

**Sistemi di sorveglianza degli stili di vita per la  
Sanità Pubblica.  
Il contrasto alle malattie cronico - degenerative  
nella provincia di Rieti.  
Report Aziendale anni 2007-2010**



| Mi amo  | A Rieti ...  | Non mi amo   |
|---|--|--|
|  | <b>Il 43% è in eccesso ponderale</b><br>(34% in sovrappeso,<br>9% obeso)                 |  |
|  | <b>Il 36% è fumatore mentre gli<br/>ex-fumatori sono il 19%</b>                          |  |
|  | <b>Nei giovani tra i 18 ed i 34 anni<br/>il 14% guida sotto l'effetto<br/>dell'alcol</b> |  |
|  | <b>Il 33% pratica una costante e<br/>sufficiente attività fisica</b>                     |  |
|  | <b>Il 91% usa sempre il casco e<br/>il 79% la cintura anteriore</b>                      |  |

**Io mi amo**  **E tu ti ami?**

**Scopri lo rispondendo alle domande degli operatori  
del Progetto P.A.S.S.I.  
Rispondi alla nostra telefonata...**


 Il Progetto PASSI indaga gli aspetti relativi allo stato di salute della popolazione.  
 Visita il sito dell'Assemblea di Credito al sito [www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it) - Progetto PASSI.  
 Azienda Unità Sanitaria Locale RM2 - 02100 Rieti (RI) - Viale Mellini, 9 - C.F. n° P.I. 00821180377

*A cura di:  
Dottor Gianluca Fovi  
Dottoressa Felicetta Camilli*

Avviato nel 2005 come sperimentazione di metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, P.A.S.S.I. (*Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*) è ora un progetto del Ministero della Salute e delle Regioni/Province Autonome che ha l'obiettivo di mettere a disposizione di tutte le Regioni e Aziende Sanitarie Locali (Asl) del Paese una sorveglianza dell'evoluzione di questi fenomeni nella popolazione adulta. Con una peculiarità unica: tarare questo strumento soprattutto per un utilizzo dei dati a livello locale, direttamente da parte di Asl e Regioni.

Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (*Cnesps*) dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), supportato da esperti regionali, ha coordinato il progetto che vede le Asl e le Regioni in prima linea nella sperimentazione e messa a regime di questo sistema di sorveglianza: l'obiettivo è costruire uno strumento utile per migliorare l'impatto e l'efficacia degli interventi di prevenzione messi in campo dal nostro sistema di salute nei confronti delle malattie croniche.

Dalla sperimentazione iniziata nel gennaio 2007 siamo giunti ai nostri giorni con un programma di sorveglianza definita, perfezionatosi via via e collaudatissimo. Esso ha l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio.

La sorveglianza di popolazione sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione ha il vantaggio di essere rappresentativo della popolazione, di fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica, di consentire la messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute e di fornire un dettaglio di informazione a livello di Asl, che consenta il confronto fra le diverse Asl all'interno della stessa Regione.

Ciò spiega l'importanza del Passi che è divenuto elemento portante del Piano Nazionale di Prevenzione e di conseguenza del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 di cui il progetto di sorveglianza raccoglie i dati di ben 14 dei 21 progetti che lo costituiscono.

In tal senso l'Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti sostiene gli sforzi del Team Passi impegnato ormai da tre anni su un fronte ricco di successi.

**Dottor Rodolfo Gianani**  
Direttore Generale  
Azienda USL Rieti

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (P.A.S.S.I - *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*). L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene periodicamente estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ogni Asl) con un questionario standardizzato.

La raccolta continua permette di verificare quanti italiani adottano corretti stili di vita per prevenire le maggiori malattie *cronico-degenerative* e quindi di monitorare l'effetto delle attività di prevenzione. Dalla popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni, infatti, P.A.S.S.I. raccoglie conoscenze, atteggiamenti e pratiche su molti importanti aspetti legati alla prevenzione: rischio cardiovascolare, screening oncologici, attività fisica, abitudini alimentari, consumo di alcol, fumo, sicurezza stradale, salute mentale, incidenti domestici, vaccinazione antinfluenzale e per la rosolia.

I sistemi di sorveglianza sugli stili di vita e l'adesione agli interventi di prevenzione hanno lo scopo di fornire alle Aziende sanitarie locali una robusta base di dati sullo stato di salute e sulla distribuzione dei fattori di rischio e su come questi si modificano nel tempo. L'integrazione tra le diverse sorveglianze di popolazione rafforza e motiva gli interventi realizzati dal sistema sanitario per la promozione della salute e consente di monitorarne i progressi. Inoltre, contribuisce a rafforzare la collaborazione interistituzionale, promossa dal programma nazionale Guadagnare Salute, finalizzata alla realizzazione di azioni che facilitino scelte di vita salutari.

La diffusione e l'utilizzo dei dati della sorveglianza va sostenuta attraverso iniziative di comunicazione che favoriscano la collaborazione degli operatori delle aziende sanitarie e la partecipazione attiva di target specifici della popolazione alle iniziative di promozione della salute programmate sulla base dei dati raccolti.

È dal 2007 che l'Azienda A.S.L. Rieti partecipa attivamente alla sorveglianza P.A.S.S.I fornendo informazioni di grande interesse ed importanza ai fini della programmazione a livello locale per gli interventi di prevenzione di importanti malattie croniche da parte delle competenti strutture aziendali.

**Dottor Angelo Toni**  
Direttore Dipartimento di Prevenzione  
Coordinatore Aziendale del Piano Regionale di Prevenzione

## Introduzione

È un dato di fatto che, in tutto il mondo, i sistemi sanitari investono una modestissima quota della spesa sanitaria nella prevenzione, rispetto alle spese di assistenza: solo il 3%, secondo le stime dell'*Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico* (Ocse). È altrettanto noto che le malattie cronicodegenerative (*cardiovascolari e tumori per prime*) assorbono quote sempre più rilevanti della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie continua ad aumentare con l'allungamento della vita media.

In Italia, la proporzione di popolazione con più di 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e ora rappresenta circa un quinto della popolazione nazionale, con punte maggiori in alcune regioni.

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? Cifre che, peraltro, paradossalmente sono legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria. Continuare ad investire solo in assistenza oggi non è più sostenibile. Una parte dell'attenzione deve essere quindi focalizzata, in modo non rimandabile, sulla **prevenzione**. Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a solo sette fattori principali: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

In questo contesto, allora, diventa essenziale monitorare i comportamenti e gli stili di vita delle persone, per rilevare il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione. Il sistema di sorveglianza P.A.S.S.I. (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) risponde a questa esigenza: con una serie di interviste telefoniche effettuate direttamente dalla A.S.L., va a cogliere l'evoluzione e gli eventuali cambiamenti nella percezione della salute e dei comportamenti a rischio nella nostra popolazione. Grazie alle risposte dei cittadini, si ottiene una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni.

Con P.A.S.S.I., cui hanno aderito tutte le Aziende Sanitarie del Paese, le iniziative su temi di interesse nazionale possono essere monitorate nel tempo e il loro grado di "*penetrazione*" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre attività della Nazione.

## Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 160.467 abitanti residenti al 31.X.2010.

Sono state intervistate 662 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con *campionamento proporzionale stratificato* per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

La A.S.L. di Rieti ha partecipato dunque alla Sorveglianza Sanitaria con un campione di buona rappresentatività aziendale.

Nella provincia di Rieti il campione intervistato (662 unità statistiche) è risultato composto per il 50.8% da donne e per il 49.2% da uomini. L'età media complessiva è stata di 44 anni.

Il campione è risultato costituito per il 29% da persone nella fascia *etaria* 18-34 anni, per il 35% da persone tra i 35 ed i 49 anni e per il 36% da persone con età compresa tra i 50 ed i 69 anni.

Nella A.S.L. di Rieti il 12.4% del campione intervistato non ha alcun titolo di studio o è in possesso della licenza di istruzione elementare, il 31.4% è in possesso di licenza media inferiore, il 43.3% della licenza di scuola media superiore mentre solo il 12.9% risulta laureato. L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione *significativamente* più bassi rispetto ai giovani.

Il 52.2% del campione risulta coniugato e/o convivente, il 33.5% è celibe/nubile, il 5% separato/divorziato e il 3.3% vedovo/vedova.

Nel campione il 5% è risultato essere in possesso di cittadinanza straniera (la maggior parte rumena e albanese). Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi più giovani: in particolare nella classe di età tra i 18 e i 34 anni, l'11% delle donne ha cittadinanza straniera.

Nella A.S.L. di Rieti il 74% degli intervistati tra i 18 e i 65 anni ha riferito di lavorare regolarmente. Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (66% vs 81%). Gli intervistati tra i 18 ed i 49 anni sono quelli che hanno riferito in maggior percentuale di lavorare (con lavori prevalentemente temporanei tra i più giovani), soprattutto tra gli uomini.

Nel nostro territorio il 52% del campione ha riferito di arrivare a fine mese senza difficoltà economiche, il 38.8% di arrivarci con qualche difficoltà, il 9.3% di arrivarci con molte/moltissime difficoltà. Le donne sono quelle che percepiscono le maggiori difficoltà nel raggiungere la fine del mese senza affanni rispetto ai loro coetanei uomini (~ 11% vs ~ 8%).

## Percezione dello stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) definisce la salute come uno stato di "*benessere psicofisico*", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

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

Nella A.S.L. di Rieti il 63.1% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi "*bene*" o "*molto bene*" il 33.3% ha riferito di sentirsi "*discretamente*" e solo il 3.6% ha risposto in modo negativo (*male/molto male*). In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani nella fascia di età tra i 18 ed i 34 anni, gli uomini, le persone con alta istruzione, le persone senza difficoltà economiche, le persone senza patologie severe.

Nella nostra A.S.L. la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (54.9% in buona salute fisica, il 65.5% in buona salute psicologica, il 77.8% senza alcuna limitazione alle attività abituali).

Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8.3%), per motivi psicologici (10%) e con limitazioni alle attività abituali (4.7%).

La media dei giorni al mese in cattiva salute, sia per motivi fisici sia per motivi psicologici, è circa 4 giorni; le attività abituali sono risultate in media per due giorni al mese.

Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie severe.

Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggioranza limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.



**Mi amo**



*Io mi amo*



**A Rieti ...**

**Il 43% è in eccesso ponderale  
(34% in sovrappeso,  
9% obeso)**

**Il 36% è fumatore mentre gli  
ex-fumatori sono il 19%**

**Nei giovani tra i 10 ed i 34 anni  
il 14% guida sotto l'effetto  
dell'alcol**

**Il 33% pratica una costante e  
sufficiente attività fisica**

**Il 91% usa sempre il casco e  
il 79% la cintura anteriore**

**Non mi amo**



**E tu ti ami?**  
Scopri lo rispondendo alle domande degli operatori  
del Progetto P.A.S.S.I.  
Rispondi alla nostra telefonata...



Il Progetto P.A.S.S.I. indaga gli aspetti relativi allo stato di salute della popolazione.  
Vai al sito dell'Azienda di Indirizzo [www.az.az.az.it](http://www.az.az.az.it) - Progetto P.A.S.S.I.

Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti - 02100 Rieti (RM) - Viale Matteucci, 9 - C.F. e P.I. 00821180177

Poster per l'adesione da parte della popolazione all'intervista telefonica.  
Gruppo P.A.S.S.I.- A.S.L. Rieti

## Attività fisica

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: **30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno tre giorni.**

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di Sanità Pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* ha inserito l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute del Paese.

L'Unione Europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

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

Nella A.S.L. Rieti il 31.3% delle persone dichiara di aver adottato uno stile di vita attivo conducendo un'attività lavorativa pesante o praticando un'attività fisica moderata/intensa raccomandata. Il 38.3% dichiara di praticare un'attività fisica inferiore a quelle che sono le raccomandazioni internazionali (persone parzialmente attive) mentre il 30.4% della popolazione reatina intervistata si dichiara completamente sedentaria.

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

Va ricordato che nel 2010 nella Regione Lazio il 35% delle persone intervistate (su 3.273) è risultata sedentaria laddove tale valore percentuale tra le Aziende Sanitarie partecipanti in Italia al progetto P.A.S.S.I. è stato del 31%.

Nella nostra A.S.L. solo il 29.5% degli intervistati ha riferito che un medico o un operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e il 32.6% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Tra le persone attive il 28.9% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente mentre il 48.2% delle persone parzialmente attive e il 29.1% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente dimostrando la tendenza ad una percezione distorta dell'attività fisica praticata.

## L'abitudine al fumo

Secondo i dati 2007-2010 del Sistema di Sorveglianza P.A.S.S.I., nella A.S.L. Rieti il 29% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette.

Il 18.6% è invece *ex-fumatore* e il 52.3% non ha mai fumato. Nella Regione Lazio, nel 2010 la percentuale di fumatori è stata del 31% e nel pool di A.S.L. P.A.S.S.I. 2010 del 28%.

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (52.1% vs 47.9%), nei 18-34enni (36.4%) e tra quelli con qualche difficoltà economica (44.2%).

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 14. Tra i fumatori, il 7.2% è un forte fumatore (più di un pacchetto di sigarette al giorno). Lo 0.6% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

Tra gli intervistati che nei dodici mesi precedenti l'intervista hanno avuto un contatto diretto con un operatore sanitario, al 44.7% è stato chiesto se fumavano.

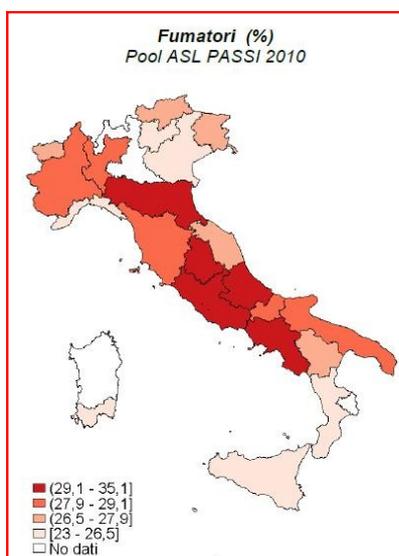
Tra i fumatori nel triennio 2007-2009 il 53.8% ha ricevuto il consiglio di smettere, mentre nel 2010 la percentuale è stata pari al 61.2%. I due valori, che non sono confrontabili per modifiche apportate al questionario utilizzato nel 2010, sono rilasciati separatamente.

Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista il 45.9% ha tentato di smettere di fumare e di questi il 7.8% è riuscito a farlo.

L'80.6% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è *sempre/quasi sempre* rispettato (conformemente alla legge). Valore analogo (83%) è stato riscontrato nelle altre provincie del Lazio.

Tra i lavoratori intervistati l'81.3% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è *sempre/quasi sempre* rispettato.

Il 26% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 20.1% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 5.9% ovunque).



## Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

Le persone vengono classificate in quattro categorie in base al valore dell'*Indice di Massa Corporea (Body Mass Index o BMI)*, calcolato *dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato*: **sottopeso** (BMI<18,5), **normopeso** (BMI 18,5-24,9), **sovrappeso** (BMI 25.0-29.9), **obese** (BMI  $\geq$ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni.

Nella A.S.L. di Rieti il 4.7% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 33.4% sovrappeso e il 10.9% **obeso**. Complessivamente però si stima che il 44.3% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Tale eccesso è più frequente col crescere dell'età, negli uomini rispetto alle donne (53.8% vs 35%), nelle persone con basso livello di istruzione. Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella A.S.L. di Rieti si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (90.3%) e nei normopeso (83.0%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 42.7% ritiene il proprio peso giusto e l'1.8% troppo basso.

Nella A.S.L. di Rieti il 47.3% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno; il 36% ha riferito di mangiarne 3 o 4 porzioni al giorno e solo il 12.9% le 5 porzioni raccomandate (*five-a-day*). Sebbene il 58% delle persone intervistate abbia ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di intraprendere un regime dietetico solo il 28.4% delle persone in eccesso ponderale ha dichiarato di aver intrapreso una dieta (25.9% nei sovrappeso e 36.1% negli obesi).

La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta a Rieti e provincia è più alta nelle donne (38.5% vs 21.7%), negli obesi, nelle persone sovrappeso (obesi esclusi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (33.6%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (16%), in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (43.7% vs 11.7%).

Infine nella nostra A.S.L. il 21.4% degli intervistati ha dichiarato di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno con una percentuale maggiore nella fascia 18-34 anni e nelle persone già in eccesso ponderale. Non sono riscontrate in tale caso differenze significative tra i due sessi.



REGIONE  
LAZIO



♪ A Rieti e provincia il 33% della popolazione è in sovrappeso e ben l'11% risulta obesa.

♪ Risultano obese il 12% delle persone tra 18 e 35 anni di età, il 29% di quelle tra 35 e 49 anni e il 58% delle persone con età compresa tra i 50 e i 69 anni.

♪ Nella nostra provincia il 41% degli uomini è in sovrappeso mentre il 12% è francamente obeso; per le donne le percentuali sono 25% e 10%.

♪ Nella ASL Rieti il 47% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.

*Accorda la tua dieta!*



**Canta che ti ....PASSI!**

Se vuoi saperne di più  
rivolgiti alla tua Azienda  
U.S.L.

Tel. 0746278704

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso è un fattore di rischio rilevante per cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito.

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: per esempio chi consuma molta frutta e verdura corre un minor rischio di sviluppare neoplasie. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo di almeno 5 porzioni ogni giorno.

*Si ringraziano i cittadini che hanno consentito all'Asl, tramite le interviste PASSI, di raccogliere informazioni anche sulle abitudini alimentari della popolazione adulta.*

A cura di: Dottor Gianluca Fovì, Dottoressa Felicetta Camilli, Dottoressa Maddalena Morante, Dipartimento di Prevenzione

Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti – 02100 Rieti (RI) – Viale del Terminillo 42 – C.F. e P.I. 00821180577

## Consumo di alcol

L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali prima causa di morte in età giovanile, dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia). Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Daly*). Si stima inoltre che le morti attribuibili all'alcol ammontino in Italia a circa 2.255 l'anno. Anche l'impatto economico è notevole: si stima infatti che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del P.I.L..

Nella A.S.L. Rieti il 52.7% degli intervistati dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica (per unità alcolica intendendosi una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore).

Nel 2010, il 7.9% degli intervistati della A.S.L. può essere classificato come bevitore *binge*. Questa percentuale è leggermente più alta rispetto a quella del triennio precedente 2007-2009 perché nel 2010 i valori che definiscono il consumo *binge* sono variati da “aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche” a “5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne”.

Tale incremento si ripercuote anche sulla percentuale di bevitori a rischio del 2010 (19.3%), definiti tali o perché consumatori *binge* o perché *forti bevitori* (10.2%) o perché *bevitori fuori pasto* (6.7%) oppure per una combinazione delle tre modalità.

| Indicatori consumo di alcol<br>(ultimi 30 giorni) Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti |  | Periodo temporale |       |
|--|--|-------------------|-------|
|  |  | 2007-2010         |       |
| - Forti bevitori <sup>1</sup>  |  | 10,2%             |       |
| - Bevitori fuori pasto   |  | 6,7%              |       |
|  |  | 2007-2009         | 2010  |
| - Bevitori <i>binge</i> <sup>2,3</sup>   |  | 6,8%              | 7,9%  |
| - Bevitori a rischio <sup>4</sup>  |  | 12,8%             | 19,3% |

<sup>1</sup> chi negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 3 o più unità alcoliche (uomini) e 2 o più unità alcoliche (donne)  
<sup>2</sup> 2007-2009: chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche  
<sup>3</sup> 2010: chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)  
<sup>4</sup> forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*

Secondo i dati 2007-2010 relativi alla A.S.L. Rieti tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato auto e/o moto negli ultimi 12 mesi il 7.3% dichiara di aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

Il 46.3% degli intervistati dichiara di aver subito negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine anche se i controlli sistematici come l'*etilotest* risultano ancora poco frequenti come pure a livello regionale.

## Sicurezza stradale

L'obiettivo dell'Unione Europea era quello di dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidenti stradali rispetto al 2000. Gli incidenti stradali rappresentano infatti la principale causa di morte e di disabilità sotto i 40 anni. Gli eventi più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulla strada è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. In ambito preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono azioni di provata efficacia l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuali (casco, cinture e seggiolini) e i controlli delle Forze dell'Ordine.

Nel periodo 2007-2010 nelle A.S.L. Rieti la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto indossando sempre il casco (90%) e la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (78%).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 12.3% degli intervistati infatti la usa sempre (dato regionale: 11.71%).

L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi di età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni).

Anche l'utilizzo della cintura anteriore è diffuso in tutte le A.S.L. laziali; la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più bassa della media regionale che è del 98% nella A.S.L. di Rieti dove la percentuale è come abbiamo detto del 78%.

Nella A.S.L. di Rieti il 9.7% (vs il 15% del dato regionale) degli intervistati ha riferito di non utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini.





# NON GIOCARTI LA VITA! CALA I TUOI (P)ASSI DALLA MANICA

- Nel territorio della provincia di Rieti:**
- il **22%** dei guidatori dichiara di non utilizzare la cintura di sicurezza anteriore e l'**88%** non considera necessario allacciare quelle posteriori;
  - il **9,7%** dei guidatori dichiara di non utilizzare correttamente i dispositivi di sicurezza per i figli di età inferiore ai 14 anni;
  - il **9.6%** dei motociclisti dichiara di non utilizzare il casco o di usarlo non correttamente allacciato.



**UTILIZZA SEMPRE**  
i dispositivi di sicurezza quando sei alla guida di un autoveicolo o di un motoveicolo!

A cura di: dr. Gianluca Fovi, dr.ssa Felioetta Camilli, dr.ssa Maddalena Morante, dr.ssa Marina Casanova  
Dipartimento di Prevenzione - Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti - 02100 Rieti (RI) - Via del Terminillo 42 - C.F. e P.I. 00821180577

## Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la Sanità Pubblica, sia dal punto di vista della mortalità che della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto essa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza.

Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

In Italia il numero di infortuni domestici a partire dal 1988 a oggi è in costante crescita anche se in parte è attribuibile al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno.

P.A.S.S.I. rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal 2010 misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al Medico di Famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

Nella A.S.L. di Rieti la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: l'88.5% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

In particolare la bassa percezione del rischio sembra più frequente tra gli uomini e tra le persone senza difficoltà economiche.

La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

Nel 2010 (informazione disponibile solo a partire da questo anno) nella A.S.L. Rieti l'1.8% degli intervistati dichiara di aver riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del Medico di Famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione. Nella regione Lazio questa percentuale è del 3.5% mentre nel pool delle A.S.L. nazionali questo valore corrisponde al 3.7%.

## Rischio Cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono un ventaglio di patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico ed ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano oltre il 40% di tutti i decessi ed hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (*Disability Adjusted Life Years*, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/ obesità, sedentarietà, dieta. Diverse componenti della dieta influiscono sul rischio cardiovascolare (in modo positivo: consumo di frutta e verdura, pesce; negativo: eccessivo contenuto di sale di grassi saturi e di grassi idrogenati, etc.)

Oltre agli stili di vita rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità e isolamento sociale.

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

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

L'approccio individuale, invece, è volto ad identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva è importante valutare, più che la presenza di singoli fattori, il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione. P.A.S.S.I. monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli consentendo di valutare le associazioni tra diverse condizioni.

Valuteremo in questa sezione la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dei fattori di rischio quali ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia (domande relative al diabete sono state introdotte dopo il 2010) nonché all'utilizzo da parte dei Medici di Medicina Generale della *Carta di Rischio Cardiovascolare*.

## Rischio Cardiovascolare - Ipertensione arteriosa

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

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

Nella A.S.L. Rieti il 79.8% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, l'8% più di due anni fa mentre il restante 12.1% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni è più diffusa nelle fasce di popolazione più avanzata e nelle persone con livello di istruzione molto basso.

Nella nostra A.S.L. il 21.2% degli intervistati, ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, ha riferito di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione. In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa al crescere dell'età (39.8% nella fascia 50-69 anni), nelle persone con livello di istruzione molto basso, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone con eccesso ponderale. A Rieti e provincia il 75.6% del campione intervistato ha riferito di seguire un trattamento regolare con farmaci antipertensivi.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal proprio medico curante il consiglio di ridurre il consumo di sale (93.5%), il consiglio di ridurre o mantenere il peso (78.9%), il consiglio di svolgere regolare attività fisica (76.4%).

| Persone con diagnosi riferita di ipertensione* |                       |
|--|-----------------------|
| ASL Rieti - PASSI 2007-2010 (n= 662)           |                       |
| Caratteristiche                                | Ipertesi<br>% (IC95%) |
| <b>Totale</b>                                  | <b>21,2</b> 19,0-22,4 |
| <b>Classi di età</b>                           |                       |
| 18 - 34  | 3,1                   |
| 35 - 49  | 13,8                  |
| 50 - 69  | 39,8                  |
| <b>Sesso</b>                                   |                       |
| Uomini   | 22,6                  |
| Donne  | 19,9                  |
| <b>Istruzione</b>                              |                       |
| nessuna/elementare                             | 30,1                  |
| media inferiore                                | 33,3                  |
| media superiore                                | 27,6                  |
| laurea   | 8,9                   |
| <b>Difficoltà economiche</b>                   |                       |
| molte  | 20,4                  |
| qualcuna                                       | 22,8                  |
| nessuna  | 20,3                  |
| <b>Stato nutrizionale</b>                      |                       |
| sotto/normopeso                                | 9,5                   |
| sovrappeso/obeso                               | 35,6                  |

\* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni

## Rischio Cardiovascolare - Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia.

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

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

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

Nella A.S.L. di Rieti il 78.5% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, il 53.8% nel corso dell'ultimo anno, il 16.1% tra uno e due anni precedenti l'intervista, l'8.6% da oltre due anni. Il 21.5% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età (dal 55.2% della fascia 18-34 anni al 92.6% di quella 50-69 anni), nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone senza alcuna difficoltà economica.

Nella A.S.L. Rieti il 28.6% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia (vs il 25% riscontrato nelle altre A.S.L. regionali) e in particolare questa ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa nelle classi di età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione.

A Rieti e provincia il 25% delle persone dell'universo campionario che presenta alti livello di colesterolo ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte del Medico di Medicina Generale il consiglio di ridurre carne e formaggi (82%), il consiglio di svolgere attività fisica (77%), il consiglio di ridurre e/o controllare il proprio peso corporeo (78.7%), il consiglio di aumentare il consumo di frutta e verdura (78.7%).

## Rischio Cardiovascolare - Carta individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del *Rischio Cardiovascolare* sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (Infarto del miocardio o ictus) nei dieci anni successivi.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano valori di fattori individuali immutabili e voluttuari allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare il livello del rischio legate alle variazioni di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del *Rischio Cardiovascolare* è inoltre un importante strumento di comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica delle abitudini di vita.

**Calcolo del Rischio Coronarico - PAS**

Secondo *Anderson e Coll.*

Equazione fondata sulla Pressione Arteriosa Sistolica (Massima)

|                    |   |
|--------------------|---|
| Nome (facoltativo) | <input type="text"/>  |
| Anni di previsione | <input type="text"/>  |
| Sesso              | Uomo <input checked="" type="radio"/> Donna <input type="radio"/> |
| Età                | <input type="text"/> anni   |
| PAS                | <input type="text"/> mmHg   |
| Colesterolo totale | <input type="text"/> mg/dl  |
| HDL-Colesterolo    | <input type="text"/> mg/dl  |
| Fumo               | Sì <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>      |
| Diabete            | Sì <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>      |
| I.V.S.             | Sì <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>      |

**Calcolo del Rischio Coronarico - PAD**

Secondo *Anderson e Coll.*

Equazione fondata sulla Pressione Arteriosa Diastolica (Minima)

|                    |   |
|--------------------|---|
| Nome (facoltativo) | <input type="text"/>  |
| Anni di previsione | <input type="text"/>  |
| Sesso              | Uomo <input checked="" type="radio"/> Donna <input type="radio"/> |
| Età                | <input type="text"/> anni   |
| PAD                | <input type="text"/> mmHg   |
| Colesterolo totale | <input type="text"/> mg/dl  |
| HDL-Colesterolo    | <input type="text"/> mg/dl  |
| Fumo               | Sì <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>      |
| Diabete            | Sì <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>      |
| I.V.S.             | Sì <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>      |

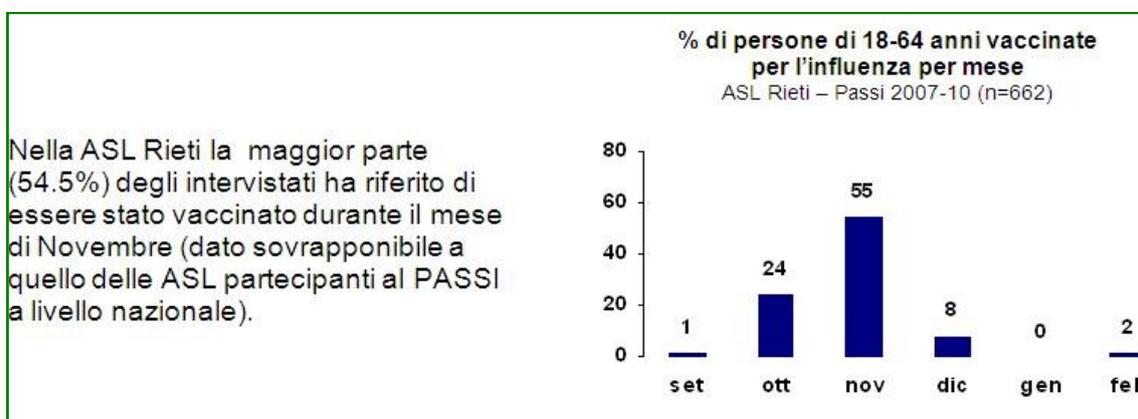
Nella A.S.L. di Rieti solo il 4.6% degli intervistati nella fascia di età 35-69 ha riferito di aver avuto almeno una volta il calcolo del Rischio cardiovascolare. In particolare il calcolo del punteggio è risultato frequente, anche se con valori sempre molto bassi, nelle classi di età più elevate, nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.



## Vaccinazioni Antinfluenzale e Antirosolia

L'influenza costituisce un rilevante problema di salute a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire le conseguenze negative dell'infezione ed è raccomandata ogni anno ai soggetti rischio, in particolare persone 18-64 anni vulnerabili perché affette da malattie croniche, in persone che si prendono cura di questi soggetti e persone con oltre 64 anni.

Nella A.S.L. Rieti il 13.2% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le campagne antinfluenzali 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 (valore regionale pari a 11%). La percentuale sale al 33.3% nelle persone della stessa classe di età (valore regionale pari a



23%) portatrici di almeno una patologia cronica. Tale valore è ancora inferiore a quello raccomandato (75%).

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che se contratta dalla donna in gravidanza può causare aborto spontaneo, feto nato morto o con gravi malformazioni fetali (*sindrome della rosolia congenita*). La strategia vaccinale nel nostro Paese prevede azioni mirate al raggiungimento e al mantenimento della copertura vaccinale al 95% entro i due anni di età nonché l'aumento della copertura vaccinale nelle donne in età fertile. Nella nostra A.S.L. nel periodo 2007-2010 il 34.9% delle donne in età fertile intervistate hanno riferito di essere state vaccinate (30% è la percentuale regionale). Si osserva una percentuale di vaccinate più elevate tra le donne più giovani in particolare nella fascia di età 18-24 anni (47.5%), in quelle con più alto livello di istruzione, in quelle senza difficoltà economiche.

A livello Regionale nel 2010 la percentuale di donne vaccinate è stata del 29.6% laddove a livello nazionale questo valore sale al 36%.

## Diagnosi precoce della neoplasia del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo (P.V.S.). Nei Paesi con programmi di *screening* organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Italia si stimano 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

Gli screening prevedono l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne di fascia d'età 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state circa 11.000.000 (69%) della popolazione target; l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali del Paese.

La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

Nella A.S.L. di Rieti circa il 72.7% delle donne intervistate della fascia di età 25-64 anni (261) ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle Linee Guida Nazionali ed Internazionali). La copertura stimata è superiore sia a livello di copertura ritenuto "*accettabile*" (65%) sia a livello "*desiderabile*" (80%) dalle indicazioni nazionali.

In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne nella fascia di età 35-49 anni, nelle donne con alto livello di istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche. Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato, il 31.6% delle donne di 25-64 anni ne ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 20.3% da uno a tre anni e il 16.8% da più di tre anni. Il 19.1% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

Il 78.6% delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito allo screening da parte della A.S.L. di Rieti e il 44.1% delle donne ha dichiarato di essere stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera della A.S.L. di Rieti, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 28.9% da due interventi, il 19.1% da un solo intervento; solo il 7.8% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione. Tra le A.S.L. partecipanti al sistema P.A.S.S.I. a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 31%, 35%, 24% e 10%.

## Diagnosi precoce della neoplasia della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per la incidenza che per la mortalità. In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso di incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

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 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno avuto lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è pari al 57% della popolazione interessata. In Regione il programma di screening è attivo in tutte le A.S.L. dagli anni 1994-98 e coinvolge il 25% della popolazione femminile pari a circa 540.000 donne.

La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

Nella A.S.L. Rieti circa il 59.7% delle donne intervistate di 50-69 anni (127) ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle Linee Guida Nazionali ed internazionali.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile".

L'89% delle donne intervistate tra 50 e 69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito allo screening da parte della A.S.L., il 69% di aver visto o sentito una campagna informativa sullo screening mammario e la stessa percentuale di donne dichiara di essere stata informata dell'utilità di tale diagnosi precoce da un operatore sanitario.

A Rieti la percentuale di donne della fascia di età interessata che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è stata però solo del 17% tra le donne non raggiunte da alcun intervento specifico di promozione della salute; tale percentuale sale all'85% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione (lettera della A.S.L., campagna educativa-informativa, consiglio di un operatore sanitario)

## Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Secondo i Registri Tumori quasi 300.000 italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro *colorettale*, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza negli uomini e al secondo per le donne. Facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia per le neoplasie colo-rettali la *ricerca del sangue occulto nelle feci* nelle persone nella fascia di età 50-69 anni con frequenza biennale.

La A.S.L. di Rieti da lungo tempo ha avviato programmi di screening per il cancro del colon retto. Essi prevedono oltre alla ricerca del sangue occulto delle feci con cadenza biennale in persone di 59-64 anni, come consigliato da Linee guida nazionali e Internazionali, la colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

Nel 2010 nella nostra A.S.L. circa 31.7% delle persone interessate (101) ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali in accordo alle linee guida (colonscopia ogni cinque anni). Il 17.8% degli intervistati ha poi riferito di aver eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni e il 24.8% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto il 12.9% ne ha riferito l'attuazione nell'ultimo anno, il 5% da più di due anni, il 9.9% da più di cinque anni. Il 72.3% ha riferito di non avere mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Rispetto all'ultima colonscopia il 7.9% degli intervistati ne ha riferito l'attuazione nell'ultimo anno, il 16.8% da uno a cinque anni, il 3% da cinque a dieci anni. Il 72.3% ha riferito di non aver mai effettuato alcun test.

Nella A.S.L. Rieti il 16.8% delle persone intervistate della fascia di età 59-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito allo screening da parte della A.S.L., il 24.2% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 21.2% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening colorettale.

Nella nostra A.S.L. il 58.4% delle persone della fascia di età interessata non è ancora risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce di tumore colorettale, non avendo mai effettuato né la ricerca del sangue occulto nelle feci né la colonscopia. La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare un ruolo fondamentale: il 44.9% ritiene infatti di "*non averne bisogno*".

## Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: L'O.M.S. ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde **“Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea”** stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo (P.I.L.).

Nel sistema di Sorveglianza P.A.S.S.I. i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2* (PHQ-2) che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero dei giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i sintomi (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi e senza speranze. Il numero dei giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono uno score uguale o maggiore a 3 sono individuati come *“persone con sintomi di depressione”*; la diagnosi effettiva richiede ovviamente una valutazione individuale approfondita.

Nella A.S.L. Rieti circa l'88% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sono risultati più diffusi nelle fasce di età più avanzate, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone senza un lavoro continuativo, nelle persone con almeno una patologia severa.

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità di vita peggiore rispetto alle persone che non hanno dichiarato sintomi: il 27.8% ha descritto il proprio stato di salute *“buono”* o *“molto buono”* rispetto al 67.3% delle persone che non hanno riferito sintomi. Il 48% delle persone con sintomi depressivi dichiara di essersi rivolta a figure di riferimento quali il medico (20%), familiari/amici (18%) o a entrambi (10%).

## Bibliografia essenziale

- Anderson K.M. e Wilson W.F.P. *An update Coronary Risk Profile. A Statement for Health Professionals AHA Medical /Scientific Statement/ Science Advisory* Circulation, Vol 83, 1, Jan 1991
- CDC. *The Behavioral Risk Factor Surveillance User's Guide* ([www.cdc.gov/brfss](http://www.cdc.gov/brfss))
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 (*documento preliminare*)
- ISTAT. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"*. Anno 2010
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Un investimento vitale. OMS 2005.
- Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la Sanità Pubblica. Malattie croniche. (<http://www.epicentro.iss.it/croniche/>). 2012
- Unione Europea (U.E.). Centro per la prevenzione delle malattie (ECDC) ([http://europa.eu/agencies/regulatory\\_agencies\\_bodies/policy\\_agencies/ecdc/index\\_it.htm](http://europa.eu/agencies/regulatory_agencies_bodies/policy_agencies/ecdc/index_it.htm)). 2012
- Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm). (<http://www.ccm-network.it/>)
- David G Moriarty\*, Mathew M Zack and Rosemarie Kobau. *The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures – Population tracking of perceived physical and mental health over time*. Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:37
- Center for Disease Control and prevention. Health-Related Quality of Life (HRQOL). 2012 (<http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm>)
- Lazio Sanità (ASP)(Ccm/Iss/Regione Lazio. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto Regionale Lazio 2010.

|                |      | Numero assoluto di interviste completate per ASL e mese: |      |          |      |       |      |        |      |        |      |        |      | Tot. Asl/su |      |               |      |           |      |         |      |          |       |          |
|----------------|------|--|------|----------|------|-------|------|--------|------|--------|------|--------|------|-------------|------|---------------|------|-----------|------|---------|------|----------|-------|----------|
|                |      | gennaio  |      | febbraio |      | marzo |      | aprile |      | maggio |      | giugno |      |             |      | luglio-agosto |      | settembre |      | ottobre |      | novembre |       | dicembre |
|                | n    | %  | n    | %        | n    | %     | n    | %      | n    | %      | n    | %      | n    | %           | n    | %             | n    | %         | n    | %       | n    | %        | n     | %        |
| RM/A           | 23   | 92   | 26   | 104      | 26   | 104   | 24   | 96     | 23   | 92     | 27   | 108    | 28   | 112         | 24   | 96            | 23   | 92        | 27   | 108     | 23   | 92       | 274   | 99,6     |
| RM/B           | 29   | 96,7   | 28   | 93,3     | 32   | 106,7 | 31   | 103,3  | 30   | 100    | 31   | 103,3  | 31   | 103,3       | 29   | 96,7          | 29   | 96,7      | 32   | 106,7   | 29   | 96,7     | 331   | 100,3    |
| RM/C           | 33   | 103,1  | 33   | 103,1    | 33   | 103,1 | 33   | 103,1  | 31   | 96,9   | 28   | 87,5   | 26   | 81,3        | 27   | 84,4          | 23   | 71,9      | 25   | 78,1    | 25   | 78,1     | 317   | 90,1     |
| RM/D           | 28   | 93,3   | 31   | 103,3    | 31   | 103,3 | 30   | 100    | 28   | 93,3   | 31   | 103,3  | 31   | 103,3       | 30   | 100           | 28   | 93,3      | 31   | 103,3   | 31   | 103,3    | 330   | 100      |
| RM/E           | 26   | 104  | 26   | 104      | 25   | 100   | 24   | 96     | 26   | 104    | 25   | 100    | 25   | 100         | 24   | 96            | 27   | 108       | 28   | 112     | 23   | 92       | 279   | 101,5    |
| RM/F           |      |  |      |          |      |       |      |        |      |        | 20   | 80     | 18   | 72          | 10   | 40            | 17   | 68        | 19   | 76      | 7    | 28       | 91    | 33,1     |
| RM/G           | 24   | 96   | 26   | 104      | 26   | 104   | 24   | 96     | 24   | 96     | 26   | 104    | 26   | 104         | 24   | 96            | 24   | 96        | 27   | 108     | 24   | 96       | 275   | 100      |
| RM/H           | 21   | 84   | 24   | 96       | 21   | 84    | 22   | 88     | 18   | 72     | 20   | 80     | 16   | 64          | 15   | 60            | 17   | 68        | 16   | 64      | 15   | 60       | 205   | 74,5     |
| VITERBO        | 34   | 97,1   | 36   | 102,9    | 36   | 102,9 | 35   | 100    | 33   | 94,3   | 36   | 102,9  | 36   | 102,9       | 35   | 100           | 32   | 91,4      | 36   | 102,9   | 35   | 100      | 384   | 99,7     |
| RIETI          | 24   | 96   | 26   | 104      | 26   | 104   | 24   | 96     | 24   | 96     | 26   | 104    | 26   | 104         | 24   | 96            | 24   | 96        | 28   | 112     | 24   | 96       | 276   | 100,4    |
| LATINA         | 18   | 72   | 26   | 104      | 25   | 100   | 23   | 92     | 23   | 92     | 25   | 100    | 25   | 100         | 24   | 96            | 24   | 96        | 24   | 96      | 24   | 96       | 260   | 94,5     |
| FROSINONE      | 24   | 96   | 26   | 104      | 26   | 104   | 23   | 92     | 23   | 92     | 20   | 80     | 12   | 48          |      |               |      |           |      |         | 18   | 72       | 172   | 62,5     |
| TOT. REGIONALE | 284  | 86,9   | 308  | 94,2     | 307  | 93,9  | 293  | 89,6   | 283  | 86,5   | 315  | 96,3   | 300  | 91,7        | 266  | 81,3          | 268  | 82        | 293  | 89,6    | 277  | 84,7     | 3194  | 88,8     |
| TOT. NAZIONALE | 3018 | 68   | 3063 | 69       | 3106 | 69,9  | 3291 | 74,1   | 3274 | 73,7   | 3423 | 77,1   | 3930 | 88,5        | 3317 | 74,7          | 3409 | 76,8      | 3293 | 74,1    | 3312 | 74,6     | 36436 | 74,6     |

Dati Regionali Anno 2010

| <b>Numero assoluto di interviste completate per intervistatore e mese:</b> |         |          |       |        |        |        |               |           |         |          |          |              |           |
|--|---------|----------|-------|--------|--------|--------|---------------|-----------|---------|----------|----------|--------------|-----------|
|  | gennaio | febbraio | marzo | aprile | maggio | giugno | luglio-agosto | settembre | ottobre | novembre | dicembre | non indicato | Tot. Int. |
| CAMILLI  |         |          |       | 4      | 1      | 3      | 1             |           | 1       |          |          |              | 10        |
| CAMPANELLI   |         |          |       | 3      | 4      | 4      | 4             | 3         | 4       | 4        | 4        |              | 30        |
| CASANICA   |         |          |       | 1      |        |        | 2             |           |         |          |          |              | 3         |
| FOVI   |         |          |       | 1      |        | 1      |               |           |         |          | 3        |              | 5         |
| GRILLOTTI  |         |          |       |        | 2      | 4      | 4             | 4         | 4       | 5        | 4        |              | 27        |
| MORANTE  |         |          |       | 2      | 2      |        |               |           | 2       |          |          |              | 6         |
| PIPITONE   |         |          |       | 4      | 4      | 1      | 4             | 4         | 3       | 4        | 4        |              | 28        |
| ROSSI  |         |          |       |        | 1      | 3      | 3             | 3         | 3       | 4        | 4        |              | 21        |
| SANTUCCI   |         |          |       |        | 1      | 3      | 2             |           |         |          |          |              | 6         |
| SANTURO  |         |          |       | 4      | 4      |        |               |           |         |          |          |              | 8         |
| SANVITO  |         |          |       | 5      | 4      | 4      | 3             | 4         | 4       | 3        | 2        |              | 29        |
| TARQUINI   |         |          |       |        |        |        |               |           |         |          | 2        |              | 2         |
| TESTA  |         |          |       |        | 2      | 3      | 5             | 4         | 5       | 3        | 4        |              | 26        |
| TOTALE ASL.  |         |          |       | 24     | 25     | 26     | 28            | 22        | 26      | 26       | 24       |              | 201       |
| TOTALE REGIONALE   | 261     | 256      | 271   | 288    | 289    | 301    | 307           | 278       | 312     | 303      | 278      |              | 3144      |
| TOTALE NAZIONALE   | 3416    | 3452     | 3457  | 3416   | 4191   | 3934   | 4006          | 3427      | 3436    | 3319     | 3246     | 2            | 39302     |

Dati Aziendali Anno 2009

### Numero assoluto di interviste completate per intervistatore e mese:

|                  | gennaio | febbraio | marzo | aprile | maggio | giugno | luglio-agosto | settembre | ottobre | novembre | dicembre | non indicato | Tot. Int. |
|------------------|---------|----------|-------|--------|--------|--------|---------------|-----------|---------|----------|----------|--------------|-----------|
| CAMILLI          |         |          |       |        | 1      | 1      |               | 3         | 1       |          |          |              | 6         |
| CAMPANELLI       | 3       | 3        | 3     | 2      | 3      | 3      | 3             |           | 3       | 3        | 3        |              | 29        |
| CASANICA         | 2       | 3        | 2     | 3      | 3      | 3      | 3             | 3         | 2       | 4        | 2        |              | 30        |
| CICCONETTI       |         |          |       |        |        | 1      |               |           |         |          |          |              | 1         |
| FOVI             |         |          | 3     | 1      | 1      | 1      | 1             | 2         |         | 1        | 1        |              | 11        |
| GRILLOTTI        | 3       | 4        | 3     | 3      | 3      | 3      | 3             | 3         | 3       | 4        | 3        |              | 35        |
| MELCHIORRI       |         |          |       |        |        |        |               | 1         | 3       | 3        | 3        |              | 10        |
| MORANTE          | 1       |          |       | 1      |        | 1      | 2             | 1         | 1       |          |          |              | 7         |
| PIPITONE         | 3       | 3        | 2     | 3      | 3      | 2      | 4             | 2         | 3       | 3        | 3        |              | 31        |
| QUINZI           |         |          |       |        |        | 2      | 2             |           |         |          |          |              | 4         |
| ROSSI            | 3       | 1        | 3     | 3      | 3      |        | 3             | 3         | 2       | 3        | 3        |              | 27        |
| SANVITO          | 3       | 1        | 3     | 2      | 2      |        |               |           |         |          |          |              | 11        |
| TARQUINI         | 3       | 3        | 4     | 3      | 2      | 5      | 2             | 2         | 3       | 3        | 3        |              | 33        |
| TESTA            | 3       | 8        | 3     | 3      | 3      | 4      | 3             | 4         | 3       | 4        | 3        |              | 41        |
| TOTALE ASL.      | 24      | 26       | 26    | 24     | 24     | 26     | 26            | 24        | 24      | 24       | 28       | 24           | 276       |
| TOTALE REGIONALE | 284     | 308      | 307   | 293    | 283    | 315    | 300           | 266       | 268     | 293      | 277      |              | 3194      |
| TOTALE NAZIONALE | 3018    | 3063     | 3106  | 3291   | 3274   | 3423   | 3930          | 3317      | 3409    | 3293     | 3312     |              | 36436     |

Dati Aziendali Anno 2010



**I Coordinatori Aziendali Progetto P.A.S.S.I.:**

Dottor Gianluca Fovi

Dottoressa Felicetta Camilli



**I collaboratori Medici:**

Dottoressa Maddalena Morante

Dottoressa Marina Casanica



**Le intervistatrici infermiere**

(da sinistra verso destra ed in ordine alfabetico):

Dottoressa Federica Giampietri, Dottoressa Michela Grillotti, Dottoressa Maria Grazia Pipitone, Dottoressa Eleonora Tarquini, Dottoressa Annalisa Testa



**Gli intervistatori/le intervistatrici Tecnici della Prevenzione**

(da sinistra verso destra e in ordine alfabetico):

Dottoressa Rossana Bertelli, Dottor Andrea Fusacchia, Dottor Antonio Tavani<sup>o</sup>, Dottoressa Letizia Strinati

<sup>o</sup> Coordinatore Tecnici della Prevenzione

Ha collaborato per le competenze amministrative la Signora Donatella Imperatori (Coordinamento tecnico ReCup, AUSL ReCup)