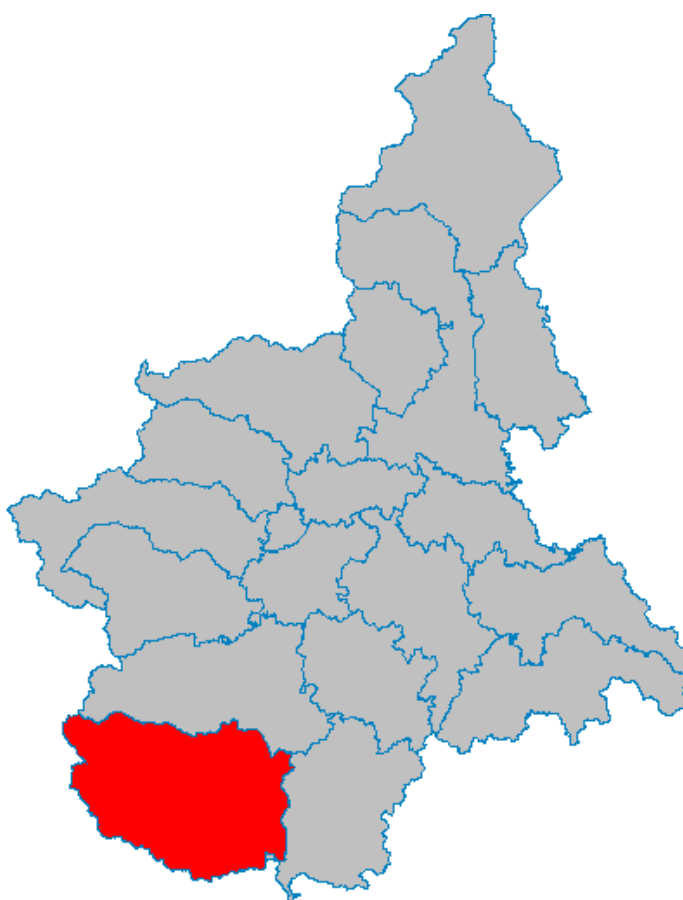


# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008

### ASL CN1 (ex ASL 15)



**A cura di Lorenzo Orione, Coordinatore Passi ex ASL 15, e Anna Maria Fossati**

**Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:**

**- a livello nazionale:**

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica - Università degli studi Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carrozzini (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirous Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadiroma, Roma).

**- a livello regionale:**

Donatella Tiberti, Daniela Lombardi, Pierangela Ferrero (SeREMI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL AL) Maria Chiara Antoniotti, Andrea Nucera, Orietta Mariani (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara) Eleonora Artesio, Vittorio Demicheli, Renata Magliola, Michela Audenino, (Assessorato alla Tutela della salute e Sanità Regione Piemonte)

**- a livello aziendale:**

Damiana Beraudo, Lucia Calcagno, Denise Favole, Vanda Marchiò, Monica Rimondot, Roberto Risso

***Si ringraziano il Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, i Medici di Medicina Generale ex ASL 15 per la collaborazione fornita.***

***Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.***

# Indice

---

	PAGINA
Premessa	2
Sintesi Del Rapporto Locale	3
Obiettivi	5
Metodi	8
Descrizione Del Campione Aziendale	11
Percezione Dello Stato Di Salute	14
Attività Fisica	16
L'abitudine Al Fumo	19
Situazione Nutrizionale	25
Abitudini Alimentari: Il Consumo Di Frutta E Verdura	30
Consumo Di Alcol	32
Sicurezza Stradale	37
Infortuni Domestici	40
Vaccinazione Antinfluenzale	45
Vaccinazione Antirosolia	47
Rischio Cardiovascolare	49
Sintomi Di Depressione	58
Diagnosi Precoce Delle Neoplasie Del Collo Dell'utero	61
Diagnosi Precoce Delle Neoplasie Della Mammella	66
Diagnosi Precoce Delle Neoplasie Del Colon Retto	71
Bibliografia	76

# Premessa

---

È un dato di fatto che i sistemi sanitari ovunque nel mondo investono una modestissima quota della spesa sanitaria totale in prevenzione (secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico-OCSE, in media, solo il 3%) rispetto alle spese di assistenza. È altrettanto noto che le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori per prime) assorbono fette importantissime della spesa sanitaria e che la frequenza di queste patologie non può che aumentare con l'allungamento della vita media. Nel nostro Paese la proporzione di popolazione sopra i 65anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? E soprattutto paradossalmente legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria? Continuare ad investire solo in assistenza non è sostenibile e certamente una parte dell'attenzione va 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 soli sette fattori principali, quali: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

In questo contesto, diviene essenziale monitorare i comportamenti delle persone nella popolazione e il grado di conoscenza e adesione alle offerte di prevenzione.

PASSI è un sistema di sorveglianza innovativo, condiviso a livello nazionale e inserito in un network internazionale: in Europa solo pochi Paesi hanno attivato una reale sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali.

Una peculiarità di PASSI è che raccolta, analisi e diffusione dei dati avvengono a livello locale. Ciò agevola l'utilizzo dei risultati direttamente da parte delle nostre Asl e Regioni, fornendo informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale, nell'ottica delle strategie di sanità pubblica previste dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Con questo strumento, le iniziative, su temi di interesse nazionale, possono essere monitorate e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce inoltre 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 realtà del Paese.

# Sintesi del rapporto locale

---

## **Quali sono i risultati principali?**

**Descrizione del campione aziendale:** Nella ex ASL 15 è stato intervistato un campione casuale di 270 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 50% degli intervistati è costituito da ciascun sesso. L'età media è di 43 anni. Il 59% ha un livello di istruzione alto ed il 77% un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 72% delle persone intervistate ritiene positivo il proprio stato di salute, così come il 50% dei soggetti con almeno una patologia severa.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 14% del campione mentre il 40% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Solo nel 30% dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** Il 27% si dichiara fumatore e il 20% ex fumatore. Il 94% degli ex-fumatori ha smesso di fumare da solo e appena il 2% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 93% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 28% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (7%) o in "alcune zone" (21%).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** Il 29% del campione è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 4%. L'eccesso ponderale è trattato nel 20% dei casi con dieta e solo nel 28% le persone hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolare da parte di un operatore sanitario. Il consumo di frutta e verdura risulta molto diffuso (99% degli intervistati), anche se solo il 18% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni e negli uomini.

**Consumo di alcol:** Si stima che il 70% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 22% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 10% beve fuori pasto, il 13% è bevitore "binge" e il 6% è forte bevitore). Solo il 28% degli intervistati riferisce che gli operatori sanitari si sono informati sulle loro abitudini in relazione all'alcol e nel 3% detti operatori hanno consigliato di moderarne il consumo.

**Sicurezza stradale:** il 90% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 31% degli intervistati. Il 15% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 22% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Infortuni domestici:** Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: ben il 96% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è del 40%: tra questi, solo il 9% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Vaccinazione antinfluenzale:** In media, solo il 19% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

**Vaccinazione antirosolia:** Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 95% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 50%.

**Rischio cardiovascolare:** Si stima che sia iperteso il 17% della popolazione, tra i 18 e 69 anni; il 74% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 2% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Il 25% del campione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 10% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Il 27% dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 2% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

**Sintomi di depressione:** L'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle due settimane precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne, le persone con difficoltà economiche e affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 92% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita, l'82% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 78% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia nella vita, il 67% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

**Screening tumore del colon retto:** Appena l'8% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

# Obiettivi

---

## Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione piemontese 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

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico);
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati.

### 2. Salute e qualità di vita percepita

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

### 3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- stimare la proporzione di persone sedentarie e individuare i gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la prevalenza di persone ai quali è stato chiesto e consigliato da parte degli operatori sanitari di svolgere attività fisica.

### 4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), 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 e per quali motivi;
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- 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;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

### 6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta o verdura ogni giorno.

## **7. Consumo di alcol**

- stimare la proporzione di persone che consumano alcol;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge, consumo fuori pasto e forte consumatore);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol;
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

## **8. 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.

## **9. Infortuni domestici**

- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti o misure per rendere più sicura l'abitazione.

## **10. Vaccinazione antinfluenzale**

- stimare la prevalenza di persone di età 18-64 vaccinate contro l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale;
- stimare la prevalenza di persone di 18-64 anni affetti da almeno una patologia cronica che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata.

## **11. Vaccinazione antirosolia**

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al rubeo-test;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

## **12. Fattori di rischio cardiovascolare**

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

## **13. Diagnosi precoci delle neoplasie**

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (3 anni per il Pap test e 2 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;
- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.



#### **14. Sintomi di depressione**

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

# Metodi

---

## ***Tipo di studio***

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di ASL tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e per tanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

## ***Popolazione di studio***

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ex Azienda Sanitaria Locale 15, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 104315 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## ***Strategie di campionamento***

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

Nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, all'interno della ex ASL 15, sono state effettuate 270 interviste.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI. I dati regionali riguardano quindi la totalità delle ASL del territorio piemontese. Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati.

A livello nazionale tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI. Nel 2007 sono state effettuate interviste in tutte le Regioni, tranne che in Lombardia e in Calabria, per un totale di 149 Aziende Sanitarie e 21.996 interviste telefoniche. Il dato di riferimento nazionale, denominato "pool PASSI", riguarda i territori coperti in maniera sufficiente, per numerosità e rappresentatività dei campioni, dal sistema di sorveglianza. Di conseguenza, oltre a Lombardia e Calabria, anche la Sardegna e alcune province sono state escluse dal pool per limitata numerosità delle interviste.

## ***Interviste***

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza. Alcune Regioni hanno provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica durante tutto l'anno 2007 e il primo trimestre 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (passi-dati).

## ***Analisi delle informazioni***

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.4.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 22 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2007 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

## ***Etica e privacy***

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy. (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

È stata chiesta una valutazione sul sistema PASSI da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale.

Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Il personale dell'ASL, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali.

La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente su PC.

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

Le interviste sono trasferite, in forma anonima, in un archivio nazionale, via internet, tramite collegamento protetto. Gli elementi identificativi presenti a livello locale, su supporto sia cartaceo sia informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

## **Nota per la lettura**

All'inizio del 2008 le AA.SS.LL. del Piemonte sono state oggetto di accorpamenti e hanno quindi subito variazioni territoriali e acquisito una diversa denominazione.

Nelle tabelle di confronto con i dati delle altre AA.SS.LL. del Piemonte, sono state invece mantenute le aggregazioni territoriali e le denominazioni precedenti l'accorpamento, con cui le AA.SS.LL. venivano identificate con un numero.

I riferimenti territoriali delle Azienda Sanitarie Locali del Piemonte sono i seguenti:

- ASL 1-4: ASL della Città di Torino
- ASL 5: Rivoli-Collegno
- ASL 6: Ciriè-Lanzo T.se
- ASL 7: Chivasso-Settimo T.se
- ASL 8: Chieri-Carmagnola
- ASL 9: Ivrea
- ASL 10: Pinerolo
- ASL 11: Vercelli
- ASL 12: Biella
- ASL 13: Novara
- ASL 14: Verbano-Cusio-Ossola
- ASL 15: Cuneo
- ASL 16: Mondovì-Ceva
- ASL 17: Savigliano-Saluzzo
- ASL 18: Alba-Bra
- ASL 19: Asti
- ASL 20: Alessandria-Tortona
- ASL 21: Casale Monferrato
- ASL 22: Novi Ligure-Acqui Terme

# Descrizione del campione aziendale

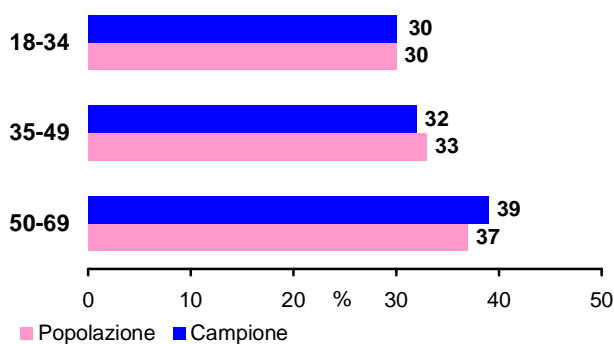
La popolazione in studio è costituita da 104315 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ex ASL15. Sono state intervistate 270 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Nel nostro campione il tasso di sostituzione<sup>1</sup> è stato del 14%; il tasso di risposta<sup>2</sup> è stato dell'84% e quello di rifiuto<sup>3</sup> dell'11% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

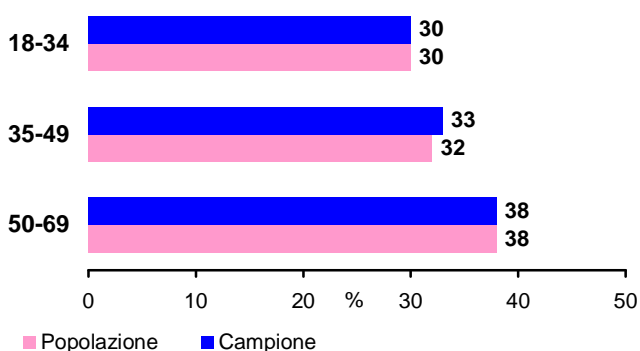
### L'età e il sesso

- Nella ex ASL15 il 50% del campione intervistato (135 persone) è costituito da ciascun sesso e l'età media complessiva è di 43 anni.
- Il 30% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 32% in quella 35-49 e il 39% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini  
ex ASL 15 - PASSI 2007 (n=135)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne  
ex ASL 15 - PASSI 2007 (n=135)



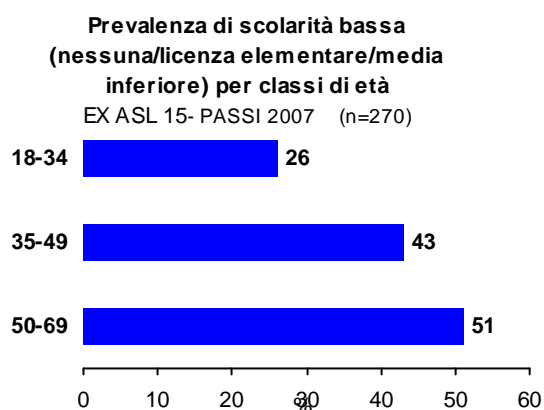
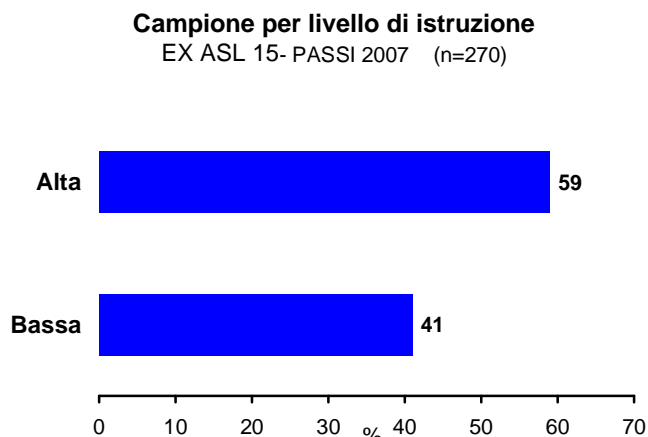
<sup>1</sup> Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

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

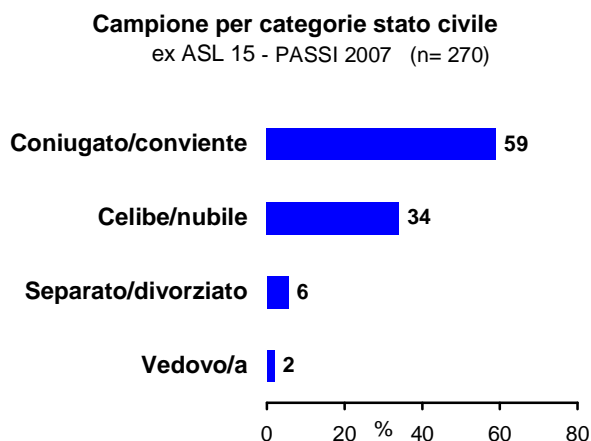
## Il titolo di studio

- Nella ex ASL 15 l'41% del campione ha un'istruzione bassa, il 59% la licenza media superiore o è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.
- L'istruzione è età-dipendente; gli anziani mostrano livelli di istruzione più bassi rispetto ai giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).



## Lo stato civile

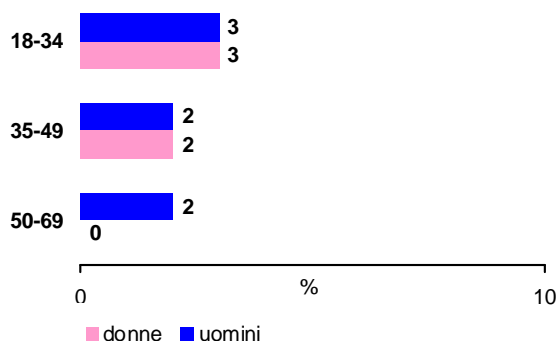
- Nella ex ASL 15 i coniugati/conviventi rappresentano il 59% del campione, i celibi/nubili il 34%, i separati/divorziati il 6% ed i/le vedovi/e il 2%.



## Cittadinanza

- Nella ex ASL15 il 98% del campione intervistato è italiano, il 2% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, ad esempio solo l'1% dei 50-69 anni sono stranieri. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.

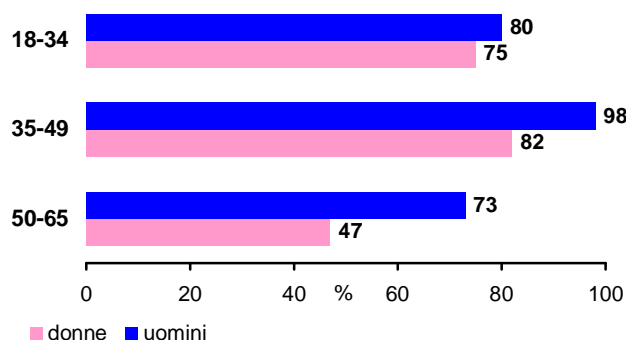
**% di stranieri per sesso e classi di età**  
ex ASL 15 - PASSI 2007



## Il lavoro

- Nella ex ASL 15 il 77% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (69% contro 84%). Gli intervistati della classe di età 35-49 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini.

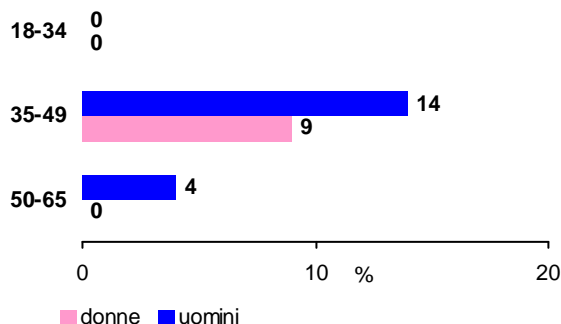
**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ex ASL 15 - PASSI 2007



## Difficoltà economiche

- Nella ex ASL15 il 4% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 24% qualche difficoltà, il 72% nessuna.
- Gli uomini dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto alle donne (6% contro 3%), è soprattutto la classe 35-49 anni che riferisce molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

**% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età**  
EX ASL 15 - PASSI 2007 (n=270)



## Conclusioni

Il campione nella ex ASL 15 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale. I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

# Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nella ex ASL15 il 72% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 24% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- 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 difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.

### Stato di salute percepito positivamente\* ex ASL 15 - PASSI (n=270)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>72,2</b> (IC95%: 66,5-77,5)
<b>Età</b>	
18 - 34	87,5
35 - 49	73,6
50 - 69	59,2
<b>Sesso</b>	
uomini	77,8
donne	66,7
<b>Istruzione</b>	
bassa	66,4
alta	76,3
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	55,8
no	78,8
<b>Patologia severa***</b>	
presente	50,0
assente	78,3

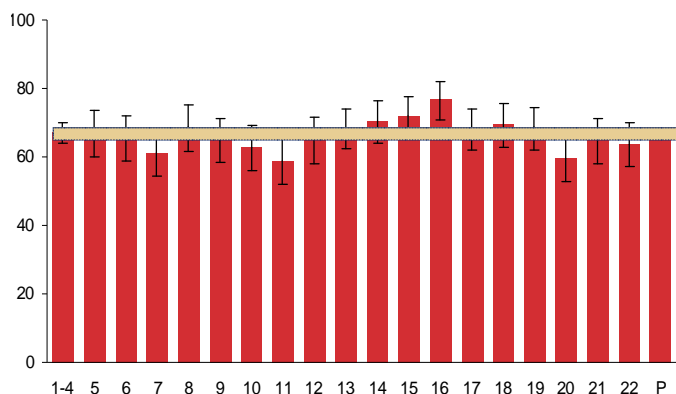
\* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

\*\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

### Persone che dichiarano salute buona o molto buona per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale, tranne che nella 11 (inferiore) e nella 16 (superiore).



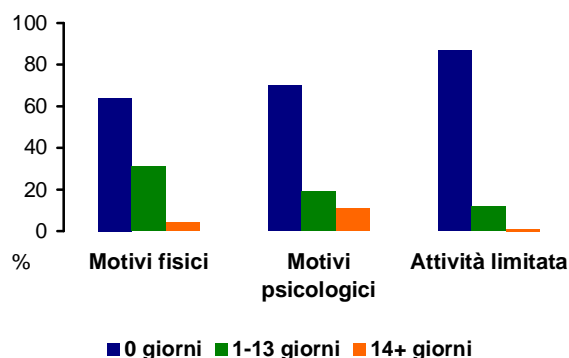
## Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

- Nella ex ASL15 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (64% in buona salute fisica, 70% in buona salute psicologica e 87% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 4% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'11% per motivi psicologici e solo l'1% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute è pari a circa 2 per condizioni fisiche e a 4 per psicologiche, mentre le attività abituali sono limitate per 1 giorno al mese.

- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



Giorni in cattiva salute percepita  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	<b>2,2</b>	<b>3,5</b>	<b>0,8</b>
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	1,7	3,6	0,8
35 - 49	2,2	4,0	1,2
50 - 69	2,4	3,0	0,6
<b>Sesso</b>			
uomini	1,7	2,8	0,6
donne	2,6	4,2	1,1

## Conclusioni e raccomandazioni

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

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

# Attività fisica

---

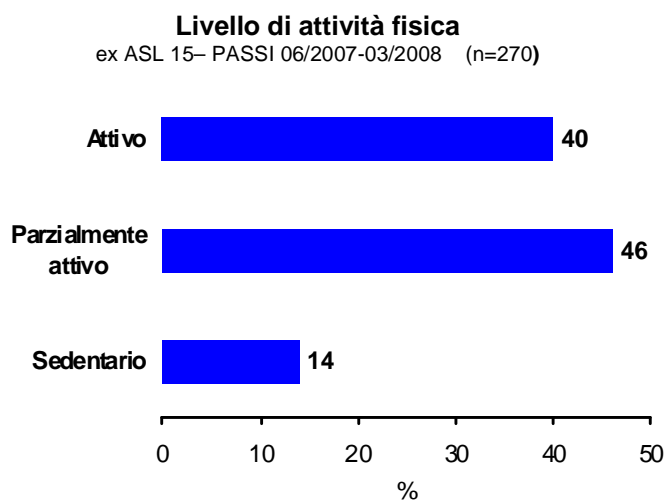
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche, quali ad esempio le malattie cardiovascolari.

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ex ASL 15 il 40% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 46% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 14% è completamente sedentario.



\*

**Attivo:** persona che svolge un lavoro pesante oppure che aderisce alle Linee Guida

**Parzialmente attivo:** persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non raggiunge il livello di attività raccomandato pur praticando qualche attività fisica

**Sedentario:** persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non pratica alcuna attività fisica

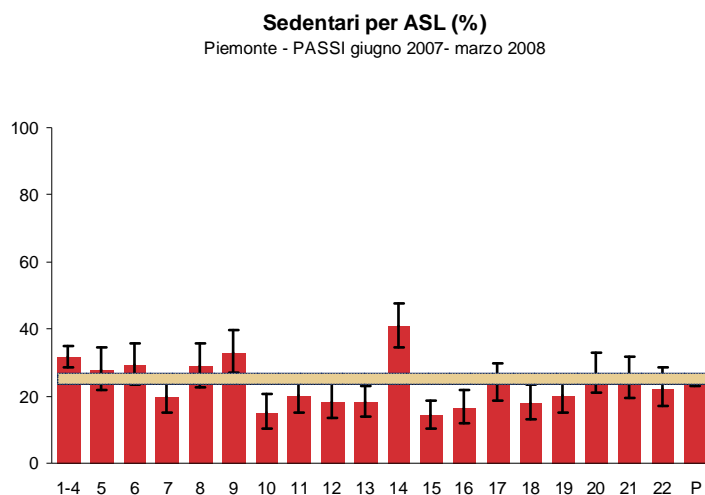
## Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nella ex ASL 15 sono emerse differenze tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione.
- I completamente sedentari sono gli uomini e le persone con basso livello di istruzione.

<b>Sedentari</b>	
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)	
Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>14.1</b> (IC95%: 10.2-18.8)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	12,5
35 - 49	14,9
50 - 69	14,6
<b>Sesso</b>	
uomini	17,0
donne	11,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	20,0
alta	10,0
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14,3
no	14,0

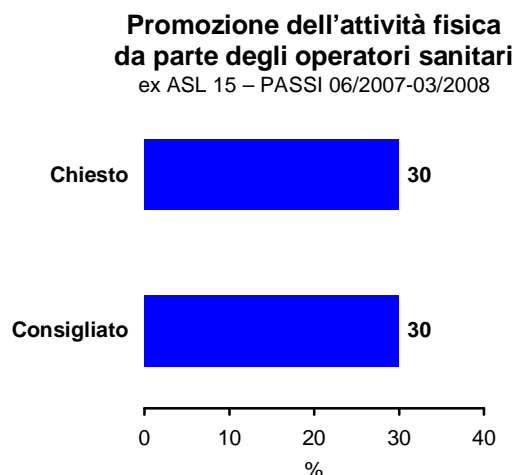
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica per le ASL 1-4, 9 e 14 (superiore) e 10, 15 e 16 (inferiore).

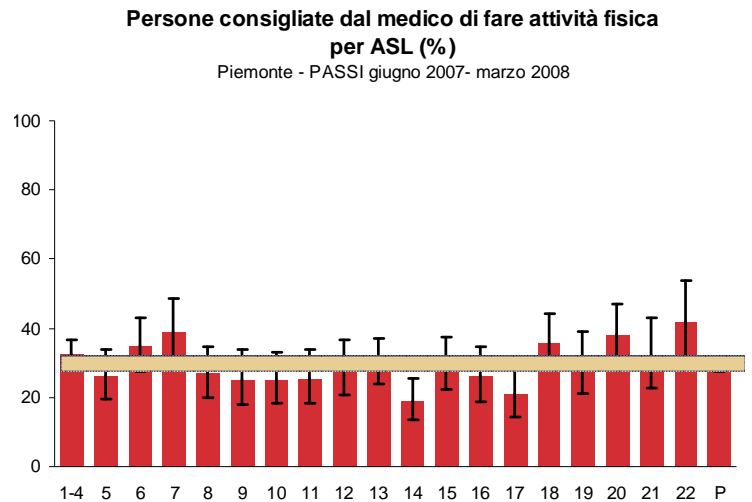


## Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella ex ASL 15 solo il 30% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 30% dei casi.



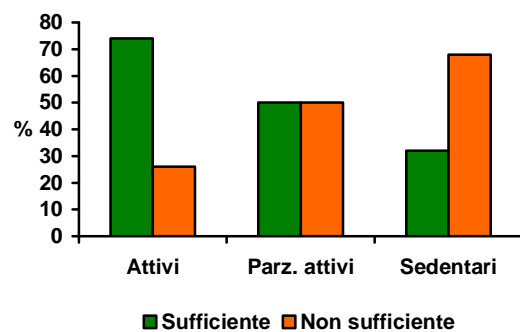
- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica per l'ASL 14 (inferiore).



### **Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?**

- E' interessante notare come nella ex ASL15 il 32% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

**Autopercezione e livello di attività fisica praticata**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)



### **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella ex ASL15 il 46% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 27% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra i maschi e le persone con basso livello di istruzione.

Nel 30% dei casi i medici si informano o consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

# L'abitudine al fumo

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

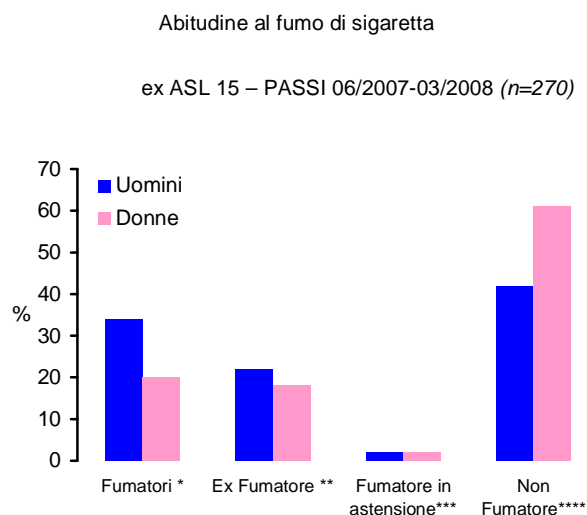
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

## Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ex ASL15 i fumatori sono pari al 27%, gli ex fumatori al 20%, e i non fumatori al 52%. A questi si aggiungono 5 persone (2%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (34% vs 20%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (61% 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

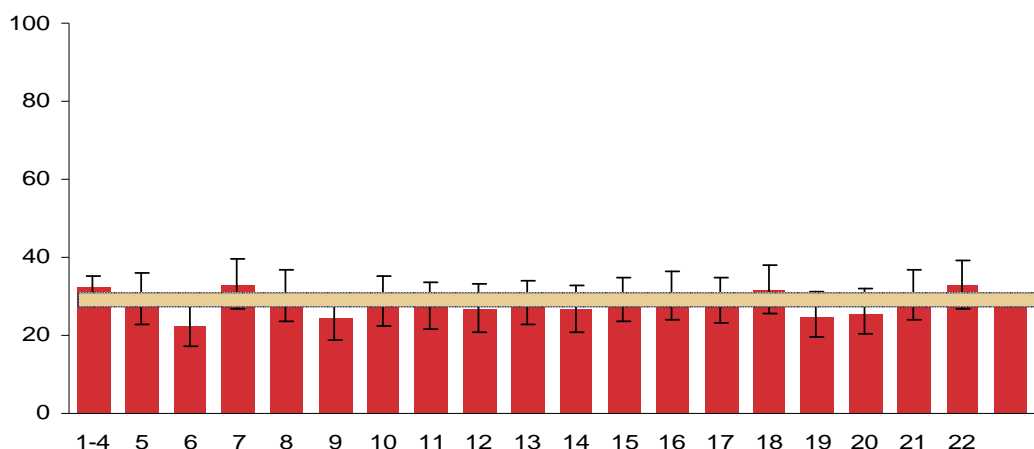
\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da più di 6 mesi

\*\*\*Soggetto che 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

- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori.

**Persone che fumano  
per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra loro, il 6% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore).

#### Fumatori

ex ASL 15 PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)

Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>28.9</b> (IC95%: 23.6-34.7)
<b>Età, anni</b>	
18 - 34	43.8
35 - 49	26.4
50 - 69	19.4
<b>Sesso ^</b>	
M	36.3
F	21.5
<b>Istruzione**</b>	
bassa	34.5
alta	25.0
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	40.3
no	24.4

\* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

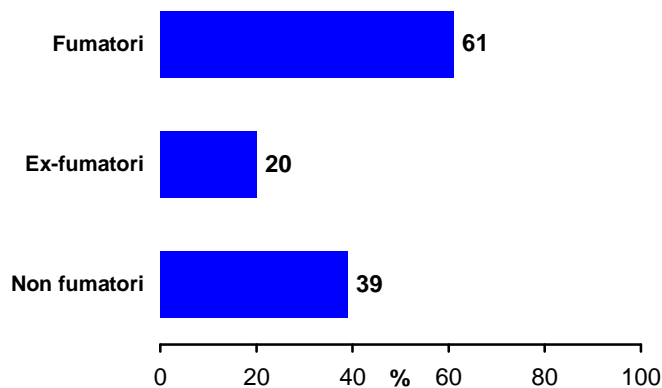
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più di un intervistato su tre (42%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 61% dei fumatori, il 20% degli ex fumatori e il 39% dei non fumatori.

% di persone interpellate da un operatore sanitario  
sulla propria abitudine al fumo

ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 \*

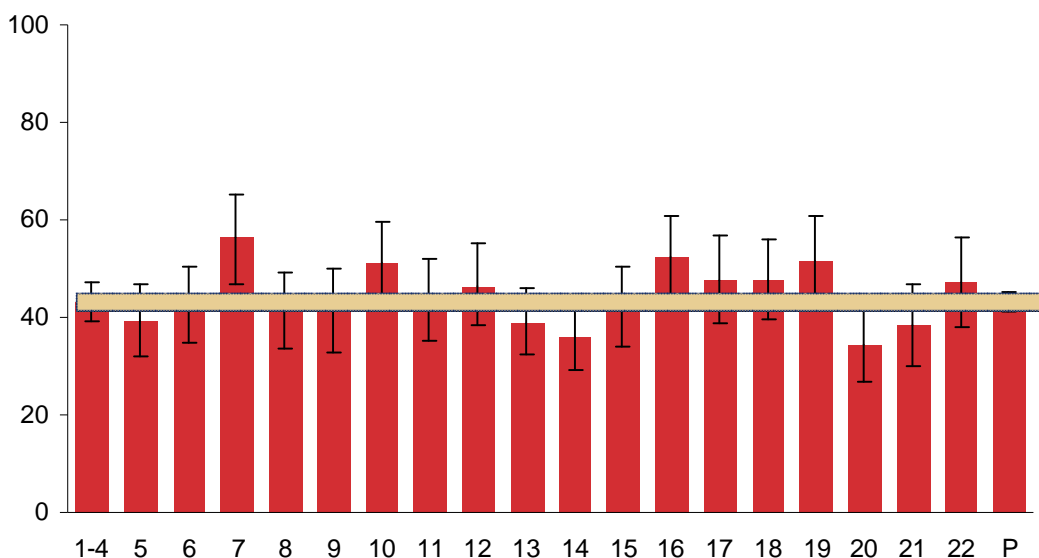


\* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 210)

- Tra le ASL della Regione solo per la 7 emergono differenze statisticamente significative (eccesso) per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo.

### Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

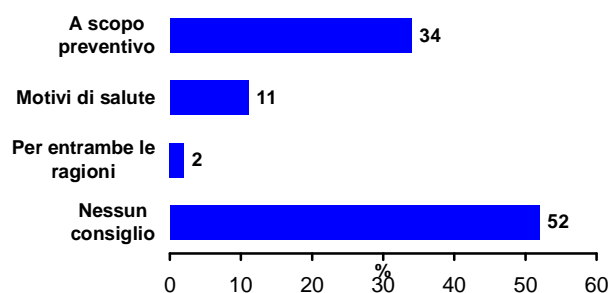


## A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

- il 48% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario;
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (34%);
- il 52% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

### Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

ex ASL 15 PASSI 06/2007-03/2008 \*

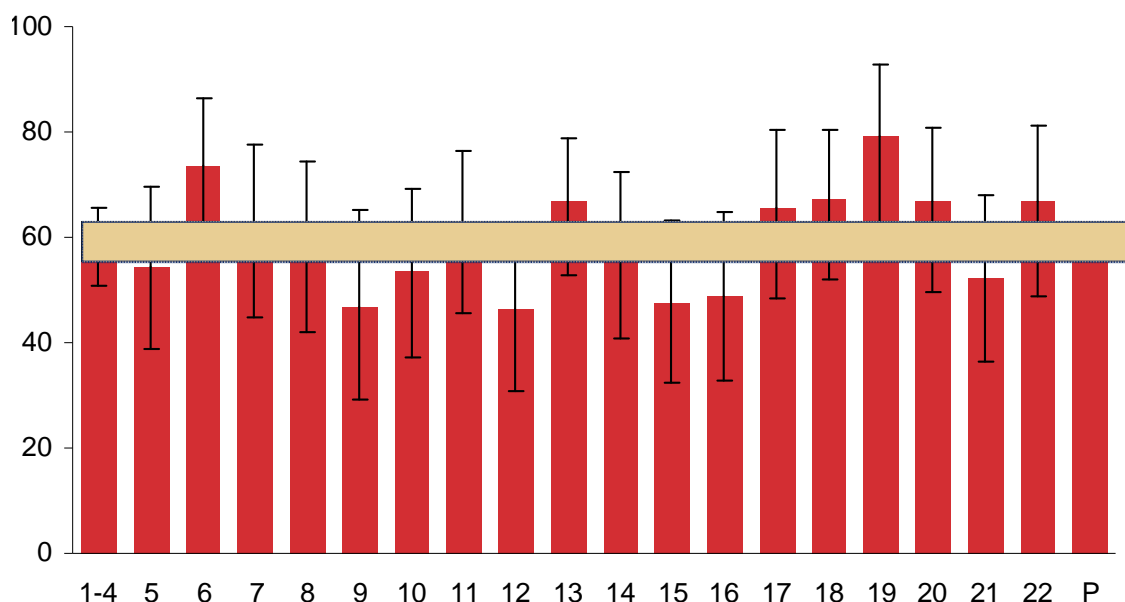


\* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 44)

Nelle 22 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare.

### Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

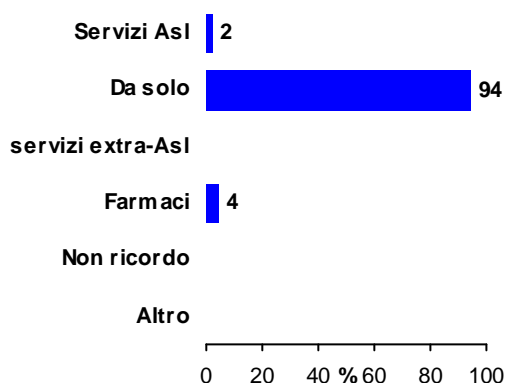




## **Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma**

- Fra gli ex fumatori il 94 % ha smesso di fumare da solo e il 2% riferisce di aver fruito di servizi Asl
- Il 37% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno.

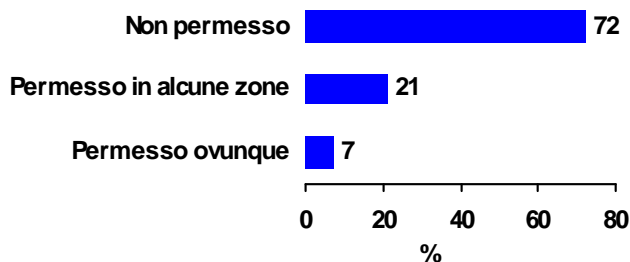
**% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008**



## **L'abitudine al fumo in ambito domestico**

- Il 72% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 28% dei casi si fuma ovunque (7%) o in alcuni luoghi (21%).

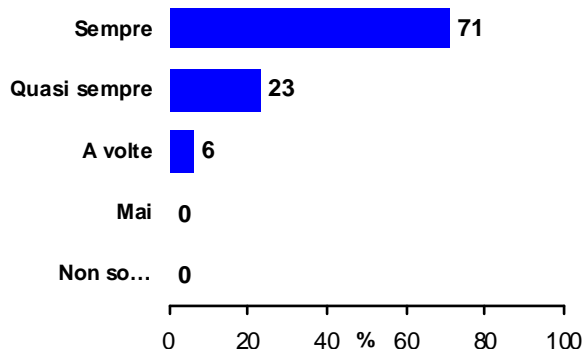
**% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008**



## **L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici**

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 94% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 6% dichiara che il divieto è rispettato raramente.

**Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n= 259 intervistati) ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 \***

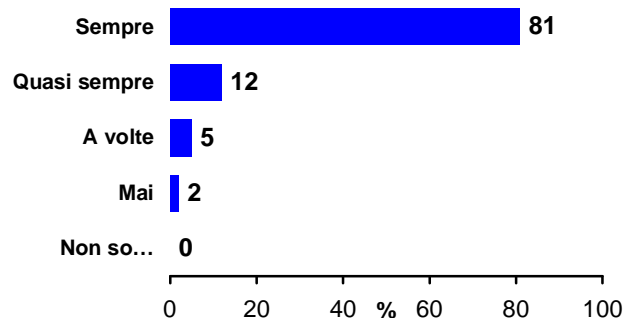


\* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

## Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 93% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 7% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 187 lavoratori) \*  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008

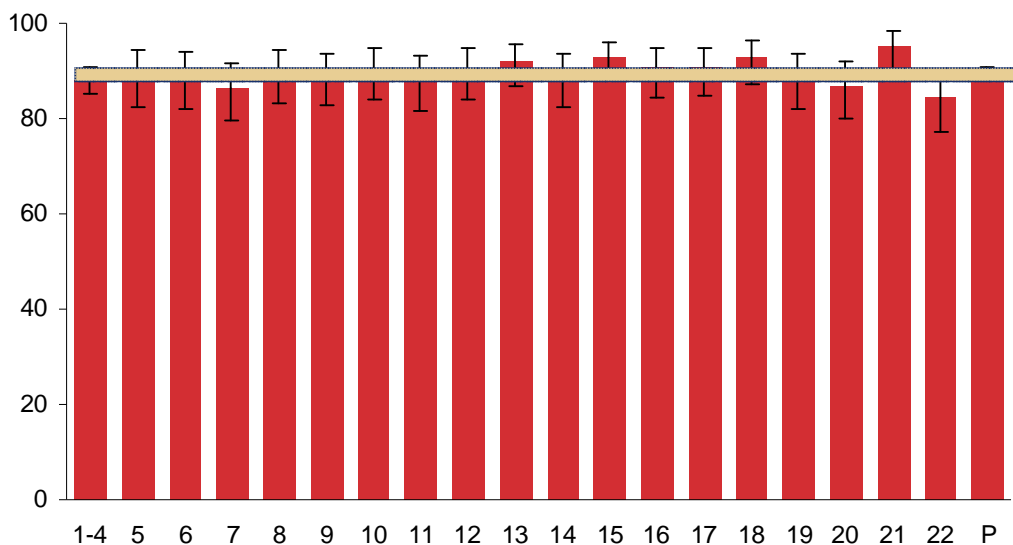


\*chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

Nelle 22 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro.

### Lavoratori che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL 15 un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani, nella classe d'età dei 18-34enni, dove quasi la metà riferiscono di essere fumatori.

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

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

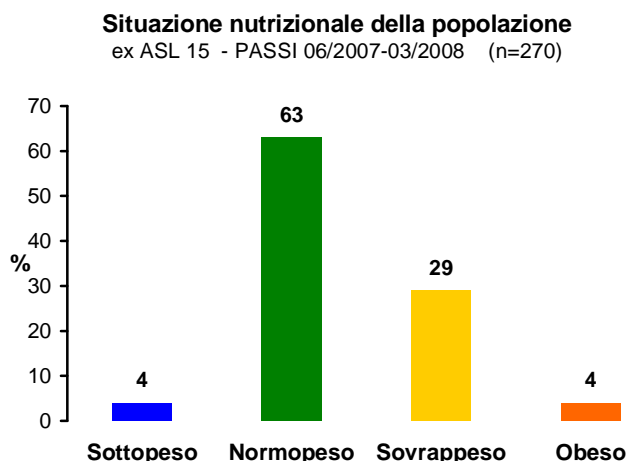
# Situazione nutrizionale

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).

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ex ASL 15 il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 63% normopeso, il 29% sovrappeso e il 4% obeso.
- Complessivamente si stima che il 33% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (44% vs 22%) e nelle persone con basso livello di istruzione.

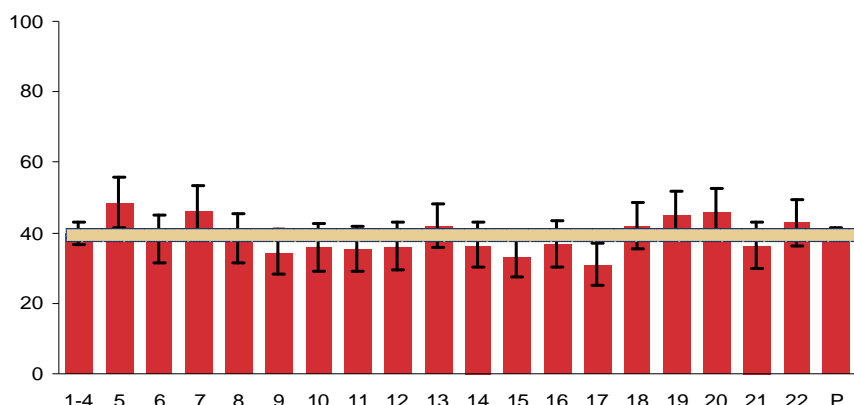
**Eccesso ponderale**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)

Caratteristiche	Eccesso ponderale %
<b>Totale</b>	<b>33.0</b> (IC95% 27.4-38.9)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	17.5
35 - 49	31.0
50 - 69	46.6
<b>Sesso</b>	
uomini	43.7
donne	22.2
<b>Istruzione*</b>	
bassa	41.8
alta	26.9
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	36.4
no	31.6

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 22 ASL della Regione emergono differenze statisticamente per quanto concerne l'ASL 17 (inferiore).

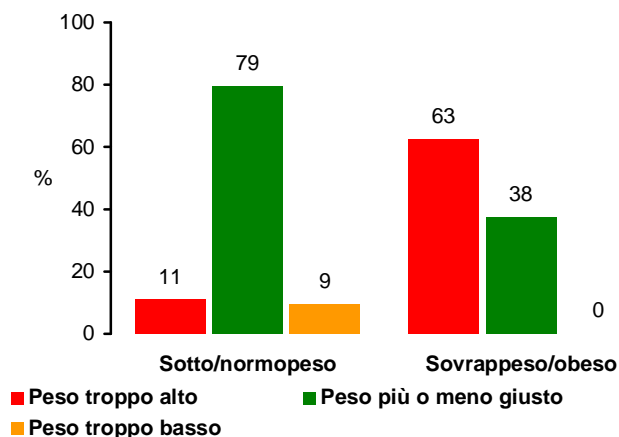
**Persone in eccesso ponderale  
per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007 - marzo2008



### ***Come considerano il proprio peso le persone intervistate?***

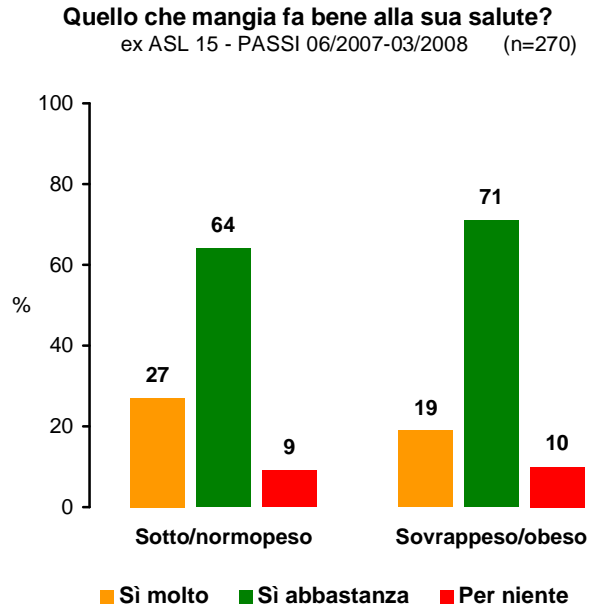
- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ex ASL 15 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva una maggior coincidenza tra percezione di normalità nei sotto/normopeso (79%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 38% ha una percezione coincidente; in tale gruppo, tuttavia, ben il 63% dei soggetti percepisce un peso eccessivo.
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 56% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 22% rispetto al 44% degli uomini.

**Percezione della propria situazione nutrizionale**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)



## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ex ASL 15 mediamente il 90% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: l'91% dei sottopeso/normopeso, il 90% dei sovrappeso/obesi.



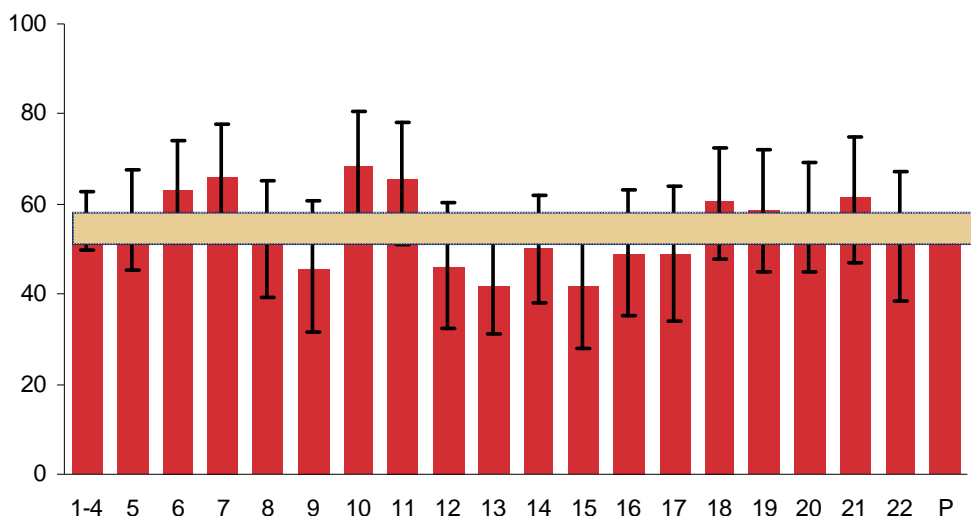
## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nella ex ASL 15 il 42% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 36% delle persone in sovrappeso e il 75% delle persone obese.

Nelle 22 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario.

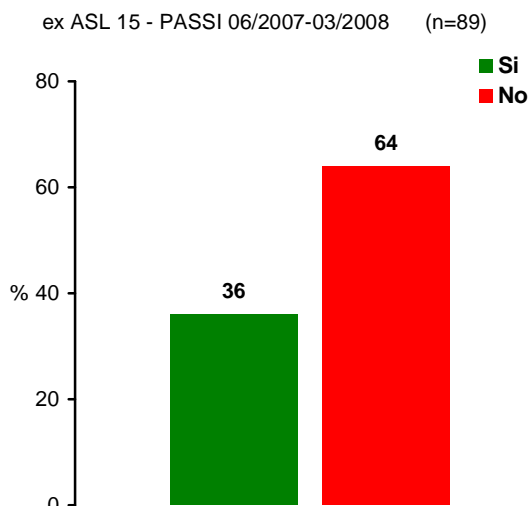
### Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di dimagrire da un operatore sanitario per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

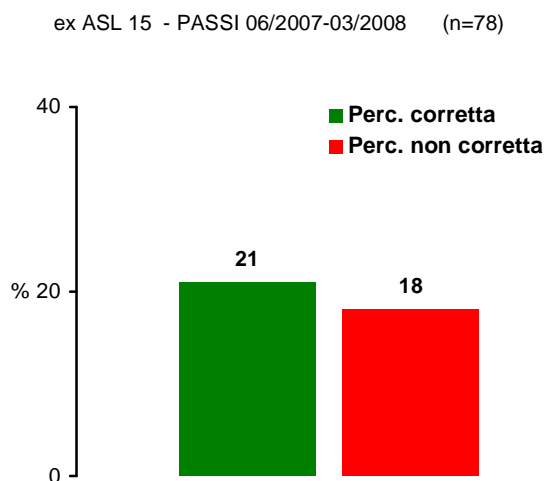


- Solo il 20% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (27% vs il 17% degli uomini)
  - negli obesi (27% vs il 19% dei sovrappeso)
  - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (36% vs 3%)

#### Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario



#### Percentuale di persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che fanno una dieta in rapporto alla percezione del proprio peso



- nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (21% vs il 18% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

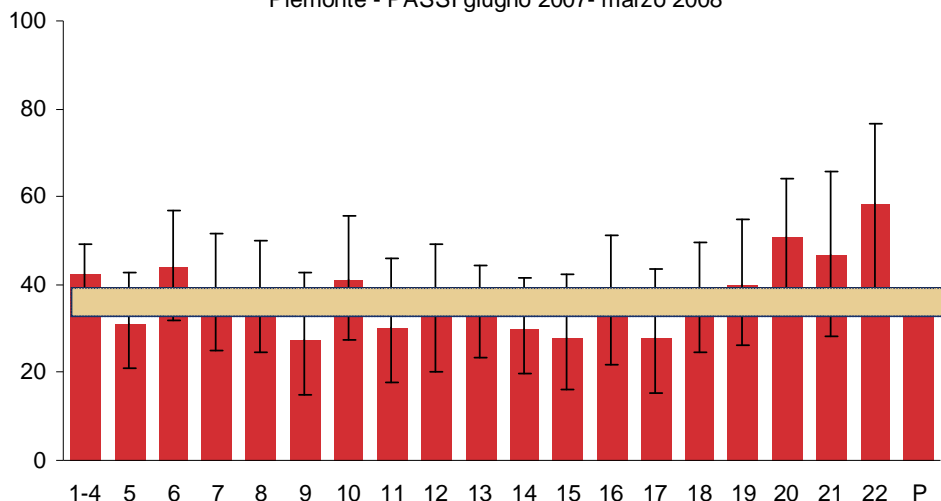
### **Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?**

- Nella ex ASL 15 il 18% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (13% nei sovrappeso/ e 55% negli obesi).
- Il 28% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 26% delle persone in sovrappeso e il 38% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 71% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 75% di chi non l'ha ricevuto.

Nelle 22 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario.

### Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

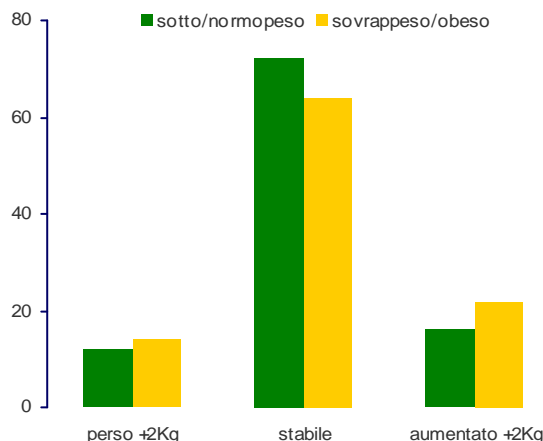


### Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ex ASL 15 il 18% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nella fascia d'età di 18-34 anni (25% vs 19% in quella 35-49 anni e 12% nella 50-69 anni)
  - nelle persone in eccesso ponderale (22% nei sovrappeso/obesi vs 16% dei normopeso).
- Non emergono invece differenze tra donne (19%) e uomini (17%).

### Cambiamenti negli ultimi 12 mesi

ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)



### Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL15 l'eccesso ponderale è diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 63% percepisce il proprio peso come "troppo alto", il 90% giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 20% delle persone in eccesso ponderale, mentre il 18% di essi è sedentario.

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

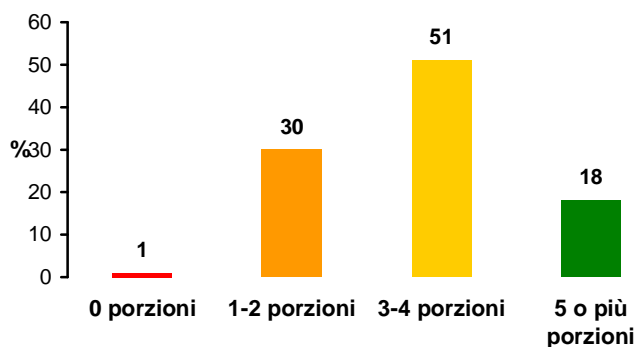
# Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente. È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune malattie: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

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

- Nella ex ASL15 il 99% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 18% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 51% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (25%), tra le donne (23%) e tra le persone con alto livello d'istruzione (19%); emergono lievi differenze legate alla condizione economica. Osservando le percentuali sembrerebbe che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone obese.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)



Consumo di frutta e verdura EX ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)	
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"*** (%)
<b>Totale</b>	<b>17.8</b> (IC95% 13.4-22.9)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	7.5
35 - 49	18.4
50 - 69	25.2
<b>Sesso</b>	
uomini	12.6
donne	23.0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	15.5
alta	19.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14.3
no	19.2
<b>Stato nutrizionale</b>	
sotto/normopeso	16.6
sovrappeso/obeso	20.2

\* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

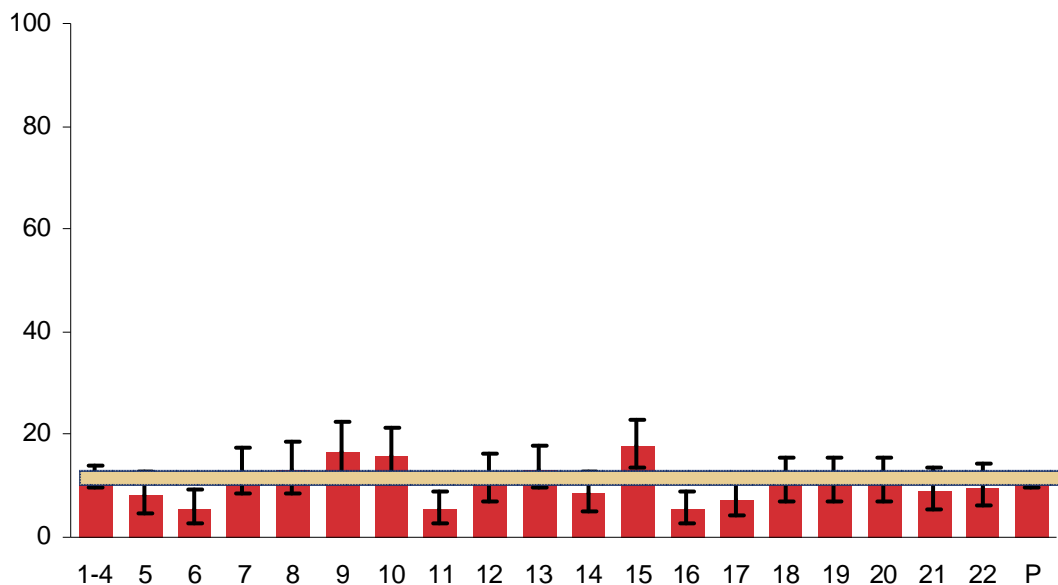
\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea



Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" nell'ASL 15 (superiore) e 6, 11, 16 (inferiore).

### **Persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### **Conclusioni e raccomandazioni**

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l'18% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

# Consumo di alcol

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

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

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

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

## Quante persone consumano alcol?

- Nella ex ASL 15 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 70%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18 – 34 anni. La percentuale di consumatori di alcol è maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 58% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 42% prevalentemente durante il fine settimana.

<b>Consumo di alcol (ultimo mese)</b> ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*</b>
<b>Totale</b>	<b>70.4</b> (IC95%:64.5-75.8)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	76.3
35 - 49	63.2
50 - 69	71.8
<b>Sesso</b>	
uomini	84.4
donne	56.3
<b>Istruzione **</b>	
bassa	68.2
alta	71.9
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	64.9
no	72.5

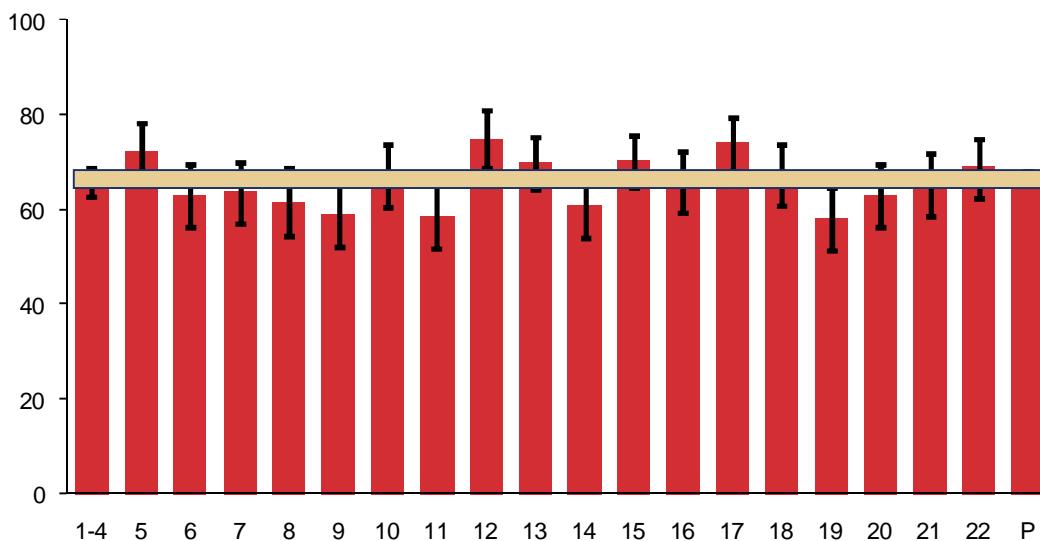
\* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, differenze statisticamente per la 12 (superiore).

### Persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno2 007-marzo 2008

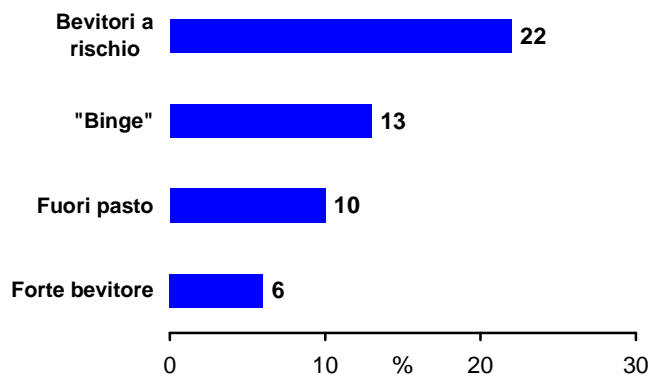


### Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 22% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 10% degli intervistati riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 13% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 6% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

#### Bevitori a rischio\* per categorie

ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008

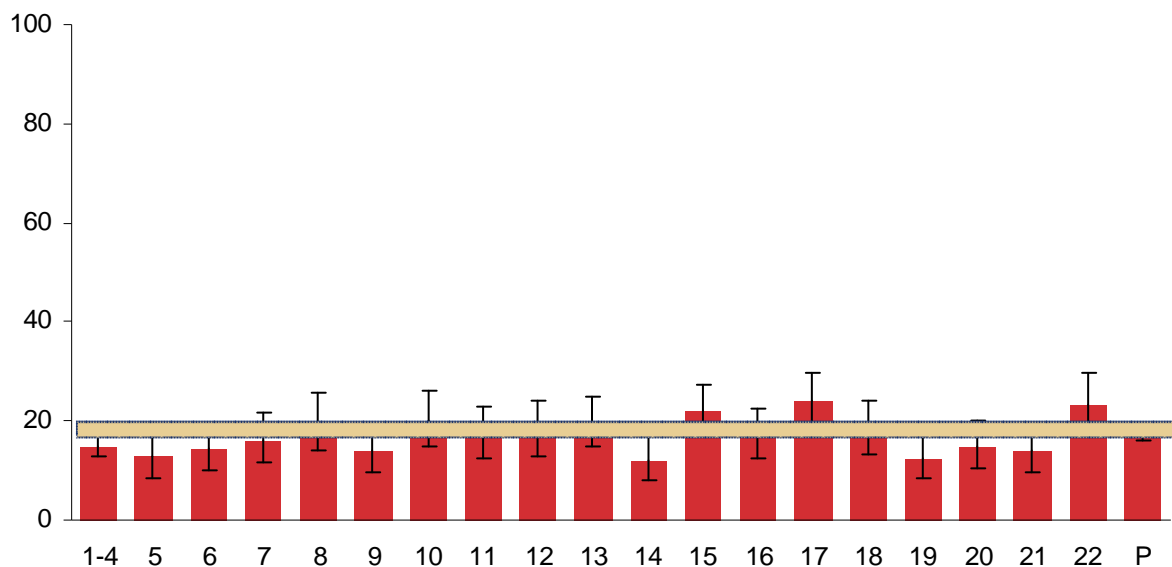


\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio per la 17 (superiore)

### Bevitori a rischio per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008



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

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 13% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.

Consumo "binge" (ultimo mese)  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=270)

Caratteristiche	% bevitori "binge"*
<b>Totale</b>	<b>13.0</b> (IC95%: 9.2-17.6)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	26.3
35 - 49	8.0
50 - 69	6.8
<b>Sesso</b>	
uomini	23.0
donne	3.0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	11.8
alta	13.8
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14.3
no	12.4

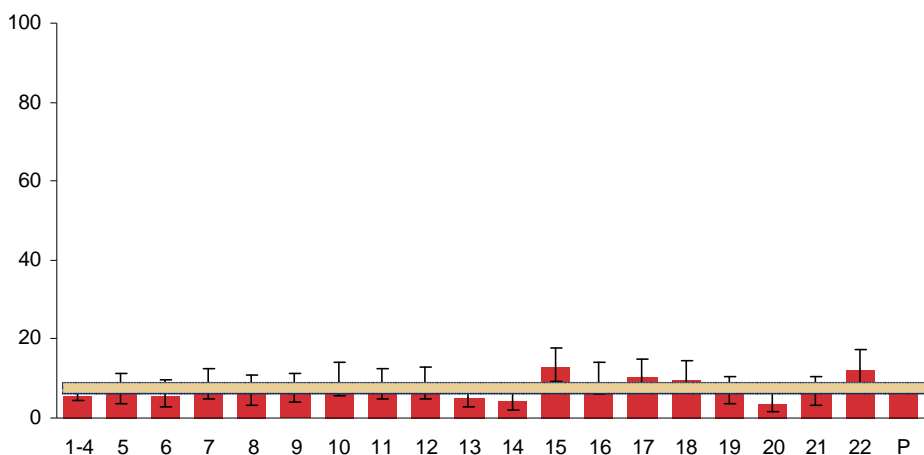
\*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 22 ASL della Regione la percentuale di bevitori "binge" mostra differenze statisticamente significative per la 15 (superiore).

### Bevitori "binge" per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008

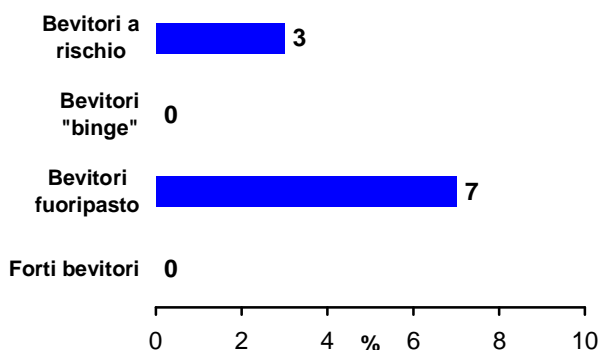


### A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

- Nella ex ASL15 solo il 28% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 3%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 7% di bevitori fuori pasto e nessun consiglio è stato dato ai bevitori "binge" e ai forti bevitori.

#### % bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)

ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=150)

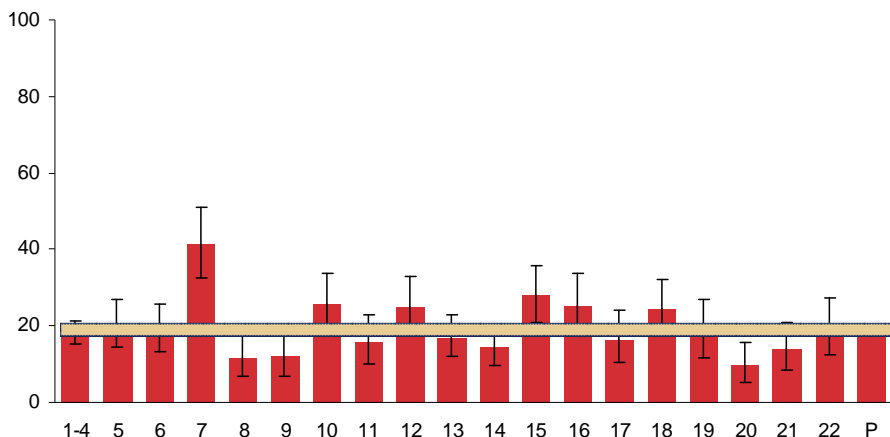


\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra differenze statisticamente significative rispetto alla Regione per le 7 e 15 (superiore) e 20 (inferiore).

**Persone che riferiscono che un operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



**Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ex ASL 15 si stima che circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura.

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

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

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

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

# Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Pesante il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità.

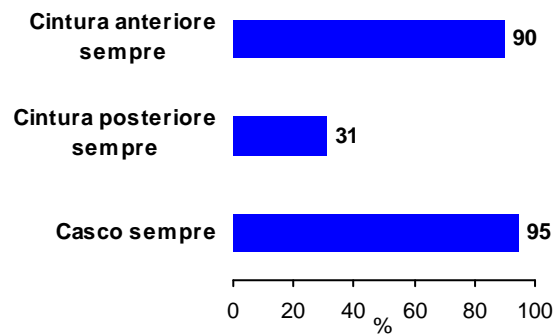
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol e dalle sostanze stupefacenti: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro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

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'90%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (31%).
- Nella ex ASL 15 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 95% riferisce di usare sempre il casco.

### Uso dei dispositivi di sicurezza

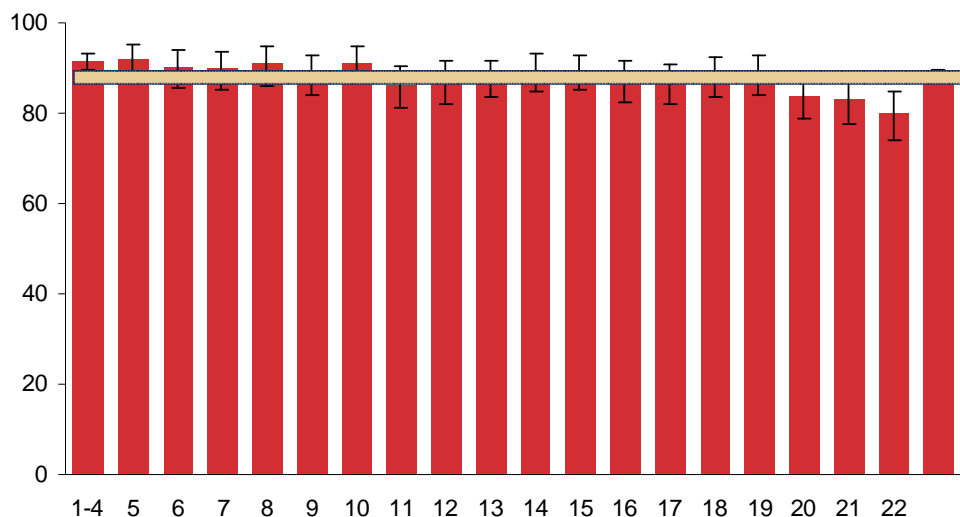
ex ASL 15 - PASSI 03/2007-06/2008



Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è per la 22 significativamente inferiore per la cintura anteriore e per la 6, la 20 e la 22 inferiore, nonché per la 10 superiore per quella posteriore.

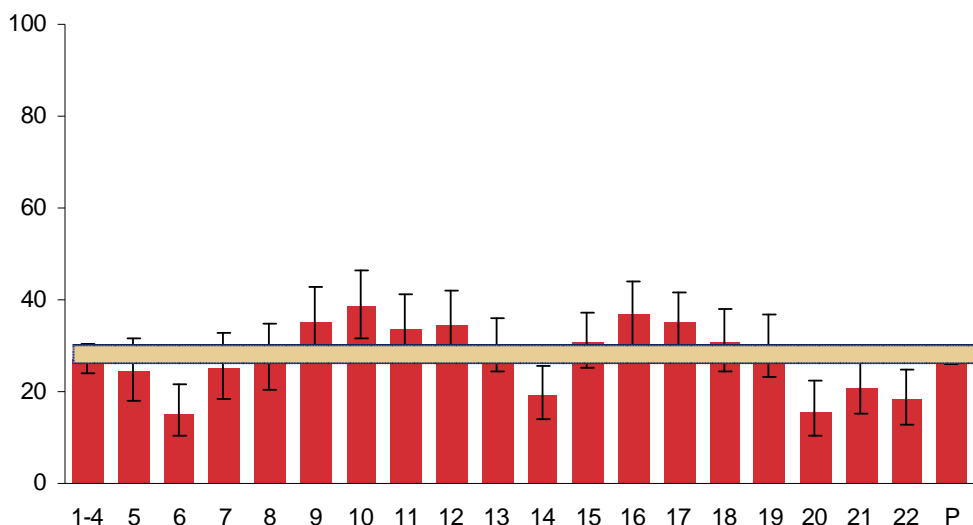
### Persone che usano la cintura anteriore sempre per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Persone che usano la cintura posteriore sempre per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 10% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 15%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone con un grado di istruzione basso.
- Il 22% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

#### Guida sotto l'effetto dell'alcol\*

ex ASL 15 - PASSI 03/2007-06/2008 (n=268)

Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
<b>Totale</b>	<b>14.7</b> (IC95%: 9.9-20.6)
<b>Classi di età</b>	
18-34	16.4
35 - 49	13.0
50 - 69	14.5
<b>Sesso</b>	
uomini	17.7
donne	9.9
<b>Istruzione</b>	
bassa	18.3
alta	12.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14.9
no	14.6

\* il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

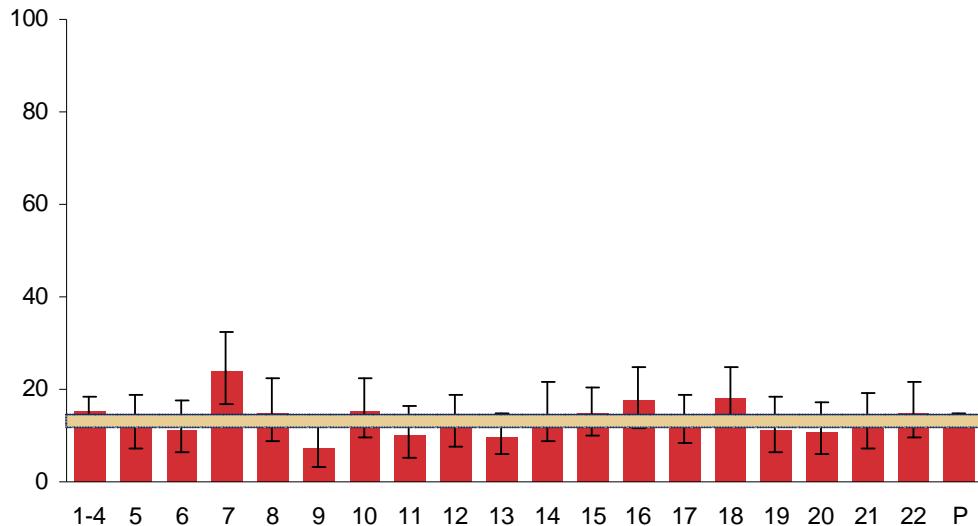
\*\*coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica



Tra le diverse ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nell'ASL 7.

### **Persone che riferiscono di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ex ASL 15 si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

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

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

# Infortuni domestici

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

Anche in Italia il fenomeno appare particolarmente rilevante, nonostante l'incompletezza e la frammentarietà dei dati attualmente disponibili. Il numero di infortuni domestici (ISTAT, 2004) mostra, infatti, un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000. Analogamente, il numero di persone coinvolte negli infortuni, nello stesso periodo, è salito da 2,1 a 3,4 milioni. Probabilmente una parte di questi incrementi sono da attribuire ad una maggiore attenzione alla problematica e al miglioramento della capacità di rilevazione del fenomeno. Circa 1,3 milioni di persone (SINIACA, 2004) hanno fatto ricorso al Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine, il numero di decessi correlati ad incidenti domestici è stato stimato in circa 4.500/anno.

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

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

- Nella ex ASL 15 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata. Infatti il 96% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio leggermente inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, istruzione e nelle persone con difficoltà economiche. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) non influenza la percezione del rischio.

<b>Bassa percezione del rischio infortunio domestico</b> ex ASL 15 (n=270) - PASSI 06/2007-03/2008	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico</b>
<b>Totale</b>	<b>96,3</b> (IC 95%: 93,3-98,2)
<b>Età</b>	
18 - 34	95,0
35 - 49	98,9
50 - 69	95,1
<b>Sesso</b>	
Uomini	97,8
Donne	94,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	95,5
alta	96,9
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	96,1
no	96,4
<b>Persone potenzialmente a rischio ***</b>	
si	97,9
no	95,4

\*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

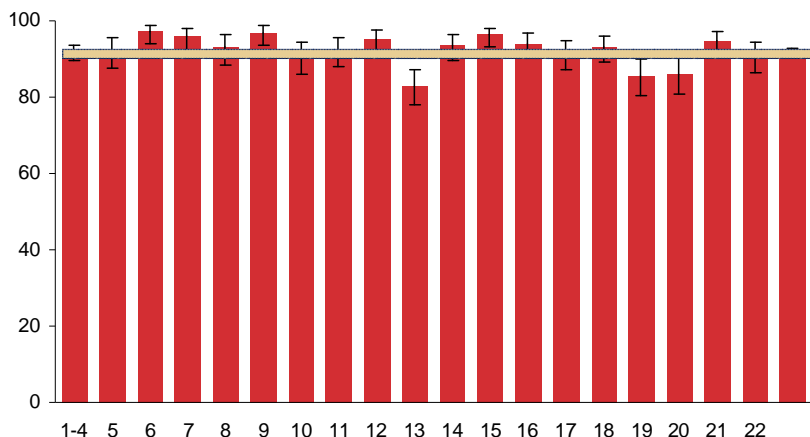
\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

Nelle varie ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio, con valori inferiori per le 13, 19, 20 e superiori per le 6 e 9.

**Persone che hanno riferito una bassa possibilità di subire un infortunio domestico per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ex ASL 15 il 40% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre.

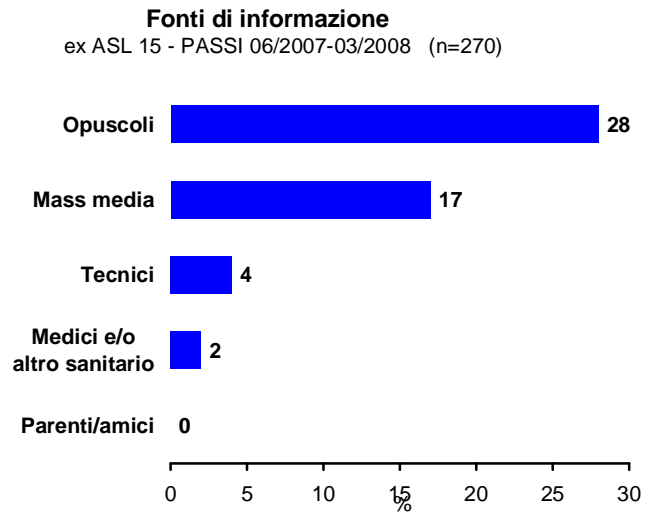
**Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi**  
ex ASL 15 (n=270) - PASSI 06/2007-03/2008

<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni</b>
<b>Totale</b>	<b>40,4</b> (IC 95%: 34,5-46,5)
<b>Età</b>	
18 - 34	32,5
35 - 49	41,4
50 - 69	45,6
<b>Sesso</b>	
Uomini	41,5
Donne	39,3
<b>Istruzione*</b>	
bassa	39,1
alta	41,3
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	35,1
no	42,5
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	38,5
no	41,1
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	20,0
bassa	41,2

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

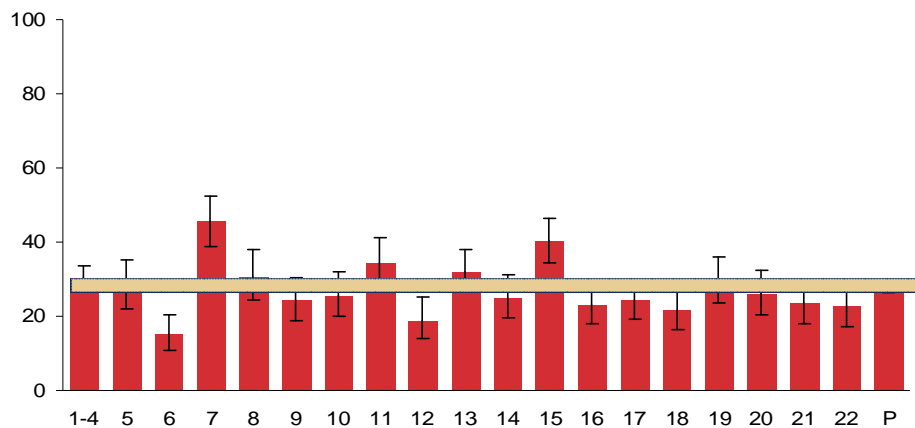
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli (28% di tutti gli intervistati), meno i mass media.



Nelle ASL della regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12, con valori superiori in 7 e 15 e inferiori in 6 e 12.

**Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione di infortuni domestici per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Tra chi riferisce di aver ricevuto informazioni, sono state adottate misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Nella ex ASL15 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 9% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione  
ex ASL 15 (n=109) - PASSI 06/2007-03/2008

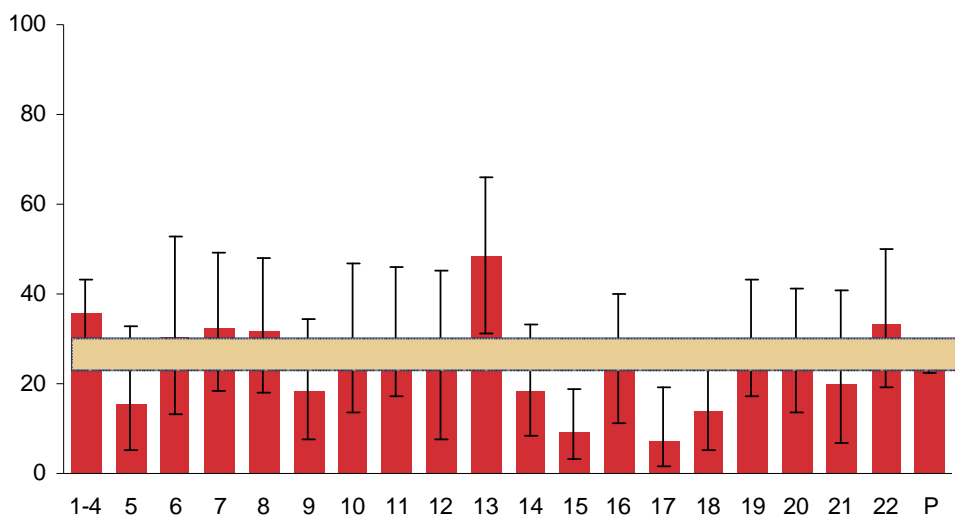
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
<b>Totale</b>	<b>9,1</b> (IC 95%: 3,4 -18,7)
<b>Età</b>	
18 - 34	11,8
35 - 49	10,0
50 - 69	6,9
<b>Sesso</b>	
Uomini	8,6
Donne	9,7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	15,4
alta	5,0
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	45,5
no	1,8
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	13,0
no	7,0
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	0
bassa	9,4

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

## Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

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

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

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da opuscoli e mass media e in modo non specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un decimo ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

Si evidenzia quindi la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi.

# 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).

Si stima, 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 (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale).

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

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

- Nella ex ASL 15 l'11% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute.
- Non emergono differenze significative con i dati regionali (18%)

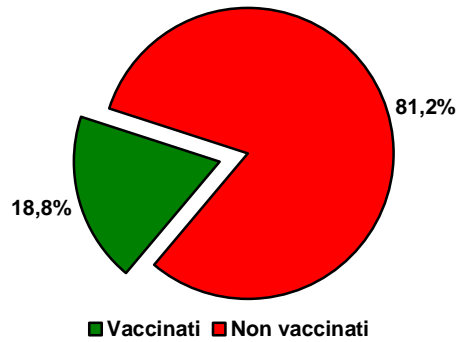
<b>Caratteristiche</b>	<b>Vaccinati (%)</b>
<b>Totale</b>	<b>11,1</b> (IC95%:5,2 – 20,0)
<b>Età</b>	
18-34	3,6
35-49	10,7
50-64	20,0
<b>Sesso</b>	
uomini	13,6
donne	8,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	8,1
alta	13,6
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	5,6
no	12,7

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

- Tra i soggetti di età 18-64 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 18,8% risulta vaccinato.

#### Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica

ex ASL 15 (n=16)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quale mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ex ASL 15 la totalità delle persone (n.=8) ha praticato la vaccinazione durante il mese di Novembre.

### **Conclusioni e raccomandazioni**

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente (meno di una persona su cinque).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata.



# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame sierologico (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia.

Si stima che, per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ex ASL 15 il 28,6% delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 44,4% tra 18-24 anni al 18,2% tra 35 -49 anni) e con il basso livello d'istruzione.

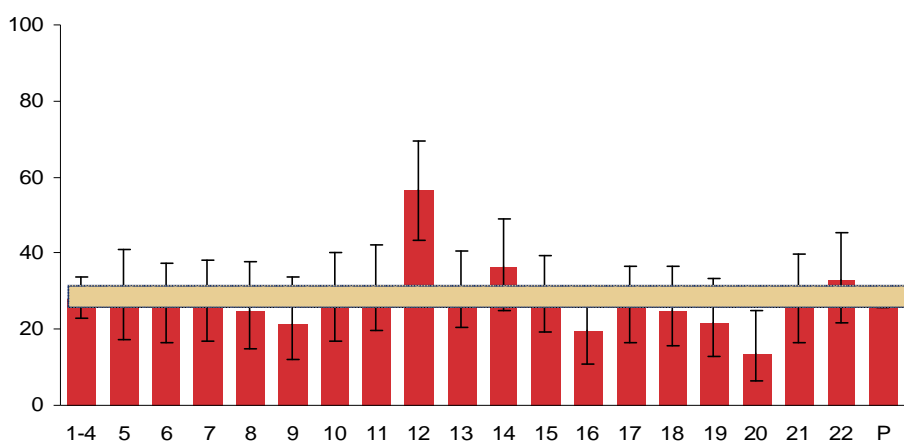
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=84) ex ASL 15 - Passi, 2007	
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
<b>Totale</b>	<b>28,6</b> (IC95%: 19,2 – 39,5)
<b>Età</b>	
18-24	44,4
25-34	36,4
35-49	18,2
<b>Istruzione*</b>	
bassa	33,3
alta	26,7
<b>Difficoltà Economiche</b>	
sì	22,2
no	31,6

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

Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, nella 12 (superiore) e nella 20 (inferiore).

## Donne tra i 18 e i 49 anni vaccinate contro la rosolia per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

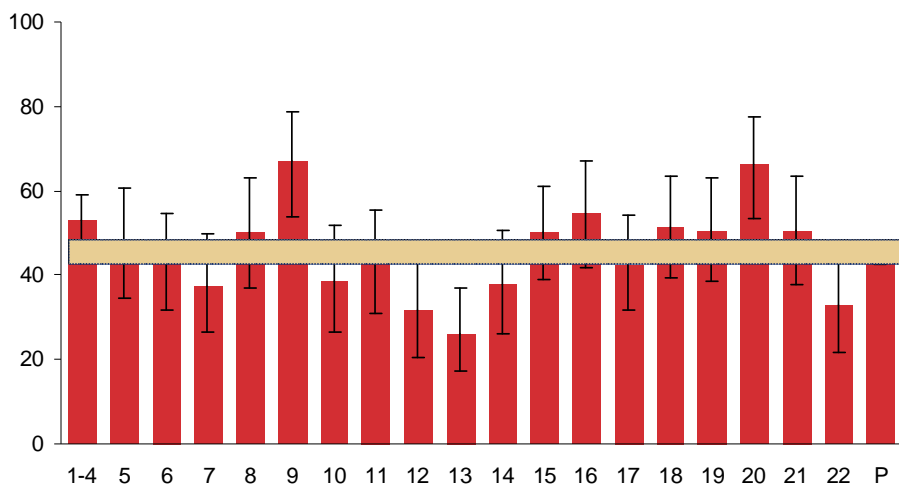
- Nella ex ASL15 il 50% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (28.6%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (21.4%).
- Nel rimanente 50% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=84) ex ASL 15 - Passi 06/2007-03/2008	
	%
	<b>50.0</b>
<b>Immuni</b>	
Vaccinate	28.6
Non vaccinate con rubeotest positivo	21.4
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>50.0</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	0
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	2.4
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	47.6

Tra le 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, l'ASL 13 ha meno, le 9 e 20 hanno più donne con significativamente sconosciuto stato immunitario verso la rosolia.

### Donne tra i 18 e i 49 anni suscettibili o con stato immunitario sconosciuto verso la rosolia per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come il numero di giovani donne in età fertile suscettibili alla rosolia sia ancora molto alto, come la percentuale di donne che non sono a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

# Rischio cardiovascolare

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

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

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

## Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo.

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

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

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

- Nella ex ASL 15, l'88% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il 10% più di 2 anni fa. Il restante 2% non ricorda o non l'ha avuta.

#### Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ex ASL 15 (n= 270) - PASSI 06/2007-03/2008

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
<b>Totale</b>	88,1 % (IC95%: 83,7 % 91,8 %)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	85,0
35 - 49	83,9
50 - 69	94,2
<b>Sesso</b>	
M	87,4
F	88,9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	88,2
alta	88,1
<b>Reddito/difficoltà economiche**</b>	
si	81,8
no	90,7

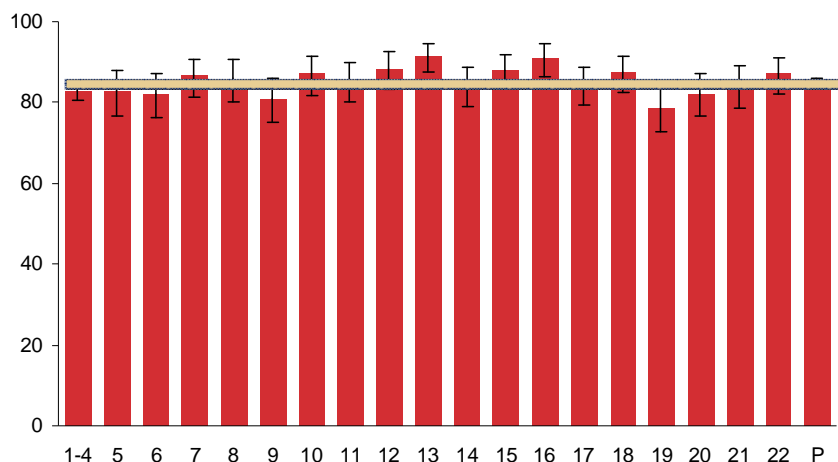
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo due, la 13 e la 16, presentano valori statistici significativamente superiori per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



**Quante persone sono ipertese?**

- Nella ex ASL15 il 17% degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni il 32% riferisce di essere iperteso.

**Ipertesi ex ASL 15 (n= 266) - PASSI 06/2007-03/2008**

Caratteristiche demografiche		Ipertesi (%)
<b>Totale</b>		17,3 (IC95%: 12,9 % - 22,4 %)
<b>Età</b>		
	18 - 34	5,1
	35 - 49	10,6
	50 - 69	32,4
<b>Sesso</b>		
	M	15,7
	F	18,9
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	19,1
	alta	16,0
<b>Difficoltà economiche**</b>		
	sì	18,9
	no	16,7

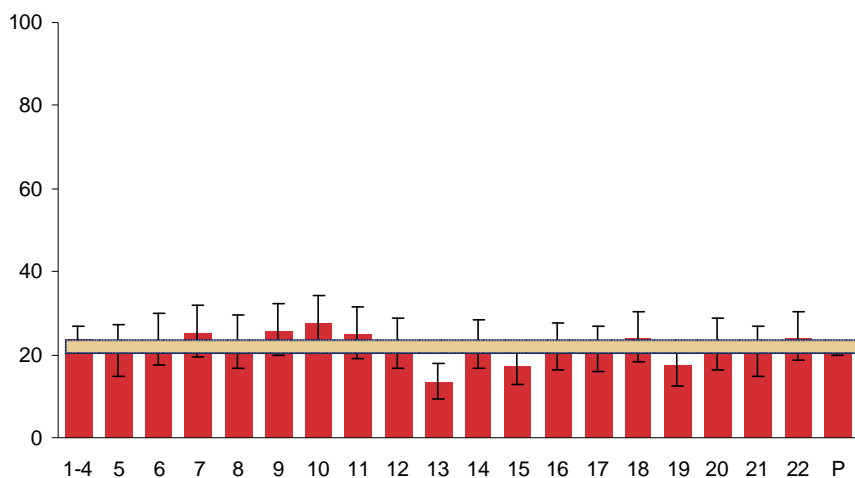
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la 13 presenta un valore significativamente inferiore per quanto concerne la percentuale di ipertesi.

### Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

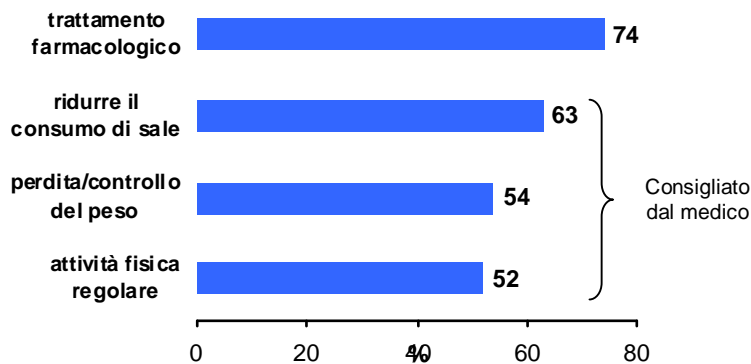
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

Treatment of hypertension and doctor's advice \* ex ASL 15 (PASSI, 2007)

- Il 74% degli ipertesi nella ex ASL 15 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (63%), ridurre o mantenere il peso corporeo (54%) e svolgere regolare attività fisica (52%).

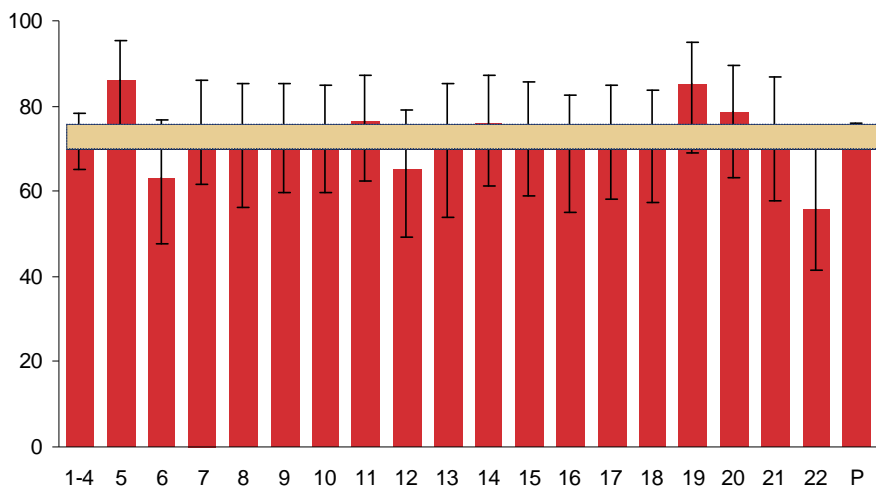


\* ognuno considerata indipendentemente

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati.

### Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ex ASL15 si stima che sia iperteso circa il 17% della popolazione tra 18 e 69 anni, più del 32% degli ultracinquantenni e circa il 5% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

# Colesterolemia

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

## Quante persone hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Nella ex ASL 15 il 73% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il 50% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 16% tra 1 e 2 anni fa, il 7% più di 2 anni fa, mentre il 27% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età (passando dal 48% nella classe 18-34 anni al 90% nei 50-69enni), nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più basso reddito.

Colesterolo misurato almeno una volta ex ASL 15 (n= 270) - PASSI 06/2007-03/2008	
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
<b>Totale</b>	<b>73,0%</b> (IC95%: 67,2% 78,2%)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	47,5
35 - 49	75,9
50 - 69	90,3
<b>Sesso</b>	
M	68,9
F	77,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	78,2
alta	69,4
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	75,3
no	72,0

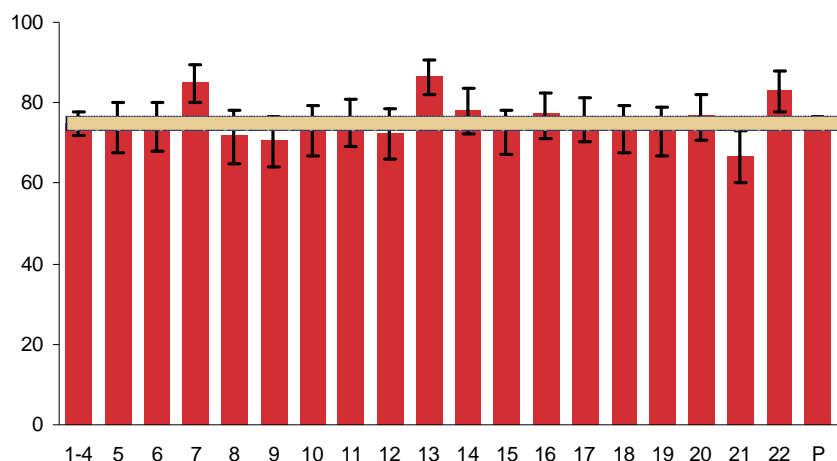
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la 7, la 13 e la 22 mostrano valori superiori e la 21 inferiori, con differenze statistiche significative, per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo.

### Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 25% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione.

### Ipercolesterolemia riferita ex ASL 15 (n= 197) - PASSI 06/2007-03/2008

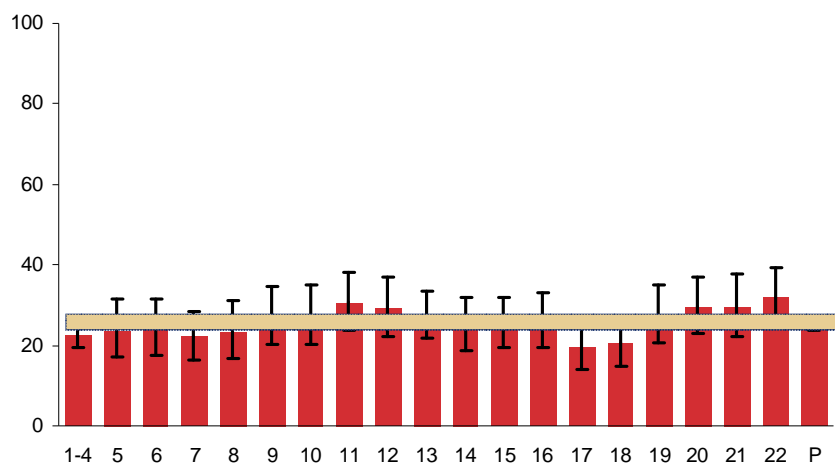
Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
<b>Totale</b>		<b>25,4</b> (IC95%: 19,5% - 32,1%)
<b>Età</b>	18 - 34	7,9
	35 - 49	25,8
	50 - 69	32,3
<b>Sesso</b>	M	30,1
	F	21,2
<b>Istruzione*</b>	bassa	31,4
	alta	20,7
<b>Difficoltà economiche**</b>	sì	25,9
	no	25,2

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;  
istruzione alta: media superiore/laurea  
\*\*"con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia.

### Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

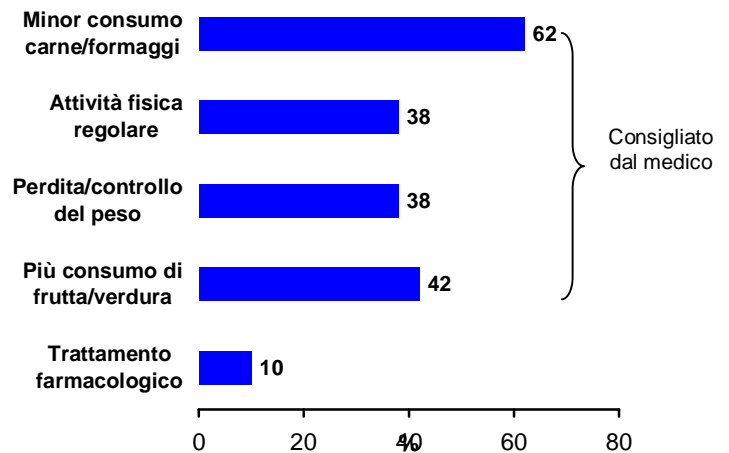




## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 10% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il 62 % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 42% % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 38 % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 38 % di svolgere regolare attività fisica.

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico\*  
ex ASL15 - PASSI 06/2007-03/2008

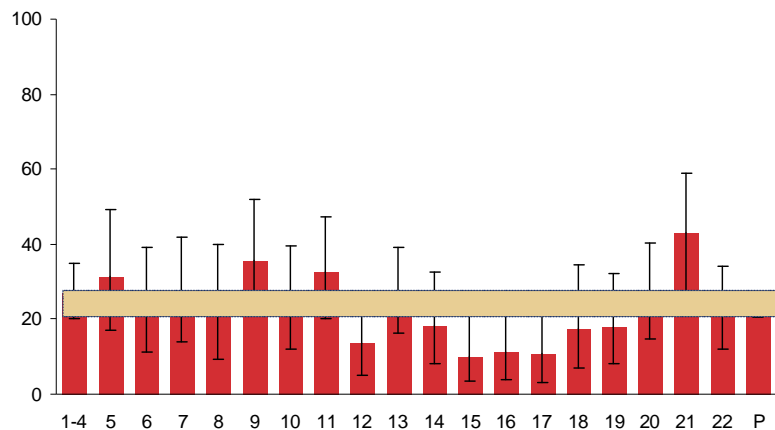


\* considerati indipendentemente

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci solo per la 21 (superiore), nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali.

### Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 27% della popolazione di 18-69 anni non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 25% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 32% tra le persone di 50-69 anni.

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

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

# Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

Considerando gli anni potenziali di vita persi prematuramente (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 65 anni.

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

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

- Nella ex ASL 15 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 2%.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

<b>Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ex ASL 15 (n=179) - PASSI 06/2007-03/2008</b>	
<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Punteggio calcolato (%)</b>
<b>Totale</b>	<b>2,2</b> (IC95%: 0,6% - 5,6%)
<b>Classi di età</b>	
35 - 49	1,2
50 - 69	3,2
<b>Sesso</b>	
M	3,3
F	1,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	2,4
alta	2,1
<b>Difficoltà economiche**</b>	
basso	1,8
alto	2,4
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***</b>	
sì	2,4
no	1,8

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

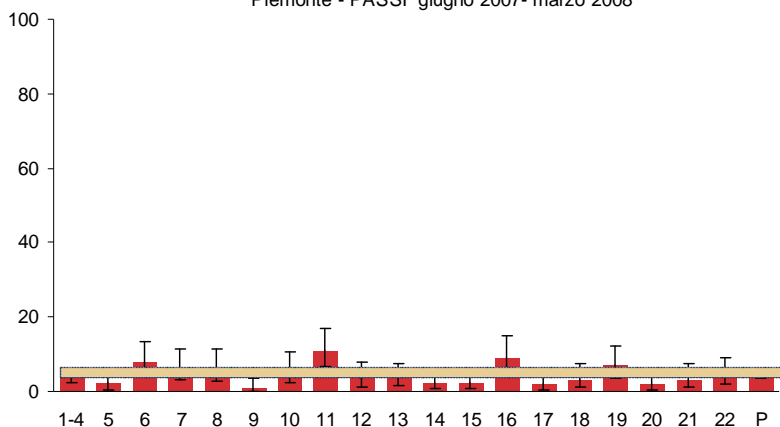
\*\*con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

\*\*\* soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare per la 9 (inferiore) e la 11 (superiore).

**Persone con più di 35 anni senza patologie cardio-vascolari a cui è stato calcolato il punteggio del rischio per ASL (%)**

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ex ASL 15.

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

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

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

# Sintomi di depressione

---

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, come anche lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità (1). Per i cittadini la salute mentale è infatti una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa.

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) sono poi sommati e vengono utilizzati per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi, nonostante tale diagnosi di questa condizione richiede una valutazione clinica approfondita.

## Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella ex ASL15 l'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ex ASL 15 i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
  - le più colpite siano le donne, le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.

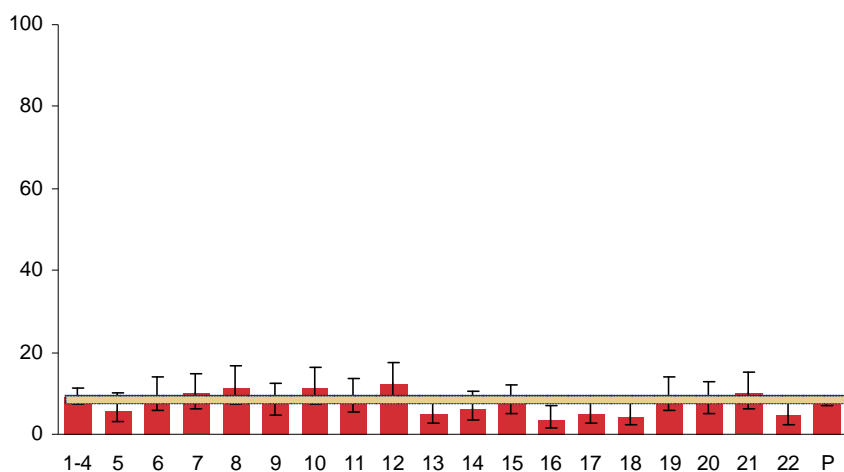
<b>Sintomi di depressione</b>	
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=268)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)</b>
<b>Totale</b>	<b>8,2</b> (IC95%: 5,2-12,2)
<b>Classi di età</b>	
18-34	10,0
35 - 49	9,3
50 - 69	5,9
<b>Sesso</b>	
uomini	7,5
donne	9,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	10,1
alta	6,9
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14,7
no	5,7
<b>Stato lavorativo</b>	
Lavora	7,4
Non lavora	10,3
<b>Malattie croniche</b>	
Almeno una	12,1
Nessuna	7,1

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa

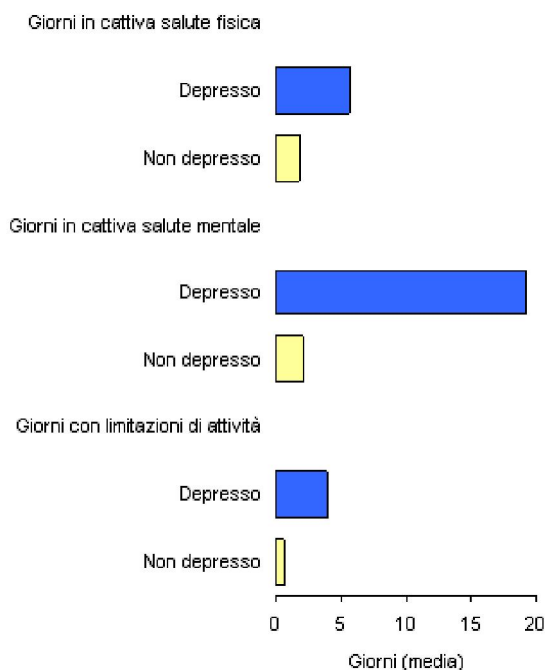
### Persone che hanno riferito entrambi i sintomi per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

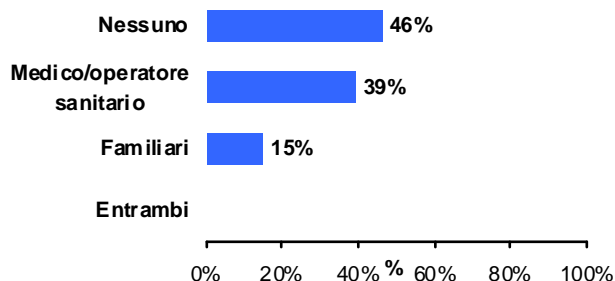
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 55% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono”, versus il 74% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e’ anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione



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

- Nella ex ASL15 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 54%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, la metà non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 39%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione ex ASL 15 – PASSI 06/2007-03/2008



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati di PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino meno di una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti.

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 sensatezze dei Servizi Sanitari.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.500 nuovi casi e 1.100 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 alle donne nella fascia d'età 25-64 anni.

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

- Nella ex ASL 15 circa l'82% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle caratterizzate da un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=101)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
<b>Totale</b>	<b>81,8</b> (IC95%:72,8-88,9)
<b>Classi di età</b>	
25 - 34	80,0
35 - 49	79,5
50 - 64	85,7
<b>Stato civile</b>	
coniugata	83,6
non coniugata	78,1
<b>Convivenza</b>	
convivente	84,1
non convivente	76,7
<b>Istruzione**</b>	
bassa	77,4
alta	83,8
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	76,7
no	84,1

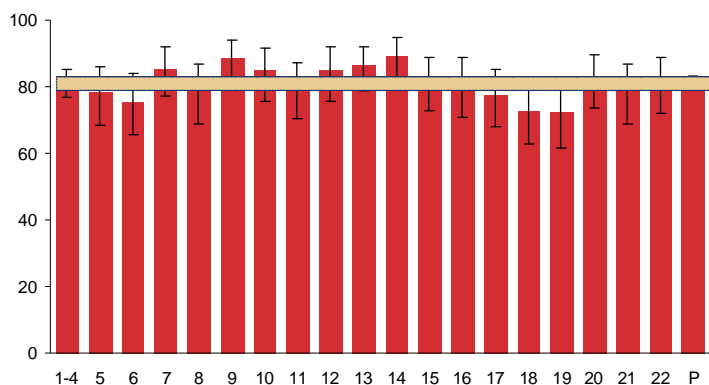
\* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative.

Donne tra i 25 e i 64 anni che hanno eseguito il Pap-test negli ultimi tre anni per ASL (%)

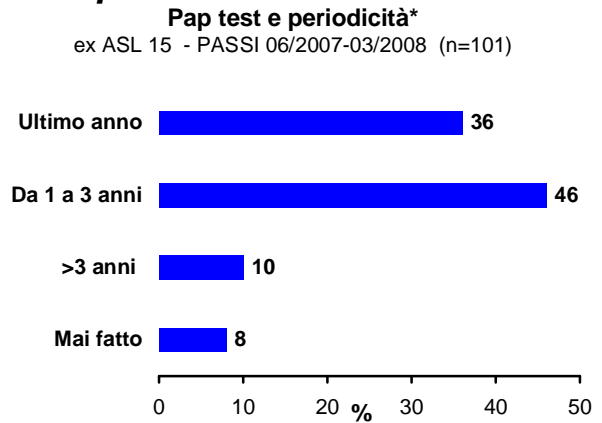
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

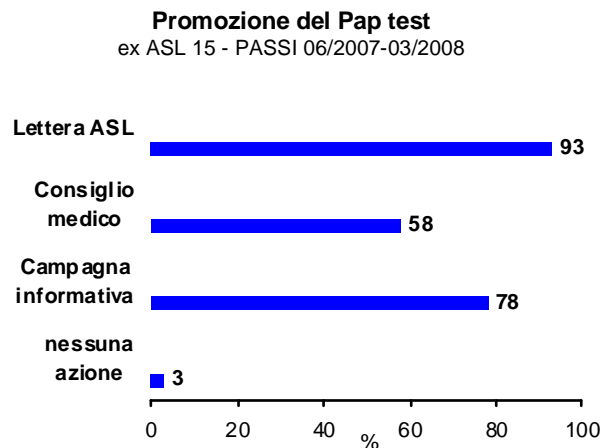
- il 36% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 46% da uno a tre anni
- il 10% da più di tre anni.
- L'8% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



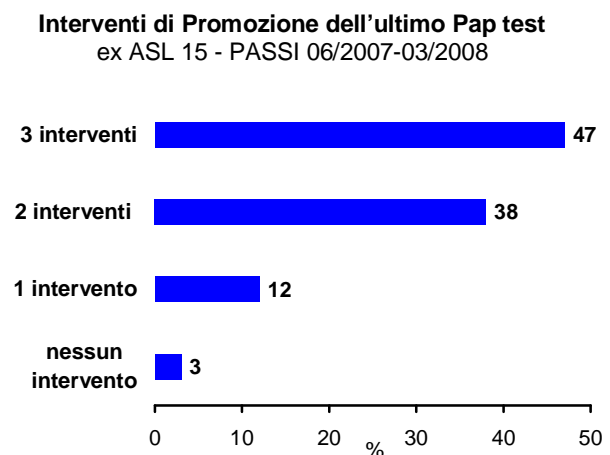
\* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

## Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ex ASL15:
  - il 93% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL,
  - il 78% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
  - il 58% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.



- Il 47% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 38% due interventi di promozione, il 12% uno solo.
- Solo il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

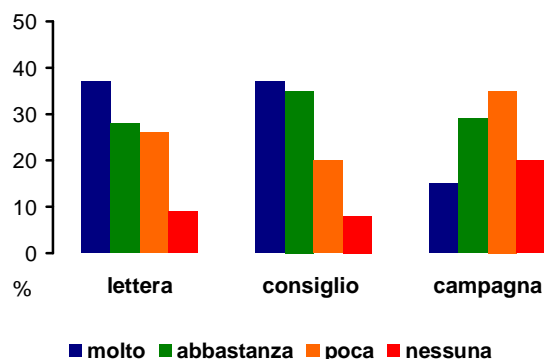




## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- Nella ex ASL15 il 65% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (37% molta e 28% abbastanza), mentre il 26% poca influenza sulla scelta e il 9% nessuna.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008

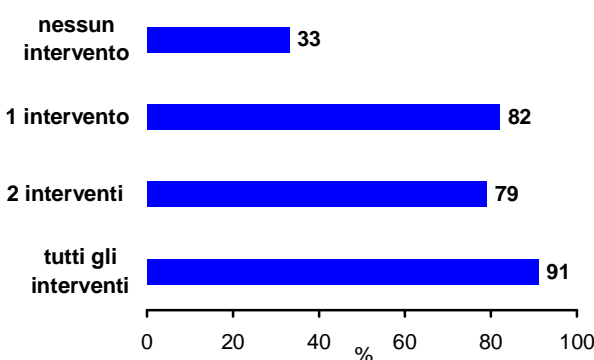


- Il 73% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (37% molta e 35% abbastanza), mentre il 20% poca influenza sulla scelta ed il 8% nessuna.
- Il 45% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (15% molta e 29% abbastanza), mentre il 35% poca influenza sulla scelta ed il 20% nessuna.

## Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test?

- Nella ex ASL15 solo il 33% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'82% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 79% con due interventi e al 91% con tutti e tre gli interventi.

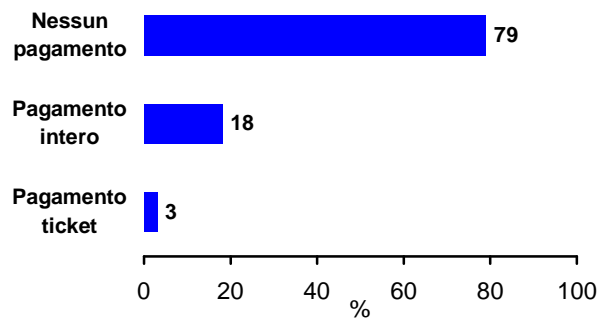
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



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

- Nella ex ASL 15 il 79% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 3% ha pagato solamente il ticket e il 18% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

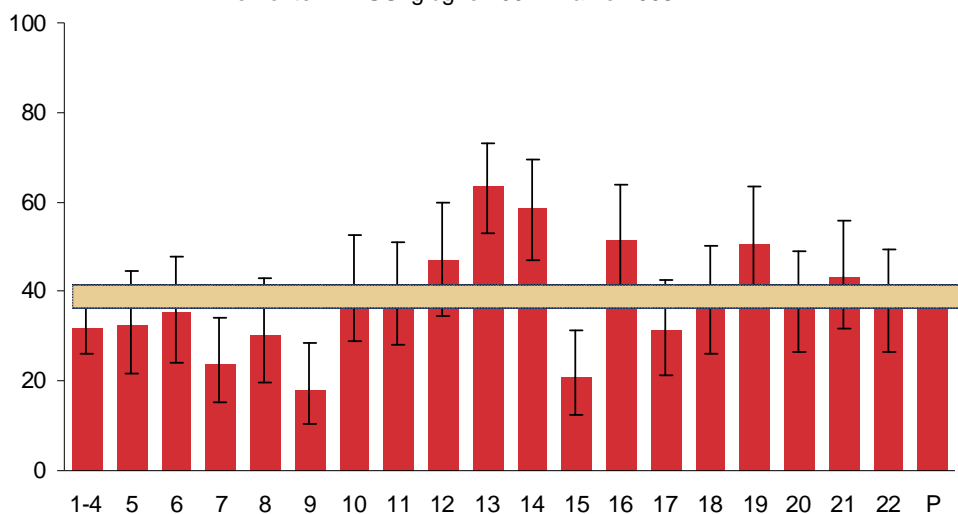
**Costi del Pap test per le pazienti**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=81)



Nelle 22 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di non aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che non hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening, nelle ASL 7, 9 e 15 (inferiore) e 13 e 14 (superiore).

## Donne tra i 25 e i 64 anni che hanno riferito di avere effettuato il pagamento per eseguire il Pap-test per ASL (%)

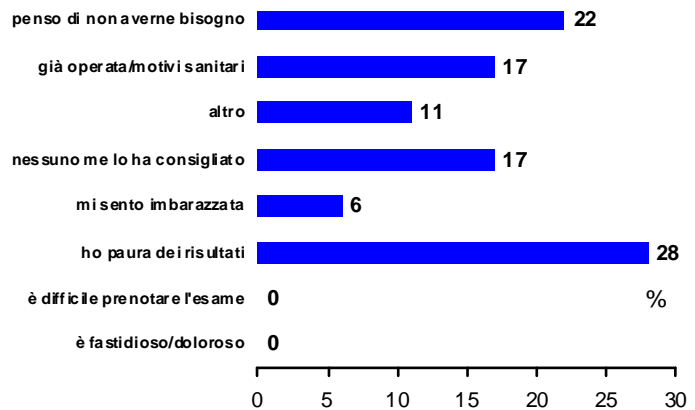
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Perché non è stato effettuato il Pap test a scopo preventivo?

- Nella ex ASL 15 l'8% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 10% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "penso di non averne bisogno" 22%
  - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 17%
  - "altro" 11%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 17%
  - "mi sento imbarazzata" 6%
  - "ho paura dei risultati dell'esame" 28%
- Il 5% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=101\*)



\* in questo grafico sono esclusi dall'analisi i non so/non ricordo

## Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ex ASL 15 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (82%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale, anche quelle che lo hanno effettuato privatamente. Risulta elevata anche la percentuale di donne che ha effettuato almeno un Pap test nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni). Il 36% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno contro un atteso del 33%. Inoltre, il 3% delle donne riferisce di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, probabilmente perché hanno fatto l'esame con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening.

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

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

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

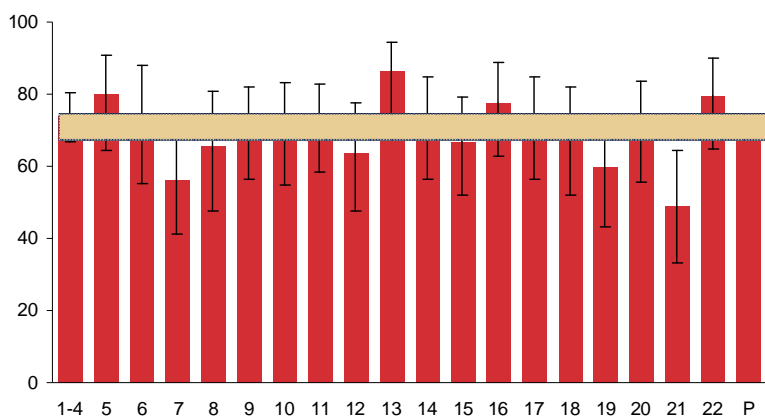
- Nella ex ASL15 circa il 67% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Si osserva
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra in modo significativo sul piano statistico che l'esame viene eseguito di più tra le donne senza molte difficoltà economiche.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 47% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ex ASL 15- PASSI 06/2007-03/2008 (n=51)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
<b>Totale</b>	<b>66,7</b> (IC95%:52,1-79,2)
<b>Classi di età</b>	
50- 59	61,5
60 -69	72,0
<b>Stato civile</b>	
coniugata	64,9
non coniugata	71,4
<b>Convivenza</b>	
convivente	70,6
non convivente	58,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	58,3
alta	74,1
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	53,8
no	71,1

\* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi  
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative, se non per un minore valore per l'ASL 21.

**Donne tra i 50 e i 69 anni che hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

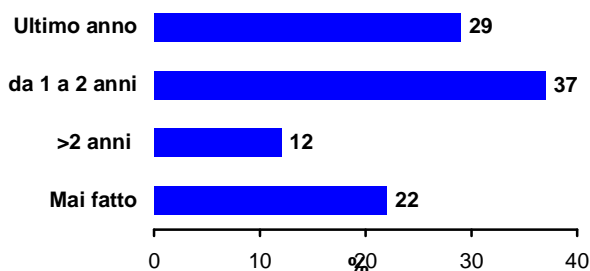


### Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 29% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 37% da uno a due anni
- l'12% da più di due anni.
- Il 22% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.

**Mammografia e periodicità\***  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=51)

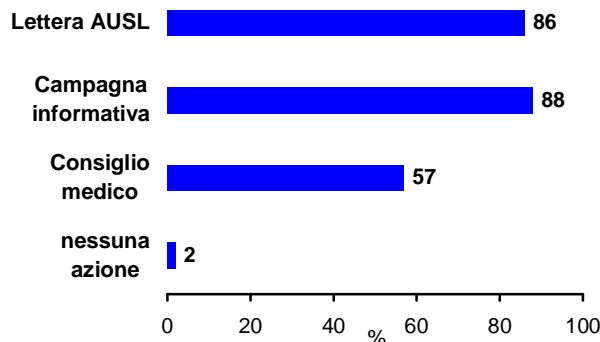


\* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

### Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

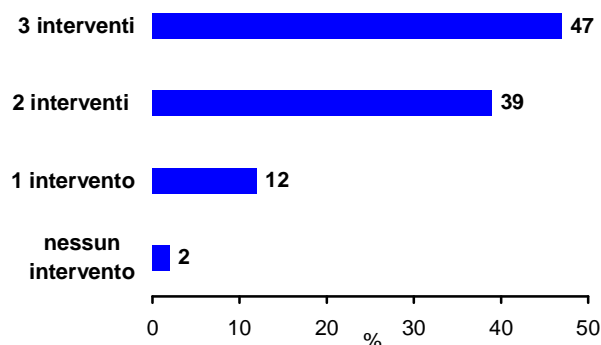
- Nella ex ASL15:
  - l'86% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL,
  - l'88% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa,
  - il 57% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

**Promozione della mammografia**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



- Il 47% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 39% due interventi di promozione, il 12% uno solo.
- Solo il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

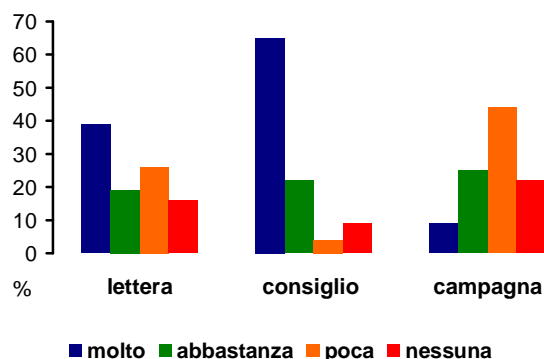
**Interventi di Promozione dell'ultima mammografia**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



### **Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?**

- Nella ex ASL 15 il 58% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (39% molta e 19% abbastanza), mentre il 26% poca influenza sulla scelta ed il 16% nessuna.

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



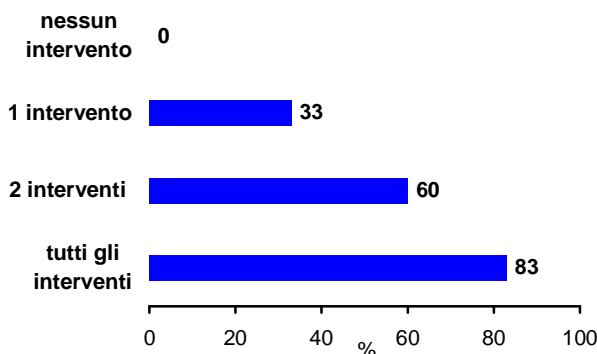
L'87% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (65% molta e 22% abbastanza), mentre il 4% poca influenza sulla scelta ed il 9% nessuna.

Il 34% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (9% molta e 25% abbastanza), mentre il 44% poca influenza sulla scelta ed il 22% nessuna.

## Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ex ASL 15 il 33% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna) ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati, il 60% se due interventi e l'83% se tutti e tre gli interventi.

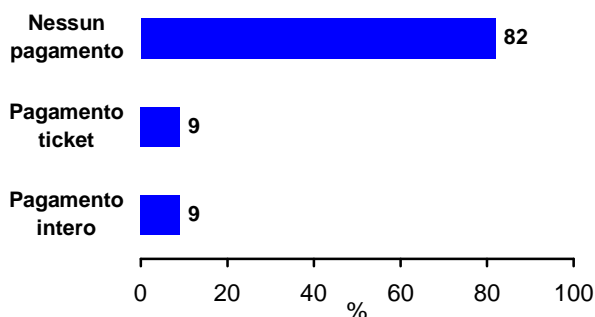
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



## Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ex ASL 15 l'82% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 9% ha pagato solamente il ticket e il 9% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

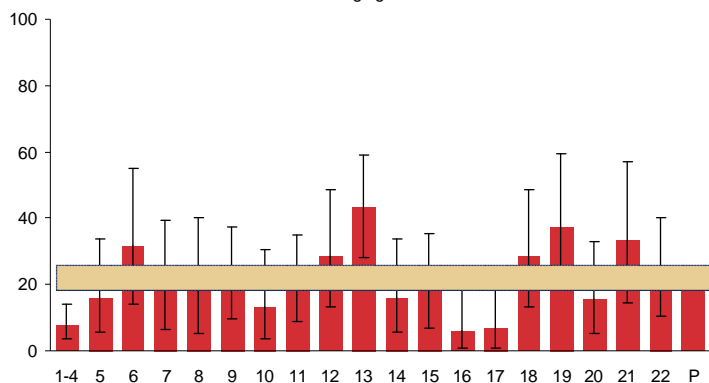
Costi della mammografia per le pazienti  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=34)



Nelle 22 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening, in quanto per le ASL 1-4 il valore è inferiore, per la 13 superiore.

Donne che hanno riferito di aver effettuato il pagamento in occasione dell'ultima Mammografia preventiva per ASL (%)

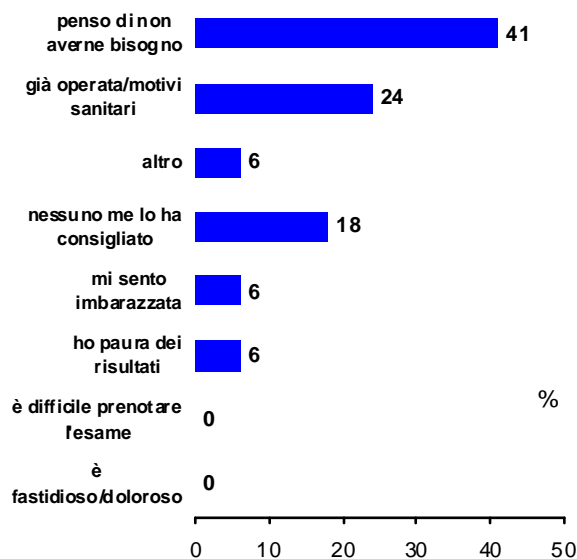
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ex ASL 15 il 22% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 12% di averla effettuata oltre i 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "penso di non averne bisogno" 41%
  - "altro" 6%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 18%
  - "ho paura dei risultati dell'esame" 6%
  - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 24%
  - "mi sento imbarazzata" 6%In merito alla non effettuazione della mammografia è interessante notare che nessuna delle donne intervistate ha riferito che non ha eseguito l'esame perché è difficile prenotarlo o perché è fastidioso/doloroso.
- Nessuna delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida ha asserito "non so/ non ricordo".

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=51\*)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL 15 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio.

Risulta infatti elevata la percentuale di donne (67%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni; di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.



# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la rettosigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare la maggioranza dei tumori e dei precursori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

## Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- Nella ex ASL15 l'8% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 2% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 6% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni.

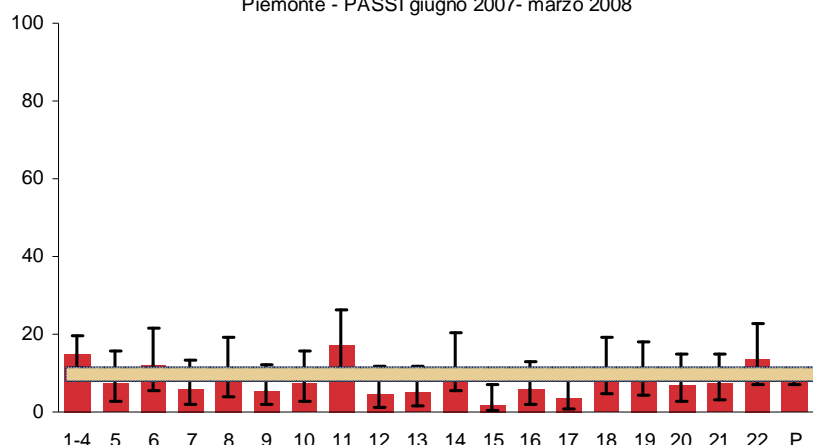
**Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida  
Colon-retto (50-69 anni)  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=103)**

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
<b>Totale</b>	<b>2,0</b> (IC95% 0,2-7,0)	<b>5,9</b> (IC95% 2,2-12,4)
<b>Classi di età</b>		
50 - 59	1,7	6,6
60 - 69	2,4	4,9
<b>Sesso</b>		
uomini	0,0	7,7
donne	4,0	4,0
<b>Istruzione</b>		
bassa	1,9	3,8
alta	2,0	8,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	3,7	7,4
no	1,4	5,3

Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni non mostra differenze statisticamente significative, tranne che per un valore maggiore nella 1-4.

**Persone che hanno eseguito l'esame per la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni per ASL (%)**

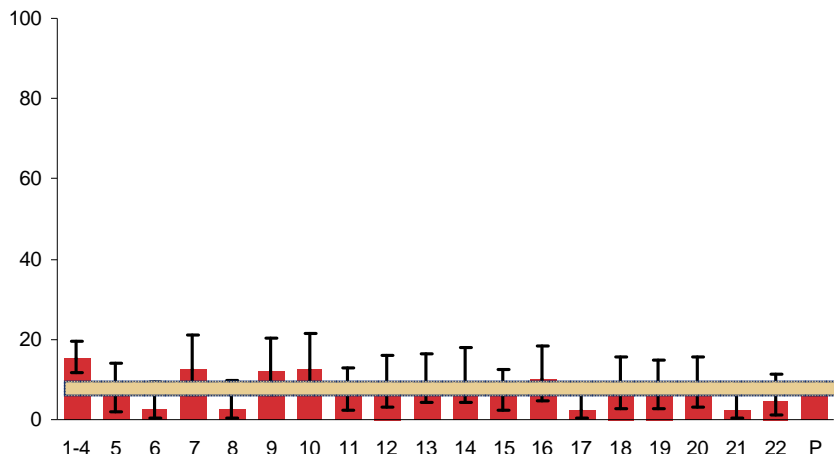
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative, tranne che per un valore maggiore nella 1-4.

### Persone che hanno eseguito la colonscopia negli ultimi cinque anni per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



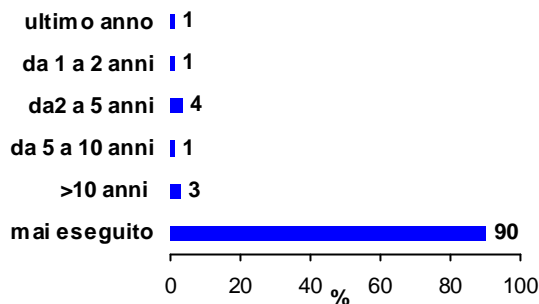
## Come è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- l'1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
- l'1% da uno a due anni,
- l'8% da più di due anni,
- il 90% non ha mai eseguito il test.

### Sangue occulto e periodicità\*

ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=103)

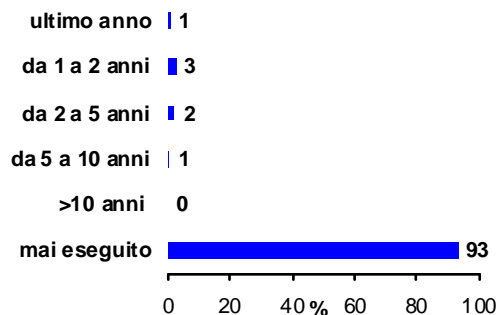


Rispetto alla colonscopia:

- l'1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno,
- il 5% da uno a cinque anni,
- l'1% da sei o più anni,
- il 93% non ha mai eseguito l'esame.

### Colonscopia e periodicità\*

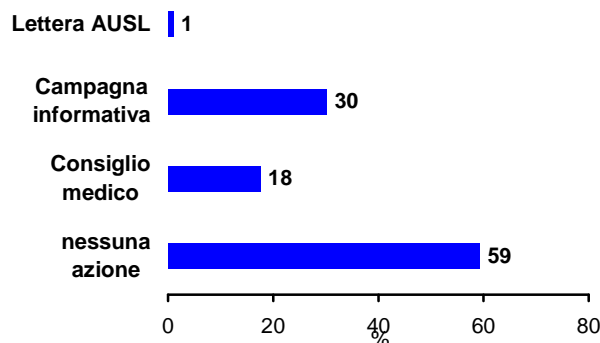
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=103)



## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nella ex ASL 15:
  - l'1% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL,
  - il 18% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto,
  - il 30% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.

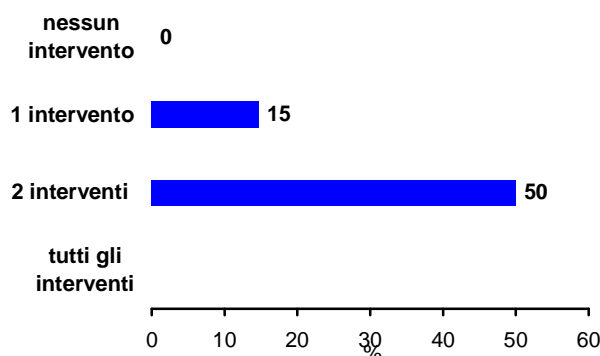
Promozione dello screening coloretale  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



## Quale efficacia della promozione per l'effettuazione esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nella ex ASL15 nessuna persona di 50-69 anni che non ha ricevuto alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 15% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 50% con due interventi e il dato non è stato rilevato su tre interventi in quanto nessun intervistato ha asserito una tale pressione informativa.

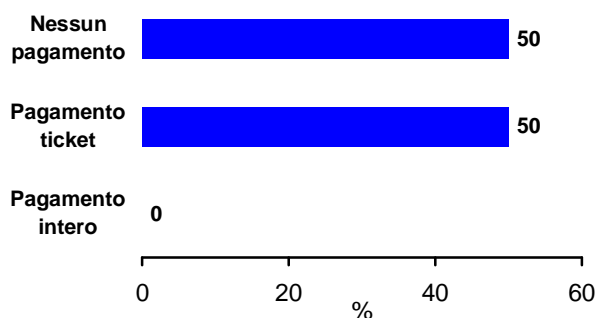
Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

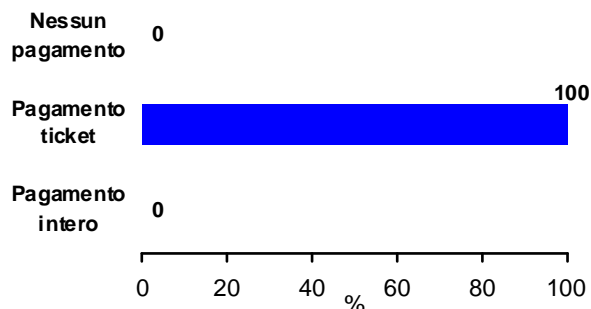
- Nella ex ASL 15 una delle due persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame e l'altra ha pagato solamente il ticket.
- Tra le 6 persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 100% ha pagato esclusivamente il ticket.

Costi della ricerca di sangue occulto  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=2)



Queste informazioni, quando più rappresentative, potranno essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

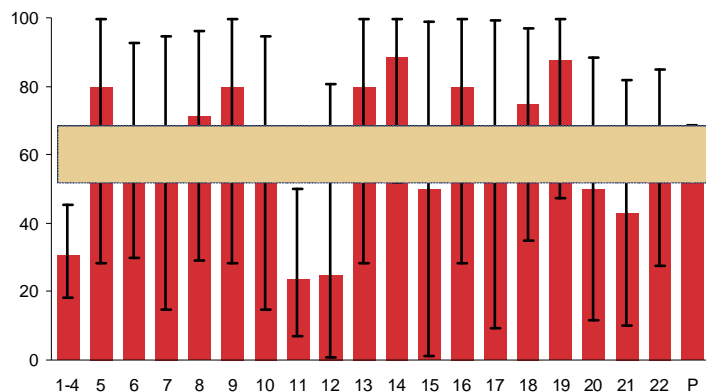
**Costi della colonscopia**  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008 (n=6)



Nelle 22 ASL della Regione si rilevano per la ASL 1-4 e l'ASL 11 differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di non aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto, cioè che non hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening.

**Persone che hanno pagato per ricerca SO per ASL (%)**

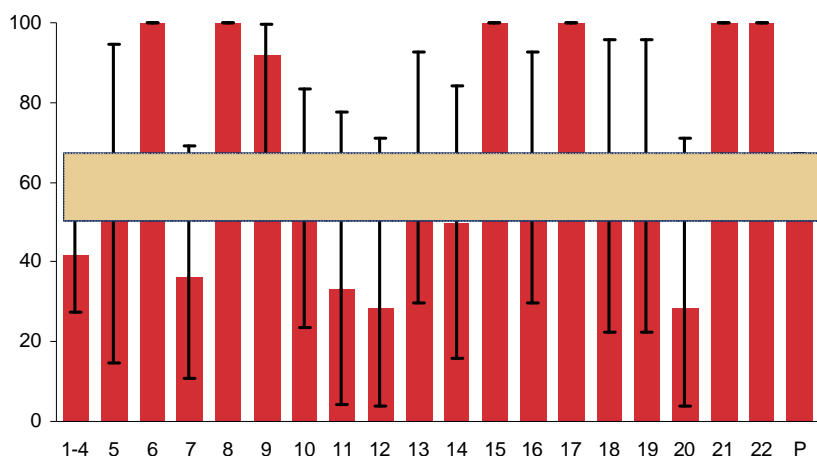
Piemonte - PASSI 2007-2008



Per quel che riguarda la colonscopia, vi sono differenze statisticamente significative per le ASL 6, 8, 15, 17, 21 e 22, dove è sempre stato pagato il ticket.

**Persone che hanno pagato per ricerca CO per ASL (%)**

Piemonte - PASSI 2007-2008

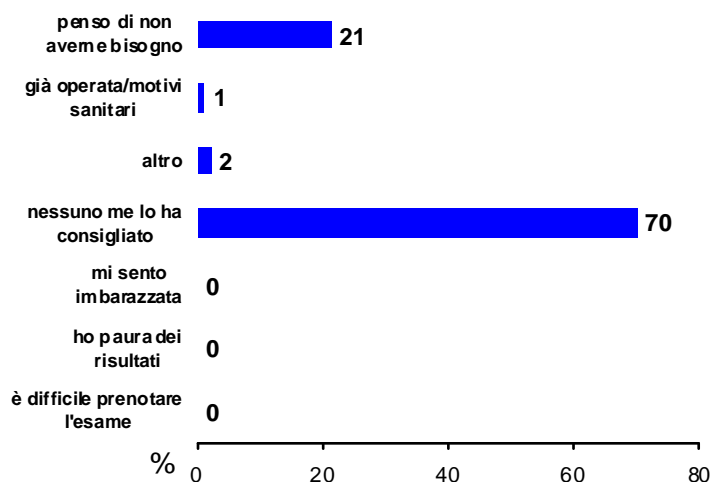


L'effettuazione degli esami all'interno del programma di screening organizzato è gratuita. Le informazioni sui costi possono quindi indicare la consuetudine della ricerca di sangue occulto e della colonscopia al di fuori del programma di screening.

## **Perché non sono stati effettuati esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo?**

- Nella ex ASL 15 l'84% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
  - "penso di non averne bisogno" 21%
  - "altro" 2%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 70%
  - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 1%
  - "è fastidioso/doloroso" 5%
- Il 2% delle persone ha risposto a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida  
ex ASL 15 - PASSI 06/2007-03/2008



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, si stima che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che regionale.

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

# Bibliografia

---

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). Global Behavioral Risk Factor Surveillance. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. Current Issues of Public Health 1996;2:51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. Social and Preventive Medicine 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. Health Promotion International 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. American Journal of Preventive Medicine 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html); ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_932\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003–2005.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004). 16. Italia. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.
16. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
22. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National