



Profea



**PASSI**  
2006  
Progressi nelle Aziende Sanitarie  
per la Salute in Italia

**Rapporto ASL 7 di Carbonia**

dicembre 2006

---

**A cura di:**

Pierluigi Piras, coordinatore dello studio (*S.S. di Epidemiologia Applicata - Dipartimento di Prevenzione della ASL 7 di Carbonia*).

**Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:**

Nancy Binkin, Alberto Perra (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

e, oltre a Pierluigi Piras: Giuliano Carrozzi, Marco Cristofori, Giuseppina De Lorenzo, Daniela Lombardi, Maria Miceli, Paolo Niutta, Mauro Ramigni, Gaia Scavia (*Gruppo PROFEA - Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata - del Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

con il prezioso supporto di Antonino Bella, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scardetta (*Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità*)

con il sostanziale contributo di Giuseppe Pala, referente aziendale dello studio (*Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione della ASL 7 di Carbonia*) che ha saputo organizzare le risorse umane aziendali rese disponibili e fatto rispettare condizioni e tempi dell'indagine, facendo inoltre conciliare efficientemente tali necessità con quelle della normale attività di servizio.

**Si rivolge un vivo ringraziamento a tutti quelli che hanno collaborato alla realizzazione dello studio:**

Si ringraziano Angelo Biggio (responsabile del Dipartimento di Prevenzione della ASL 7 di Carbonia) e Gian Mauro Vinci (responsabile del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL 7 di Carbonia) per aver condiviso e dato impulso al progetto di studio in tutte le sue fasi.

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale della ASL 7 di Carbonia per la preziosa collaborazione fornita.

Si ringraziano i cittadini serviti dalla ASL 7 di Carbonia che hanno aderito all'inchiesta, rispondendo con totale disponibilità al questionario, anche nelle parti più sensibili.

Questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione attiva e competente degli operatori coinvolti nell'organizzazione dell'inchiesta e nell'esecuzione delle interviste:

**Campionamento**

oltre a Pierluigi Piras (*S.S. di Epidemiologia Applicata - Dipartimento di Prevenzione*): Stefano Vascotto, (*Servizio Informativo della ASL 7 di Carbonia*) e Luigi Montoni (*Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL 7 di Carbonia*).

**Organizzazione interviste e contatti con i Medici di Medicina Generale**

Giuseppe Pala (*Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL 7 di Carbonia*).

**Ricerca contatti telefonici e svolgimento interviste**

oltre a Giuseppe Pala (*Servizio di Igiene e Sanità Pubblica*): Antonella Basciu, Luciana Pinna, Maria Pia Pirastru, Lidia Pitzalis, Antonella Sotgiu (*Assistenti Sanitarie e Infermiere del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL 7 di Carbonia*), che meritano un particolare ringraziamento per aver svolto, con grande motivazione, la parte più delicata ed impegnativa del lavoro.

### **Caricamento dei dati su EPI INFO 3.3**

oltre a Pierluigi Piras (S.S. di *Epidemiologia Applicata - Dipartimento di Prevenzione*): Gilberta Mosca (*Servizio di Igiene e Sanità Pubblica della ASL 7 di Carbonia*).

### **Analisi statistica dei dati e redazione del rapporto**

Pierluigi Piras (S.S. di *Epidemiologia Applicata - Dipartimento di Prevenzione*), con il supporto "in rete" del Gruppo PROFEA (*Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata - Istituto Superiore di Sanità*).

Si ringraziano inoltre tutte le altre persone, seppur non citate, che hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per il recupero delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo studio.

## INDICE

	pagina
SINTESI DEL RAPPORTO	I
TABELLE RIASSUNTIVE DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI 2006	V
INTRODUZIONE	XI
OBIETTIVI	XIII
METODI	XVII
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE AZIENDALE	1
Aspetti socio-demografici	1
Conclusioni	3
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	4
Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute	4
Giorni in cattiva salute percepiti al mese	5
Conclusioni e raccomandazioni	5
ATTIVITÀ FISICA	6
Quanti attivi fisicamente	6
Chi non fa attività fisica o ne fa troppo poca	7
Chi resta seduto molte ore	7
Promozione attività fisica	8
Conclusioni e raccomandazioni	8
ABITUDINE AL FUMO	9
Distribuzione dell'abitudine al fumo	9
Caratteristiche dei fumatori	10
Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario	10
Consigli sullo smettere di fumare	11
Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori	11
Esposizione al fumo nel luogo di lavoro	11
Conclusioni e raccomandazioni	12
SITUAZIONE NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI	13
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione	13
Quanti sono in eccesso ponderale	14
Come considerano il loro peso	14
Come considerano la propria alimentazione	15
Consigli sulla propria situazione nutrizionale	15
Come hanno cambiato la propria alimentazione	16
Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini	16
Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	17
Conclusioni e raccomandazioni	17

	pagina
<b>CONSUMO DI ALCOL</b>	<b>18</b>
Quante persone bevono	<b>18</b>
Quanti sono i bevitori a rischio	<b>19</b>
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"	<b>19</b>
Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario	<b>20</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>20</b>
<b>SICUREZZA STRADALE</b>	<b>21</b>
L'uso dei dispositivi di sicurezza	<b>21</b>
Quanti guidano in stato di ebbrezza	<b>21</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>22</b>
<b>INFORTUNI DOMESTICI</b>	<b>23</b>
Quanti si sono infortunati	<b>23</b>
Quanti sono gli infortuni domestici e loro gravità	<b>24</b>
Qual è la percezione del rischio	<b>24</b>
Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni	<b>25</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>26</b>
<b>SICUREZZA ALIMENTARE</b>	<b>27</b>
Quanti mangiano cibi crudi	<b>27</b>
Frequenza lettura delle etichette dei cibi	<b>28</b>
Quanti hanno avuto un episodio di diarrea nell'ultimo anno	<b>28</b>
Frequenza dei casi di diarrea e a chi ci si rivolge	<b>29</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>29</b>
<b>VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE</b>	<b>30</b>
Quanti si sono vaccinati durante l'ultima campagna antinfluenzale	<b>30</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>30</b>
<b>RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>31</b>
<b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>	<b>31</b>
L'ultima misurazione della pressione arteriosa	<b>31</b>
Quanti sono ipertesi	<b>32</b>
Come viene trattata l'ipertensione	<b>32</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>32</b>
<b>COLESTEROLEMIA</b>	<b>33</b>
Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo	<b>33</b>
Quanti hanno livelli alti di colesterolemia	<b>33</b>
Come viene trattata l'ipercolesterolemia	<b>34</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>34</b>
<b>PUNTEGGIO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>35</b>
A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	<b>35</b>
Conclusioni e raccomandazioni	<b>36</b>

---

	pagina
<b>SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO</b>	<b>37</b>
Quante hanno eseguito un Pap test	37
Periodicità di esecuzione del Pap test	38
Consigliato il Pap test	38
Costo ultimo Pap test	39
Conclusioni e raccomandazioni	39
<b>SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA</b>	<b>40</b>
Quante hanno eseguito una mammografia	40
Periodicità di esecuzione della mammografia	41
Consigliata la mammografia	41
Costo ultima mammografia	42
Conclusioni e raccomandazioni	42
<b>SCREENING NEOPLASIA DEL COLON RETTO</b>	<b>43</b>
Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto	43
Conclusioni e raccomandazioni	43
<b>SINTOMI DI DEPRESSIONE</b>	<b>44</b>
Diffusione dei due sintomi di depressione	44
Chi riferisce i sintomi di depressione	45
A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione	45
Quanti assumono farmaci	46
Conclusioni e raccomandazioni	46
<b>VALUTAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE DELLA SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE – STUDIO PASSI</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>49</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>53</b>

---

# Sintesi del rapporto

---

## Descrizione del campione aziendale

Nella ASL 7 di Carbonia è stato intervistato un campione casuale di 200 persone di 18-69 anni, selezionate dalla lista assistiti della ASL. Il 53,5% degli intervistati è rappresentato da uomini ed il restante 46,5% da donne; l'età media è di 44 anni (45 per le donne e 43 per gli uomini). Il 43 % ha un livello di istruzione alto ed il 57% ha un lavoro regolare.

## Percezione dello stato di salute

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

Nella ASL 7 di Carbonia il 57% 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 del 10% la mortalità per tutte le cause e il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta. Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica auspicabile alla popolazione: un *buon livello* è effettuato da chi fa almeno 1 ora di attività fisica intensa per almeno 3 giorni alla settimana o un equivalente consumo metabolico; un *livello moderato* da chi fa almeno mezz'ora di attività fisica moderata per almeno 5 giorni, oppure almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni; altrimenti viene classificato nella categoria *livello scarso o assente*.

Nella ASL 7 di Carbonia il 59% degli intervistati ha un buon livello di attività fisica, ma il 19% riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno.

Il 42% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 36% ha ricevuto un consiglio generico a svolgere attività fisica. Risulta, pertanto, importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica.

## Abitudine al fumo

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

La recente entrata in vigore 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.

Nella ASL 7 di Carbonia i fumatori rappresentano il 29% degli intervistati, gli ex fumatori il 22,5% e i non fumatori il 48,5%. La distribuzione dell'abitudine al fumo evidenzia tassi più alti di fumatori nella fascia d'età 35-49 anni e nelle persone con livello di istruzione più basso. Attualmente, l'abitudine al fumo appare uguale tra uomini e donne; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono invece significativamente le donne (56% versus 42%). Il 59% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. La quasi totalità degli ex fumatori riferisce di aver smesso di fumare da solo, gestendo il problema autonomamente. Risulta, pertanto, opportuno un ulteriore consolidamento del ruolo degli operatori sanitari nella disassuefazione al fumo.

Il 29% tra gli intervistati che lavorano in ambienti chiusi, dichiara che il divieto sul luogo di lavoro non viene rispettato in modo rigoroso.

### **Stato nutrizionale e abitudini alimentari**

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

Nella ASL 7 di Carbonia la maggior parte degli intervistati consuma giornalmente frutta e verdura (96,5%), anche se solo un'esigua parte (4%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate.

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.

Nella ASL 7 di Carbonia il 27% degli intervistati è in sovrappeso ed il 7% è obeso.

La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati. Nella categoria degli obesi si constata una perfetta coincidenza (100%), che scende all'85% nel gruppo dei normopeso e al 65% nelle persone sovrappeso.

Tra le persone in eccesso ponderale solo il 18% riferisce di effettuare una dieta ed il 26,5% di praticare attività fisica regolare: appaiono, pertanto, opportuni interventi per favorire abitudini alimentari corrette e la pratica di attività fisica regolare.

### **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 sulle famiglie e la collettività. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, attraverso interventi rivolti principalmente alle persone a rischio (i forti consumatori, coloro che bevono fuori pasto ed i consumatori 'binge').

Nella ASL 7 di Carbonia si stima che il 15% degli intervistati abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. Solo il 14% degli intervistati riferisce che gli sono state chieste informazioni sul proprio consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

### **Sicurezza stradale**

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

Nella ASL 7 di Carbonia l'88,5% degli intervistati utilizza sempre il casco e l'89% sempre la cintura anteriore; poco diffusa l'abitudine ad utilizzare sempre la cintura posteriore (31%).

Il 45,5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 46% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

### **Infortuni domestici**

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

Nella ASL 7 di Carbonia il 21,5% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno. Per il 86% di questi è stata sufficiente una medicazione in casa e nel restante 14% dei casi si è dovuto ricorrere al pronto soccorso (con necessità di ricovero solo per il 2%). Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata, infatti il 53% degli intervistati lo ritiene basso o assente.

La percentuale degli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto informazione dai medici e/o operatori sanitari sugli infortuni domestici è limitata al 14%.



### **Sicurezza alimentare**

Il tema della sicurezza alimentare è fonte di crescente preoccupazione per i cittadini e le comunità. Limitatamente alle tossinfezioni alimentari, escluse quelle gravi (es. botulismo), è dimostrato che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare (circa l'80%), spesso accompagnati da gastro-enteriti, sono provocate da comportamenti inadeguati presso gli stessi ambienti domestici, scarsamente studiati, che generalmente sfuggono alla valutazione del rischio o a sorveglianza. Nella ASL 7 di Carbonia il 75% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti (prevalentemente dolci al cucchiaio, frutti di mare, carne cruda o poco cotta e pesce crudo). Sulle pratiche di preparazione degli alimenti, il 75% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti. Tuttavia, il 78% degli intervistati legge frequentemente le etichette e, tra questi, il 97% legge la data di scadenza ed il 67% il luogo di produzione, mentre solamente il 24% legge le istruzioni per l'uso ed il 23% le modalità di conservazione.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

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

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata alle persone sopra 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 base ai registri vaccinali, nella ASL 7 di Carbonia si registra una buona copertura vaccinale (intorno al 51% nella stagione 2005-2006) relativamente alle persone sopra i 65 anni. Si tenga presente che lo studio PASSI ha il limite di non fornire informazioni sugli ultrasessantenni.

Maggiori informazioni emergono invece per quanto riguarda la copertura vaccinale nelle persone sotto i 65 anni portatrici di patologie croniche: solo il 13,6% degli intervistati nella fascia 18-64 anni, con almeno una patologia cronica, dichiara infatti di essersi vaccinata contro l'influenza.

### **Iperensione**

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

Nella ASL 7 di Carbonia si stima che sia iperteso più di un sesto (17,5%) della popolazione tra i 18 e 69 anni (31,4% sopra i 50 anni); di questi il 63% 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 18%.

### **Colesterolemia**

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

Nella ASL 7 di Carbonia il 36,5% degli intervistati riferisce di non aver mai misurato il livello del colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad un esame del colesterolo, il 38% dichiara di avere livelli elevati di colesterolemia (52% sopra ai 50 anni), di cui il 25% riferisce di essere in trattamento farmacologico.

### **Punteggio di rischio cardiovascolare**

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

Solo al 17% delle persone sopra ai 40 anni (età dalla quale si utilizza lo strumento) intervistate dichiara che è stato calcolato il punteggio cardiovascolare; ciò testimonia come questo strumento non è ancora largamente 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 nelle donne di 25-64 anni ogni tre anni.

Nella ASL 7 di Carbonia il 69% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap test e il 52% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Il motivo principale di esecuzione dell'ultimo Pap test è stato l'iniziativa personale nel 73% ed il consiglio di un medico nel restante 27%.

**Screening neoplasia della mammella**

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

Nella ASL 7 di Carbonia il 71% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia ed il 46% l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il motivo principale dell'esecuzione dell'ultima mammografia è stato l'iniziativa personale nel 56% e il consiglio di un medico nel restante 44%.

**Screening tumore del colon retto**

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

Nella ASL 7 di Carbonia, come nel resto della Regione, i programmi di screening sono solo in fase di avvio: per questo solo il 17% degli ultracinquantenni riferisce di aver eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo: il 4,3% ha effettuato l'accertamento negli ultimi due anni come raccomandato.

**Sintomi di depressione**

L'OMS prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati. I disturbi mentali sono frequenti anche nel nostro Paese, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce che il 7% dei cittadini con età superiore ai 18 anni ha sofferto almeno di un disturbo mentale nell'arco di 12 mesi.

Nella ASL 7 di Carbonia, il 13% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze. La quasi totalità di costoro hanno riferito anche impedimenti alla realizzazione delle normali attività negli ultimi 30 giorni. Fra tutti coloro che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, solo il 23% si è rivolto a un medico ed il 15% ha intrapreso un trattamento farmacologico.

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

## Tabelle riassuntive dei risultati dello studio PASSI 2006

Descrizione del campione aziendale	ASL n. 7 (%, anni)
donne	46,5
età media	44 anni
18-34	26 anni
35-49	43 anni
50-65	58 anni
titolo di studio	
nessuno	1
elementare	18
media inferiore	38
media superiore	35,5
laurea	7,5
livello di istruzione *	
alto	43
stato civile	
coniugati/conviventi	62
celibi/nubili	33
separati/divorziati	3
vedovi/e	2
lavoro regolare**	57

\* 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	ASL n. 7 (%, gg)
risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute, %	57
giorni cattiva salute motivi fisici (gg/mese)	3,3
giorni cattiva salute motivi psicologici (gg/mese)	2,9
giorni cattiva salute limitanti attività abituali (gg/mese)	2,1

Attività fisica	ASL n. 7 (%)
livelli di attività fisica secondo linee guida <sup>^</sup>	
buono	59
moderato	19
scarso o assente	22
chi resta seduto molte ore <sup>^^</sup>	19
consigli dei medici	
chiesto se fa attività fisica	42
consigliato di fare attività fisica	36
verificato andamento in altre visite	19

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

<sup>^^</sup> 6 ore o più trascorse ogni giorno restando seduti

<b>Abitudine al fumo</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
fumatori*	29
<u>uomini</u>	29
<u>donne</u>	29
ex fumatori**	22,5
non fumatori***	48,5
consigli dei medici:	
<u>chiesto se fuma</u>	38
<u>ai fumatori</u>	62
<u>consigliato di smettere di fumare</u>	59
come hanno smesso gli ex fumatori:	
<u>da solo</u>	96
<u>aiuto del medico</u>	2
rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):	
<u>sempre</u>	71
<u>a volte/mai</u>	29

\* più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso di fumare da meno di 6 mesi  
 \*\* 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>Situazione nutrizionale e abitudini alimentari</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
popolazione con eccesso ponderale	
<u>sovrappeso</u>	27
<u>obeso</u>	7
percezione del proprio peso	
obesi	
<u>troppo alto</u>	100
<u>giusto</u>	0
sovrappeso	
<u>troppo alto</u>	65
<u>giusto</u>	33
consigliato di perdere peso da un medico o op. sanitario	
obesi	86
sovrappeso	46
come viene trattato l'eccesso ponderale:	
obesi	
<u>dieta</u>	21
<u>svolgimento di attività fisica</u>	31
sovrappeso	
<u>dieta</u>	17
<u>svolgimento di attività fisica</u>	25
principali modifiche nell'alimentazione	
<u>meno carboidrati</u>	28
<u>meno grassi</u>	34
<u>più frutta e verdura</u>	29
<u>meno sale</u>	25
frutta e verdura almeno 1 volta al giorno	96,5
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	4

<b>Consumo di alcol</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
bevuto $\geq 1$ unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>◇</sup>	69,5
bevitori fuoripasto <sup>◇◇</sup>	8
bevitori binge <sup>◇◇◇</sup>	16
forti bevitori <sup>◇◇◇◇</sup>	18
chiesto dal medico sul consumo	14

◇ 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>ASL n. 7 (%)</b>
casco sempre*	88,5
cintura anteriore sempre	89
cintura posteriore sempre	31
guida in stato di ebbrezza**	45
trasportato da guidatore in stato di ebbrezza***	46

\* calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto  
 \*\* aver guidato entro un ora dall'aver bevuto  $\geq 2$  unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata su tutta la popolazione  
 \*\*\* nell'ultimo mese, sono saliti in macchina o in moto con un guidatore che aveva bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche nell'ora precedente, calcolata su tutta la popolazione

<b>Infortunati domestici</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno che assistenza sanitaria è stata necessaria:	21,5
<i>solo medicazione in casa</i>	86
<i>ricorso al pronto soccorso</i>	12
<i>ricovero ospedaliero</i>	2
percezione del rischio (basso o assente)	53
quanti riferiscono di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni su come si prevengono gli infortuni	18

<b>Sicurezza alimentare</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
quanti hanno un alto comportamento a rischio per assunzione di cibi crudi (ultimi 30 giorni) <sup>^</sup>	75
quanti scongelano gli alimenti in modo scorretto <sup>^^</sup>	75
quanti leggono le etichette dei cibi che vengono acquistati	78
più di un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi	22
rivolti ad un medico o operatore sanitario (tra chi ha avuto almeno un episodio)	41

<sup>^</sup> consideriamo alto comportamento a rischio chi ha assunto più di 3 cibi crudi nell'ultimo anno  
<sup>^^</sup> a temperatura ambiente o in frigorifero

<b>Vaccinazione antinfluenzale</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
vaccinati 65-69 anni	30,0
vaccinati <65 anni	22,0
vaccinati <65 con almeno una patologia cronica	13,6

<b>Ipertensione arteriosa</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	82
ipertesi*	17,5
come viene trattata l'ipertensione:	
<i>riduzione consumo di sale</i>	80
<i>trattamento farmacologico</i>	63
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	51
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	80

\* 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>ASL n. 7 (%)</b>
misurazione colesterolo almeno una volta	63,5
Ipercolesterolemici <sup>^</sup>	24
consigli dati da operatori sanitari in caso di ipercolesterolemia:	
<i>riduzione consumo di carne e formaggi</i>	96
<i>aumento consumo di frutta e verdura</i>	60
<i>riduzione/controllo del peso corporeo</i>	50
<i>svolgimento di attività fisica regolare</i>	73
<i>trattamento farmacologico</i>	25

<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>Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 40 anni)</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
popolazione cui è stato calcolato il punteggio <sup>#</sup>	17

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

<b>Screening neoplasia del collo dell'utero<sup>◇</sup> (donne 25 - 64 anni)</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
ultimo Pap test eseguito da non più di tre anni	52
eseguito almeno un Pap test nella vita	69
viene consigliato Pap test	72
<i>lettera ASL</i>	10
<i>consiglio medico</i>	62
<i>lettera/consiglio</i>	9
<i>niente</i>	28
costi Pap test	
<i>nessuno</i>	66
<i>pagamento intero</i>	19
<i>pagamento ticket</i>	15

◇ eseguito a scopo preventivo

<b>Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni)<sup>◇</sup></b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	46
eseguita almeno una mammografia	71
viene consigliata mammografia	77
<i>lettera ASL</i>	3
<i>consiglio medico</i>	74
<i>lettera/consiglio</i>	3
<i>niente</i>	23
costi mammografia	
<i>nessuno</i>	52
<i>pagamento intero</i>	4
<i>pagamento ticket</i>	44

◇ eseguita a scopo preventivo

<b>Screening neoplasia del colon retto (50 - 69 anni)<sup>#</sup></b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
eseguito un test per la ricerca di sangue occulto o sigmoidoscopia a scopo preventivo, almeno una volta	17,0
eseguito negli ultimi due anni	4,3

# eseguita a scopo preventivo

<b>Sintomi di depressione</b>	<b>ASL n. 7 (%)</b>
2 sintomi di depressione negli ultimi 12 mesi <sup>*,**</sup>	13
figure di ricorso per sintomi di depressione	
<i>nessuno</i>	45
<i>famigliari/amici</i>	30
<i>medico di famiglia</i>	15
<i>medico specialista</i>	8
<i>altro</i>	2
assunzione farmaci	31

\* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

# Introduzione

---

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

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

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

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

Dall'inizio del 2005 tuttavia non solo sono stati segnati dei progressi dal punto di vista tecnico-scientifico, ma contestualmente le strutture politiche e amministrative del Paese hanno gettato delle basi sempre più solide per la messa a regime di una sorveglianza di popolazione. I segni in tal senso sono inequivocabili: il nuovo Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) indica la sorveglianza PASSI come un obiettivo operativo da raggiungere per le regioni italiane e il CCM (del Ministero della Salute e delle Regioni) ha cominciato attraverso il CNESPS un progetto biennale di sperimentazione e sostegno alla messa a regime della sorveglianza di popolazione; la conferenza degli assessori alla sanità ha approvato la sperimentazione di tale sistema per i prossimi 2 anni (2007-2008).



Lo studio PASSI, nella sua versione 2006 ha modificato alcuni moduli (attività fisica, alimentazione) e aggiunto alcuni di nuovi (sicurezza domestica, sicurezza alimentare, sintomi di depressione).

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, infortuni domestici, sicurezza alimentare, sintomi di depressione, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Inoltre sono stati raccolti dati su alcune variabili demografiche e caratteristiche fisiche, sulla percezione dello stato di salute, sulle vaccinazioni in età adulta e sullo stato dell'utilizzo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Lo studio realizzato ha prodotto una vasta messe di dati che possono essere usati per una migliore comprensione dei problemi di salute e per una migliore definizione dei gruppi a rischio. In questo rapporto tuttavia sono documentati solo i risultati che sono più pertinenti a un'attività di sorveglianza. Per la valorizzazione degli altri risultati tuttavia il gruppo PROFEA del CNESPS ha messo a disposizione delle ASL partecipanti allo studio un software che permetterà un'analisi più approfondita e un più completo uso dei dati dello studio.

Il presente rapporto nasce dalla necessità di mettere a disposizione delle ASL, che hanno partecipato allo studio, degli strumenti semplici e utili per la comunicazione di alcuni indicatori semplici sui fattori comportamentali di rischio e sui progressi dei programmi di prevenzione delle malattie croniche.

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

### 4. Abitudine al fumo

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

### 5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

**6. Consumo di alcol**

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

**7. Sicurezza stradale**

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

**8. Infortuni domestici**

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

**9. Sicurezza alimentare**

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

**10. Vaccinazione antinfluenzale**

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

**11. Fattori di rischio cardiovascolare**

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

## 12. Screening oncologici

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

## 13. Sintomi di depressione

- stimare la percentuale della popolazione che riferisce di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella attività;
- stimare la percentuale della popolazione che ha fatto ricorso a qualche figura per aiuto;
- stimare la percentuale di persone che assumono farmaci e di quali principali tipi.

# Metodi

## ***Tipo di studio***

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

## ***Popolazione in studio***

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 7 di Carbonia (aggiornata al 31/12/2005). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione: il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, o l'incapacità della persona di rispondere per grave deficit mentale.

## ***Strategie di campionamento***

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 7 di Carbonia. La dimensione del campione è stata di 200 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

## ***Interviste***

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale di tutti i Comuni della ASL 7 di Carbonia. 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 svolte da Assistenti Sanitarie ed Infermiere del Dipartimento di Prevenzione. L'intervista telefonica è durata in media 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.

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.

### **Etica e privacy**

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

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

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del referente aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore dello studio, 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

La popolazione in studio è costituita da 94.573 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria della ASL 7 di Carbonia al 31/12/2005.

Sono state selezionate **200** persone in età 18-69 anni, estratte con un campionamento casuale semplice dall'anagrafe sanitaria. Dei soggetti inizialmente selezionati, 169 persone (pari all'84,5%), sono state rintracciate ed intervistate telefonicamente, mentre 31 sono state sostituite (pari al **15,5% di sostituzioni**).

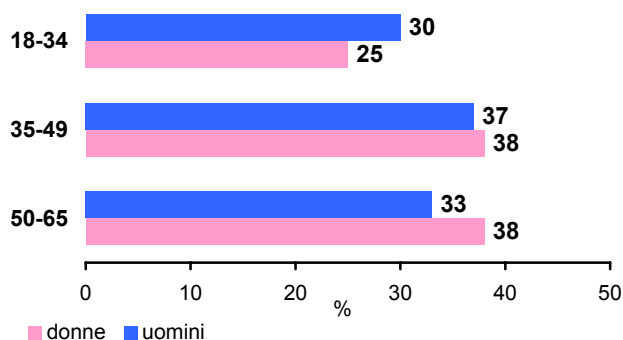
Il 65% delle sostituzioni dei titolari ha riguardato assistiti non rintracciabili telefonicamente, il 29% titolari che avevano rifiutato la partecipazione allo studio, infine una persona che non era più residente nel territorio aziendale ed un'altra persona esclusa perché incapace di rispondere per grave deficit mentale.

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

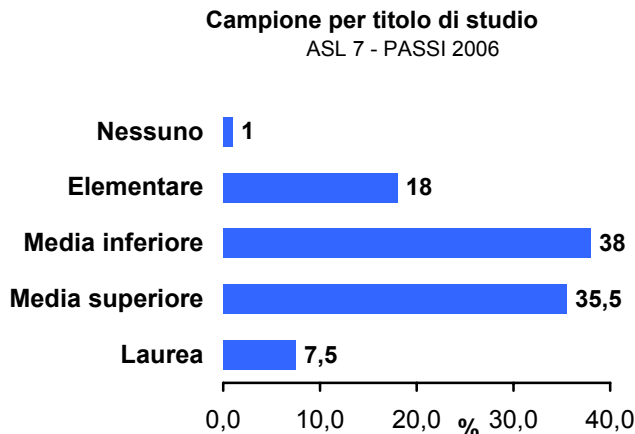
- Nella ASL 7 di Carbonia il 53,5% del campione intervistato (200) è costituito da uomini.
- Il 27,5% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 37,5% in quella 35-49 ed il 35% in quella 50-69. Nella fascia d'età 18-34 anni la percentuale di uomini è più alta di quella delle donne; nella fascia 35-49 anni le percentuali praticamente si equivalgono, con una modesta prevalenza delle donne; mentre nell'ultima fascia di età sono significativamente prevalenti le donne.
- Non esistono praticamente differenze (<0,3%) nella composizione per sesso ed età nella fascia 50-69 anni fra il campione dello studio e la popolazione generale (Dati ISTAT, 2005) e non esistono differenze sostanziali ( $\approx 1\%$ ) nella composizione degli uomini di fascia 18-34 e delle donne di fascia 35-49 anni. Esistono differenze ( $\approx 4,5\%$ ), ma non significative, nella composizione delle donne di fascia 18-34 e degli uomini di fascia 35-49 anni.

Distribuzione del campione per sesso e classi di età  
ASL 7 - PASSI 2006



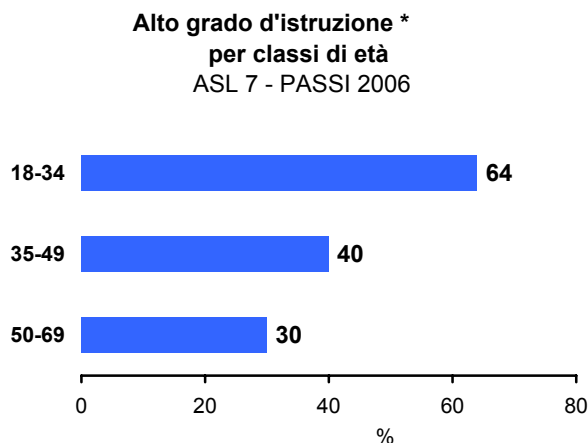
### Il titolo di studio

- Nella ASL 7 di Carbonia l'1% del campione non ha alcun titolo di studio, il 18% ha la licenza elementare, il 38% la licenza media inferiore, il 35,5% la licenza media superiore ed il 7,5% è laureato.



### Il livello di istruzione

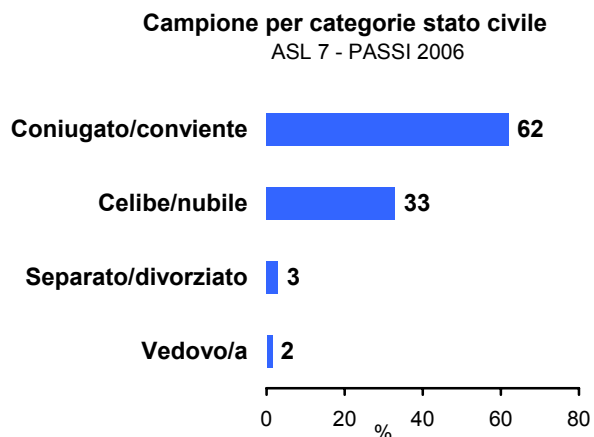
- Il 43% del campione osservato nella ASL 7 di Carbonia presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni (la differenza per classi di età risulta statisticamente significativa).



\* istruzione alta: licenza di scuola media superiore e laurea

### Lo stato civile

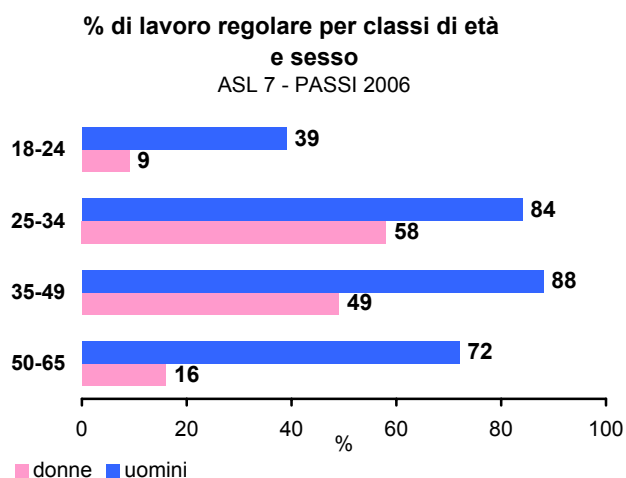
- Nella ASL 7, i coniugati/conviventi rappresentano il 62%, i celibi/nubili il 33%, i separati/divorziati il 3%, i vedovi/e il 2%.





## Il lavoro

- Nella ASL 7 di Carbonia il 57% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente, mentre il 9% riferisce di lavorare solo saltuariamente; il restante 34% riferisce invece di non lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (34% contro 76%); tra i giovani si registra un tasso di occupazione inferiore, soprattutto tra le ragazze (9%). Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età, sia negli uomini che nelle donne.



## Conclusioni

Il campione della ASL 7 di Carbonia è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale. I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la bontà del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

# Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nella ASL 7 di Carbonia il 57% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute.
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alta istruzione
  - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente *	
ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>57,0</b> (IC95%: 49,8-64,0)
<b>Età</b>	
18 - 34	80,0
35 - 49	54,7
50 - 69	41,4
<b>Sesso</b>	
M	60,7
F	52,7
<b>Istruzione **</b>	
bassa	54,4
alta	60,5
<b>Patologia severa ***</b>	
presente	32,0
assente	65,3

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

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

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

*Le differenze per età e per l'assenza di patologie severe risultano significative dal punto di vista statistico*

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

Giorni in cattiva salute percepita  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia 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 circa 2 giorni al mese mediamente.
- Le fasce d'età più giovani lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, mentre le fasce d'età più avanzate per motivi fisici e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Caratteristiche demografiche	N° gg/mese per		
	motivi fisici	motivi psicologici	attività limitata
<b>Totale</b>	<b>3,3</b>	<b>2,9</b>	<b>2,1</b>
<b>Età</b>			
18 - 34	2,3	3,4	1,4
35 - 49	3,8	3,2	2,1
50 - 69	3,5	2,1	2,5
<b>Sesso</b>			
M	3,1	2,9	2,4
F	3,5	2,8	1,6

*Non si osservano differenze statisticamente significative per età e sesso riguardo a tutti i parametri.*

## **Conclusioni e raccomandazioni**

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela a livello aziendale, pur con differenze non significative da un punto di vista statistico, valori parzialmente in linea con le indagini multiscopo ISTAT. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, ma solo a causa di motivi fisici, mentre il trend si inverte per i motivi psicologici. Inoltre, in controtendenza ai dati delle citate indagini multiscopo ISTAT, nella ASL 7 di Carbonia sarebbero soprattutto gli uomini a lamentare un maggior numero di giorni di attività limitata per cattiva salute.

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

# Attività fisica

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

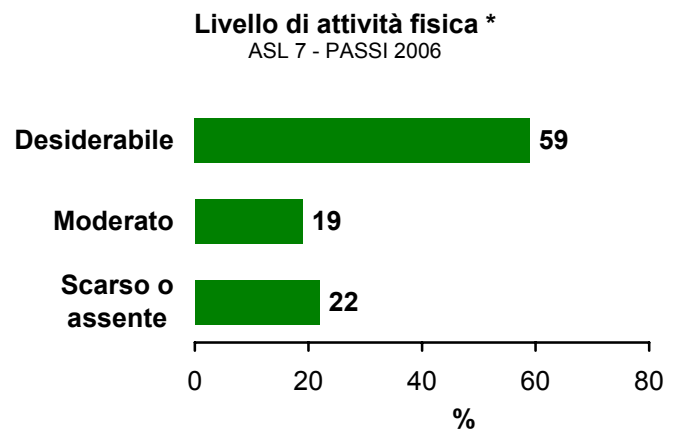
Lo stile di vita sedentario è però in aumento nei paesi sviluppati e, oltre a rappresentare già da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, assieme ad una cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità.

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

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

## Quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 59% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica desiderabile; il 19% svolge una moderata attività fisica; il restante 22% non svolge del tutto attività fisica o comunque ne fa troppo poca.



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

## Chi è che non fa attività fisica o ne fa troppo poca?

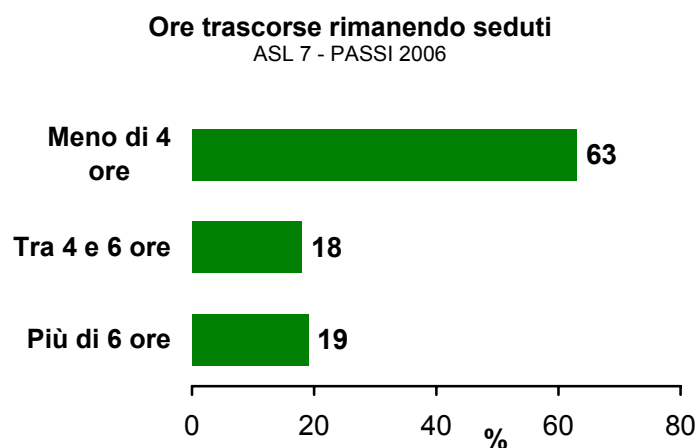
- Pur con differenze non significative, sono meno attivi gli uomini rispetto alle donne e le persone con istruzione alta rispetto a quelle con istruzione bassa.
- Pur con differenze non significative, le persone più giovani e quelle di 50-69 anni sono meno attive di quelle di fascia d'età 35-49 anni.
- È significativamente meno attiva la frazione di popolazione che percepisce la propria salute come non buona.
- Pur con differenze non significative, i gruppi di persone che lamentano condizioni che beneficerebbero di una regolare attività fisica, ad eccezione delle persone ipertese, sono meno attivi della popolazione generale.

Popolazione che fa poca o nessuna attività fisica	
ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>22,3</b> (IC95% 16,7-28,8)
<b>Sesso</b>	
M	25,2
F	18,3
<b>Età</b>	
18 – 34	23,6
35 – 49	18,7
50 – 69	24,3
<b>Istruzione</b>	
bassa	19,3
alta	25,6
<b>Salute percepita *</b>	
buona	15,8
non buona	30,2
<b>Condizioni particolari</b>	
sovrappeso/obesità	26,5
ipertensione	14,3
ipercolesterolemia	22,9
sintomi di depressione	24,5

\* differenza che risulta statisticamente significativa

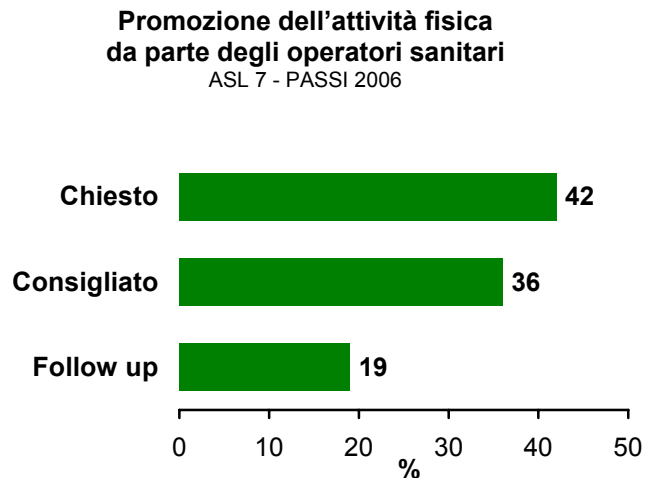
## Chi resta seduto molte ore?

- Il 19% della popolazione riferisce di stare seduto per più di 6 ore al giorno, e un altro 18% sta seduto per almeno 4 ore.
- Tra i 18-34enni ed i 50-69enni la percentuale di chi sta seduto più di 6 ore sale al 22%; il valore corrispondente per i 35-49enni è del 15%.
- Similmente, la percentuale di uomini che sta seduto per più di 6 ore al giorno sale al 22%; il valore corrispondente per le donne è del 15%.
- Tra coloro che hanno un alto livello di istruzione il 26% sta seduto più di 6 ore, mentre per il gruppo con un basso livello il valore corrispondente è 14% (la differenza in questo caso risulta statisticamente significativa).



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

- Nella ASL 7 di Carbonia solo al 42% delle persone intervistate il medico chiede se svolgono attività fisica e consiglia loro di farla regolarmente solo nel 36% dei casi.
- Soltanto al 19% (il 53% circa di quelli che avevano ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica) è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL 7 di Carbonia il 59% della popolazione raggiunga un desiderabile livello di attività fisica, mentre il 22% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico. La frazione di popolazione che non svolge esercizio fisico o comunque non ne fa abbastanza è più alta tra le persone che ne beneficerebbero di più (come gli obesi o in sovrappeso, gli ipercolesterolemici, le persone con sintomi di depressione). Quasi un quinto della popolazione riferisce di stare seduta in media per più di 6 ore al giorno. Questa abitudine è significativamente più diffusa tra le persone con livello alto di istruzione che, pertanto, dovrebbe godere di particolare attenzione nella programmazione di interventi volti a sostenere l'attività fisica nella popolazione. I medici promuovono ancora scarsamente l'attività fisica dei loro pazienti, anche se il loro consiglio, quando poi viene rinforzato in occasione di visite successive, potrebbe aiutare le persone a raggiungere un livello adeguato di attività fisica.

# Abitudine al fumo

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

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini storicamente maggiore si è 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.

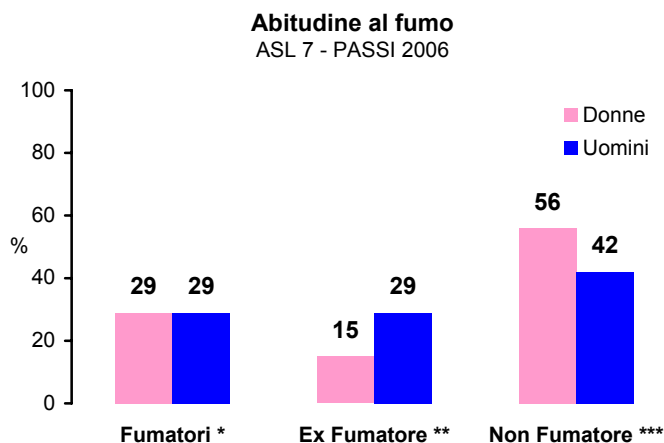
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

## Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nella ASL 7 di Carbonia i fumatori sono pari al 29%, gli ex fumatori al 22,5%, e i non fumatori al 48,5%.
- Attualmente, l'abitudine al fumo appare uguale tra uomini e donne; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono invece significativamente le donne (56% versus 42%).



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

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

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

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori (con differenze statisticamente significative) nella fascia di età 35-49 anni e nelle persone con livello di istruzione basso.
- In media si fumano circa 14 sigarette al giorno.

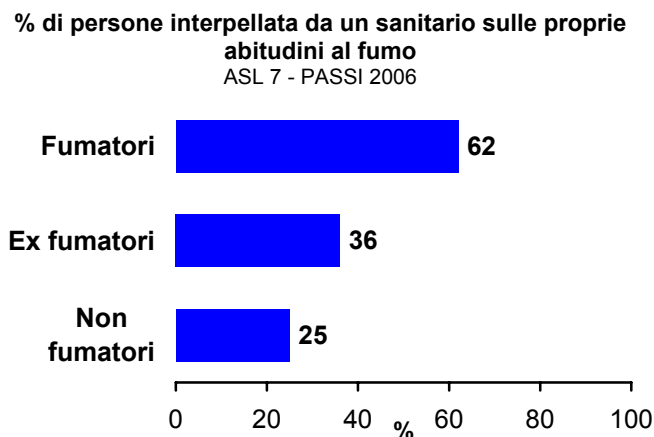
Fumatori ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori *
<b>Totale</b>	<b>29,0</b> (IC95% 22,8-35,8)
<b>Età</b>	
18 - 34	27,3
35 - 49	41,3
50 - 69	17,1
<b>Sesso</b>	
M	29,0
F	29,0
<b>Istruzione **</b>	
bassa	30,7
alta	26,7

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

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

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

- Nella ASL 7 di Carbonia, poco più di un intervistato su tre (38%) dichiara di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 62% dei fumatori, il 36% degli ex fumatori e il 25% dei non fumatori.

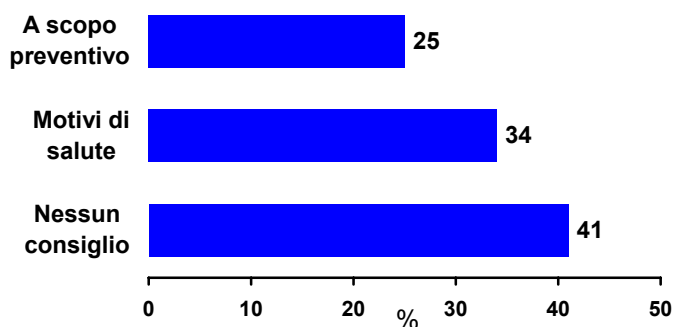




## A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- Il 59% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario; tale consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (34%).
- Il restante 41% dei fumatori dichiara di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

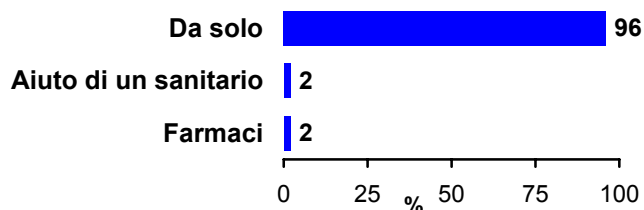
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione  
ASL 7 - PASSI 2006



## Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 96% degli ex fumatori della ASL 7 di Carbonia ha smesso di fumare da solo; solo il 2% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.

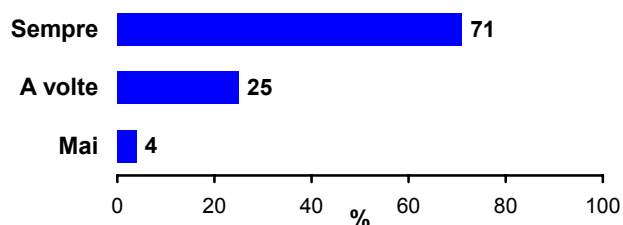
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori  
ASL 7 - PASSI 2006



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

- Le persone intervistate che lavorano in ambienti chiusi riferiscono nel 71% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori)  
ASL 7 - PASSI 2006



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL 7 di Carbonia l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori ancora molto elevata. In particolare, un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza nella fascia di età 35-49 anni, dove più di 4 persone su 10 (41,3%) riferisce di essere fumatore, e tra i giovani (con un 27,3% di fumatori).

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

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

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

L'evidenza scientifica a disposizione indica che gli interventi di migliore efficacia nell'abitudine al fumo sono quelli integrati e continui nel tempo.

# Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

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

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, body mass index - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI ≥ 30).

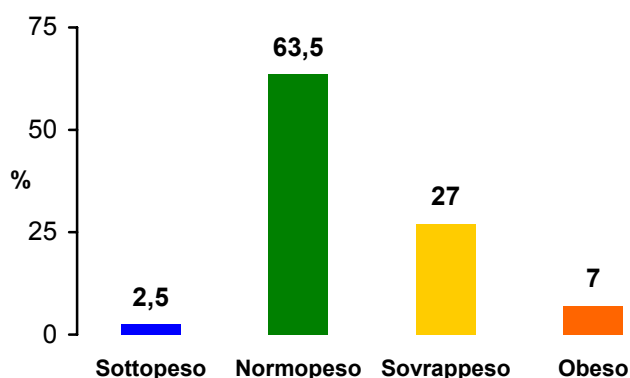
Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante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

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

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Situazione nutrizionale della popolazione  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 2,5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 63,5% normopeso, il 27% sovrappeso ed il 7% obeso.



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

- Nella ASL 7 di Carbonia si stima che il 34% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).
- Questa condizione cresce significativamente con l'età, ed è significativamente maggiore negli uomini rispetto alle donne.

Popolazione con eccesso ponderale *	
ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>34,0</b> (IC 95% 24,9-45,2)
<b>Età **</b>	
18 – 34	9,1
35 – 49	36,0
50 – 69	51,4
<b>Sesso **</b>	
M	41,1
F	25,8
<b>Istruzione ***</b>	
bassa	38,6
alta	27,9

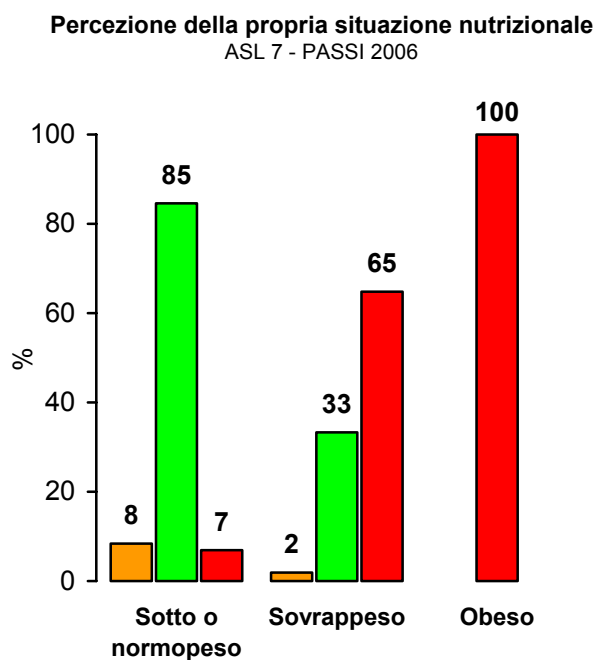
\* popolazione in sovrappeso od obesa

\*\* le differenze risultano statisticamente significative

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

## Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Solo nella categoria degli obesi si constata una perfetta coincidenza (100%).
- L'85% nel gruppo degli intervistati normopeso ha una percezione coincidente con l'IMC; per le persone in sovrappeso scende al 65%.

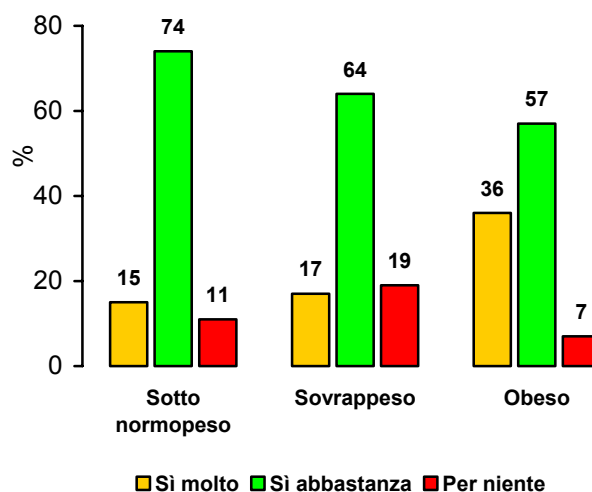


■ peso troppo basso ■ peso più o meno giusto ■ peso troppo alto

## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Quello che mangia fa bene alla sua salute?  
ASL 7 - PASSI 2006 n=200

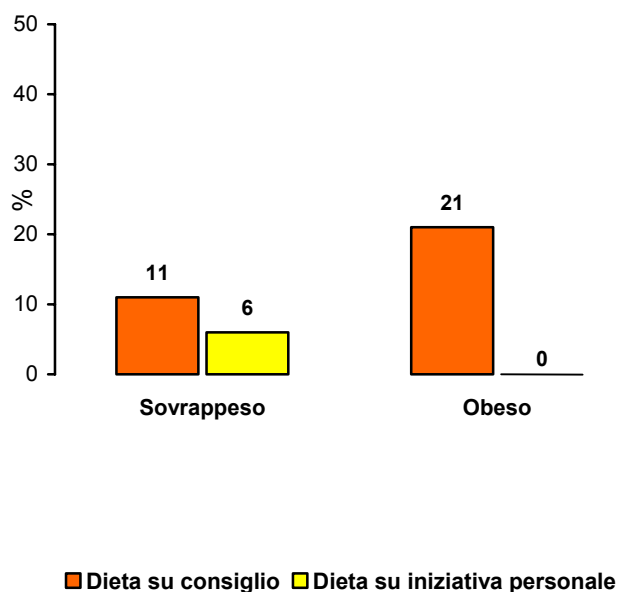
- Nella ASL 7 di Carbonia, mediamente l'87% degli intervistati dichiara di avere una alimentazione benefica per la propria salute e, più in dettaglio, l'89% nel gruppo dei normopeso e, paradossalmente, l'81% in quello dei sovrappeso e ben il 93% negli obesi.



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

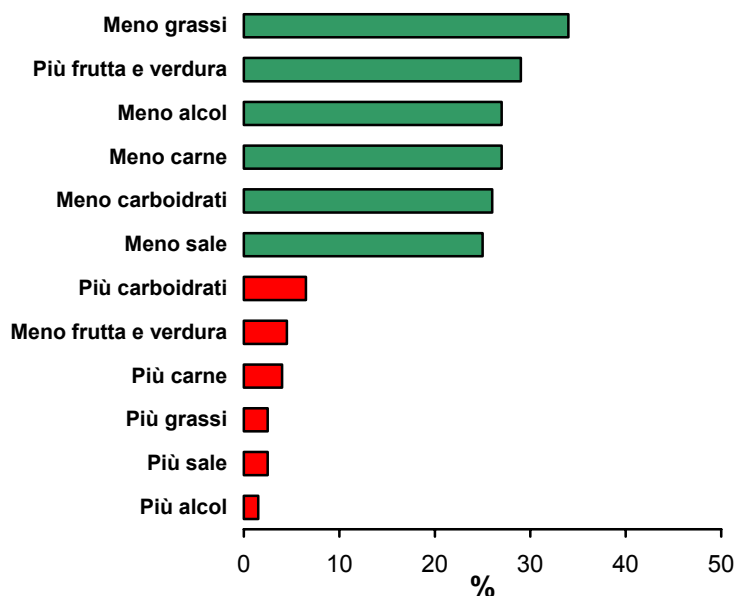
- Nella ASL 7 di Carbonia il 46% delle persone in sovrappeso e l'86% delle persone obese ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.
- Il 17% delle persone in sovrappeso ed il 21% di quelle obese segue una dieta per perdere peso. Il consiglio degli operatori sanitari sembra influenzare positivamente l'attuazione della dieta (11% vs 6% nei sovrappeso e 21% vs nessuno negli obesi).

Attuazione della dieta in rapporto al consiglio dell'operatore sanitario  
ASL 7 - PASSI 2006



## Come hanno cambiato la propria alimentazione le persone intervistate?

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi  
ASL 7 - PASSI 2006



- Nella ASL 7 di Carbonia le persone intervistate riferiscono che negli ultimi 12 mesi hanno modificato le proprie abitudini alimentari; i cambiamenti principali riferiti sono prevalentemente in positivo.

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

## Quante persone e chi tende a cambiare le proprie abitudini?

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

Le donne hanno riferito una tendenza maggiore degli uomini alla riduzione di carboidrati e del sale.

Caratteristiche demografiche	Meno grassi	Più frutta e verdura	Meno carboidrati	Meno sale
<b>Totale</b>	<b>34,0</b> (IC 95%27,5-41,0)	<b>29,0</b> (IC 95%22,8-35,8)	<b>26,0</b> (IC 95%20,1-32,7)	<b>25,0</b> (IC 95%19,2-31,6)
<b>Età, anni</b>				
18 – 34	23,6	21,8	27,3	18,2
35 – 49	34,7	30,7	22,7	24,0
50 – 69	41,4	32,9	28,6	31,4
<b>Sesso</b>				
M	33,6	29,9	22,4	22,4
F	34,4	28,0	30,1	28,0
<b>Istruzione *</b>				
bassa	34,2	28,1	24,6	27,2
alta	33,7	30,2	27,9	22,1

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

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

- Nella ASL 7 di Carbonia il 96,5% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 4% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se un altro 44% mangia comunque 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone fra i 50 ed i 69 anni.
- L'assunzione di frutta e verdura è maggiore nelle donne. Non si osservano invece differenze rilevanti per grado di istruzione.

Consumo di frutta e verdura ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" <sup>**</sup> (%)
<b>Totale</b>	<b>4,0</b> (IC95% 1,7-7,7)
<b>Età</b>	
18 - 34	3,6
35 - 49	1,3
50 - 69	7,1
<b>Sesso *</b>	
uomini	2,8
donne	5,4
<b>Istruzione**</b>	
bassa	4,4
alta	3,5

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

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

*Le differenze non sono statisticamente significative per nessuna delle categorie*

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 7 di Carbonia l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica importante, anche perché solamente il 65% dei sovrappeso è cosciente di esserlo e soltanto 1 o 2 persone in sovrappeso od obese su 10 considera la propria alimentazione non idonea. Le misure di prevenzione individuali dell'obesità, come l'esercizio fisico e una dieta, sono praticate rispettivamente solo dal 26,5% e dal 18% delle persone obese o in sovrappeso. La maggior parte degli individui consuma giornalmente frutta e verdura, ma solo il 48% ne assume oltre 3 porzioni e solo 2 persone su 100 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati mostrano che è necessario promuovere una maggiore consapevolezza nella popolazione del valore della prevenzione. L'Azienda Sanitaria dovrà quindi operare per sviluppare i programmi orientati a migliorare il livello di conoscenza e gli atteggiamenti della popolazione in favore della prevenzione, con interventi di promozione sanitaria di provata efficacia, monitorandone l'impatto e seguendo l'evoluzione della situazione nutrizionale e delle abitudini alimentari, come di fatto si è iniziato ad operare col "Programma di prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino" di cui alla Deliberazione n. 63/12 del 28/12/2005, integrativa del Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005.

# 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.

Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche - lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore - al giorno per gli uomini e più di 2 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 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?

- Nella ASL 7 di Carbonia la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 69,5%.
- Si sono osservati tassi significativamente più alti negli uomini rispetto alle donne e nelle persone con livello alto di istruzione.

Consumo di alcol (ultimo mese)	
ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica *
<b>Totale</b>	<b>69,5</b> (IC95% 62,6-75,8)
<b>Età</b>	
18 - 34	69,1
35 - 49	70,7
50 - 69	68,6
<b>Sesso **</b>	
M	83,2
F	53,8
<b>Istruzione ***</b>	
bassa	67,5
alta	72,1

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

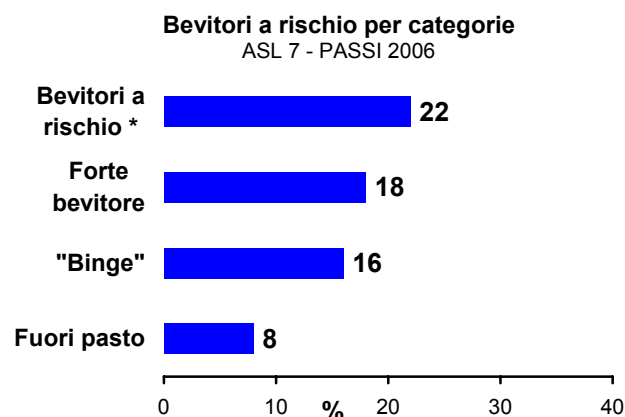
\*\* differenze statisticamente significative

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



## Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 15% degli intervistati (corrispondente al 22% tra i consumatori di alcol) può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 18% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Il 16% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Come dato residuale, in un mese, l'8% della popolazione beve fuori pasto almeno una volta la settimana.



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

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

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.

**Bevitori "binge"**  
ASL 7 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge" *
<b>Totale</b>	<b>15,8</b> (IC95% 10,2-23,0)
<b>Età</b>	
18 - 34	18,4
35 - 49	17,0
50 - 69	12,5
<b>Sesso</b>	
M	18,0
F	12,0
<b>Istruzione **</b>	
bassa	14,3
alta	17,7

\* 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

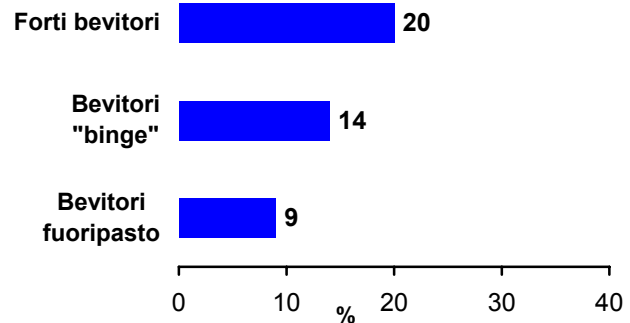
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore.

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

- Nella ASL 7 di Carbonia solo il 14% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 20% dei forti consumatori, il 14% dei bevitori "binge" ed il 9% di chi beve fuori pasto riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

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

ASL 7 - PASSI 2006



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 7 di Carbonia si stima che oltre i due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e un 15% circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

L'indagine dimostra che gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol, per consigliarne la moderazione.

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

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

Sarebbe opportuno strutturare tale attività e monitorarla adeguatamente nel tempo.

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

# Sicurezza stradale

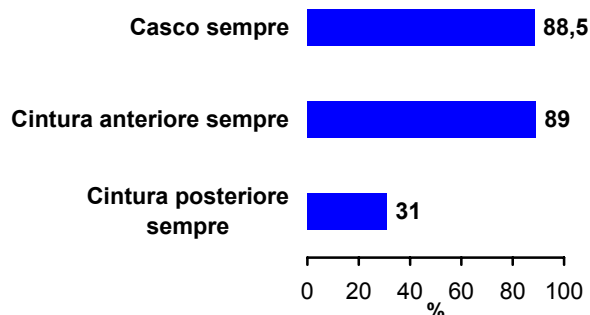
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di Sanità Pubblica nel nostro Paese. Nel 2003 si sono verificati 225.141 incidenti stradali che hanno causato 6.015 morti, mentre ogni anno circa un milione e mezzo di ricoveri al Pronto Soccorso e 20.000 casi di invalidità sono imputabili a incidenti stradali. La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato a ridurre la guida in stato di ebbrezza e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nella ASL 7 di Carbonia tra le persone che vanno in moto o in motorino l'88,5% riferisce di usare sempre il casco.
- La percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'89%; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (31%).

### Uso dei dispositivi di sicurezza

ASL 7 - PASSI 2006



## Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Il 45,5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e nelle donne.
- Il 46% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

### Guida in stato di ebbrezza

ASL 7 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza * (%)
<b>Totale</b>	<b>45,5</b> (IC95% 38,5-52,7)
<b>Età</b>	
18 - 34	47,3
35 - 49	46,7
50 - 69	42,9
<b>Sesso</b>	
M	41,1
F	50,5
<b>Istruzione **</b>	
bassa	46,5
alta	44,2

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

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

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nella ASL 7 di Carbonia si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005, successivamente integrato con Deliberazione n. 63/12 del 28/12/2005 relativamente al "Programma di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali".

Per altro, la guida in stato di ebbrezza, anche come fatto episodico, costituisce un aggravante del problema, che appare ancora diffuso nella ASL 7.

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

# Infortuni domestici

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

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

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

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

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

## Quante persone si sono infortunate?

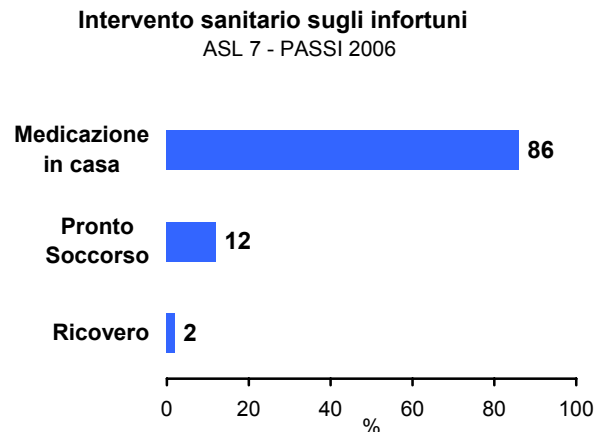
- Nella ASL 7 di Carbonia il 21,5% delle persone intervistate ha riferito di aver subito un infortunio domestico, anche di lieve entità, nell'ultimo anno.
- Si osserva una più elevata frequenza di infortuni tra le donne; non si rilevano evidenti differenze per classi di età e per livello di istruzione.

Persone infortunate (ultimi 12 mesi) ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito un infortunio domestico
<b>Totale</b>	<b>21,5</b> (IC95% 16,0-27,8)
<b>Età</b>	
18 - 34	21,8
35 - 49	17,3
50 - 69	25,7
<b>Sesso</b>	
M	16,8
F	26,9
<b>Istruzione *</b>	
bassa	21,1
alta	22,1

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

## Quanti sono gli infortuni domestici e quanto sono gravi?

- Nella ASL 7 di Carbonia, tra coloro che hanno riferito un infortunio nell'ultimo anno, il 39% ne dichiara uno solo, il 19% due, il 42% tre o più infortuni.
- Gli intervistati hanno riferito che per l'86% degli infortuni domestici è stata sufficiente una medicazione in casa, per il 12% si è dovuto ricorrere al pronto soccorso e solo nel 2% si è presentata la necessità di un ricovero in ospedale.



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

- Nella ASL 7 di Carbonia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è sufficiente. Infatti il 53% degli intervistati lo ritiene basso o assente, in particolare negli uomini e nelle persone che non hanno riferito incidenti domestici nell'ultimo anno. Non si evidenziano differenze né per classi di età, né per istruzione.
- L'ambiente domestico (sia interno che esterno) in cui gli intervistati dichiarano che è più facile subire un infortunio grave è la cucina (56%), seguita da scale (18%) e bagno (17%).

**Bassa percezione di rischio infortunio domestico**  
ASL 7 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico *
<b>Totale</b>	<b>53,0</b> (IC95% 45,8-60,1)
<b>Età</b>	
18 - 34	52,7
35 - 49	56,0
50 - 69	50,0
<b>Sesso **</b>	
M	67,3
F	36,6
<b>Istruzione ***</b>	
bassa	57,9
alta	46,5
<b>Infortunio **</b>	
Si	34,9
No	58,0

- \* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa  
 \*\* Le differenze per sesso e pregresso infortunio risultano significative dal punto di vista statistico  
 \*\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

- Nella ASL 7 di Carbonia solo il 18% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni, gli uomini e le persone con livello alto di istruzione, riferiscono in maggior percentuale di essere state informate. Ma è la condizione di aver subito un infortunio domestico nell'ultimo anno ad associarsi significativamente col fatto di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, solo il 39% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Informazioni ricevute (ultimi 12 mesi)  
ASL 7 - PASSI 2006

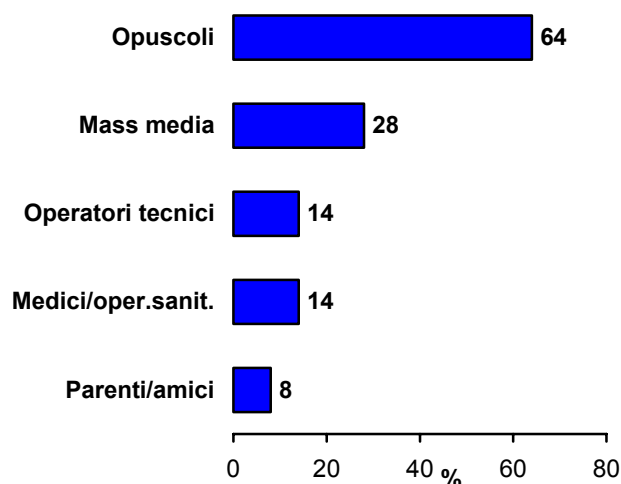
Caratteristiche demografiche	% che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
<b>Totale</b>	<b>18,0</b> (IC95% 12,9-24,0)
<b>Età</b>	
18 - 34	16,4
35 - 49	17,3
50 - 69	20,0
<b>Sesso</b>	
M	19,6
F	16,1
<b>Istruzione *</b>	
bassa	16,7
alta	19,8
<b>Infortunio **</b>	
Si	30,2
No	14,6

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

\*\* Le differenze risultano significative dal punto di vista statistico

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

Fonti di informazione \*  
ASL 7 - PASSI 2006



\* erano possibili più risposte e, pertanto, le percentuali non sono cumulative

## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di Sanità Pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella ASL 7 di Carbonia le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che circa una persona su cinque abbia subito nell'ultimo anno un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità. Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da opuscoli specifici e da mass media. È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non sono all'interno del gruppo di età campionato dal PASSI e quindi la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Si evidenzia, ciononostante, la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005 e, relativamente al "Programma di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici", successivamente integrato con Deliberazione n. 63/12 del 28/12/2005, che prevede la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe contribuire a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, sarà in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.



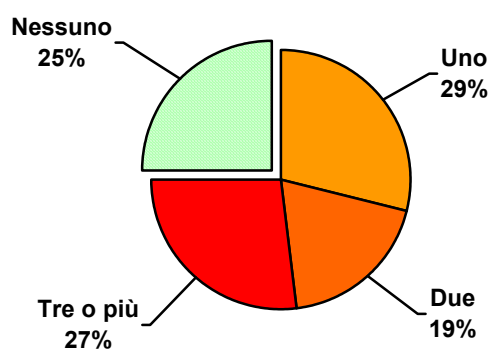
# Sicurezza alimentare

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

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

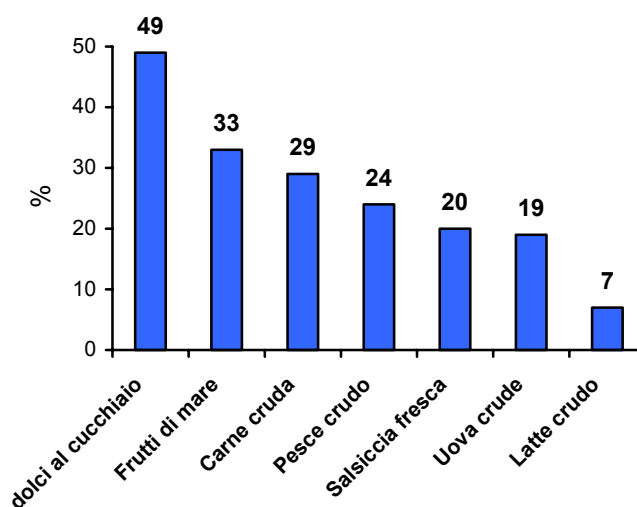
Comportamenti a rischio per assunzione di cibi crudi:  
ASL 7 - PASSI 2006

Numero di cibi crudi o poco cotti consumati



- Nella ASL 7 di Carbonia il 75% degli intervistati ha assunto negli ultimi 30 giorni cibi crudi o poco cotti.
- Il 27% degli intervistati ha assunto più di tre tipi di cibi crudi; nel sesso maschile e nelle persone con livello alto di istruzione questa abitudine è più frequentemente riferita.
- Ci sono differenze significative nell'assunzione di cibi crudi anche fra le fasce di età (abitudine maggiore nei giovani).

Tipo di alimenti ingeriti crudi o poco cotti \*



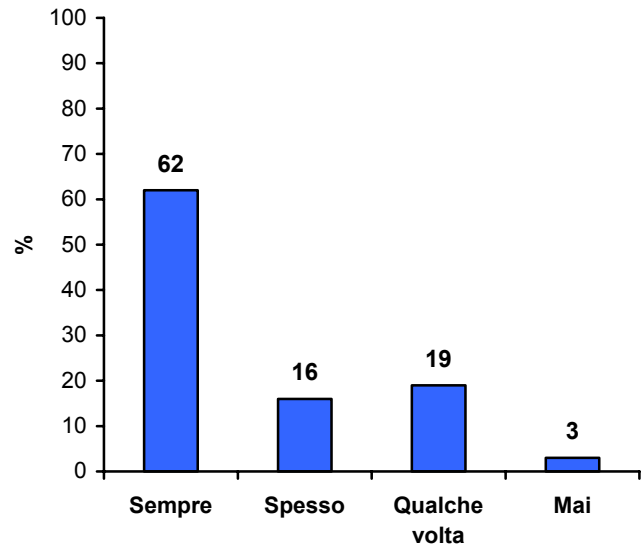
- Fra i cibi crudi più frequentemente assunti, gli intervistati riferiscono dolci al cucchiaio (49%), frutti di mare (33%), carne cruda o poco cotta (29%) e pesce crudo o poco cotto (24%).
- Quanto allo scongelamento, il 75% degli intervistati scongela gli alimenti in modo scorretto (per es. a temperatura ambiente) favorendo la potenziale replicazione di germi contaminanti.

\* erano possibili più risposte e, pertanto, le percentuali non sono cumulative

## Quanto sono attenti alle etichette dei cibi che vengono acquistati?

Frequenza di lettura delle etichette  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 78% degli intervistati legge frequentemente le etichette. Le fasce di età più giovani, le donne e le persone con livello alto di istruzione sono in percentuale le categorie più attente.
- Fra coloro che sono attenti alle etichette, ben il 97% legge la data di scadenza ed il 67% legge il luogo di provenienza o produzione, mentre solamente il 24% legge le istruzioni per l'uso ed il 23% legge le modalità di conservazione.



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

Episodi di diarrea  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 22% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il fenomeno è più frequente nella fascia di età 35-49 anni.
- Esiste una certa differenza, ma non significativa, legata al sesso e al grado di istruzione.
- Non ci sono differenze significative associate ai comportamenti alimentari considerati a rischio (cibi crudi, modalità scorrette di scongelamento, scarso controllo delle etichette) e la frequenza di diarrea.

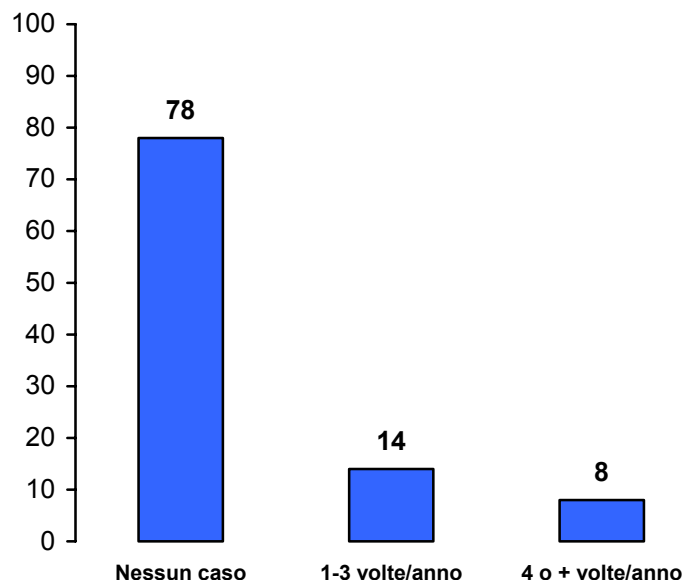
Caratteristiche demografiche	Incidenza periodale ultimi 12 mesi (%)
<b>Totale</b>	<b>22,0</b> (IC95% 16,5-28,4)
<b>Età</b>	
18 - 34	20,0
35 - 49	26,7
50 - 69	18,6
<b>Sesso</b>	
M	23,4
F	20,4
<b>Istruzione*</b>	
bassa	22,8
alta	20,9

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

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

Frequenza degli episodi di diarrea per persona in un anno  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 22% degli intervistati dichiara di avere avuto almeno un significativo episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi.
- Il 41% di quelli che hanno avuto almeno un episodio di diarrea si sono rivolti ad un medico o ad un operatore sanitario.
- Solo ad una persona su 5 (21%) tra quelle che si sono rivolte al medico per episodi di diarrea è stato prescritto un esame delle feci.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 7 di Carbonia è molto diffuso (3 persone su 4) il consumo di cibi crudi o poco cotti, quindi potenzialmente a rischio per la salute. È molto scarsa la consapevolezza delle procedure corrette di scongelamento dei cibi surgelati e, nonostante oltre 3 persone su 4 prestino attenzione alle etichette, poco meno di 1 persona su 4 legge le modalità di conservazione o le istruzioni per l'uso.

Per ridurre le tossinfezioni alimentari, nella nostra realtà possono essere adottate diverse strategie, a cominciare da una serie programmata di verifiche presso le aziende produttrici e sui loro sistemi di autocontrollo, seguite da interventi di educazione sanitaria degli operatori del settore agro-alimentare, potenziate con l'attività educativa rivolta al consumatore finale.

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

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

# Vaccinazione antinfluenzale

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

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

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

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

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

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)  
ASL 7 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		Vaccinati
<b>Totale</b>		<b>12,5</b> (IC95% 8,3-17,9)
<b>Età</b>		
	65 - 69	30,0
	<65	11,6
	<65 con almeno una patologia cronica	13,6
<b>Sesso</b>		
	M	13,1
	F	11,8
<b>Istruzione *</b>		
	bassa	11,4
	alta	14,0

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

- Nella ASL 7 di Carbonia il 12,5% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 30% tra le persone di età 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 13,6% risulta vaccinato.

## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente l'impatto dell'influenza in termini di morbosità, letalità e morbilità è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie adottate nella ASL 7 di Carbonia hanno permesso di raggiungere una significativa copertura vaccinale nella popolazione generale, mentre riguardo agli ultra 65enni deve tenersi in conto, a causa del range d'età utilizzato nell'indagine, che la copertura (30%) è misurata solo fra i 65 e i 69 anni e non oltre. I risultati sono invece ancora insoddisfacenti tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche per le quali è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale: solo il 13,6% risulta infatti vaccinata.

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

# Rischio cardiovascolare

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

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

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

## Ipertensione arteriosa

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

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

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

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

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia l'82% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 4,5% più di 2 anni fa, mentre il 13,5% non ricorda o non l'ha mai avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce significativamente con l'età ed è maggiore nelle donne, mentre non si differenzia per livello di istruzione.

Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>82,0</b> (IC95% 76,0-87,1)
<b>Età *</b>	
18 - 34	67,3
35 - 49	86,7
50 - 69	88,6
<b>Sesso</b>	
M	79,4
F	84,9
<b>Istruzione **</b>	
bassa	82,5
alta	81,4

\* le differenze sono statisticamente significative

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

## Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 17,5% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale circa una persona su tre è ipertesa.
- Emergono differenze, ma non statisticamente significative, per sesso (maggiore negli uomini) e per livello di istruzione (maggiore nelle persone con livello basso di istruzione).

Caratteristiche delle persone con ipertensione  
ASL 7 - PASSI 2006

Caratteristiche demografiche		%
<b>Totale</b>		<b>17,5</b> (IC 95% 12,5-23,5)
<b>Età *</b>		
	18 - 34	1,8
	35 - 49	16,0
	50 - 69	31,4
<b>Sesso</b>		
	M	20,6
	F	14,4
<b>Istruzione **</b>		
	bassa	20,2
	alta	14,0

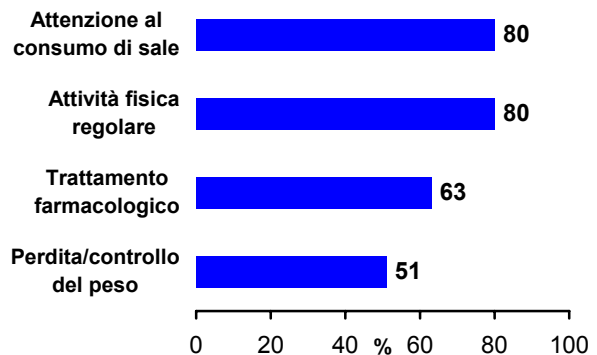
\* le differenze risultano statisticamente significative

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

## Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 63% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese riferiscono di aver affrontato l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (80%), svolgendo regolare attività fisica (80%) e controllando il proprio peso corporeo (51%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa \*  
ASL 7 - PASSI 2006



\* ciascuna modalità è considerata indipendentemente

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 7 di Carbonia si stima che sia iperteso più di una persona su 6 nella popolazione tra i 18 ed i 69 anni, che sale ad un terzo se consideriamo solo le persone di fascia 50-69 anni e scende a circa il 2% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando molto modesta (18%) la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo della ipertensione nella popolazione (specie per le persone sopra ai 35 anni), pertanto assume rilevanza la strutturazione di *screening* regolari, soprattutto attraverso i MMG, per l'identificazione delle persone con ipertensione.

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

## Colesterolemia

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

### Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 63,5% della popolazione riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, il 49% degli intervistati riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 9% tra 1 e 2 anni fa e il restante 5,5% più di 2 anni fa.
- Mentre solo il 36% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test, si sono osservati tassi significativamente più alti tra i 35-49enni e, con percentuali di oltre il doppio, tra i 50-59enni. Non si sono rilevate differenze significative né per sesso né per livello di istruzione.

% persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>63,5</b> (IC95%:56,4-70,2)
<b>Età *</b>	
18 - 34	36,4
35 - 49	70,7
50 - 69	77,1
<b>Sesso</b>	
M	62,6
F	64,5
<b>Istruzione</b>	
bassa	64,9
alta	61,6

\* le differenze risultano statisticamente significative

### Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Il 24% degli intervistati dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione significativamente più frequente nelle classi d'età più alte, in particolare nella fascia 50-69 anni, dove tale condizione riguarda 2 persone su 5.
- Emergono differenze, ma non statisticamente significative, per sesso (maggiore nelle donne) e per livello di istruzione (maggiore nelle persone con livello basso di istruzione).

Ipercolesterolemici ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	%
<b>Totale</b>	<b>24,0</b> (IC 95%18,3-30,5)
<b>Età *</b>	
18 - 34	1,8
35 - 49	25,3
50 - 69	40,0
<b>Sesso</b>	
M	22,4
F	25,8
<b>Istruzione **</b>	
bassa	25,4
alta	22,1

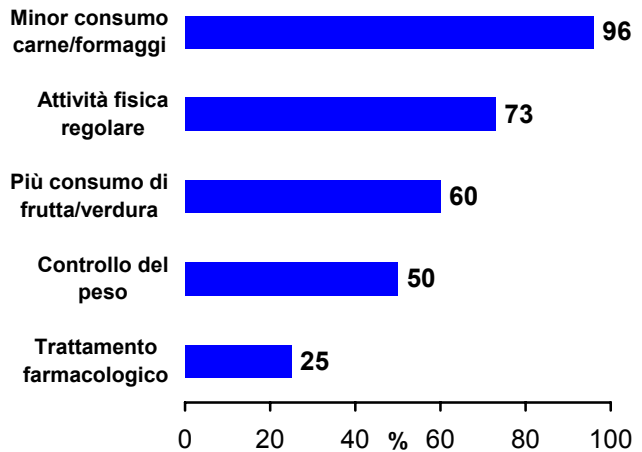
\* le differenze risultano statisticamente significative

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

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

- Il 25% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 96% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 73% di svolgere regolare attività fisica, il 60% di aumentare il consumo di frutta e verdura, ed il 50% di controllare il proprio peso corporeo.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico \*  
ASL 7 - PASSI 2006



\* ciascuna modalità è considerata indipendentemente

## Conclusioni e raccomandazioni

Nel 36,5% della popolazione della ASL 7 di Carbonia non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, una quota di circa il 38% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; tale quota sale a valori del 52% tra le persone di fascia d'età 50-69 anni.

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

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



## Punteggio di rischio cardiovascolare

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

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

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

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

% persone a cui è stato calcolato  
il punteggio di rischio cardiovascolare  
ASL 7 - PASSI 2006

		Caratteristiche demografiche	%
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nella ASL 7 di Carbonia la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata di circa il 17%.</li> <li>Pur essendo rilevabili differenze per età, sesso o livello di istruzione, tali differenze non sono risultate statisticamente significative.</li> </ul>	<b>Totale</b>		<b>16,9</b> (IC 95% 10,7-25,0)
	<b>Età</b>		
		40 - 49	11,6
		50 - 59	24,4
		60 - 69	13,3
	<b>Sesso</b>		
		M	22,2
		F	10,9
	<b>Istruzione *</b>		
		bassa	14,8
	alta	21,6	

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

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Il punteggio del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente calcolato ed utilizzato da parte dei medici per la comunicazione del rischio individuale ai pazienti.

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

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

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

Si evidenzia in sintesi la necessità di una maggiore attenzione al problema del rischio cardiovascolare sotto tutti i suoi aspetti, come in effetti previsto dal Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005, relativamente al "Progetto di prevenzione del rischio cardiovascolare".

# Screening neoplasia del collo dell'utero

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

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

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

- Nella ASL 7 di Carbonia quasi il 52% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, così come raccomandato dalle linee guida. Non si osservano differenze statisticamente significative per classi di età, stato civile e livello d'istruzione.

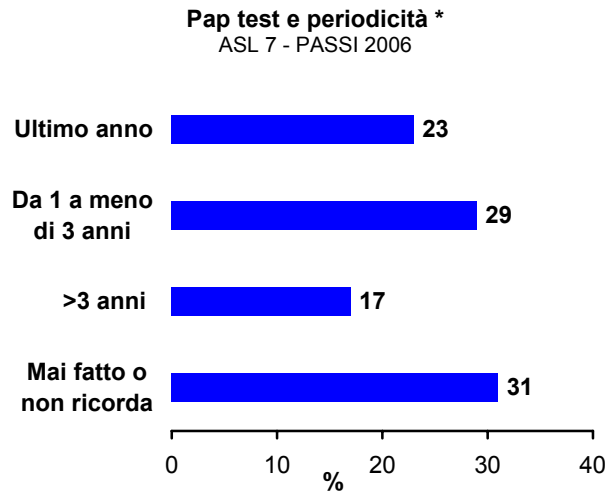
Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)	
ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni *
<b>Totale</b>	<b>51,9</b> (IC95%:40,3-63,5)
<b>Età</b>	
25 - 34	50,0
35 - 49	60,0
50 - 64	43,3
<b>Stato civile</b>	
coniugata	51,8
non coniugata	52,4
<b>Istruzione **</b>	
bassa	56,8
alta	45,5

\* 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

## Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

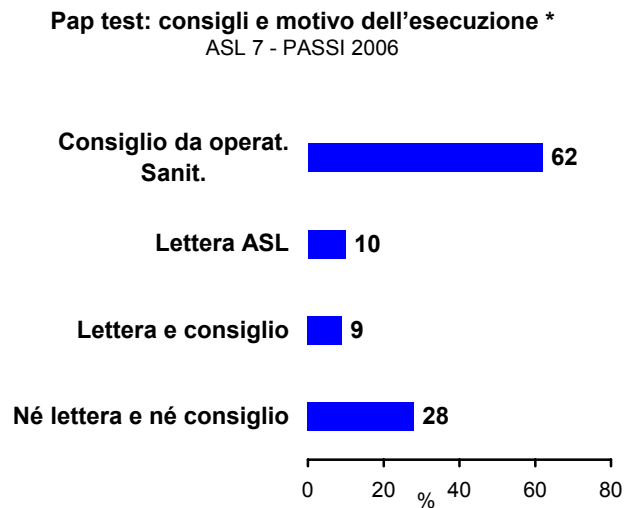
- Nella ASL 7 di Carbonia il 69% delle donne in età di screening riferisce di aver effettuato almeno un Pap test nel corso della vita.
- Il 23% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni ha riferito l'effettuazione di un Pap test preventivo nell'ultimo anno.
- Il 29% riferisce l'esecuzione di un Pap test preventivo da uno a meno di tre anni e il 17% da più di tre anni.
- Il 31% non ha mai eseguito un Pap test preventivo o non lo ricorda.



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

## Viene consigliato il Pap test alle donne?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 10% delle donne intervistate di età 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) riferisce di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla ASL e il 62% di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test (il 9% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio); il restante 28% non ha mai ricevuto lettera d'invito o consiglio.
- Tra le donne che hanno fatto almeno una volta il Pap test, il motivo principale dichiarato per cui è stato effettuato l'ultimo test è stato per propria iniziativa nel 73% e su consiglio medico nel restante 27%.

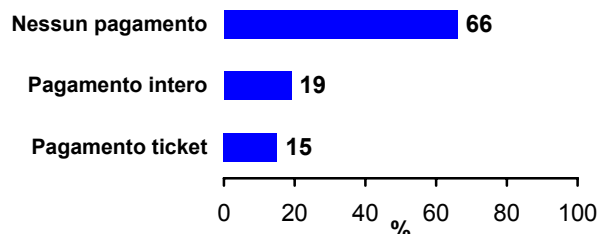


\* ciascuna modalità è considerata indipendentemente

## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

Costi del Pap test per le pazienti  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 66% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 15% ha pagato solamente il ticket e il 19% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Circa il 79% delle donne che ha effettuato il Pap test almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica ed il restante 21% in una struttura privata.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 7 di Carbonia la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato nella vita almeno un Pap test a scopo preventivo appare moderata (69%), nonostante la presenza sul territorio di una consolidata rete consultoriale che offre come prestazione lo screening specifico. Risulta moderata anche la percentuale (52%) di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni), così come la percentuale (23%) che l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.

All'interno della ASL devono quindi esser fatti ulteriori sforzi per migliorare la copertura col Pap test, che attualmente interessa con regolarità poco più di una donna su due, migliorando l'informazione e facilitando l'accesso delle donne alle strutture che lo eseguono gratuitamente, come previsto dalle norme vigenti e dal Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005, relativamente al "Progetto di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina".

# Screening neoplasia della mammella

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

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

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

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

- Nella ASL 7 di Carbonia circa il 71% delle donne intervistate, di età tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato almeno una mammografia nel corso della vita.
- Il 46% delle donne in età di screening riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Non si osservano differenze statisticamente significative per classi di età, stato civile e livello d'istruzione.
- L'età media della prima mammografia preventiva è risultata essere intorno ai 47 anni, più bassa pertanto rispetto a quella per la quale viene raccomandato l'inizio della mammografia periodica (50 anni).

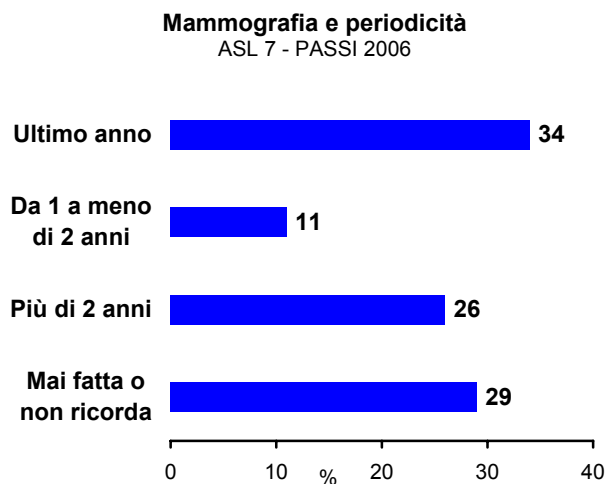
Screening cancro della mammella ( ≥50 anni) ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni *
<b>Totale</b>	<b>45,7</b> (IC95%:28,8-63,4)
<b>Età</b>	
50 - 59	52,6
60 - 69	37,5
<b>Stato civile</b>	
coniugata	44,8
non coniugata	50,0
<b>Istruzione **</b>	
bassa	48,0
alta	40,0

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

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

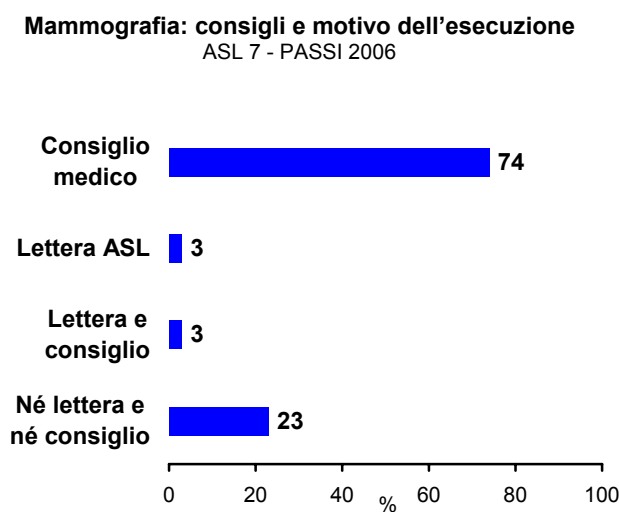
## Come è la periodicità di esecuzione della mammografia?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 34% delle donne intervistate tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia preventiva nell'ultimo anno, l'11% fra 1 e 2 anni ed il 26% più di 2 anni fa.
- Il 29% non ha mai eseguito una mammografia preventiva o non lo ricorda.



## Viene consigliata la mammografia alle donne?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 3% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, il 74% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia. Inoltre, il 3% ha ricevuto sia la lettera che il consiglio e il 23% nessuno dei due.
- Tra le donne che hanno eseguito almeno una volta la mammografia, l'ultima mammografia è stata eseguita di propria iniziativa nel 56% e su consiglio medico nel restante 44%.

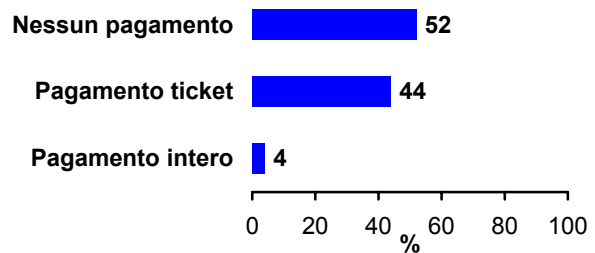


\* ciascuna modalità è considerata indipendentemente

## Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

Costi della mammografia per le pazienti  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 92% delle donne che hanno effettuato la mammografia almeno una volta l'ha eseguita in una struttura pubblica, il restante 8% in una struttura privata.
- Il 52% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 44% ha pagato solamente il ticket e il 4% ha pagato l'intero costo dell'esame.



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL 7 di Carbonia la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuata nell'arco della propria vita una mammografia a scopo preventivo appare discreta (71%). Risulta invece moderata la percentuale (46%) di donne che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni).

All'interno della ASL, devono quindi esser fatti ulteriori sforzi per migliorare la copertura dello screening della neoplasia della mammella, che attualmente interessa con regolarità meno di una donna su due.

La prospettiva a breve termine sarà quella di promuovere lo screening mammografico "attivo", così come previsto dal Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005, relativamente al "Progetto di screening per la prevenzione del tumore alla mammella".



# Screening neoplasia del colon retto

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

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

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

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

Screening cancro colon retto (≥50 anni)  
ASL 7 - PASSI 2006

- Nella ASL 7 di Carbonia il 17% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto (10%) e/o la sigmoidoscopia (13%) a scopo preventivo. Non si osservano differenze statisticamente significative per fasce di età, sesso e livello di istruzione.
- Solo il 4,3% ha fatto uno di questi due accertamenti negli ultimi due anni, così come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007. L'83% degli intervistati non ha mai fatto alcun test.

Caratteristiche demografiche	% di persone che hanno eseguito un test * per motivi preventivi
<b>Totale</b>	<b>17,1</b> (IC95%:9,2-28,0)
<b>Età</b>	
50 - 59	11,9
60 - 69	25,0
<b>Sesso</b>	
M	22,9
F	11,4
<b>Istruzione **</b>	
bassa	14,3
alta	23,8

\* sangue occulto e/o sigmoidoscopia

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

## Conclusioni e raccomandazioni

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

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati solo ora, in Sardegna come in diverse Regioni italiane, sulla base del Piano Nazionale di Prevenzione. Nella nostra Regione, in particolare, è stato approvato il "Progetto di screening del carcinoma colon-rettale" all'interno del Piano Regionale di Prevenzione varato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 29/2 del 05/07/2005. Visto il recente avvio di questo screening, i dati riportati non permettono ancora di effettuare valutazioni.

# Sintomi di depressione

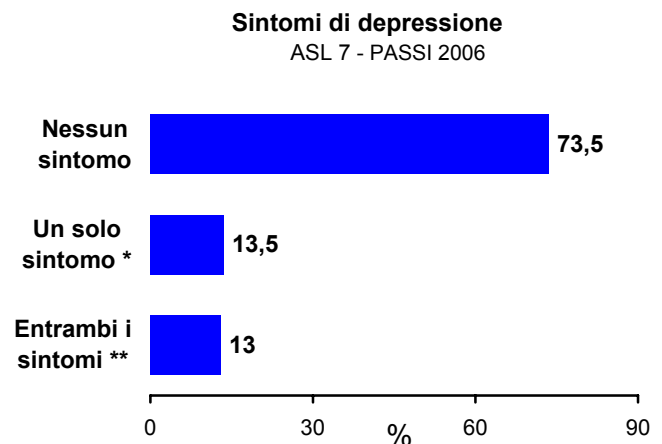
L'OMS, nel Rapporto sulla Salute pubblicato nel 2001, prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei Paesi industrializzati.

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

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

## Quanto sono diffusi i sintomi di depressione?

- Nella ASL 7 di Carbonia il 13% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi, 2 sintomi di depressione caratterizzati da poco interesse o piacere nel fare le cose e dal sentirsi giù di morale, depressi o senza speranze.
- Se a queste persone si aggiungono quelle che hanno riferito anche uno solo dei due sintomi, si rileva che il 26,5% delle persone intervistate riferisce almeno un sintomo di depressione sofferto nell'arco dei 12 mesi precedenti l'intervista.



\* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

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

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

- Nella ASL 7 di Carbonia i 2 sintomi di depressione associati non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione:
  - più interessate sono le donne e le persone disoccupate;
  - l'età ed il livello di istruzione non comportano differenze significative.
- Fra coloro che hanno riferito entrambi i sintomi di depressione, il 61% dichiara che tale condizione ha reso loro la vita moderatamente difficile e il 39% molto o moltissimo difficile.

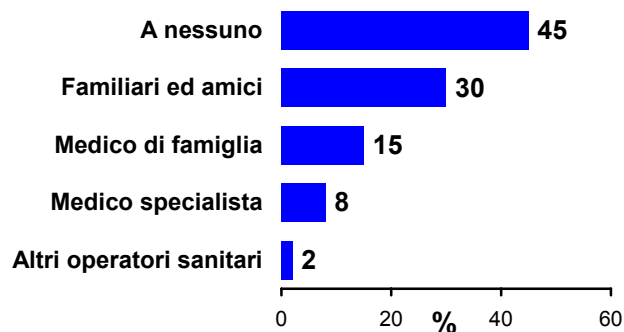
Sintomi di depressione ASL 7 - PASSI 2006	
Caratteristiche demografiche	% di chi ha riferito entrambi i sintomi
<b>Totale</b>	<b>13,0</b> (IC95%: 8,7-18,5)
<b>Età</b>	
18 - 34	12,7
35 - 49	13,3
50 - 69	12,9
<b>Sesso</b>	
M	11,2
F	15,1
<b>Istruzione *</b>	
bassa	14,0
alta	11,6
<b>Occupazione</b>	
presente	10,1
saltuaria	10,5
assente	18,1

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

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

- Su tutte le persone che hanno sofferto anche di un solo sintomo di depressione, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico risulta del 23%.
- Fra chi riferisce entrambi i sintomi, la proporzione di persone che si sono rivolte ad un medico arriva solo al 31%, praticamente una persona su tre.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione \*  
ASL 7 - PASSI 2006



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

## **Tra chi ha sintomi di depressione, quanti assumono farmaci?**

- Sul totale di coloro che hanno riferito anche un solo sintomo di depressione, il 15% ha assunto farmaci per consiglio di un medico negli ultimi 12 mesi.
- Se consideriamo solo coloro che riferiscono entrambi i sintomi, la proporzione di persone che assume farmaci sale al 31%.

<b>Sintomi di depressione e trattamento farmacologico</b>	
ASL 7 - PASSI 2006	
<b>Persone con almeno un sintomo</b>	<b>% tra chi ha riferito uno solo e/o entrambi i sintomi</b>
<b>Totale</b>	<b>15,4</b>
<b>Entrambi i sintomi</b>	<b>30,8</b>
<b>Un solo sintomo *</b>	<b>0,0</b>

\* ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose

## **Conclusioni e raccomandazioni**

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

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

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

# Valutazione della sperimentazione della sorveglianza di popolazione “Studio Passi” a livello nazionale

---

## Introduzione

La valutazione di processo dello studio Passi 2006 ha avuto l'obiettivo di rendere disponibili informazioni sulla accettabilità, fattibilità ed utilità di metodi e procedure utilizzate nella realizzazione di questo studio trasversale. Attraverso il confronto con i risultati derivati dal processo valutativo del PASSI 2005, si sono ottenute indicazioni utili al passaggio da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione.

Di seguito si riportano alcuni risultati ottenuti.

## Metodi

La valutazione della sperimentazione si è avvalsa di un approccio quantitativo.

Ai partecipanti al Passi 2006 è stato inviato un questionario semistrutturato che ricalcava ampiamente quello messo a punto nel 2005, costruito a sua volta, sulla scorta di indicazioni ottenute dalla valutazione propedeutica. Tale fase aveva consentito di raccogliere e testare le domande relative ai bisogni conoscitivi, espressi dai diversi gruppi di interesse coinvolti nello studio.

Il questionario, inviato nel mese di maggio 2006, inoltre, permetteva di ottenere informazioni aggiuntive su alcuni ambiti che si erano rivelati critici nel 2005 quale, ad esempio, il grado di aggiornamento delle anagrafi sanitarie utilizzate per il campionamento.

La scelta di utilizzare lo stesso questionario derivava principalmente dalle seguenti considerazioni:

- Il suo utilizzo consentiva di avvalersi di uno strumento ampiamente validato (oltre 120 ASL nel 2005)
- Il medesimo questionario si era rivelato adatto al raggiungimento degli obiettivi conoscitivi
- Apportava un valore aggiunto in termini informativi derivante dal confronto dei dati 2005 -2006.

## Risultati

### Tempistica dello studio

La preparazione dell'indagine è durata in media 19 giorni e le interviste sono state realizzate nell'arco di 49 giorni.

### Risorse e formazione

Una ASL su quattro ha lamentato difficoltà nel reperire risorse materiali ed una su due per quanto riguarda il reperimento di risorse umane dedicate.

Il dato relativo all'impiego inappropriato di medici per la realizzazione delle interviste risulta in calo rispetto al 2005, evidenziando un migliore utilizzo delle risorse disponibili.

L'attività formativa ed il materiale didattico fornito dall'ISS per l'addestramento del personale sono stati giudicati adeguati dalla quasi totalità delle ASL partecipanti.

### Campionamento ed interviste

Le liste delle anagrafi sanitarie, che costituiscono la base per il campionamento PASSI, sono risultate aggiornate nella metà delle ASL mentre nelle restanti è stata individuata una quota media di persone iscritte all'anagrafe sanitaria, in realtà non più residenti nel territorio della ASL oppure decedute, pari al 2%.

Solo per il 30% delle persone campionate le liste anagrafiche fornivano i numeri di telefono e gli indirizzi. Attraverso la consultazione di elenchi telefonici, liste anagrafiche comunali ed il rilevante contributo dei MMG, tale quota ha raggiunto il 93%.

Nella fase di somministrazione del questionario per telefono, non è stato possibile rintracciare il 7% delle persone campionate nonostante lo sforzo degli intervistatori; infatti 1 intervista su 5 è stata eseguita al di fuori dell'orario di lavoro (sera, prefestivo e festivo).

A fronte di un maggiore coinvolgimento dei MMG per contattare le persone da intervistare rispetto al 2005, il 13% ha rifiutato l'intervista. Complessivamente sono stati sostituiti il 26% di titolari campionati; tale dato è leggermente più elevato rispetto a quanto rilevato nel 2005 (24%).

Il questionario si è rivelato appropriato e mediamente accettabile. Qualche operatore e alcuni intervistati ha ritenuto fosse troppo impegnativo, in particolare per le sezioni relative all'attività fisica, alimentazione, sicurezza alimentare, sicurezza domestica e consumo di alcol.

Infine, secondo i coordinatori del PASSI, le attività più critiche risultavano essere quelle relative alla sostituzione dei titolari campionati, la validazione dei questionari ed il recupero dei recapiti.

## Conclusioni

I risultati ottenuti dalla valutazione di processo nel 2006 sono ampiamente sovrapponibili a quanto emerso nel 2005.

I principali punti di forza della sperimentazione riguardano:

- Semplicità e flessibilità: l'inserimento delle nuove sezioni di indagine del PASSI 2006 non ha creato particolari difficoltà al completamento dell'indagine
- Tempestività nella produzione dei dati: il cronogramma dell'indagine è stato complessivamente rispettato
- Disponibilità e flessibilità del personale tecnico coinvolto e dei MMG
- Efficacia del percorso e strumenti formativi.

Le criticità emerse, ancora una volta, rimangono:

- Reperimento risorse umane e materiali
- Reperimento recapiti telefonici e reclutamento degli intervistabili, anche a fronte di un maggiore coinvolgimento dei MMG
- Elevato tasso di sostituzione: può comportare una scarsa rappresentatività della popolazione.

In merito a quest'ultimo punto, nonostante il maggiore coinvolgimento dei MMG, non solo il tasso complessivo di sostituzione è rimasto elevato (1 persona su 4) ma, addirittura, la quota dei rifiuti da parte degli intervistati è cresciuta notevolmente (5% nel 2005 vs 13% nel 2006), con conseguente rischio di introduzione di bias di selezione nello studio.

Possono giocare a favore dell'incremento del tasso di rifiuto da un lato il calo di entusiasmo partecipativo da parte degli operatori sanitari già coinvolti nell'indagine 2005, dall'altro il crescente uso dell'indagine telefonica, anche per altri fini, cui è sottoposta la popolazione in generale.

Sulla soluzione di queste criticità e sulle difficoltà connesse alle attività di campionamento e sostituzione sarà opportuno un approfondimento in vista della transizione dello studio PASSI verso un sistema di sorveglianza della popolazione.

# 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 2006-2008 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
- Prevenire le malattie croniche. Un investimento vitale, OMS 2005

## **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/>
- Physical Activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 52.8 – European Opinion Research Group EEIG, December 2003  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ebs\\_183\\_6\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ebs_183_6_en.pdf)

## **Fumo**

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

**Infortunati domestici**

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

**Sicurezza alimentare**

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



- Federal Register Notices (2002) 67:188, 61109-61110 FoodSafety Survey Advisory Council on Food and Environmental Hygiene. On-line: [http://www.hwfb.gov.hk/en/committees/board/paper2001\\_26.html](http://www.hwfb.gov.hk/en/committees/board/paper2001_26.html). Accessed 10/01/2006
- Food Safety Survey: Summary of Major Trends in Food Handling Practices and Consumption of Potentially Risky Foods. On-line <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/fssurvey.html>. accessed 10/01/2006
- Batz MB, Doyle MP, Morris G Jr, Painter J, Singh R, Tauxe RV, Taylor MR, Lo Fo Wong DM; Food Attribution Working Group. Attributing illness to food. Emerg Infect Dis. 2005 Jul;11(7):993-9.
- Voetsch AC, Van Gilder TJ, Angulo FJ, Farley MM, Shallow S, Marcus R, Cieslak PR, Deneen VC, Tauxe RV; Emerging Infections Program FoodNet Working Group. FoodNet estimate of the burden of illness caused by nontyphoidal Salmonella infections in the United States. Clin Infect Dis. 2004 Apr 15;38 Suppl 3:S127-34.
- Scallan E, Majowicz SE, Hall G, Banerjee A, Bowman CL, Daly L, Jones T, Kirk MD, Fitzgerald M, Angulo FJ. Prevalence of diarrhoea in the community in Australia, Canada, Ireland, and the United States. Int J Epidemiol. 2005 Apr;34(2):454-60. Epub 2005 Jan 19.
- Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, Scallan E, Fitzgerald M, Adak GK, Sockett P, Ellis A, Hall G, Gargouri N, Walke H, Braam P. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. Clin Infect Dis. 2005 Sep 1;41(5):698-704. Epub 2005 Jul 22.

### **Rischio cardiovascolare**

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

### **Screening oncologici**

- LILT- Dossier "Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione" – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito [www.istat.it](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)

### **Sintomi di depressione**

- "Strengthening mental health promotion". WHO - Geneva (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Declaration for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>)
- "WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Action Plan for Europe". WHO - Helsinki 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)
- "LIBRO VERDE. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea". UE - COM(2005) 484/2005 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_it.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf))
- "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". Wittchen H.U., Frank Jacobi F. - European Neuropsychopharmacology. 15 (2005): 357-376

- “La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH (*“European Study on the Epidemiology of Mental Disorders”*, realizzato nell’ambito della *WHO World Mental Health Survey Initiative*)”. De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. e All., con risultati pubblicati anche per l’Italia nel supplemento al n. 4 [ott-dic 2005] della rivista “Epidemiologia e Psichiatria Sociale” (sintesi: <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>)

# Allegati

---

## Allegato 1: La lettera agli intervistati



Luogo e data

Gentile Signore/a

stiamo conducendo uno studio per verificare quali sono gli stili di vita (attività fisica, abitudini alimentari, abitudine al fumo... ) nella popolazione che vive nel territorio della nostra Azienda Sanitaria.

Questa ricerca (“**PASSI 2006: Progressi nelle Aziende Sanitarie per la salute in Italia**”) serve ad avere informazioni su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciuti, ma soprattutto, è di grande utilità per la programmazione di interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche (es: tumori, malattie cardiovascolari, obesità, ecc.) e alla promozione di uno stile di vita sano.

Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere alcune domande ad un campione di persone scelte a caso dalle liste dell’anagrafe della ASL 7 di Carbonia.

**Il suo nominativo è risultato tra quelli selezionati** (insieme a quello di altre 200 persone); per questo fra qualche giorno un operatore sanitario la contatterà telefonicamente per porle alcune domande molto semplici che la impegneranno per circa 20/25 minuti. In alternativa potrà concordare con l’operatore il giorno e l’ora che le sono più comodi per rispondere alle domande.

Le risposte che lei darà saranno unite a quelle delle altre persone intervistate per avere informazioni che saranno elaborate e presentate in modo da garantire l’anonimato degli intervistati.

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e Le ricordiamo che per qualsiasi chiarimento sull’iniziativa può contattarci al seguente numero: \_\_\_\_\_ , al quale risponderanno gli operatori \_\_\_\_\_ (nome e qualifica)

Cordiali saluti

**Allegato 2: La lettera ai Medici di Medicina Generale**

Luogo e data

Al Dott. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Caro Collega

come Ti sarà noto, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 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*. Per questo motivo il Ministero della Salute e diverse Regioni, hanno identificato la necessità di testare una sorveglianza su alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione italiana e una forma di monitoraggio di abitudini favorevoli la salute e di risultati di programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare comportamenti a rischio di patologie che interessano ampie fasce di popolazione.

La nostra Azienda Sanitaria sta conducendo questo studio denominato **“PASSI 2006: Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia”** che servirà ad avere informazioni su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciuti, ma soprattutto, sarà di grande utilità per la programmazione di interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche (es: tumori, malattie cardiovascolari, obesità, ecc.) e alla promozione di uno stile di vita sano.

Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere alcune domande ad un campione di persone scelte a caso dalle liste dell'anagrafe dell'Azienda Sanitaria, in cui è/sono presente/i un Tuo/Tuoi assistito/i:

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_

Un operatore del nostro Servizio dovrà intervistarlo telefonicamente mediante un questionario standardizzato della durata di circa 20/25 minuti.

A tutela della *privacy*, i dati tratti dalle interviste saranno trasferiti su supporto informatico privi degli identificativi (cognome, nome, C.F.) e aggregati con quelli relativi ad altri assistiti; contestualmente, sarà eliminata la pagina del questionario contenente i dati anagrafici dell'intervistato.

Per ulteriori chiarimenti e/o per richiedere copia del protocollo dello studio puoi contattare il

dott. \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Cordiali saluti

### Allegato 3: il questionario

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sesso  M  F

Intervistatore: \_\_\_\_\_

Data dell'intervista \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- ↳ Buon giorno, sono (*nome e cognome*), la chiamo dalla ASL 7 di Carbonia. Ha ricevuto per posta la lettera della ASL per un'intervista telefonica?  SÌ  NO
- ↳ Vorrei quindi spiegarle che la nostra ASL sta conducendo un importante programma per conoscere il punto di vista dei cittadini sul loro stato di salute e per informarsi sui loro stili di vita al fine di migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti alla popolazione.
- ↳ Per ottenere queste informazioni si è scelto di rivolgere delle domande per telefono ad alcune persone, di tutte le età comprese tra i 18 ed i 69 anni, scelte a caso tra quelle assistite dalla nostra ASL.
- ↳ Lei è risultata essere tra le persone selezionate per un'intervista e la ASL ritiene molto importante che lei ci dia informazioni utili.
- ↳ Prima di iniziare a farle le domande, voglio ricordarle che l'intervista risulterà del tutto anonima: la devo quindi assicurare che le risposte che mi darà saranno del tutto riservate e non saranno messe a disposizione di altri, per nessun motivo:  
è disponibile a rispondere ora, e per circa 20/25 minuti, alle domande che le farò?

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

↳ allora, quando sarebbe possibile richiamarla?

(giorno)  (ora)

NO

↳ non voglio partecipare



Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Medico di Famiglia \_\_\_\_\_

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

**SEZIONE 1: Stato di salute e qualità della vita percepita**

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

1.1 Come va in generale la sua salute?

*Leggere le risposte*

- Molto bene  
 Bene  
 Discretamente  
 Male  
 Molto male  
*Non leggere*  
 Non so

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

 1.2 Consideri la sua salute fisica, comprese malattie e conseguenze di incidenti.

Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni non si è sentito/a bene?

 Numero di giorni    
 Non so / non ricordo

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

 Numero di giorni    
 Non so / non ricordo

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

 Numero di giorni    
 Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Diabete  Sì  No  
 Insufficienza renale  Sì  No  
 Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale  Sì  No  
 Infarto del miocardio o altre malattie del cuore  Sì  No  
 Tumori (comprese leucemie e linfomi)  Sì  No

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

**SEZIONE 2: Attività fisica**

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

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

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

 Numero di giorni   
 Nessuna attività fisica energetica (*saltare alla domanda 2.3*)

2.2 Per quanto tempo al giorno, mediamente?

 :  :   
 (ore:minuti)  Non so / non ricordo

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

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

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

2.4 Per quanto tempo al giorno, mediamente?

 :  :   
 (ore:minuti)  Non so / non ricordo

### SEZIONE 3: Abitudine al fumo

Ora le farò alcune domande sul fumo di sigaretta.

- 3.1 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha chiesto se lei è un fumatore?
- Sì  
 No  
 Non sono stato dal medico negli ultimi 12 mesi  
 Non so / non ricordo
- 3.2 In tutta la sua vita, ha fumato almeno 100 sigarette (circa 5 pacchetti da 20 sigarette)?
- Sì  
 No (saltare alla domanda 3.11, pagina 6)  
 Non so / non ricordo
- 3.3 Attualmente fuma?
- Sì  
 No (saltare alla domanda 3.8, pagina seguente)  
 Non so / non ricordo
- 3.4 In media quante sigarette fuma al giorno?
- Numero
- Meno di una sigaretta al giorno  
 Non so / non ricordo
- 3.5 Negli ultimi 12 mesi, un medico o altro operatore sanitario le ha mai consigliato di smettere di fumare?
- Sì, per motivi di salute ..... } (se la risposta è Sì, chiedere  
 Sì, a scopo preventivo (in assenza di segni o sintomi) } per quale dei due motivi)  
 No  
 Non so / non ricordo
- Pensi ora al tempo da lei trascorso camminando negli ultimi sette giorni. Includa il tempo trascorso camminando sia al lavoro sia a casa, nello spostarsi da un luogo ad un altro o camminando per qualsiasi altro motivo...
- 2.5 ... quindi le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni, in quanti giorni lei ha camminato per almeno 10 minuti di continuo?
- Numero di giorni
- Nessuno (saltare alla domanda 2.7)
- 2.6 Per quanto tempo al giorno, mediamente?
- :  (ore:minuti)  
 Non so / non ricordo
- Ora le chiederò informazioni sul tempo trascorso nell'ultima settimana lavorativa stando seduto/a. Includa il tempo in cui rimane seduto/a al lavoro, in casa, leggendo, o per guardare la televisione, o durante il suo tempo libero nel far visita a casa di amici...
- 2.7 ... quindi le chiedo: durante gli ultimi 7 giorni, quanto tempo in media al giorno ha trascorso stando seduto/a?
- :  (ore:minuti)  
 Non so / non ricordo
- Ora le faccio qualche domanda sui consigli che ha ricevuto negli ultimi 12 mesi sull'attività fisica:
- 2.8 Le è mai stato chiesto da un medico o altro operatore sanitario se fa una regolare attività fisica?
- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo
- 2.9 Le è mai stato consigliato da un medico o altro operatore sanitario di fare regolare attività fisica?
- Sì  
 No ..... } (saltare alla Sezione 3: Abitudini al fumo, pag. seguente)  
 Non so / non ricordo
- 2.10 Lo stesso medico od operatore sanitario le ha chiesto, alle visite successive, se sta facendo le attività suggerite?
- Sì  
 No  
 Non l'ho ancora visto da quando ho ricevuto i consigli  
 Non so / non ricordo

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

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

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

- Sì  
 No (saltare alla Sezione 4: Alimentazione)

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

*Leggere le risposte*

- Rispettano sempre i divieti di fumo  
 Li rispettano a volte  
 Non li rispettano mai  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

**SEZIONE 4: Alimentazione**

**Passo ora a farle alcune domande sulle sue abitudini alimentari.**

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

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

- Sì  
 No

4.3 Direbbe che, attualmente, il suo peso è:

*Leggere le risposte*

- Troppo alto  
 Troppo basso  
 Più o meno giusto  
*Non leggere*  
 Non saprei

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

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

- Sì, organizzato dalla ASL .....  
 Sì, organizzato da un'associazione .....  
 Sì, organizzato da un medico privato .....  
 Sì, organizzato da altri .....  
 Sì, ma non ricordo da chi è stato organizzato .....  
 No  
 Non so / non ricordo

*(se la risposta è SÌ, chiedere da chi era organizzato)*

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

**— SOLO PER GLI EX-FUMATORI —**

3.8 Quando ha smesso di fumare?

*Leggere le risposte*

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

3.9 Come è riuscito/a a smettere di fumare?

*Leggere le risposte*

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

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

*Leggere le risposte*

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



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

*Leggere le risposte*

- Sì, molto
- Sì, abbastanza
- No, non molto
- No, per niente
- Non leggere*
- Non saprei

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

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

*Leggere le risposte*

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5 o più

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

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

- Carboidrati come pane, pasta, riso  meno  più  nessun cambiamento
- Frutta e verdura  meno  più  nessun cambiamento
- Grassi .....  meno  più  nessun cambiamento
- Carne .....  meno  più  nessun cambiamento
- Sale .....  meno  più  nessun cambiamento
- Alcol .....  meno  più  nessun cambiamento

**SEZIONE 5: Assunzione di alcol**

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

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

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

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

Numero

- Meno di una unità al giorno
- Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Solo durante i pasti
- Prevalentemente durante i pasti
- Prevalentemente fuori dai pasti
- Solo fuori dai pasti

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

Numero   *(se MAI, scrivere 0)*

- Non so / non ricordo

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

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

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

- Sì, il medico o un operatore sanitario
  - Sì, famigliari o amici
  - Sì, altro
  - No, non mi è stato consigliato
  - Non so / non ricordo
- (se la risposta è SÌ, chiedere da chi ha avuto il consiglio)*

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

*Leggere le risposte*

- Mai  
 1-2  
 3-4  
 5 o più  
 Non ho guidato nell'ultimo mese  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Mai  
 1-2  
 3-4  
 5 o più  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

### SEZIONE 6: Sicurezza stradale

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

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

*Leggere le risposte*

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

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

*Leggere le risposte*

- Sempre  
 A volte  
 Mai  
 Non viaggio mai sui sedili posteriori

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

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

6.4 Le capita di mettere il casco?

*Leggere le risposte*

- Sempre  
 A volte  
 Mai

### SEZIONE 7: Sicurezza domestica

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

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

*Leggere le risposte*

- Assente  
 Basso  
 Alto  
 Molto alto

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

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

**SEZIONE 8: Sicurezza alimentare**

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

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

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

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

*Leggere le risposte*

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

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

*Leggere le risposte*

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

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

*Leggere le risposte*

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

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

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

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

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

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

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

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

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

7.7 Per quanti di questi infortuni ...

*Leggere le voci*

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

**SEZIONE 9: Rischio cardiovascolare**

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

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

- Sì  
 No ..... } (saltare alla domanda 9.6)  
 Non so / non ricordo

9.2 Quando è stata l'ultima volta?

- Leggere le risposte*  
 Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 2 anni fa  
 Più di 2 anni fa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

- Sì  
 No ..... } (saltare alla domanda 9.6)  
 Non so / non ricordo

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

- Leggere le risposte*
- Riduzione del sale nel cibo .....  Sì  No  Non ricordo
  - Attività fisica regolare .....  Sì  No  Non ricordo
  - Perdita o mantenimento peso corporeo ...  Sì  No  Non ricordo

9.5 Prende attualmente farmaci per tenere bassa la pressione?

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

**Ora vorrei farle qualche domanda sulla misurazione del colesterolo.**

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

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

9.7 Quando è stata l'ultima volta?

- Leggere le risposte*  
 Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 2 anni fa  
 Più di 2 anni fa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

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

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

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

9.10 Prende attualmente farmaci per tenere basso il colesterolo?

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

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

9.11 Un medico le ha calcolato questo rischio?

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

### SEZIONE 10: La domanda di cure primarie

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

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

*Leggere le risposte*

- Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 3 anni fa  
 Più di 3 anni fa  
 Non sono mai stato dal mio medico di famiglia  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

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

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

- Sì, medico di base/ guardia medica  
 Sì, altro operatore sanitario  
 No .....  
 Non so / non ricordo *(saltare alla Sezione 11: Screening oncologici, pag. seguente)*

10.4 Ha fatto un esame di laboratorio delle feci?

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

### SEZIONE 11: Screening oncologici

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

(riscrivere l'età in anni)

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

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

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

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

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

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

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

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

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

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

*Leggere le risposte*

- Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 3 anni fa  
 Più di 3 anni fa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

11.10 Ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo?

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

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

- anni  
 Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 2 anni fa  
 Più di 2 anni fa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Una lettera d'invito della ASL  
 Il consiglio di un operatore sanitario  
 Di propria iniziativa  
 Il consiglio di amici/parenti  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

11.14 Dove ha fatto l'ultima mammografia?

*Leggere le risposte*

- Presso una struttura pubblica o convenzionata  
 Presso un struttura privata  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Una lettera d'invito della ASL  
 Il consiglio di un operatore sanitario  
 Di propria iniziativa  
 Il consiglio di amici/parenti  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

*Leggere le risposte*

- Presso una struttura pubblica o convenzionata  
 Presso un struttura privata  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

11.7 Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?

*Leggere le risposte*

- Sì, il ticket  
 Sì, il costo era completamente a mio carico  
 No, nessuna spesa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

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

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

11.15 Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?

*Leggere le risposte*

- Sì, il ticket  
 Sì, il costo era completamente a mio carico  
 No, nessuna spesa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

\_\_\_\_\_ per UOMINI e DONNE sopra i 50 anni \_\_\_\_\_

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

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

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

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

*Leggere le risposte*

- Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 2 anni fa  
 Più di 2 anni fa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

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

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

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

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

*Leggere le risposte*

- Negli ultimi 12 mesi  
 Tra 1 e 2 anni fa  
 Più di 2 anni fa  
*Non leggere*  
 Non so / non ricordo

### SEZIONE 12: Salute mentale

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

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

- Sì  
 No  
 Non so / non ricordo

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

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

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

*Leggere le risposte*

- Per niente  
 Moderatamente  
 Molto  
 Moltissimo

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

*Leggere le risposte*

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

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

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

12.6 Ricorda il nome dei farmaci antidepressivi prescritti?

(riportare il nome commerciale del farmaco)

- Non so / non ricordo

**SEZIONE 13: Dati socio – anagrafici**

Le faccio ora le ultimissime domande.

13.1 Quale è il suo attuale stato civile?

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

13.2 Qual è il suo titolo di studio?

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

13.3 Lei lavora regolarmente?

- Sì
- No, saltuariamente
- No

13.4 Qual è la sua cittadinanza?

- Italiana
- Straniera (specificare \_\_\_\_\_)

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

*Leggere le risposte*

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

13.6 Può dirmi la sua altezza (senza scarpe)?

cm

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

Kg

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

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

*Leggere le risposte*

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente
- Non deve farle
- Non leggere*
- Non saprei

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

Fine intervista (ora/min.) \_\_\_\_\_