	0,4216	1,0898	-1,6051	0,1085
costante	*	*	*	4,3675	<u>0,0000</u>

Screening delle neoplasie della mammella (donne con età maggiore di 50 anni)

donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (60-69 anni/50-59 anni)	0,7724	0,4125	1,4461	-0,8071	0,4196
istruzione (alta/bassa)	0,9751	0,4964	1,9154	-0,0732	0,9417
stato civile (non coniugato/coniugato)	0,5697	0,2921	1,1111	-1,6508	0,0988
costante	*	*	*	5,8697	<u>0,0000</u>

Screening delle neoplasie del colon-retto (età maggiore di 50 anni)

persone che hanno riferito di aver effettuato almeno uno dei test^o per motivi preventivi (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (60-69 anni/50-59 anni)	<u>1,9594</u>	<u>1,3318</u>	<u>2,8827</u>	3,4145	<u>0,0006</u>
sexo (femmina/maschio)	0,7728	0,5314	1,1239	-1,3487	0,1774
istruzione (alta/bassa)	1,4324	0,9599	2,1375	1,7595	0,0785
costante	*	*	*	-3,1955	<u>0,0014</u>

Sintomi di depressione

persone che hanno riferito di aver avuto entrambi i sintomi di depressione° (si/no)	Odds Ratio	IC 95%		Z-Statistic	P-Value
classe di età (35-49 anni/18-34 anni)	0,9059	0,5912	1,3882	-0,4538	0,6500
classe di età (50-69 anni/18-34 anni)	0,8527	0,5438	1,3371	-0,6943	0,4875
istruzione (alta/bassa)	0,9078	0,6332	1,3016	-0,5261	0,5989
sexo (maschio/femmina)	<u>0,2983</u>	<u>0,2074</u>	<u>0,4289</u>	-6,5269	<u>0,0000</u>
lavoro regolare (saltuariamente/si)	<u>1,8855</u>	<u>1,0271</u>	<u>3,4612</u>	2,0462	<u>0,0407</u>
lavoro regolare (no/si)	1,1476	0,7594	1,7342	0,6533	0,5135
costante	*	*	*	-5,3813	<u>0,0000</u>

° poco interesse o piacere nel fare le cose e si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze

A CURA DEL COORDINATORE

n° estrazione _____

Titolare

Sostituto

Sostituto di sostituto



Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata



Regione _____

ASL _____

Comune _____

N° estrazione _____

Data di nascita _____ / _____ / _____

Sesso M F

Intervistatore: _____

Data dell'intervista _____ / _____ / _____

↳ **Buon giorno, sono (nome e cognome), la chiamo dalla ASL di _____**
Ha ricevuto per posta la lettera della ASL per un'intervista telefonica? SÌ NO

↳ **Vorrei quindi spiegarle che la nostra ASL sta conducendo un importante programma per conoscere il punto di vista dei cittadini sul loro stato di salute e per informarsi sui loro stili di vita al fine di migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti alla popolazione.**

↳ **Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere delle domande per telefono ad alcune persone, di tutte le età comprese tra i 18 ed i 69 anni, scelte a caso tra quelle assistite dalla nostra ASL.**

↳ **Lei è risultata essere tra le persone selezionate per un'intervista e la ASL ritiene molto importante che lei ci dia informazioni utili.**

↳ **Prima di iniziare a farle le domande, voglio ricordarle che l'intervista risulterà del tutto anonima: la devo quindi assicurare che le risposte che mi darà saranno del tutto riservate e non saranno messe a disposizione di altri, per nessun motivo: è disponibile a rispondere ora, e per circa 20 minuti, alle domande che le farò?**

SÌ NO (se risponde che non è disponibile in quel momento)

↳ **allora, quando sarebbe possibile richiamarla?**

(giorno) (ora)

NO

↳ **non voglio partecipare**



Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Medico di Famiglia _____

Istruzioni per l'intervistatore:

- le parti scritte in **Arial grassetto** vanno lette all'intervistato;
- le parti scritte in *Times New Roman corsivo grassetto* sono istruzioni speciali per l'intervistatore riferite a quelle domande e non vanno lette all'intervistato;

Solo 3 regole:

- **una sola risposta va barrata**, a meno che non sia specificato "*Sono possibili più risposte*"
- si leggono **le domande come sono formulate sul questionario**
- **NON si leggono le risposte** a meno che non sia specificato "*Leggere le risposte*"

Ora di inizio dell'intervista (ora/min.) _____

SEZIONE 1: Stato di salute e qualità della vita percepita

Le chiederò innanzitutto alcune informazioni generali sul suo stato di salute...

1.1 Come va in generale la sua salute?

Leggere le risposte

- Molto bene
- Bene
- Discretamente
- Male
- Molto male

Non leggere

- Non so

Ora vorrei farle alcune domande sul suo stato di salute durante gli ultimi 30 giorni

1.2 Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni

- Non so / non ricordo

1.3 Adesso pensi agli aspetti psicologici, quali problemi emotivi, ansia, depressione, stress. Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

Numero di giorni

- Non so / non ricordo

1.4 **Ora consideriamo le sue abituali attività.** Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non è stato/a in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica?

Numero di giorni

- Non so / non ricordo

1.5 Un medico le ha mai diagnosticato o confermato una o più delle seguenti malattie?

Leggere le risposte

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Diabete | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Insufficienza renale | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Infarto del miocardio o altre malattie del cuore | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Tumori (comprese leucemie e linfomi) | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

1.6 Negli ultimi 12 mesi, ha fatto la vaccinazione contro l'influenza?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo

SEZIONE 2: Attività fisica

Con queste interviste, la ASL è interessata a conoscere il tipo di attività fisica che le persone fanno come parte della vita quotidiana, quindi non solo sportiva. Pensi, ad esempio, alle attività svolte al lavoro, come parte del lavoro svolto in casa o in giardino, per spostarsi da un luogo all'altro e, nel suo tempo libero, come divertimento, esercizio fisico o sport vero e proprio.

Vorrei iniziare chiedendole di pensare a tutte le attività energiche che lei ha svolto negli ultimi sette giorni per almeno 10 minuti consecutivi. Per "attività fisiche energiche" si intendono quelle che richiedono uno sforzo fisico duro e che fanno respirare le persone con un ritmo molto più frequente del normale...

2.1 ... quindi le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni, in quanti giorni lei ha svolto attività fisica energica come sollevare oggetti pesanti, zappare in giardino, o pedalare in bicicletta ad una certa velocità?

Numero di giorni

Nessuna attività fisica energica (*saltare alla domanda 2.3*)

2.2 Per quanto tempo al giorno, mediamente?

: (*ore:minuti*)

Non so / non ricordo

Pensi ora, invece, a tutte quelle attività moderate che lei ha svolto negli ultimi sette giorni per almeno 10 minuti consecutivi. Per "attività moderate" si intendono quelle che richiedono uno sforzo fisico limitato e che la fanno respirare con un ritmo un po' più frequente rispetto al normale. Pensi solo a questo tipo di attività fisiche e che lei ha svolto, ma non includa il camminare...

2.3 ... quindi le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni in quanti giorni lei ha svolto attività fisica moderata come portare pesi leggeri, andare in bicicletta ad un ritmo regolare?

Numero di giorni

Nessuna attività fisica moderata (*saltare alla domanda 2.5, pag. seguente*)

2.4 Per quanto tempo al giorno, mediamente?

: (*ore:minuti*)

Non so / non ricordo

Pensi ora al tempo da lei trascorso camminando negli ultimi sette giorni. Includa il tempo trascorso camminando sia al lavoro sia a casa, nello spostarsi da un luogo ad un altro o camminando per qualsiasi altro motivo...

2.5 ... quindi le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni, in quanti giorni lei ha camminato per almeno 10 minuti di continuo?

Numero di giorni

Nessuno (*saltare alla domanda 2.7*)

2.6 Per quanto tempo al giorno, mediamente?

: (*ore:minuti*)

Non so / non ricordo

Ora le chiederò informazioni sul tempo trascorso nell'ultima settimana lavorativa stando seduto/a. Includa il tempo in cui rimane seduto/a al lavoro, in casa, leggendo, o per guardare la televisione, o durante il suo tempo libero nel far visita a casa di amici...

2.7 ... quindi le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni, quanto tempo in media al giorno ha trascorso stando seduto/a?

: (*ore:minuti*)

Non so / non ricordo

Ora le faccio qualche domanda sui consigli che ha ricevuto negli ultimi 12 mesi sull'attività fisica:

2.8 Le è mai stato **chiesto** da un medico o altro operatore sanitario se fa una regolare attività fisica?

Sì

No

Non so / non ricordo

2.9 Le è mai stato **consigliato** da un medico o altro operatore sanitario di fare regolare attività fisica?

Sì

No

Non so / non ricordo } (*saltare alla Sezione 3: Abitudini al fumo, pag. seguente*)

2.10 Lo stesso medico od operatore sanitario le ha chiesto, alle visite successive, se sta facendo le attività suggerite?

Sì

No

Non l'ho ancora visto da quando ho ricevuto i consigli

Non so / non ricordo

SEZIONE 3: Abitudine al fumo

Ora le farò alcune domande sul fumo di sigaretta.

3.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?

- Sì
- No
- Non sono stato dal medico negli ultimi 12 mesi
- Non so / non ricordo

3.2 In tutta la sua vita, ha fumato almeno 100 sigarette (circa 5 pacchetti da 20 sigarette)?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 3.11, pagina 6*)
- Non so / non ricordo

3.3 Attualmente fuma?

- Sì
- No (*saltare alla domanda 3.8, pagina seguente*)
- Non so / non ricordo

3.4 In media quante sigarette fuma al giorno?

- Numero
- Meno di una sigaretta al giorno
 - Non so / non ricordo

3.5 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha mai consigliato di smettere di fumare?

- Sì, per motivi di salute
 - Sì, a scopo preventivo (in assenza di segni o sintomi)
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*se la risposta è SI, chiedere per quale dei due motivi*)

3.6 Durante gli ultimi 12 mesi, ha smesso di fumare per almeno un giorno nel tentativo di smettere definitivamente?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

3.7 Ha mai partecipato ad un corso/programma che l'aiutasse a smettere di fumare?

- Sì, organizzato dalla ASL
 - Sì, organizzato da un'associazione
 - Sì, organizzato da un medico privato
 - Sì, organizzato da altri
 - Sì, ma non ricordo da chi è stato organizzato
 - No
 - Non so / non ricordo
- (se la risposta è SÌ, chiedere da chi era organizzato)*

↳ *Adesso saltare alle domande sull'esposizione al fumo nel luogo di lavoro (domanda 3.11, pag. 6)*

SOLO PER GLI EX-FUMATORI

3.8 Quando ha smesso di fumare?

Leggere le risposte

- Meno di 6 mesi fa
- Tra 6 mesi a 1 anno fa
- Più di 1 anno fa

3.9 Come è riuscito/a a smettere di fumare?

Leggere le risposte

- Da solo, senza aiuto
- Con l'aiuto di un medico o altro operatore sanitario
- Partecipando a gruppi di aiuto
- Con l'assunzione di farmaci tradizionali (inclusi cerotti e simili)
- Ricorrendo a terapie non convenzionali (agopuntura, fitofarmaci, ecc...)

3.10 Lei sa che in Italia esistono leggi che proibiscono di fumare nei luoghi pubblici. Che ruolo hanno avuto nella sua decisione di smettere di fumare?

Leggere le risposte

- Un ruolo decisivo
- È stato uno dei fattori che ho considerato, ma non il più importante
- Nessun ruolo
- Ho smesso di fumare prima dell'entrata in vigore

Non leggere

- Non so / non ricordo

— **PER TUTTI (NON FUMATORI, FUMATORI, ED EX-FUMATORI)** —

Vorrei ora chiederle qualcosa sull'esposizione al fumo nel luogo di lavoro.

3.11 Vorrei ora chiederle se le capita di lavorare in ambienti chiusi

- Sì
- No (*saltare alla Sezione 4: Alimentazione*)

3.12 Nel suo posto di lavoro, le sembra che le persone con cui lavora ed i suoi visitatori:

Leggere le risposte

- Rispettano sempre i divieti di fumo
- Li rispettano a volte
- Non li rispettano mai

Non leggere

- Non so / non ricordo

SEZIONE 4: Alimentazione

Passo ora a farle alcune domande sulle sue abitudini alimentari.

4.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha consigliato di perdere o mantenere il suo peso corporeo?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

4.2 Attualmente sta seguendo una dieta per perdere o mantenere il suo peso?

- Sì
- No

4.3 Direbbe che, attualmente, il suo peso è:

Leggere le risposte

- Troppo alto
- Troppo basso
- Più o meno giusto

Non leggere

- Non saprei

4.4 Direbbe che ciò che mangia normalmente fa bene alla sua salute?

Leggere le risposte

- Sì, molto
- Sì, abbastanza
- No, non molto
- No, per niente

Non leggere

- Non saprei

Passo ora a chiederle il suo consumo abituale di frutta e verdura. Consideri che per “porzione di frutta o verdura” si intende un quantitativo che può essere contenuto sul palmo di una mano, cioè circa 50 grammi di insalata o 150 grammi di frutta od ortaggi crudi.

4.5 ... quindi, le chiedo: in una sua giornata tipo, quante porzioni di frutta o verdura mangia?

Leggere le risposte

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

Ora le chiederò se, negli ultimi 12 mesi, ha fatto dei cambiamenti nella sua alimentazione.

4.6 Può dirmi se ha aumentato o diminuito le quantità, oppure se non ha fatto nessun cambiamento sui seguenti aspetti?

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| ♦ Carboidrati come pane, pasta, riso | <input type="checkbox"/> meno | <input type="checkbox"/> più | <input type="checkbox"/> nessun cambiamento |
| ♦ Frutta e verdura | <input type="checkbox"/> meno | <input type="checkbox"/> più | <input type="checkbox"/> nessun cambiamento |
| ♦ Grassi | <input type="checkbox"/> meno | <input type="checkbox"/> più | <input type="checkbox"/> nessun cambiamento |
| ♦ Carne | <input type="checkbox"/> meno | <input type="checkbox"/> più | <input type="checkbox"/> nessun cambiamento |
| ♦ Sale | <input type="checkbox"/> meno | <input type="checkbox"/> più | <input type="checkbox"/> nessun cambiamento |
| ♦ Alcol | <input type="checkbox"/> meno | <input type="checkbox"/> più | <input type="checkbox"/> nessun cambiamento |

SEZIONE 5: Assunzione di alcol

In particolare per l'alcool, intendiamo per “unità di bevanda alcolica” un bicchiere di vino, o una lattina di birra, oppure un bicchierino di liquore...

5.1 ... quindi, le chiedo: durante gli ultimi 30 giorni, ha bevuto almeno una unità di bevanda alcolica?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 5.8, pagina 9*)

5.2 Negli ultimi 30 giorni, quante unità di bevande alcoliche ha bevuto in media ogni giorno?

Numero

Meno di una unità al giorno

Non so / non ricordo

5.3 Durante gli ultimi 30 giorni, quando ha bevuto tali unità di bevande alcoliche?

Leggere le risposte

Solo durante i pasti

Prevalentemente durante i pasti

Prevalentemente fuori dai pasti

Solo fuori dai pasti

5.4 Considerando tutti i tipi di bevande alcoliche, negli ultimi 30 giorni quante volte ha bevuto 6 o più unità in una unica occasione (ad esempio una serata con amici)?

Numero (*se MAI, scrivere 0*)

Non so / non ricordo

5.5 Durante gli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha mai chiesto quanto alcol beve?

Sì

No

Non sono stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Non so / non ricordo

5.6 Durante gli ultimi 12 mesi, qualcuno le ha consigliato di bere meno alcol?

Sì, il medico o un operatore sanitario } (*se la risposta è SI,*
 Sì, familiari o amici } *chiedere da chi ha*
 Sì, altro } *avuto il consiglio*)

No, non mi è stato consigliato

Non so / non ricordo

5.7 Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte ha guidato entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di una bevanda alcolica?

Leggere le risposte

- Mai
- 1-2
- 3-4
- 5 o più
- Non ho guidato nell'ultimo mese

Non leggere

- Non so / non ricordo

5.8 Durante gli ultimi 30 giorni, quante volte è salito/a in auto o in moto con un guidatore che aveva bevuto, nell'ora precedente, 2 o più unità di una bevanda alcolica?

Leggere le risposte

- Mai
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

Non leggere

- Non so / non ricordo

SEZIONE 6: Sicurezza stradale

Ora le chiederò alcune informazioni sull'uso dei dispositivi di sicurezza stradale.

6.1 Le capita di mettere la cintura in auto quando è seduto/a sui sedili anteriori?

Leggere le risposte

- Sempre
- A volte
- Mai
- Non viaggio mai sui sedili anteriori
- Non vado in auto (*saltare alla domanda 6.3, pag. seguente*)

6.2 Le capita di mettere la cintura in auto quando è seduto/a sui sedili posteriori?

Leggere le risposte

- Sempre
- A volte
- Mai
- Non viaggio mai sui sedili posteriori

6.3 Negli ultimi 12 mesi, è mai salito/a su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla Sezione 7: Sicurezza domestica*)

6.4 Le capita di mettere il casco?

Leggere le risposte

- Sempre
- A volte
- Mai

SEZIONE 7: Sicurezza domestica

Vorrei ora farle qualche domanda sulla sua esperienza di infortuni in ambienti domestici, sia in casa, sia negli ambienti esterni come ad esempio il giardino di casa o il garage.

7.1 Secondo lei, qual è la possibilità di avere un infortunio in ambiente domestico?

Leggere le risposte

- Assente
- Basso
- Alto
- Molto alto

7.2 Le chiedo a questo punto in quale ambiente domestico, sia interno che esterno, secondo lei è più facile subire un infortunio grave?

- Cucina
- Soggiorno
- Camera da letto
- Bagno
- Scale
- Corridoi
- Ambienti esterni (balconi, cortili, giardini, garage)
- Altro (indicare _____)

7.3 Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto qualche informazione su come si prevencono gli infortuni domestici che possono capitare a lei o ai suoi familiari?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 7.6*)

7.4 Da chi le ha ricevute? (*sono possibili più risposte*)

- Mass media (radio/TV, giornali)
 Opuscoli specifici
 Tecnici/operai dei servizi di gas/acqua/elettricità, Vigili del fuoco
 Medici (Medico di famiglia, Specialisti, Pediatra)
 Altro personale sanitario (tecnici prevenzione, infermieri o assistenti sanitari)
 Assistenti sociali
 Parenti, amici, conoscenti

7.5 Negli ultimi 12 mesi, a seguito delle informazioni ricevute, ha modificato i suoi comportamenti o ha fatto qualcosa per rendere la sua abitazione più sicura?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo

7.6 Negli ultimi 12 mesi, ha avuto degli infortuni domestici, anche di lieve entità?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (*saltare alla Sezione 8: Sicurezza alimentare, pag. seguente*)

7.7 Per quanti di questi infortuni ...

Leggere le voci

- ◆ è stata sufficiente solo una medicazione effettuata in casa N°
- ◆ è andato/a al Pronto Soccorso, ma senza ricovero N°
- ◆ è stato/a ricoverato/a in Ospedale, per almeno una notte N°

SEZIONE 8: Sicurezza alimentare

Vorrei ora farle qualche domanda sull'acquisto, consumo e conservazione domestica degli alimenti freschi confezionati.

8.1 Negli ultimi 30 giorni, quali dei seguenti alimenti le è capitato di consumare crudi o poco cotti? *(Sono possibili più risposte)*

Leggere le risposte

- ◆ Carne (cotta al sangue, alla tartara, carpaccio) ... Sì No Non ricordo
- ◆ Salsiccia fresca Sì No Non ricordo
- ◆ Pesce (salmone affumicato, carpaccio, sushi) ... Sì No Non ricordo
- ◆ Frutti di mare (come le cozze) Sì No Non ricordo
- ◆ Uova Sì No Non ricordo
- ◆ Dolci al cucchiaio (come tiramisù, bavaresi) Sì No Non ricordo
- ◆ Latte crudo/non pastorizzato Sì No Non ricordo

8.2 Come scongela in genere i cibi surgelati a casa sua?

Leggere le risposte

- A temperatura ambiente
- In frigorifero
- In forno microonde
- Non so/non mi occupo di cibi
- Non uso surgelati

8.3 Le capita di leggere le etichette degli alimenti freschi confezionati che acquista?

Leggere le risposte

- Sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Non acquisto cibi *(saltare alla Sezione 9: Rischio cardiovascolare, pag. seguente)*
- Mai *(saltare alla Sezione 9: Rischio cardiovascolare, pag. seguente)*

8.4 Cosa legge dell'etichetta? *(sono possibili più risposte)*

Leggere le risposte

- Data di scadenza
- Luogo di produzione o provenienza
- Istruzioni per l'uso, modalità di consumo
- Modalità di conservazione

SEZIONE 9: Rischio cardiovascolare

Vorrei farle ora qualche domanda sugli esami di salute e sui farmaci che le sono stati prescritti o consigliati.

9.1 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai misurato la pressione arteriosa?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 9.6, pagina seguente*)

9.2 Quando è stata l'ultima volta?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
 Tra 1 e 2 anni fa
 Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

9.3 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai detto che ha la pressione alta?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 9.6, pagina seguente*)

9.4 Le è mai stato consigliato dal suo medico o altro operatore di tenere sotto controllo la sua pressione, attraverso le seguenti indicazioni? (*sono possibili più risposte*)

Leggere le risposte

- ◆ Riduzione del sale nel cibo Sì No Non ricordo
◆ Attività fisica regolare Sì No Non ricordo
◆ Perdita o mantenimento peso corporeo ... Sì No Non ricordo

9.5 Prende attualmente farmaci per tenere bassa la pressione?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo

Ora vorrei farle qualche domanda sulla misurazione del colesterolo.

9.6 Il colesterolo è un grasso presente nel sangue. Le è mai stato misurato?

- Sì
 No
 Non so / non ricordo } (*saltare alla domanda 9.11, pagina seguente*)

9.7 Quando è stata l'ultima volta?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

9.8 Un medico o altro operatore sanitario le ha mai detto che ha il colesterolo alto?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 9.11*)

9.9 Le è mai stato consigliato dal suo medico o altro operatore di tenere sotto controllo il livello di colesterolo, attraverso le seguenti indicazioni: (*sono possibili più risposte*)

Leggere le risposte

- ◆ Minor consumo di carne e formaggi..... Sì No Non ricordo
- ◆ Attività fisica regolare Sì No Non ricordo
- ◆ Perdita o mantenimento peso corporeo Sì No Non ricordo
- ◆ Aumento di frutta e verdura nell'alimentazione Sì No Non ricordo

9.10 Prende attualmente farmaci per tenere basso il colesterolo?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

Le voglio far presente che i medici hanno cominciato a calcolare, ai loro pazienti, il rischio di infarto o di ictus. Questo calcolo si basa sui livelli di zuccheri nel sangue, di colesterolo, della pressione arteriosa e se lei fuma o no.

9.11 Un medico le ha calcolato questo rischio?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

SEZIONE 10: La domanda di cure primarie

Le prossime domande riguardano l'ultima visita che lei ha fatto dal medico di famiglia e alcune indicazioni ricevute nel caso di malattia che si manifesti con diarrea.

10.1 Quand'è l'ultima volta che è stato/a dal suo medico di famiglia?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 3 anni fa
- Più di 3 anni fa
- Non sono mai stato dal mio medico di famiglia

Non leggere

- Non so / non ricordo

10.2 Negli ultimi 12 mesi, ha avuto un problema acuto con tre o più scariche di diarrea nel corso di 24 ore, escludendo eventuali problemi durante un viaggio all'estero?

- Sì (*se la risposta è SI, chiedere quante volte*)
N° di volte
- No (*saltare alla Sezione 11: Screening oncologici, pag. seguente*)
- Non so / non ricordo

10.3 Pensando all'ultimo episodio che le è capitato, si è rivolto/a ad un operatore sanitario o al suo medico di base?

- Sì, medico di base/ guardia medica
 - Sì, altro operatore sanitario
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*se la risposta è SI, chiedere quale*)
- } (*saltare alla Sezione 11: Screening oncologici, pag. seguente*)

10.4 Ha fatto un esame di laboratorio delle feci?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

SEZIONE 11: Screening oncologici

Le spiace se, per verifica, le richiedo la sua età?

(riscrivere l'età in anni)

se l'intervistato è **DONNA** con **MENO** di 25 anni → (saltare a pag. 20 Sezione 12: Salute mentale)

se l'intervistato è **UOMO** con **MENO** di 50 anni → (saltare a pag. 20 Sezione 12: Salute mentale)

se l'intervistato è **UOMO** con **PIÙ** di 50 anni → (saltare alla domanda 11.16, pag. 19)

Proseguo ora con qualche domanda sul Pap-Test, un esame che serve a ricercare lesioni al collo dell'utero, su un prelievo fatto con un tampone vaginale.

11.1 Ha mai ricevuto una lettera dalla ASL per invitarla a fare un Pap-Test?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

11.2 Le è mai stato consigliato da un operatore sanitario di fare regolarmente l'esame del Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
 - No
 - No, perché ho già avuto un intervento di isterectomia
 - Non so / non ricordo
- } (se la risposta è **NO**, chiedere se ha avuto un'isterectomia)

11.3 Nel corso della sua vita ha eseguito un Pap-Test a scopo preventivo?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (per donne di 50 anni o più saltare alla domanda 11.8, pag. seguente, altrimenti saltare a pag. 20 alla Sezione 12: Salute mentale)

11.4 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 3 anni fa
- Più di 3 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

11.5 Quale è stata la ragione principale per cui ha fatto l'ultimo Pap-Test?

Leggere le risposte

- Una lettera d'invito della ASL
- Il consiglio di un operatore sanitario
- Di propria iniziativa
- Il consiglio di amici/parenti

Non leggere

- Non so / non ricordo

11.6 Dove ha fatto il suo ultimo Pap-Test a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Presso una struttura pubblica o convenzionata
- Presso un struttura privata

Non leggere

- Non so / non ricordo

11.7 Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?

Leggere le risposte

- Sì, il ticket
- Sì, il costo era completamente a mio carico
- No, nessuna spesa

Non leggere

- Non so / non ricordo

————— *se la donna ha MENO di 50 anni → saltare alla Sezione 12, pag. 20* ———

Vorrei farle una serie di domande sulla mammografia, che è una radiografia fatta al seno per ricercare lesioni alla mammella.

11.8 Ha mai ricevuto una lettera dalla ASL per fare una mammografia?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

11.9 Le è mai stato consigliato da un operatore sanitario di fare regolari mammografie a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

11.10 Ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 11.16, pag. seguente*)

11.11 A che età ha fatto la sua prima mammografia a scopo preventivo?

- anni
- Non so / non ricordo

11.12 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una mammografia a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

11.13 Quale è stata la ragione principale per cui ha fatto l'ultima mammografia a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Una lettera d'invito della ASL
- Il consiglio di un operatore sanitario
- Di propria iniziativa
- Il consiglio di amici/parenti

Non leggere

- Non so / non ricordo

11.14 Dove ha fatto l'ultima mammografia?

Leggere le risposte

- Presso una struttura pubblica o convenzionata
- Presso un struttura privata

Non leggere

- Non so / non ricordo

11.15 Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?

Leggere le risposte

- Sì, il ticket
- Sì, il costo era completamente a mio carico
- No, nessuna spesa

Non leggere

- Non so / non ricordo

per UOMINI e DONNE sopra i 50 anni

Vorrei ora farle qualche domanda sugli esami per la prevenzione del cancro colon-rettale. Esiste un esame di laboratorio, chiamato "ricerca del sangue occulto", per controllare la presenza di sangue non visibile nelle feci, che prevede la raccolta di feci in un contenitore, anche presso la propria abitazione

11.16 Ha mai fatto un esame di laboratorio per la ricerca del sangue occulto nelle feci, a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 11.18*)

11.17 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto un test per la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

Ci sono altri esami che si eseguono a volte per la prevenzione di questo tipo di tumore, nei quali si inserisce una sonda nell'intestino per vedere se ci sono eventuali lesioni. Questi esami si chiamano retto-scopia e colon-scopia.

11.18 Le hanno mai fatto uno di questi esami a scopo preventivo, cioè in assenza di segni o sintomi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla Sezione 12: Salute mentale, pagina seguente*)

11.19 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto una retto-scopia o una colon-scopia?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
- Tra 1 e 2 anni fa
- Più di 2 anni fa

Non leggere

- Non so / non ricordo

SEZIONE 12: Salute mentale

Vorrei ritornare su un argomento già trattato e farle qualche domanda su come lei si sente dal punto di vista psicologico e su come affronta la vita di ogni giorno.

12.1 Negli ultimi 12 mesi, ha avuto un periodo di almeno due settimane di fila in cui ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

12.2 Negli ultimi 12 mesi, ha avuto un periodo di almeno due settimane di seguito in cui si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?

- Sì
- No (*saltare alla Sezione 13: Dati socio-anagrafici, pag. seguente, se ANCHE la risposta precedente è NO*)
- Non so / non ricordo

12.3 Negli ultimi 12 mesi, in che misura questi problemi di mancanza di interessi o di depressione le hanno reso difficile la sua vita e le sue attività?

Leggere le risposte

- Per niente
- Moderatamente
- Molto
- Moltissimo

12.4 Negli ultimi 12 mesi, a causa di questi problemi, si è rivolto ad una o più delle seguenti persone? → *(sono possibili più risposte)*

Leggere le risposte

- Medico di famiglia
- Psichiatra o neurologo
- Psicologo
- Personale non medico (infermiere, assistente sociale)
- Persone di fiducia (familiari, amici)
- No, a nessuno

Non leggere

- Non so / non ricordo

12.5 Durante gli ultimi 12 mesi, a causa di questi suoi problemi, un medico le ha dato un farmaco antidepressivo da prendere per almeno alcuni mesi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } *(saltare alla domanda 13.1)*

12.6 Ricorda il nome dei farmaci antidepressivi prescritti?

(riportare il nome commerciale del farmaco)

- Non so / non ricordo

SEZIONE 13: Dati socio – anagrafici

Le faccio ora le ultimissime domande.

13.1 Quale è il suo attuale stato civile?

- Coniugato/convivente
- Celibe/nubile
- Vedovo/a
- Separato/a-divorziato/a

13.2 Qual è il suo titolo di studio?

- Nessun titolo
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media
- Diploma o qualifica di scuola media superiore
- Laurea o Diploma universitario

13.3 Lei lavora regolarmente?

- Sì
- No, saltuariamente
- No

13.4 Qual è la sua cittadinanza?

- Italiana
- Straniera (specificare _____)

13.5 Chi abita in casa con lei? (*sono possibili più risposte*)

Leggere le risposte

- Nessuno, vivo da solo
- Bambini (fino a 14 anni)
- Giovani e adulti (14 – 65 anni)
- Anziani (oltre i 65 anni)

13.6 Può dirmi la sua altezza (senza scarpe)?

cm

13.7 Può dirmi il suo peso, senza scarpe ed abiti o con abiti leggeri?

Kg

L'ultima domanda. Come le ho spiegato all'inizio dell'intervista, la ASL utilizzerà le informazioni che lei e le altre persone ci hanno dato per capire come meglio fare per prevenire alcune malattie legate soprattutto al nostro modo di vivere e migliorare gli interventi che sta realizzando. D'altra parte ci rendiamo conto che alcune domande possono aver toccato la sua sfera personale...

13.8 ... quindi, le chiedo: quanto pensa sia importante che la ASL continui a realizzare interviste di questo tipo?

Leggere le risposte

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente
- Non deve farle

Non leggere

- Non saprei

Ho finito. La ringrazio moltissimo per la collaborazione e la pazienza...

Fine intervista (ora/min.) _____

Bibliografia

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- David W. Hosmer, Stanley Lemeshow, Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley, 2000

Salute e qualità di vita percepita

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

Attività fisica

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dziewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf

Fumo

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Sowden A., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, BMJ 2000;321:355-358
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., *L'epidemia del fumo in Italia*, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000
- Garattini S., La Vecchia C., *Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi*. Editrice Kurtis, Milano, 2002
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Alimentazione

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

Alcol

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

Sicurezza stradale

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

Infortuni domestici

- Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. ISTAT Informazioni n° 25 - 2005 pag. 66-88
- Taggi F. et al., "Sistema SINIACA – La sicurezza domestica: dalla conoscenza alla prevenzione", documento ISS, O5/AMPP/RT/550, novembre 2005
- Taggi F. Rapporto Istisan 01/11. Istituto Superiore di Sanità 2001
- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Databse Syst Rev 2005
- Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. Cochrane Databse Syst Rev 2004
- Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA , Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Databse Syst Rev 2003
- LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Databse Syst Rev 2003

Sicurezza alimentare

- Kendall PA, Elsbernd A, Sinclair K, Schroeder M, Chen G., Bergmann V, Hillners VN, Medeiros LC. Observation versus self-report: validation of consumer food behavior questionnaire. J Food Prot (2004) 67:11 2578-2586
- Bremer V, Bocter N, Rehmet S, Klein G, Breuer T, Ammon A. Consumption, knowledge, and handling of raw meat: a representative cross-sectional survey in Germany, March 2001. J Food Prot (2005) 68 785-78
- Medeiros LC, Hillers VN, Kendall PA, Mason A. Food safety education: what should we be teaching to consumers? J Nutr Educ. (2001) 33:2 108-113
- Mitakakis TZ, Sinclair MI, Fairley CK, Lightbody PK, Leder K, Hellard ME Food safety in family homes in Melbourne, Australia. J Food Prot. (2004) 67:4 :818-822
- Meer RR, Misner SL. Food safety knowledge and behavior of expanded food and nutrition education program participants in Arizona. J Food Prot. (2000) 63:12,1725-1731
- Yang S, Angulo FJ, Altekrose SF Evaluation of safe food-handling instructions on raw meat and poultry products. J Food Prot. (2000) 63:10, 1321-1325
- Hillers VN, Medeiros L, Kendall P, Chen G, DiMascola S. Consumer food-handling behaviors associated with prevention of 13 foodborne illnesses. J Food Prot. (2003) 66:10,1893-1899.
- Altekrose SF, Street DA, Fein SB, Levy AS. Consumer knowledge of foodborne microbial hazards and food-handling practices. J Food Prot. 1996 59:3, 287-294

- Federal Register Notices (2002) 67:188, 61109-61110 FoodSafety Survey Advisory Council on Food and Environmental Hygiene. On-line: http://www.hwfb.gov.hk/en/committees/board/paper2001_26.html. Accessed 10/01/2006
- Food Safety Survey: Summary of Major Trends in Food Handling Practices and Consumption of Potentially Risky Foods. On-line <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fssurvey.html>. accessed 10/01/2006
- Batz MB, Doyle MP, Morris G Jr, Painter J, Singh R, Tauxe RV, Taylor MR, Lo Fo Wong DM; Food Attribution Working Group. Attributing illness to food. *Emerg Infect Dis.* 2005 Jul;11(7):993-9.
- Voetsch AC, Van Gilder TJ, Angulo FJ, Farley MM, Shallow S, Marcus R, Cieslak PR, Deneen VC, Tauxe RV; Emerging Infections Program FoodNet Working Group. FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States. *Clin Infect Dis.* 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S127-34.
- Scallan E, Majowicz SE, Hall G, Banerjee A, Bowman CL, Daly L, Jones T, Kirk MD, Fitzgerald M, Angulo FJ. Prevalence of diarrhoea in the community in Australia, Canada, Ireland, and the United States. *Int J Epidemiol.* 2005 Apr;34(2):454-60. Epub 2005 Jan 19.
- Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, Scallan E, Fitzgerald M, Adak GK, Sockett P, Ellis A, Hall G, Gargouri N, Walke H, Braam P. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. *Clin Infect Dis.* 2005 Sep 1;41(5):698-704. Epub 2005 Jul 22.

Rischio cardiovascolare

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

Screening oncologici

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

Sintomi di depressione

- "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf)
- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - *European Neuropsychopharmacology*. 15 (2005): 357-376
- "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH ("European Study on the Epidemiology of Mental Disorders", realizzato nell'ambito della WHO World Mental Health

Survey Iniziative). De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l'Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore
della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro

Collana "CONTRIBUTI" I volumi disponibili sono contrassegnati con (*)

Fondata da Alessandro Martignani

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.

25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna- Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006 (*)
45. *PASSI - Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia - Emilia-Romagna, Indagine 2005*, Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006 (*)
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV)*. Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici - Emilia-Romagna. Report al 2005*, Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale - Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile*, Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre - Atti del convegno*, Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna - Piacenza 2007 (*)*