



**Profea**



**AUSL Lecce 1**



Progressi delle **A**ziende **S**anitarie per la **S**alute in **I**talia

**Rapporto della Regione PUGLIA**

**AUSL LE/1 O.E.R. PUGLIA**

maggio 2006

**A cura di: Valerio Aprile\* e Cinzia Germinaro\*\***

\*Dirigente Medico S.I.S.P., Dipartimento di Prevenzione A.U.S.L. Lecce / 1

\*\*Prof. Associato – Istituto di Igiene – Università di Bari, OER Puglia

Si rivolge un sincero ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione dello studio

**A livello regionale**

A. Palmariggi  
(Referente Regione Puglia per lo Studio PASSI)

Antonella Mincuzzi  
(Specializzanda Igiene e Medicina Preventiva – Università di Bari)

Alberto Fedele  
(Direttore del Dipartimento di Prevenzione A.U.S.L. Lecce/1)

<b>A livello aziendale</b>	<b>Referenti</b>	<b>Intervistatori e Collaboratori</b>
Ausl Ba/1	Riccardo MATERA	Matilde GRAMEGNA, Lucia SICILIANO
Ausl Ba/2	Rosa COLAMARIA	
Ausl Ba/3	Antonio MADARO	Maria Irene MASTROGIACOMO
Ausl Ba/4	Giacomo SCALZO	Angelo SORANNO, Vera LA FORGIA, Mariella ARMENISE, Giuseppina FRAZZETTO, Massimo MUCIACCIA, Chiara MASSARO, Elena FANELLI
Ausl Ba/5	Maria Antonietta LA GRAVINESE	Maria MALLARDI
Ausl Br/1	Vito MARTUCCI	Pasquale PEDOTE, Susi EPIFANI
Ausl Fg/1	Giuseppina MOFFA	
Ausl Fg/2	Angela Pia D'APRILE	Tatiana BATTISTA, Annarita FUSCO, Rosa MONGELLI, Maria Teresa BALDUCCI, Domenico MARTINELLI
Ausl Fg/3	Vincenzo DI MARTINO	Nunzia ANGELINI, Miriam MANNA
Ausl Le/1	Valerio APRILE	Cinzia MARRA, Piero CALOGIURI, Anna GRANDE, Giovanna DE LUCA
Ausl Le/2	Maria Antonietta MOREA	Cesarea PRESICCE, Delia PAGLIARA, Massimo MERICO
Ausl Ta/1	Antonio PESARE	Davide ZUPPIROLI

Si ringraziano le Autorità regionali, i Direttori Generali delle AUSL, i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e i Sindaci dei Comuni della Regione Puglia per la preziosa collaborazione fornita.

**A livello nazionale**

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

**Un ringraziamento particolare alle persone intervistate e ai loro Medici di Medicina Generale che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo studio.**

**La nostra speranza è che i risultati dello Studio possano dare un contributo utile per pianificare e programmare interventi di sanità pubblica che migliorino la vita del singolo e della collettività**

---

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

**Valerio Aprile 0832 215303 - 329 3190392 – [valerioaprile@libero.it](mailto:valerioaprile@libero.it)**

**Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione – A.U.S.L. Lecce /1 Via Don Minzoni 2 –Lecce**

**INDICE**

SINTESI DEL RAPPORTO REGIONALE	pag. vi
INTRODUZIONE	pag. x
OBIETTIVI DELLO STUDIO	pag. xi
METODI	pag. xiii
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	pag. 1
Aspetti socio-demografici	pag. 1
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 3
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	pag. 4
Buona percezione del proprio stato di salute	pag. 4
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	pag. 5
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 5
ATTIVITÀ FISICA	pag. 6
Sedentari e attivi	pag. 6
Promozione attività fisica	pag. 7
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 7
ABITUDINE AL FUMO	pag. 8
Distribuzione dell'abitudine al fumo	pag. 8
Caratteristiche dei fumatori	pag. 9
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	pag. 9
Consigli sullo smettere di fumare	pag. 10
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	pag. 10
Esposizione al fumo in ambiente domestico	pag. 11
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	pag. 11
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 11
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	pag. 12
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	pag. 12
Quanti sono in eccesso ponderale	pag. 12
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 13
ABITUDINI ALIMENTARI	pag. 14
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	pag. 14
Quanti conoscono il "5 a day"	pag. 15
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 15
CONSUMO DI ALCOL	pag. 16
Quante persone bevono	pag. 16
Quanti i bevitori a rischio	pag. 17
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	pag. 17
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	pag. 18
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 18

SICUREZZA STRADALE	pag. 19
L'uso dei dispositivi di sicurezza	pag. 19
Quanti guidano in stato di ebbrezza	pag. 20
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 20
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	pag. 21
Quanti si vaccinano	pag. 21
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 21
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	pag. 22
Quante donne sono vaccinate	pag. 22
Quante donne sono suscettibili	pag. 22
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 23
IPERTENSIONE ARTERIOSA	pag. 24
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	pag. 24
Quanti sono ipertesi	pag. 25
Come viene trattata l'ipertensione	pag. 25
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 25
COLESTEROLEMIA	pag. 26
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	pag. 26
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	pag. 26
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	pag. 27
Perché non si assumono farmaci	pag. 27
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 27
CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	pag. 28
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	pag. 28
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 28
SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO	pag. 29
Quante hanno eseguito un pap test	pag. 29
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	pag. 30
Consigliato il pap test	pag. 30
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 30
SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA	pag. 31
Quante hanno eseguito una mammografia	pag. 31
Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni	pag. 32
Consigliata la mammografia	pag. 32
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 32
SCREENING NEOPLASIA DEL COLON RETTO	pag. 33
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	pag. 33
Conclusioni e raccomandazioni	pag. 33
LA SPERIMENTAZIONE	pag. 34
TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI	pag. 37
BIBLIOGRAFIA	pag. 41

# Sintesi del rapporto regionale

---

## **Descrizione del campione aziendale:**

Nella nostra Regione sono state intervistate 725 (età 18 – 69 anni) persone selezionate con campionamento casuale dall'anagrafe sanitaria. Il 41% degli intervistati è rappresentato da donne. L'età media del campione intervistato è di 41 anni. Poco più della metà ha un livello di istruzione alto e il 54,3% ha un lavoro regolare.

## **Percezione dello stato di salute**

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e sia correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio. In Puglia il 67,7% degli intervistati giudica il proprio stato di salute buono o molto buono, in particolare i giovani (18-34 anni) e le persone con alto livello d'istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nelle classi di età più avanzate e nelle donne.

## **Attività fisica**

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

In Puglia il 31,3% degli intervistati conduce uno stile di vita sedentario (prevalentemente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello d'istruzione) ed il 30,5% non pratica sufficiente attività fisica.

Il 29,2% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 34,1% ha ricevuto un consiglio generico di svolgere attività fisica; solo l'8% degli intervistati ha ricevuto consigli più dettagliati (tipo, frequenza e durata dell'attività fisica). Risulta pertanto importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

## **Abitudine al fumo**

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie 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 della norma del divieto di fumo nei locali pubblici rappresenta inoltre un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo, importante causa documentata di morbosità.

Un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

In Puglia i fumatori rappresentano il 23,9% degli intervistati, gli ex fumatori il 16% e i non fumatori il 60,1%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori tra i giovani (18-34 anni), gli uomini e le persone con livello di istruzione più alto. Il 57,2% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Risulta pertanto

opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 32,5% degli intervistati dichiara che nelle proprie abitazioni si fuma e il 22% che il divieto sul luogo di lavoro non viene rispettato.

### **Situazione nutrizionale**

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

In Puglia il 31% degli intervistati è in sovrappeso ed il 11,7% è obeso.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il 30,3% riferisce di effettuare una dieta ed il 22,6% di praticare attività fisica regolare: appaiono pertanto opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

### **Abitudini alimentari**

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

In Puglia la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente, almeno una volta, frutta e verdura (89%), anche se solo un'esigua parte (9,2%) consuma le cinque porzioni giornaliere consigliate.

Il 49% degli intervistati dichiara di conoscere il 'five a day' e solo il 15,9% negli intervistati ha ricevuto l'informazione da un operatore sanitario.

### **Consumo di alcol**

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

In Puglia si stima che circa il 20% degli intervistati abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio; solo il 11% riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.

### **Sicurezza stradale**

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità. Si stima che il 60% degli incidenti stradali sia conseguente a fattori umani, per cui una rilevante quota del rischio può essere ridotta attraverso l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza e sistematici controlli dell'alcolemia dei conducenti.

In Puglia il 70% degli intervistati utilizza sempre il casco e il 60,9% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine di utilizzare sempre la cintura posteriore (8,2%).

Il 10,3% degli intervistati (15,7% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 8,7% di essere stato trasportato da chi guidava in questa condizione.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

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

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata a persone sopra ai 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 Puglia, in base ai dati dei registri vaccinali, si ha una buona copertura nelle persone sopra ai 65 (72,7% nel 2004).

Nella fascia 18-64 anni solo il 31,9% delle persone intervistate con almeno una patologia cronica dichiara di essersi vaccinata contro l'influenza lo scorso anno.

### **Vaccinazione antirosolia**

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

In Puglia il 48,1% delle donne di 18-45 anni è protetta nei confronti della rosolia (26,3% vaccinate e 21,9% non vaccinate, ma con rubeotest positivo) ed il 4,4% è suscettibile all'infezione (non vaccinate e con rubeotest negativo); in quasi la metà delle donne (47,6%) lo stato immunitario nei confronti della rosolia è sconosciuto.

### **Iperensione arteriosa**

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

In Puglia si stima che sia iperteso circa un quinto della popolazione tra i 18 e 69 anni (41,5% sopra i 50 anni); il 69% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento con farmaci.

La percentuale di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è del 24,5%.

### **Colesterolemia**

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

In Puglia il 25,4% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello di colesterolo nel sangue; tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 27,2% dichiara di avere livelli elevati (40,2% sopra ai 50 anni). Il 19,2% delle persone con alti livelli di colesterolo riferisce di essere in trattamento farmacologico.

### **Carta di rischio cardiovascolare**

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

Solo al 7% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate è stato calcolato il punteggio cardiovascolare, sottolineando come questo strumento sia solo minimamente ancora utilizzato da parte dei medici.

### **Screening neoplasia del collo dell'utero**

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

In Puglia il 62,6% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un pap test e l'54,7% l'ha eseguito almeno ogni tre anni. Il motivo prevalente di esecuzione dell'ultimo pap test è l'iniziativa personale (54,5%), il consiglio di un medico (41,3%) e la lettera ricevuta dell'AUSL (0,7%).



### **Screening neoplasie della mammella**

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne tra i 50 e i 69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità. In Puglia il 56,8% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo e il 41,4% l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il motivo principale di esecuzione dell'ultima mammografia è stata l'iniziativa personale nel 60,3%, il consiglio di un medico nel 39,7%. Nessuno tra le donne intervistate riferisce di aver eseguito l'ultima mammografia in seguito a lettera di invito da parte della AUSL.

### **Screening neoplasie del colon retto**

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia (da eseguirsi ogni due anni nelle persone di 50-69 anni).

In Puglia solo il 10,9% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo. Il 5,2% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

# Introduzione

---

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

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

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

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

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

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

# Obiettivi

---

## **Obiettivo generale**

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

## **Obiettivi specifici**

### **1. Aspetti socio-demografici**

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

### **2. Salute e qualità di vita percepita**

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

### **3. Attività fisica**

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone che ha ricevuto interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

### **4. Abitudine al fumo**

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

### **5. Abitudini alimentari**

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

## **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. Vaccinazioni in età adulta**

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

## **9. Fattori di rischio cardiovascolare**

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

## **10. Screening oncologici**

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

# Metodi

## Tipo di studio

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

## Popolazione in studio

La popolazione in studio è stata costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della regione Puglia (2.751.362 persone al 31 dicembre 2004); i criteri di inclusione sono stati la residenza nel territorio di competenza delle Aziende Sanitarie e la disponibilità di un recapito telefonico, mentre criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## Strategie di campionamento

Si è effettuato un *campionamento casuale semplice* dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale (aggiornata al 31/12/ 2004); la dimensione del campione regionale base è stata calcolata di 600 persone, usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali col fine di ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Il campione base è stato suddiviso tra le 12 Aziende Sanitarie della regione in maniera proporzionale alla numerosità della rispettiva popolazione; oltre a questo campione con rappresentatività regionale, 1 Azienda Sanitaria (Lecce 1) ha scelto di effettuare anche un campione di 200 persone per ottenere stime con rappresentatività aziendale per le principali variabili.

Il campione complessivo della Puglia è risultato pertanto costituito da 725 persone, così suddivise per Azienda Sanitaria:

Azienda Sanitaria	Campione 18-69 anni
ASL BA/1	35
ASL BA/2	40
ASL BA/3	32
ASL BA/4	90
ASL BA/5	35
ASL BR/1	65
ASL FG/1	32
ASL FG/2	30
ASL FG/3	37
ASL LE/1	195*
ASL LE/2	49
ASL TA/1	87

\*=Rappresentatività aziendale

A livello nazionale hanno partecipato all'indagine 123 Aziende Sanitarie (appartenenti a tutte le Regioni italiane) e sono state effettuate circa 16.000 interviste telefoniche. In Puglia L'AUSL Lecce/1 è stata Azienda capofila per la realizzazione dello studio.

## **Interviste**

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

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 da operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica nel periodo maggio-luglio 2005. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti. La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

## **Analisi delle informazioni**

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi a livello regionale è stata condotta aggregando i dati provenienti dalle aziende della Regione senza il metodo della pesatura.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza solo per la variabile principale.

L'intervallo di confidenza considerato è al 95% (IC 95%) ed esprime la probabilità del 95% che l'intervallo trovato includa il vero valore della variabile nella popolazione.

## **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 richiesta la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

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

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

# Descrizione del campione aziendale

In Puglia sono state intervistate 725 (età 18-69 anni) selezionate con campionamento casuale dall'anagrafe sanitaria (popolazione di riferimento: 2.751.362 persone al 31.12.04).

Le interviste telefoniche sono state condotte da 28 operatori sanitari, appartenenti in prevalenza ai Dipartimenti di Sanità Pubblica, durante i mesi di maggio e luglio 2005.

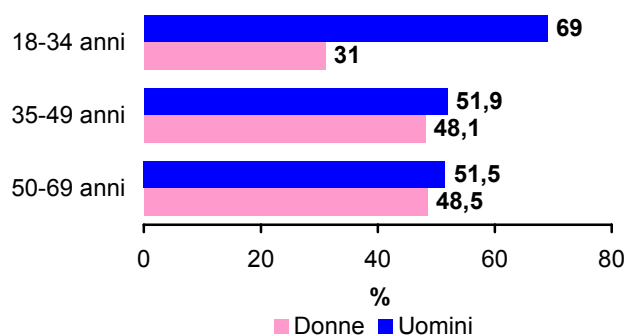
Rispetto alle 725 persone complessivamente selezionate, 532 (73,4%) sono state intervistate, mentre 193 (26,6%) sono state sostituite. La maggior parte delle sostituzioni riguarda assistiti non rintracciabili dopo i tentativi telefonici previsti in fasce orarie e giorni diversi (12,8%) o che non sono più domiciliati nel territorio aziendale (5,4%); solo il 4,4% dei titolari ha rifiutato la partecipazione allo studio. I tassi di risposta regionali (in linea con quelli nazionali) appaiono alti rispetto a quelli rilevati in studi analoghi condotti a livello internazionale.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

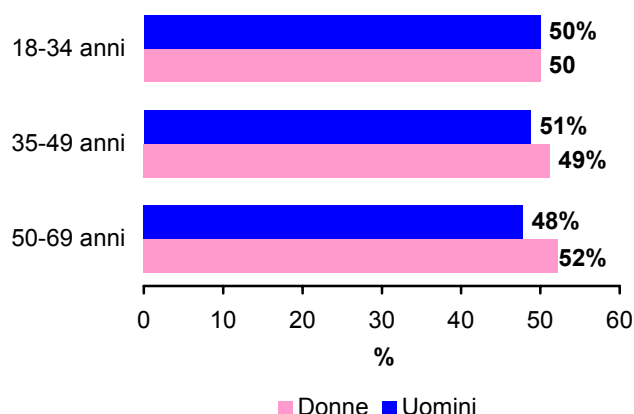
- In Puglia il 41,4% del campione intervistato (persone) è costituito da donne.
- Il 40% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 28,4% in quella 35-49 e il 31,6% in quella 50-69. L'età media è di 41 anni

Campione per età e sesso  
Puglia - Passi, 2005



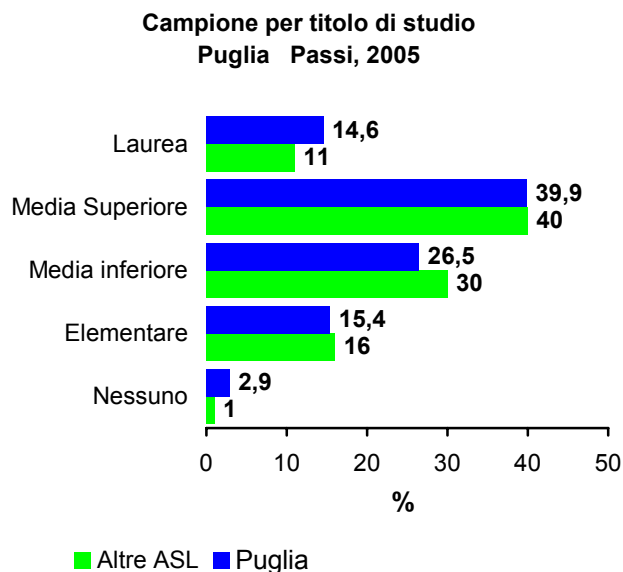
- La distribuzione per sesso e per età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Popolazione per età e sesso  
Puglia - Passi, 2005



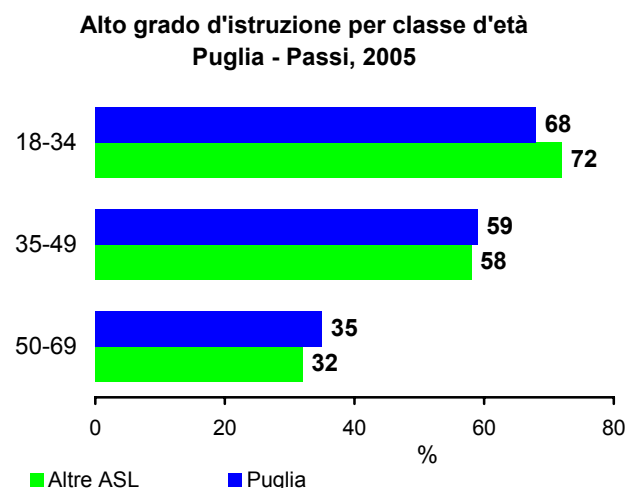
### Il titolo di studio

- In Puglia il 2,9% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 15,4% ha la licenza elementare, il 26,5% la licenza media inferiore, il 39,9% la licenza media superiore ed il 14,6% è laureato.
- Questa distribuzione è simile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale.



### Il livello di istruzione

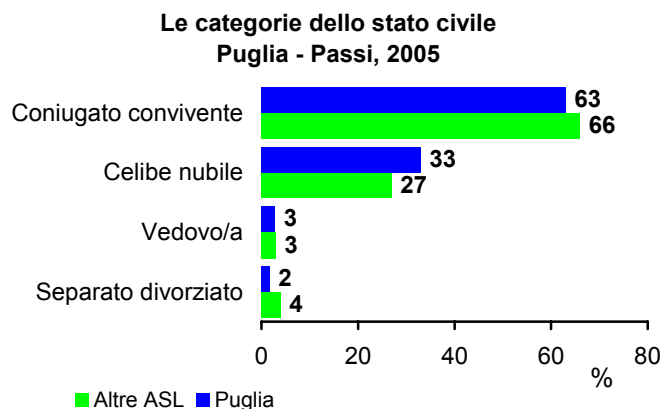
- In Puglia il 55,2% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Questa distribuzione è sovrapponibile a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale.





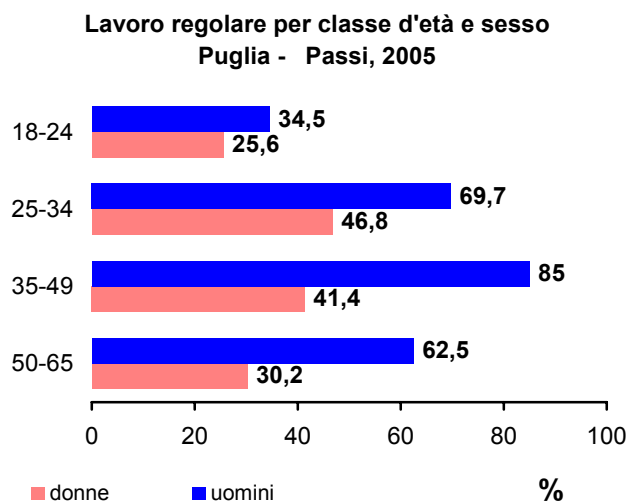
## Lo stato civile

- In Puglia i coniugati/conviventi rappresentano il 63% del campione, i celibi/nubili il 32,6%, i vedovi/e il 2,8% ed i separati/divorziati l'1,7%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL partecipanti a livello nazionale.



## Il lavoro

- In Puglia il 54,3% del campione (nella fascia 18-65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (36,1% vs.66,9%).
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale riferisce di lavorare regolarmente il 63% degli intervistati (74% degli uomini e il 51% delle donne).



## Conclusioni e raccomandazioni

Il campione selezionato casualmente per la Regione Puglia appare rappresentativo della popolazione di riferimento per quanto riguarda sesso ed età.

Per quanto concerne le principali caratteristiche socio-demografiche non si evidenziano differenze rilevanti tra il campione regionale e l'insieme di tutte le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale.

# 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 mortalità e 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 □oprappeso, 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 indicatori: stato di salute autoriferito, numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle abituali attività per motivi fisici e/o mentali.

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

- In Puglia il 67,7% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute e la definiscono molto buona o buona:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni (77,2%)
  - gli uomini (69,2%)
  - le persone con alta istruzione (74,5%)
  - le persone senza patologie severe (76,3%).
- Tra tutte le ASL partecipanti a livello nazionale il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

<b>Stato di buona salute percepito</b>	
Puglia - Passi, 2005	
<b>Caratteristiche Demografiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>67,7 (IC95% 64,2-71,1)</b>
<b>Età</b>	
18 - 34	77,2
35 - 49	72,3
50 - 69	51,5
<b>Sesso</b>	
uomini	69,2
donne	65,7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	59,4
alta	74,5
<b>Patologia severa**</b>	
presente	31,2
assente	76,3

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

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

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

- In Puglia 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 1,7 giorni al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e con limitazioni nelle abituali attività è maggiore nella fascia 50-69 anni.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici e sono maggiormente limitate nelle loro abituali attività.
- Nelle ASL partecipanti a livello nazionale, il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3.2 per motivi fisici, 3.3 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1.6 gg al mese. Anche in queste ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita Puglia - Passi, 2005			
Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
<b>Totale</b>	3,4	3,0	1,7
<b>Età</b>			
18 - 34	2,5	2,8	1,1
35 - 49	3,1	3,5	1,8
50 - 69	4,8	2,8	2,4
<b>Sesso</b>			
uomini	3,5	2,6	1,6
donne	3,3	3,5	1,8

## Conclusioni e raccomandazioni

Come atteso sia dai dati di letteratura sia dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT, anche a livello regionale la percezione del proprio stato di salute è peggiore nelle donne, nelle persone più anziane e in quelle con un livello di istruzione basso. Il monitoraggio dell'andamento della percezione del proprio stato di salute, in particolare nelle fasce più a rischio, potrà essere un utile elemento per valutare lo stato di salute della propria popolazione.

# Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1.9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

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

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

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

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- In Puglia il 38,2% delle persone intervistate effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica, il 30,5% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 31,3% è completamente sedentario.
- Le persone completamente sedentarie sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 42% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

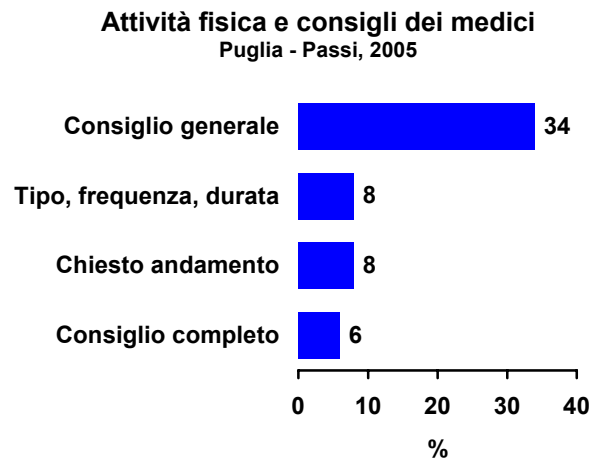
		<b>Sedentarietà</b> Puglia - Passi, 2005	
<b>Caratteristiche demografiche</b>		<b>Sedentari, %*</b>	
<b>Totale</b>		<b>31,3 (IC95%:28,0-34,8)</b>	
<b>Età</b>			
	18 - 34		22,5
	35 - 49		34,0
	50 - 69		40,1
<b>Sesso</b>			
	uomini		28,2
	donne		35,7
<b>Istruzione**</b>			
	bassa		36,1
	alta		27,4

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

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

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

- In Puglia il 29,2% degli intervistati riferisce che il medico si è informato in merito al livello di attività fisica praticata ed il 34,1% ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.
- L'8% degli intervistati ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere (il 23% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- All'8% di tutti gli intervistati è stato chiesto l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata (al 23% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Solo il 5,9% degli intervistati dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata (il 17,4% di coloro che avevano ricevuto il consiglio di praticare attività fisica).
- Nelle ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale, il 38% degli intervistati riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla: il 10% degli intervistati ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata e il 10% la verifica in occasione di visite successive. Solo il 7% degli intervistati riferisce di aver ricevuto i consigli completi.



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che meno della metà (28,2%) della popolazione della Puglia pratica attività fisica in linea con le raccomandazioni; rimane pertanto un'ampia fascia di popolazione che svolge un'attività fisica insufficiente o non l'effettua affatto. Pur essendo questo livello di sedentarietà leggermente minore rispetto a quello complessivo delle altre ASL partecipanti a livello nazionale allo studio Passi, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica praticata nella popolazione. Solo in circa un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti; la percentuale, invece, dei medici che danno consigli più dettagliati è ancora molto bassa. Appare pertanto opportuno aumentare le possibilità del medico di intervenire in questo ambito di promozione della salute.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.) ed interventi ambientali per un'efficace promozione dell'attività fisica nelle fasce di popolazione più sedentaria.

# L'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 in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

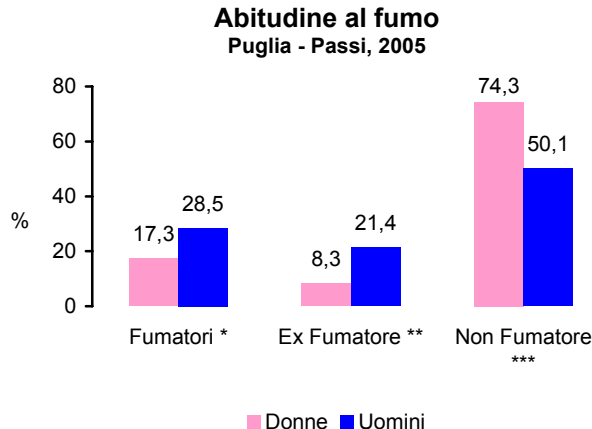
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono di metà il proprio rischio di morire nei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

- In Puglia i fumatori sono pari al 23,9%, gli ex fumatori al 16% e i non fumatori al 60,1%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (28,5% versus 17,3%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (74,3% versus 50%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 26,5%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.



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

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- I tassi più alti di fumatori si sono osservati soprattutto nella fascia d'età dai 25 ai 34 anni, negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 18 anni.
- In media si fumano circa 12 sigarette al giorno.
- Nelle ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non sono emerse differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

<b>Fumatori</b> Puglia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>23,9</b> (IC95%:20,8-27,2)
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	23,8
25 - 34	31,2
35 - 49	23,8
50 - 69	17,9
<b>Sesso ^</b>	
uomini	28,5
donne	17,3
<b>Istruzione**</b>	
bassa	20,9
alta	26,3

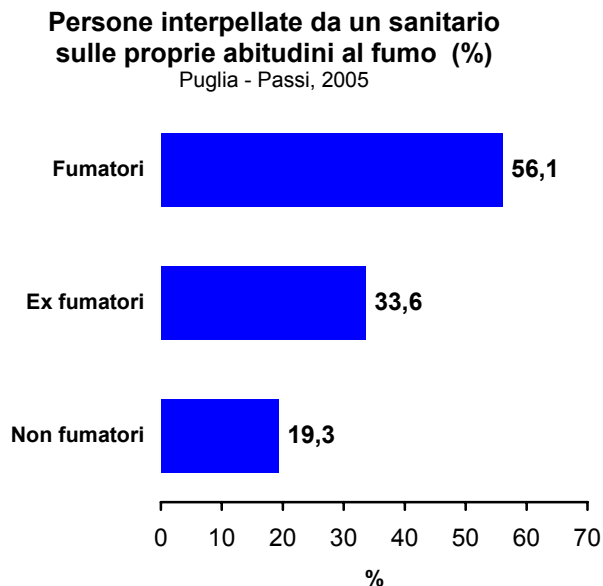
\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze risultano statisticamente significative (p=0,000)

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

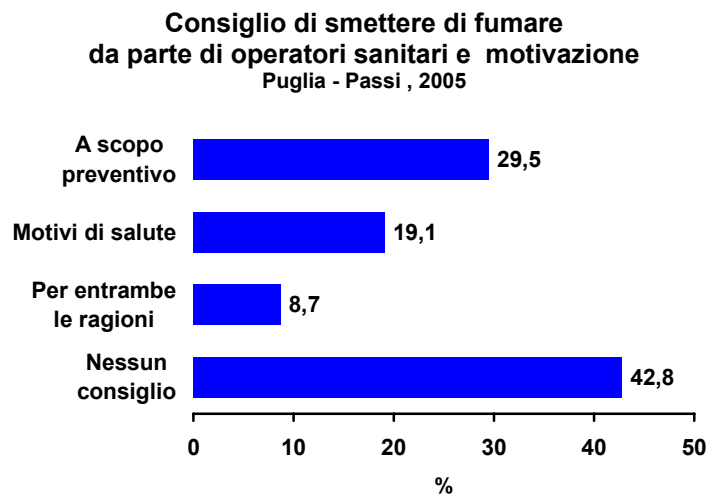
## A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

- In Puglia si stima che circa un operatore sanitario su tre (30,3%) si informi sui comportamenti dei propri pazienti in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 56,1% dei fumatori, il 33,6% degli ex fumatori e il 19,3% dei non fumatori.
- Nelle ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce di essere stato interpellato sulla propria abitudine al fumo da un operatore sanitario è risultata pari al 39% (65% nei fumatori, 36% negli ex fumatori e 26% nei non fumatori).



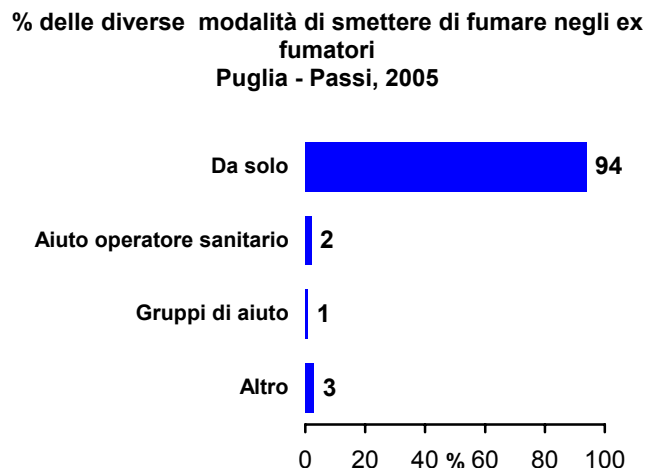
## A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Più della metà dei fumatori (57,2%) riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (29,5%).



## Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

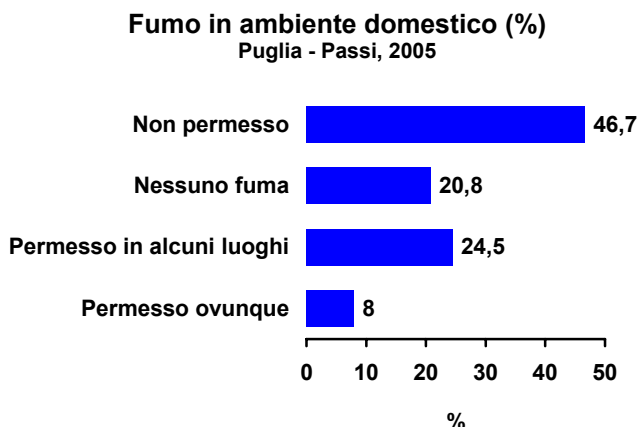
- Il 94% degli ex fumatori in Puglia ha smesso di fumare da solo; nessuno riferisce di aver fatto uso di farmaci.
- Anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.





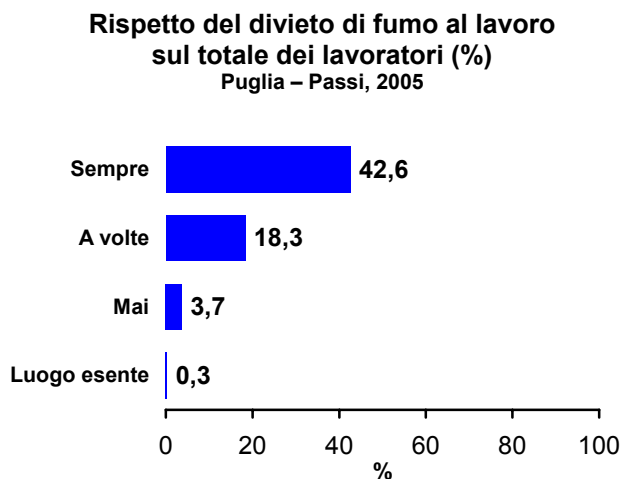
## Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- In Puglia gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 67,5% dei casi (46,7% non permesso; 20,8% nessuno fuma).



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

- Nel 42,6% dei casi il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.
- Il 35,2% degli intervistati riferisce di non sapere
- Tra le ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale il 76% degli intervistati dichiara che il divieto di fumare nel luogo di lavoro viene sempre rispettato.



\* il 35,2% non sa riferire

## Conclusioni e raccomandazioni

L'abitudine al fumo continua ad essere un fattore di rischio ad alta prevalenza (circa una persona su quattro); la diversa distribuzione per classi d'età e sesso consente di individuare target di popolazione a cui indirizzare specifici interventi mirati.

Più della metà dei fumatori hanno ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un sufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Quasi tutti gli ex fumatori intervistati hanno smesso di fumare da soli, sono pochissimi quelli che hanno smesso di fumare grazie all'aiuto di operatori sanitari, gruppi di auto-aiuto o all'ausilio di farmaci.

Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

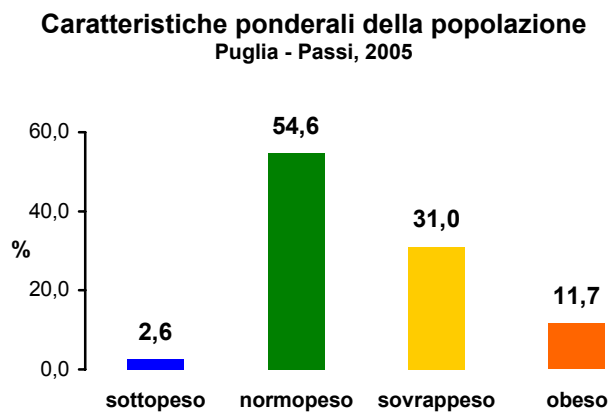
L'esposizione al fumo nell'ambiente domestico rimane consistentemente presente; il rispetto del divieto nei luoghi di lavoro non è sufficiente, permane quindi un ampio margine di miglioramento.

# Situazione nutrizionale

L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura. Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato.

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Puglia il 2,6% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 54,6% normopeso, il 31% sovrappeso e l'11,7% obeso.



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

- Si stima pertanto che in Puglia il 42,8% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- L'eccesso di peso cresce con l'età, (poco meno di due persone su tre sopra ai 50 anni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.
- Tra le persone in eccesso ponderale solo il 22,6% pratica attività fisica ed il 30,3% segue una dieta per perdere peso.
- Nelle ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale, la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 23% fa attività fisica ed il 28% svolge una dieta per perdere peso.

<b>Popolazione con eccesso ponderale <sup>^</sup></b> Puglia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>42,8</b> (IC 95% 39,1-46,5)
<b>Età, anni*</b>	
18 – 24	14,9
25 – 34	34,9
35 – 49	44,2
50 – 69	60,3
<b>Sesso**</b>	
uomini	46,4
donne	37,7
<b>Istruzione <sup>°</sup></b>	
bassa	52,9
alta	34,5

<sup>^</sup> popolazione in sovrappeso od obesa  
<sup>\*</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)  
<sup>\*\*</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0000)  
<sup>°</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

## **Conclusioni e raccomandazioni**

In Puglia l'eccesso ponderale rappresenta un fattore di rischio ampiamente diffuso nella popolazione, in particolare sopra ai 50 anni. La maggior parte delle persone in eccesso ponderale riferisce di non seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso. Appare importante pertanto implementare a livello locale gli interventi raccomandati per ridurre la prevalenza del sovrappeso. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale.

# Abitudini alimentari

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

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

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

- In Puglia l'89% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 9,2% aderisce però alle raccomandazioni, consumando frutta e verdura 5 volte al giorno.
- Questa sana abitudine è più diffusa in due fasce d'età (35-49 e 50-69 anni) e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti legate al grado di istruzione.
- Nelle ASL partecipanti allo studio Passi al livello nazionale, la percentuale di chi aderisce al "five a day" risulta pari al 13%, più alta tra i 50-69enni e più diffusa tra le donne.

Abitudini alimentari Puglia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" <sup>**</sup> (%)
<b>Totale</b>	<b>9,2 (IC95%:7,3 -11,6)</b>
<b>Età</b>	
18 - 24	7,9
25 - 34	7,4
35 - 49	9,7
50 - 69	10,9
<b>Sesso <sup>^</sup></b>	
uomini	7,1
donne	12,3
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	8,3
alta	10

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

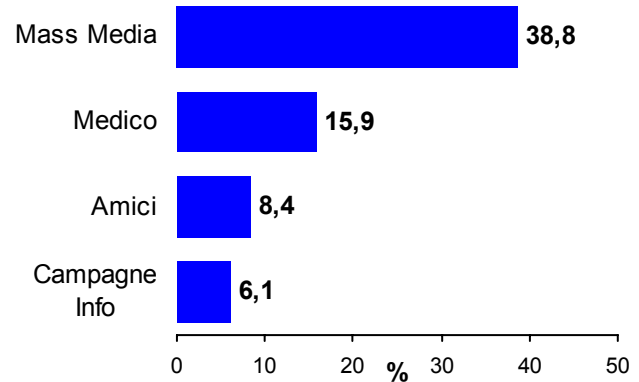
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0000)

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

- In Puglia il 49% degli intervistati riferisce di conoscere il "five a day" (in linea col 56% delle ASL partecipanti allo studio).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo il 15,9% degli intervistati riferisce di averla ricevuta da un medico sovrapponibile al valore medio delle altre ASL che hanno partecipato allo studio.

Provenienza dell'informazione sul 'five a day' (%)  
Puglia - Passi, 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo una piccola percentuale (9,2%) mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo limitato consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti la metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, promuovendo la collaborazione tra servizi di prevenzione e i medici di medicina generale.

# Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

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

I medici e gli altri operatori sanitari 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 Puglia il 65,8% degli intervistati riferisce di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore).
- Il consumo di alcol è più frequente negli adulti (in particolare nella fascia 35-49 anni), negli uomini in maniera rilevante rispetto alle donne e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 64% degli intervistati ha consumato almeno un'unità alcolica, con valori più alti nei uomini (79% vs 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% vs 60%). Non emergono differenze nel consumo per classi d'età.

<b>Consumo di alcol</b>	
<b>Puglia Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% che ha bevuto <math>\geq 1</math> unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese</b>
<b>Totale</b>	<b>65,8 (IC95%:62,2-69,2)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	59,4
25 - 34	65,1
35 - 49	68
50 - 69	67,2
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	73,2
donne	55,3
<b>Istruzione**</b>	
bassa	61,8
alta	69

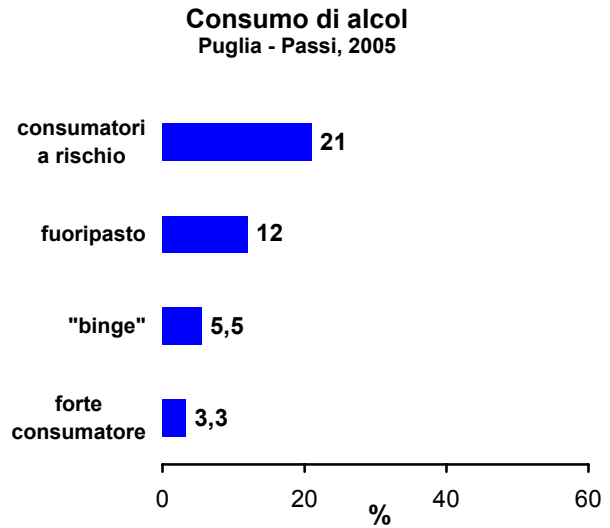
\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore - differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,001$ )

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative ( $p < 0,0000$ )

## Quanti sono bevitori a rischio?

- Il 12% degli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana nell'ultimo mese.
- Il 5,5% 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 3,3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Valutando le tre modalità di assunzione dell'alcol a rischio (fuoripasto o forte consumo o "binge"), il 21% degli intervistati è un considerevole "consumatore a rischio".
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 12% beve fuoripasto, l'8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.



## Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questa modalità di assunzione di alcol ritenuta particolarmente a rischio (anche perché strettamente correlata con la sicurezza stradale) risulta più diffusa tra i giovani (nelle fasce 18-24 e 25-34 anni), negli uomini in maniera rilevante; e tra i soggetti con alto livello d'istruzione.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari all'8%, con valori più alti nei 18-24enni (15%) e negli uomini (14% vs 2%); non si apprezzano differenze per livello d'istruzione.

**Bevitori "binge"**  
Puglia - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge" <sup>**</sup> (n=40)
<b>Totale</b>	<b>5,5 (IC 95%: 4-7,5)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 24	11,9
25 - 34	5,8
35 - 49	3,9
50 - 69	3,9
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	8
donne	2
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	4,3
alta	6,5

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

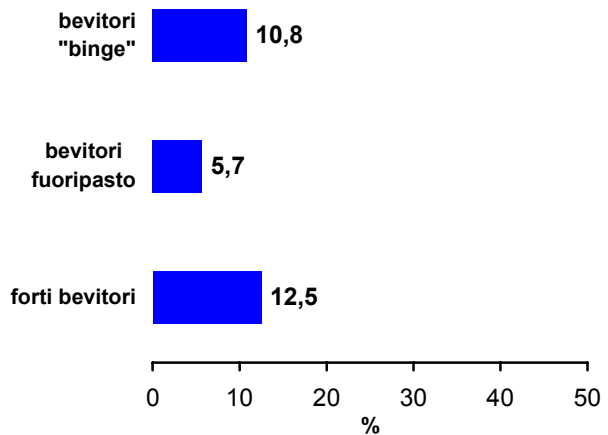
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,000)

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

- In Puglia l'11% degli intervistati riferisce di aver ricevuto (negli ultimi 12 mesi) da un operatore sanitario domande relative ai propri comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- In particolare solo il 10,8% dei "binge", il 5,7% di chi beve fuori pasto ed il 12,5% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 14% degli intervistati riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e all'11% dei forti bevitori.

**Bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (%)**  
Puglia - Passi, 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che un quinto della popolazione tra i 18 ed i 69 anni abbia abitudini di consumo di alcol considerabili a rischio o per la quantità o per le modalità di assunzione. Gli operatori sanitari si informano poco sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderare il consumo dell'alcol.

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



# Sicurezza stradale

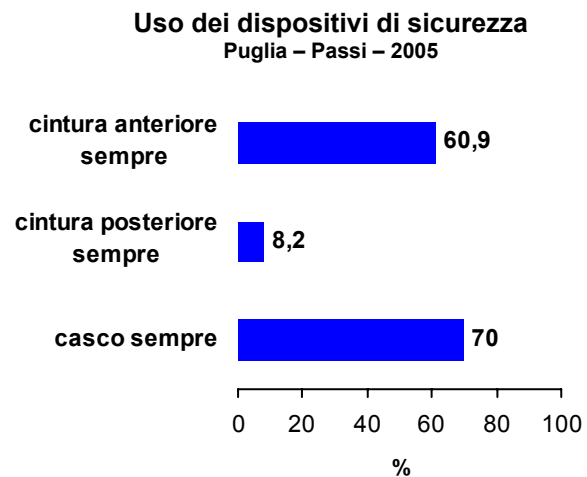
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei uomini sotto i 40 anni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

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

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

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Puglia il 60,9% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (8,2%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino il 70% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 10,3% degli intervistati (il 15,7 di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questo comportamento è più diffuso tra le persone comprese nella fascia di età 25-34 anni, negli uomini e nelle persone con un maggior livello d'istruzione.
- L' 8,7% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11%. La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%). Il 12% è stato trasportato da persone in stato di ebbrezza.

<b>Guida in stato di ebbrezza</b>		
<b>Puglia - Passi, 2005</b>		
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Guida in stato di ebbrezza* (%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>10,3 (IC95%:8,3-12,8)</b>	
<b>Età*</b>		
	18 - 24	13,9
	25 - 34	15,3
	35 - 49	9,2
	50 - 69	5,7
<b>Sesso***</b>		
	uomini	16,5
	donne	1,7
<b>Istruzione****</b>		
	bassa	9,5
	alta	11

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

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

\*\*\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; le differenze risultano statisticamente significative (p=0,02)

## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si registra ancora un insufficiente livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza: 6 persone su 10 usano sempre la cintura sui sedili anteriori, scarso è l'utilizzo della cintura sui sedili posteriori (8,2%); 7 persone su 10 riferiscono di usare sempre il casco. Rimangono ampi livelli di miglioramento.

Il problema della guida in stato di ebbrezza risulta particolarmente diffuso tra gli uomini giovani (18-24 e 25-34).

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

# Vaccinazione antinfluenzale

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

La frequenza con cui insorgono i casi di influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività. La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata a persone con età maggiore di 64 anni e a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie.

## Quanti si vaccinano per l'influenza?

- In Puglia il 15,4% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 52,5% tra i 65-69 anni.
- Nelle persone sotto i 65 anni portatrici di almeno una patologia cronica solo il 31,9% risulta vaccinato.
- Si vaccinano più frequentemente gli uomini e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni) Puglia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
<b>Totale</b>	<b>15,4 (IC95%:12,9- 18,3)</b>
<b>Età</b>	
≥65	52,5
<65	13,3
<65 con almeno una patologia cronica	31,9
<b>Sesso</b>	
uomini	17,9
donne	12
<b>Istruzione*</b>	
bassa	21,8
alta	10,3

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

## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate, in particolare la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale, hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie meno di una su tre risulta vaccinata e la copertura per il gruppo di età 65-69 anni richiede un miglioramento. Risulta pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto l'eliminazione della rosolia congenita attraverso la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide.

La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita la percentuale di donne in età fertile immuni alla malattia deve essere superiore al 95%.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni; n=160) Puglia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
<b>Totale</b>	<b>26,3</b> (IC95%: 19,6 – 33,8)
<b>Età</b>	
18-24	46,5
25-34	25,5
35-45	14,3
<b>Istruzione*</b>	
bassa	21,8
alta	28,6

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

- Il 26,3% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 46,5% tra 18-24 anni al 14,3% tra 35 -45 anni); si vaccinano soprattutto le donne con livello d'istruzione alto.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

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

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni; n=160) Puglia - Passi, 2005	
	%
<b>Immuni</b>	<b>48,1</b>
- vaccinate	26,3
- non vaccinate con rubeotest positivo	21,9
<b>Suscettibili/Stato sconosciuto</b>	<b>51,9</b>
- non vaccinate con rubeotest negativo	4,4
- non vaccinate con rubeotest effettuato, ma con esito non noto	1,3
- non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato	46,3

- In Puglia il 48,1% circa delle donne di 18-45 anni è immune alla rosolia o per la vaccinazione (26,3%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (21,9%).
- Il 4,4% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 47,6% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le ASL partecipanti allo studio Passi a livello nazionale la percentuale di donne immuni è pari al 52%.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Quasi metà delle donne in Puglia sono stimate immuni alla rosolia; nella restante parte delle donne non si conosce lo stato immunitario nei confronti della rosolia.

Per raggiungere i livelli di copertura vaccinale raccomandati appare opportuno programmare interventi per recuperare le donne in età fertili suscettibili all'infezione con il coinvolgimento di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).

# Iperensione arteriosa

L'ipertensione 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 non diagnosticata o scarsamente controllata, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

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

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

- In Puglia il 75,4% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni ed il 7,3% più di 2 anni fa. Il restante 17,2% non ricorda o non ha mai ricevuta.
- La percentuale di persone controllate negli ultimi due anni cresce con l'età (85,6% sopra ai 50 anni), non si differenzia tra i sessi ed è più alta nelle persone con un livello di istruzione più basso.
- Nelle Asl partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'81% con un andamento per età sesso e livello di istruzione sovrapponibile a quello regionale.

### Personae a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni (%) Puglia - Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>75,4</b> (IC95%:72,1-78,5)
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	67,2
35 - 49	75,7
50 - 69	85,6
<b>Sesso</b>	
uomini	74,6
donne	76,7
<b>Istruzione**</b>	
bassa	79,4
alta	72,3

## Quante persone riferiscono di essere ipertese?

- In Puglia circa un intervistato su cinque (21,2%) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- Questa percentuale cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni (41,5%); e tra le persone di sesso femminile e con un basso livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone sopra ai 50 anni, negli uomini e tra le persone meno istruite.

### Persone che riferiscono di avere l'ipertensione (%)

Puglia - Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
<b>Totale</b>	<b>21,2 (IC 95% 18-24,7)</b>
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	6,4
35 - 49	15,8
50 - 69	41,5
<b>Sesso</b>	
uomini	18,8
donne	24,4
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>	
bassa	28,6
alta	15

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

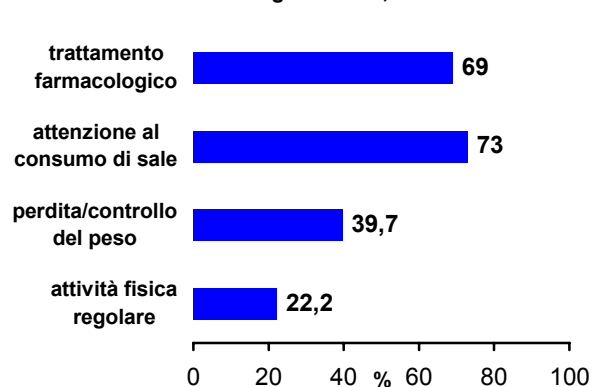
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,000)

## Come viene trattata l'ipertensione?

- Il 69% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi trattano l'ipertensione ponendo attenzione al consumo di sale (73%), controllando il proprio peso corporeo (39,7%) e svolgendo regolare attività fisica (22,2%).
- Tra le ASL partecipanti allo Studio a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce di essere in trattamento farmacologico, di ridurre il consumo di sale e di controllare il peso corporeo è sovrapponibile a quella regionale, mentre maggiore è la percentuale che riferisce di svolgere regolare attività fisica (35%)

### Modalità di trattamento dell'ipertensione\*



\* ognuna considerata indipendentemente

## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia si stima che sia iperteso circa un quinto della popolazione tra 18 e 69 anni.

La proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è modesta: tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non "best practice" in particolare nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi si può controllare l'ipertensione attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, pur senza 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. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia e coronarosclerosi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

## Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del livello di colesterolo nel sangue?

- In Puglia il 74,6% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.
- Questa percentuale cresce con l'età (85,6% sopra ai 50 anni). Non vi sono differenze rilevanti legate al sesso e all'istruzione.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 79% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.

<b>Persone a cui è stata misurata almeno una volta il livello di colesterolo (%)</b>	
<b>Puglia - Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>74,6 (IC95%:71,3 - 77,7)</b>
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	63,4
35 - 49	78,2
50 - 69	85,6
<b>Sesso</b>	
uomini	74,1
donne	75,3
<b>Istruzione</b>	
bassa	46,5
alta	53,5

## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- In regione tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 27,2% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte (sopra i 50 anni si sale al 40,2%), nelle persone con livello di istruzione più basso e negli uomini.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile a quello regionale.

<b>Persone con alti livelli di colesterolemia (%)</b>	
<b>Puglia - Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% *</b>
<b>Totale</b>	<b>27,2 (IC 95%:23,6-31,3)</b>
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	18
35 - 49	22
50 - 69	40,2
<b>Sesso</b>	
uomini	28,8
donne	25
<b>Istruzione<sup>** °</sup></b>	
bassa	28,9
alta	25,8

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

<sup>^</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p<0,000)

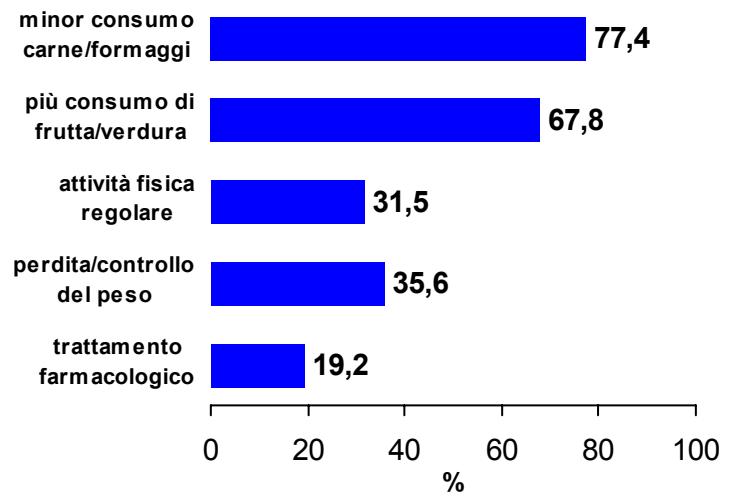
<sup>\*\*</sup> istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore; <sup>°</sup> le differenze risultano statisticamente significative (p=0,000)



## Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 19,2% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici trattano l'elevato livello di colesterolo riducendo il consumo di carne e formaggi (77,4%), aumentando il consumo di frutta e verdura (67,8%), svolgendo regolare attività fisica (31,5%) e controllando il peso (35,6%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio il 24% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico, il 77% riferisce di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 58% aumenta il consumo di frutta e verdura, il 42% controlla il peso corporeo e il 39% riferisce di svolgere regolare attività fisica.

Modalità di trattamento dell'ipercolesterolemia\*\*  
Puglia - Passi, 2005

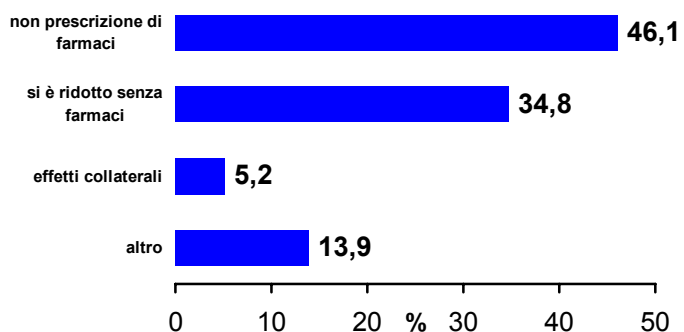


\*\* ognuna considerata indipendentemente

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

- Il 46,1% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che non gli sono stati prescritti; il 34,8% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Solo il 5,2% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici (%)  
Puglia - Passi 2005



## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia 1 su 4 delle persone intervistate non ha mai effettuato una colesterolemia (25,4%); tra coloro che hanno effettuato questo esame più di un quarto nella fascia 18-69 anni e più di un terzo sopra ai 50 anni dichiara di avere alti livelli di colesterolemia. Una particolare attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il livello di colesterolemia tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico; in questi campi d'intervento è possibile un ampio margine di miglioramento.

# Carta di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

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

La carta del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. La carta del rischio cardiovascolare si utilizza a partire dai 40 anni.

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

- In Puglia il 7% degli intervistati nella fascia d'età 40-69 anni riferisce di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- Tra le ASL partecipanti allo studio a livello nazionale la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è pari al 9%.

<b>Persones a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare (%)</b>	
<b>Puglia - Passi, 2005</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>7 (IC 95%: 4,6-10,2)</b>
<b>Età, anni</b>	
40 - 49	6,2
50 - 59	5,7
60 - 69	10,1
<b>Sesso</b>	
uomini	9,4
donne	4,5
<b>Istruzione*</b>	
bassa	5,4
alta	9

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

## Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici. Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione e cura intraprese.

# Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.500 nuovi casi e 1.700 morti ogni anno. In Puglia si contano nel periodo compreso tra il 1998 e il 2004 un numero pari a 1608 casi di tumori maligni del collo dell'utero, con un andamento sostanzialmente costante nel tempo. Le classi di età più interessate dal tumore del collo dell'utero sembrano essere quelle comprese tra 60 e 79 anni. L'età media di insorgenza è 54 anni.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme.

## Quante donne hanno eseguito un pap test?

- In Puglia il 62,6% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato il pap test in assenza di segni e sintomi; la percentuale più alta si registra nella fascia 35-49 anni e nelle donne coniugate.
- L'età media del primo pap test effettuato a scopo preventivo è di 34 anni.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine solo il 78% delle donne di 25- 64 anni riferisce di aver eseguito il pap test a scopo preventivo.

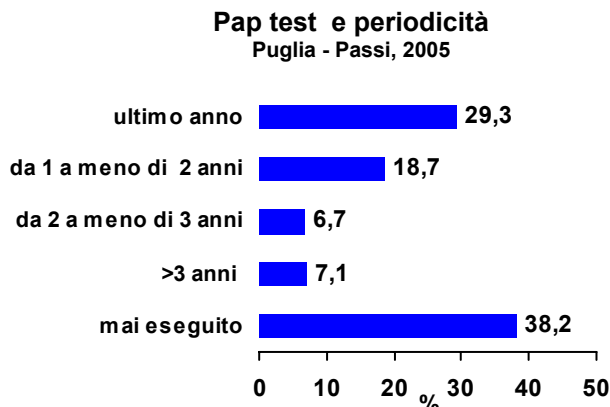
<b>Screening tumore collo dell'utero (25-64 anni)</b>		
<b>Puglia - Passi, 2005</b>		
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Pap test effettuato *</b>	
<b>Totale</b>	<b>62,6 (IC95%:56-68,9)</b>	
<b>Età</b>		
	25 - 34	54,3
	35 - 49	68
	50 - 64	60,9
<b>Stato civile<sup>^</sup></b>		
	coniugata	37,5
	non coniugata	33,3
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>		
	bassa	61,2
	alta	64

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

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

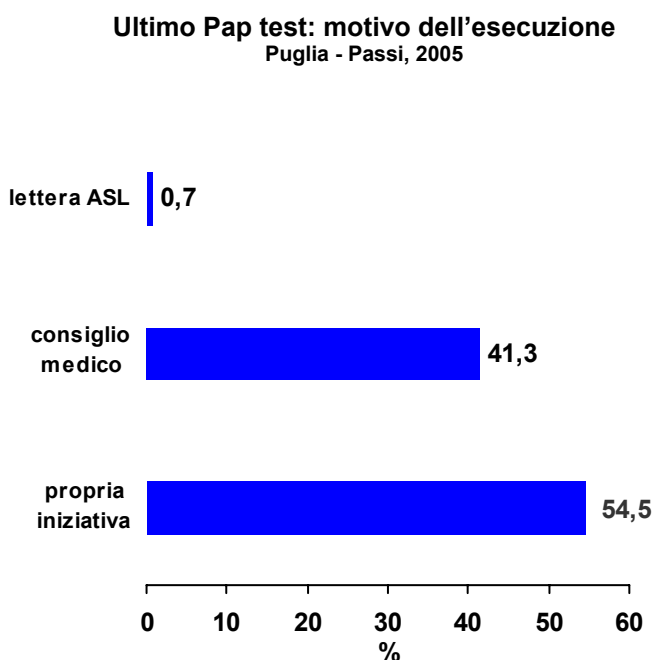
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- In Puglia il 54,7% delle donne di 25-64 anni riferisce di aver eseguito l'ultimo pap test negli ultimi tre anni; il 29,3% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Il 38,2% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un pap test entro i tre anni precedenti e il 22% non l'ha mai eseguito.



## Viene consigliato il pap test alle donne?

- In Puglia il 5,1% delle donne dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL di appartenenza ed il 52,2% il consiglio del medico di eseguire con regolarità il pap test.
- L'ultimo pap test è stato effettuato per lettera invito dell'Azienda Sanitaria nello 0,7%, su propria iniziativa nel 54,5% dei casi e su consiglio medico nel 41,3%.
- Nelle ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il pap test e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito dalla sua ASL.
- L'ultimo pap test è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito nel 25%.



## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia più della metà delle donne riferisce di aver effettuato un pap test a scopo preventivo nonostante l'assenza di un programma di screening consolidato a livello di tutte le Aziende Sanitarie regionali; è buona anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); 1 su tre donne ha eseguito il pap test nel corso dell'ultimo anno.

# Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno. In Puglia, utilizzando la frequenza di mastectomie in pazienti con diagnosi principale di neoplasia maligna, l'incidenza dei tumori della mammella varia tra il 7,4 del 1998 al 10,1 del 2004 su 10.000 donne residenti. Sebbene presente anche in donne di età inferiore ai 40 anni, la frequenza maggiore di neoplasia della mammella riguarda le fasce di età 50-69 e 70-79 anni.

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

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

## Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia preventiva?

- In Puglia il 56,8% delle donne intervistate nella fascia 50 - 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi.
- Questa percentuale non varia con l'età, mentre è maggiore nelle donne coniugate e con bassa istruzione.
- L'età media della prima mammografia preventiva è di 47,5 anni.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

### Screening neoplasia della mammella ( ≥50 anni) Puglia - Passi, 2005

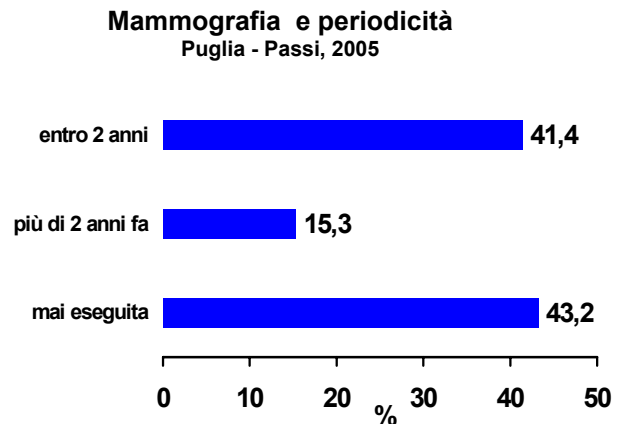
Caratteristiche demografiche		Effettuata mammografia*
<b>Totale</b>		<b>56,8</b> (IC95%:47- 66,1)
<b>Età</b>		
	49 - 59	57,5
	60 - 69	55,3
<b>Stato civile</b>		
	coniugata	59,1
	non coniugata	47,8
<b>Istruzione**</b>		
	bassa	57,5
	alta	54,8

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

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

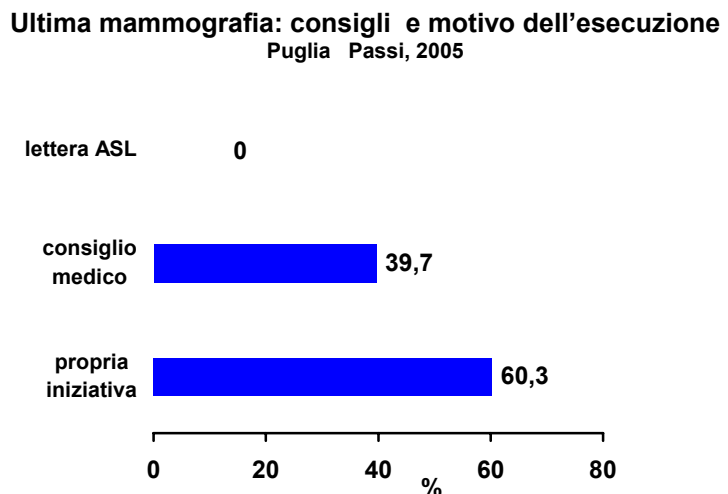
## Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni?

- In Puglia il 41,4% delle donne nella fascia 50 - 69 anni riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 15,3% più di 2 anni fa. Il 43,2% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.



## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- In Puglia il 2,7% delle donne intervistate di 50 - 69 anni dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'Azienda Sanitaria (altre AUSL 57,6%) ed il 52,3% di essere stata consigliata da un medico di effettuare con periodicità la mammografia (altre AUSL 65,7)
- L'ultima mammografia mai è stata eseguita (0%) in seguito ad una lettera di invito da parte dell'Azienda Sanitaria, ma nel 60,3% di propria iniziativa e nel 39,7% su consiglio medico.
- Nelle ASL partecipanti allo studio l'ultima mammografia è stata eseguita nel 39% in seguito a lettera, nel 32% di propria iniziativa e nel 29% su consiglio del medico.



## Conclusioni e raccomandazioni

In Puglia più della metà delle donne tra i 50–69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nonostante l'assenza di un programma di screening consolidato a livello di tutte le Aziende Sanitarie presenti. Meno della metà (41,4%) delle donne ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni). Nessuna tra le donne intervistate riferisce di aver eseguito l'ultima mammografia in seguito a lettera di invito da parte della sua AUSL.

# Screening tumore del colon retto

Il tumore del colonretto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi). In Puglia si stima un'incidenza di 5,5 casi per 10.000 abitanti negli anni compresi tra il 1998 e il 2004, con un trend in lieve aumento. Il numero dei casi di tumore del colonretto sono simili nei due sessi. Le fasce di età più frequentemente interessate sono quelle con età superiore ai 60 anni.

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

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per i tumori del colonretto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di 50-69 anni con frequenza biennale. In Puglia i programmi di screening non sono stati ancora avviati in tutte le Aziende Sanitarie nel 2005.

## Quanti hanno effettuato un test per i tumori del colonretto?

- In Puglia il 10,9% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la colonscopia a scopo preventivo.
- Il 5,2% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine a livello nazionale, la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%. L'8,3% ha eseguito il test negli ultimi 2 anni.

Screening cancro colonretto (50-69 anni) Puglia - Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi	
<b>Totale</b>	<b>10,9 (IC95%: 7,2 -15,7)</b>	
<b>Età</b>		
	50 - 59	8,6
	60 - 69	14,6
<b>Sesso<sup>^</sup></b>		
	uomini	9,3
	donne	12,6
<b>Istruzione<sup>**</sup></b>		
	bassa	11,4
	alta	10

\* sangue occulto o sigmoidoscopia

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

<sup>^</sup> Le differenze non risultano statisticamente significative

## Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia: anche nelle Aziende Sanitarie della Regione Puglia è stato pianificato questo programma di screening sul territorio che prevede anche campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

# La sperimentazione

## RISULTATI DI UNA VALUTAZIONE SU 92 DELLE 123 AZIENE SANITARIE PARTECIPANTI ALLO STUDIO PASSI

### Introduzione

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

### Metodi

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

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

### Risultati

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

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

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

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

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

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



di base hanno collaborato a risolvere l'82% dei casi problematici (rifiuti, poca disponibilità diffidenza ecc).

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

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

**L'utilità** della raccolta di dati sperimentata dal PASSI è stata stimata su alcuni qualità richieste a un buon sistema di sorveglianza:

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

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

**Tab. 1: stima dei principali costi dell'indagine PASSI, Euro**

	<b>200 interviste</b>	<b>600 interviste</b>
<b>Formazione</b>	2.000	2.000
<b>Promozione</b>	3.000	3.000
<b>Interviste</b>	4.000	12.000
<b>Monitoraggio</b>	2.000	2.500
<b>Inserimento</b>	500	1.500
<b>totale</b>	11.500	21.000

### **Discussione**

In generale, la sperimentazione suggerisce che il sistema di sorveglianza da costruire sui risultati dello studio PASSI, può costituire uno strumento adeguato agli obiettivi che si era prefissato; inoltre è stato ben accettato nella ASL e i costi relativi stimati, confrontati con altre indagini/programmi, sono contenuti. I potenziali punti critici dello studio evidenziati nella valutazione formativa quali le poche competenze degli operatori e la difficoltà dei dipartimenti a misurarsi con

indagini nuove, si sono dimostrati più il frutto di timori di non essere all'altezza che di reali difficoltà e limiti. Timori che sono stati superati, ne è prova il basso numero di rifiuti, il basso numero di questionari incompleti e l'assenza di interviste non condotte a termine.

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

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

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

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

Descrizione del campione aziendale	Puglia	ASL partecipanti
età media	41,2 anni	43,9 anni
donne, %	41,4	51,6
titolo di studio, %		
<i>laurea</i>	14,6	11,2
<i>media superiore</i>	39,9	40,4
<i>media inferiore</i>	26,5	30,5
<i>elementare</i>	15,4	16,0
<i>nessuno</i>	2,9	1,3
livello di istruzione*, %		
<i>alto</i>	55,2	51,6
stato civile, %		
<i>coniugati/conviventi</i>	63	66,2
<i>celibi/nubili</i>	32,6	27,4
<i>vedovi/e</i>	2,8	2,9
<i>separati/divorziati</i>	1,7	3,5
lavoro regolare**, %	54,3	62,5

\* alto: laurea o licenza media superiore

basso: licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

\*\*Campione compreso tra 18 e 65 anni

Percezione dello stato di salute	Puglia (%,gg)	ASL Partecipanti (%,gg)
salute molto-buona/buona, %	67,7	63,5
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,4	3,2
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	3,0	3,3
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	1,7	1,6

Attività fisica	Puglia (%,gg)	ASL partecipanti (%)
adesione linee guida <sup>^</sup> o lavoro pesante dal punto di vista fisico	38,2	42,4
popolazione completamente sedentaria <sup>^^</sup>	31,3	23,3
consigli dei medici: <sup>^^^</sup>		
<i>chiesto sull'attività fisica</i>	29,2	38,2
<i>consigliato di fare attività fisica</i>	34,1	40,1
<i>indicato anche tipo, frequenza e durata</i>	8,0	10,2
<i>verificato andamento in altre visite</i>	8,0	9,9
<i>ricevuto consigli completi</i>	5,9	7,2

<sup>^</sup>30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni<sup>^^</sup>chi non svolge un lavoro fisico e non fa almeno 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana<sup>^^^</sup>consigliato + indicato + verificato, calcolata su tutta la popolazione

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
fumatori*	23,9	26,5
uomini	28,5	31,5
donne	17,3	21,7
ex fumatori**	16,0	19,7
non fumatori***	60,1	53,9
come hanno smesso gli ex fumatori:		
da solo	94,0	94,2
aiuto del medico	1,7	1,8
consigli dei medici:		
chiesto se fuma	30,3	38,6
a fumatori	56,1	64,9
consigliato di smettere di fumare (a fumatori)	57,2	62,2
permesso di fumare in ambiente domestico:		
non permesso	46,7	37,0
nessuno fuma	20,8	25,4
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambiente chiuso):		
sempre	42,6	76,3
a volte/mai	22,0	20,7

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

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

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

<b>Abitudini alimentari</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	89,0	90,8
conosce il 5 a day <sup>^</sup>	49	55,8
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	9,2	13,3
da chi ne hanno sentito parlare:		
mass media	38,8	45,4
medico	15,9	18,5
campagne informative	6,1	12,1

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

<b>Consumo di alcol</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup>	65,8	63,8
bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>	12,0	12,4
bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>	5,5	8,0
forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>	3,3	5,5
chiesto dal medico sul consumo	11,0	14,4

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

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

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

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

<b>Sicurezza stradale</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
cintura anteriore sempre	60,9	83,0
cintura posteriore sempre	8,2	19,7
casco sempre <sup>#</sup>	70,0	88,1
guida in stato di ebbrezza <sup>##</sup>	10,3	10,6
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza <sup>###</sup>	8,7	12,0

<sup>#</sup>calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto

<sup>##</sup>aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione

<sup>###</sup>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

<b>Vaccinazione antinfluenzale</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
vaccinati 18-69 anni	15,4	15,3
vaccinati $\geq 65$	52,5	51,2
vaccinati <65 con almeno una patologia	31,9	27,9

<b>Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
vaccinate	26,3	30,6
hanno eseguito rubeotest*	37,3	40,6
Immune**	48,1	52,6

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

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

<b>Ipertensione arteriosa</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	75,4	81,4
Ipertesi*	21,2	22,6
come viene trattata l'ipertensione:		
<i>trattamento farmacologico</i>	69,0	69,1
<i>riduzione consumo di sale</i>	73,0	71,0
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	39,7	37,4
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	22,2	34,6

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

<b>Colesterolemia</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
misurazione colesterolo almeno una volta	74,6	79,3
Ipercolesterolemici <sup>^</sup>	27,2	24,7
come viene trattata l'ipercolesterolemia:		
<i>trattamento farmacologico</i>	19,2	24,3
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	77,4	76,6
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	67,8	57,8
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	35,6	41,6
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	31,5	39,0

<sup>^</sup> sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai eseguito la misura e coloro che non ricordano se o quando è stata loro misurata

<b>Situazione nutrizionale</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
popolazione con eccesso ponderale	42,8	43,6
<i>sovrappeso</i>	31,0	32,5
<i>obeso</i>	11,7	10,8
come viene trattato l'eccesso ponderale:		
<i>dieta</i>	30,3	28,0
<i>svolgimento di attività fisica</i>	22,6	22,7
<b>Carta di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
popolazione cui è stato calcolato il punteggio#	7,0	9,0
# coloro che hanno risposto non so o non ricordo sono inclusi nel denominatore		
<b>Screening neoplasia del collo dell'utero^ (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
eseguito almeno un pap test	62,6	78,4
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	54,7	69,7
viene consigliato pap test periodico	52,2	70,1
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	5,1	56,0
ultimo pap test è stato eseguito per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	0,7	24,6
<i>consiglio medico</i>	41,3	30,6
<i>propria iniziativa</i>	54,5	43,6
^eseguito a scopo preventivo		
<b>Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) <sup>◇,◇◇</sup></b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
eseguita almeno una mammografia	56,8	74,9
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	41,4	56,7
viene consigliata mammografia periodica	52,3	65,7
ha ricevuto una lettera di invito dall'ASL	2,7	57,6
ultima mammografia è stata eseguita per		
<i>invito attivo dell'ASL</i>	0	38,7
<i>consiglio medico</i>	39,7	28,6
<i>propria iniziativa</i>	60,3	32,0
◇ valori ASL partecipanti, senza il campione di supplemento		
◇◇ eseguita a scopo preventivo		
<b>Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)#</b>	<b>Puglia (%,gg)</b>	<b>ASL partecipanti (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	10,9	14,0
eseguito negli ultimi due anni	5,2	8,3
#eseguita a scopo preventivo		

# Bibliografia

---

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide [www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss)
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

## **Salute e qualità di vita percepita**

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

## **Attività fisica**

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

## **Fumo**

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

## **Alimentazione**

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

### **Alcol**

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

### **Sicurezza stradale**

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

### **Rischio cardiovascolare**

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

### **Screening oncologici**

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