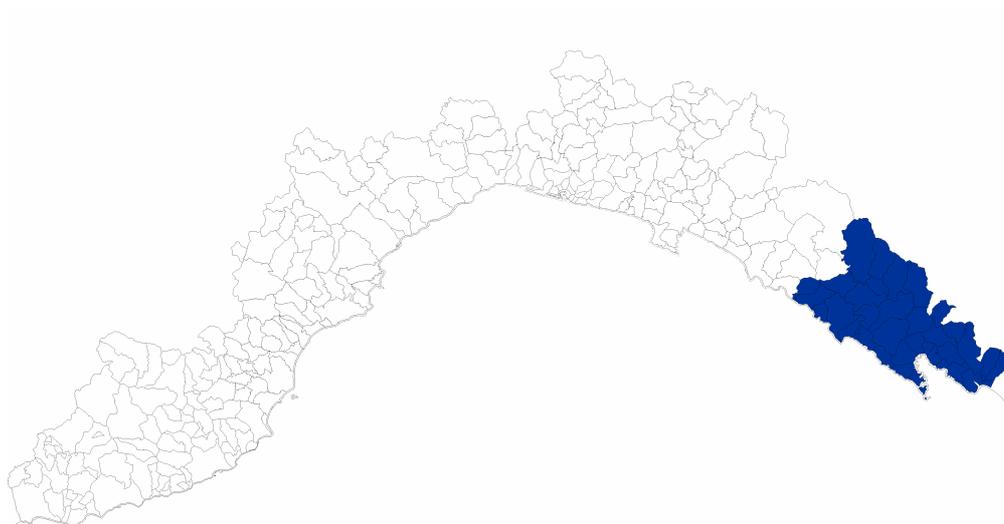




# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto ASL 5 "Spezzino" - 2007



**A cura di:**

Roberta Baldi, Ester Bazzali, Floriana Pensa  
S.C. Epidemiologia ASL 5 "Spezzino"

**Hanno contribuito alla realizzazione dello studio****- 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 Carrozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirus 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:**

Claudio Montaldo  
Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini - Regione Liguria

Paola Oreste – Referente regionale PASSI  
Regione Liguria - Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Settore Prevenzione, Igiene e Sanità Pubblica

Anna Bertagnin, Francesco Mignone e Francesca Ricaldone  
Anagrafe Sanitaria Regionale – Datasiel Sistemi e Tecnologie di Informatica SpA

Gabriella Paoli e Bruno Buonopane  
Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Settore Comunicazione, Ricerca e Sistema Informativo Sanitario Regionale

Claudio Culotta – Coordinatore regionale PASSI  
Dipartimento di Prevenzione Asl 3 Genovese – Nucleo Epidemiologia

Rosamaria Cecconi – Vice Coordinatore regionale PASSI  
Dipartimento di Prevenzione Asl 3 Genovese – Nucleo Epidemiologia

Roberta Baldi – ASL 5 Spezzino, SC Epidemiologia  
Maura Ferrari Bravo – ASL 4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione  
GiannaElisa Ferrando – ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione  
Patricia Fortini – ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione  
Roberto Carloni – ASL 2 Savonese, Dipartimento di Prevenzione, ARS Liguria  
Leodino Guadagno – ASL 1 Imperiese, Dipartimento di Prevenzione  
Marco Picasso – ASL 1 Imperiese, Dipartimento di Prevenzione

**- a livello aziendale: Intervistatori e Collaboratori**

ASL 5 Spezzino                      Coordinatore: Roberta Baldi  
   Organizzazione interviste: Ester Bazzali  
   Intervistatrici: Ester Bazzali, Mariagrazia Marchesino, Anna Maria Patrone Raggi  
   Un particolare ringraziamento a: Anna Barizza, Emanuela Castagnet, Sabina Mariani  
   e Adriana Colombo

***Si ringraziano il Direttore Generale e il Direttore Sanitario, i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.***

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

## Premessa

*Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie cronico-degenerative (cardiovascolari e tumori innanzitutto) attribuibili a soli sette fattori principali: ipertensione, fumo, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso e obesità, insufficiente consumo di frutta e verdura, sedentarietà. Questi fattori di rischio sono totalmente o parzialmente modificabili. Il sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviato in tutte le regioni italiane nel 2007, permette il monitoraggio continuo proprio di tali fattori di rischio e dei principali interventi preventivi di sanità pubblica realizzati sulla popolazione.*

*Si tratta di un'attività inserita a pieno titolo tra le azioni di sorveglianza che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire come Livello Essenziale di Assistenza.*

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

*La Regione Liguria e l'ASL5 "Spezzino", dopo una prima indagine trasversale condotta nel 2005 come progetto pilota, hanno aderito al Sistema di Sorveglianza nazionale fin dalla sua istituzione sperimentale nel 2006.*

*La raccolta dati è stata avviata nell'aprile 2007 e prosegue tutt'oggi in maniera sistematica.*

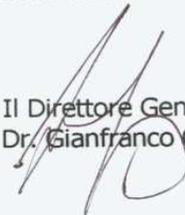
*Questo rapporto presenta i risultati relativi al primo anno di sorveglianza e permette di documentare quanto rilevato nella nostra ASL, di confrontarci con le altre ASL liguri sui principali argomenti di salute e costituisce un importante tassello per la costruzione di trend temporali che possano valutare l'impatto delle azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione sui fattori di rischio.*

*E' auspicabile che questi risultati possano essere impiegati a supporto delle scelte di priorità nella programmazione sociosanitaria locale.*

*Dopo la fase di avvio della sorveglianza, caratterizzata anche dall'entusiasmo degli operatori impegnati in un progetto per molti aspetti innovativo, si sta mettendo a punto un'organizzazione a livello nazionale e regionale che garantisca la sostenibilità del sistema e la valorizzazione della spinta positiva che la sorveglianza sui fattori di rischio ha alimentato nei sistemi sanitari regionali.*

*Desidero ricordare che il sistema di Sorveglianza Passi testimonia un esempio positivo di collaborazione tra diversi servizi della nostra Azienda coinvolgendo strutture di staff della Direzione, del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti.*

Il Direttore Generale  
Dr. Gianfranco Conzi



# Indice

---

Sintesi del rapporto aziendale	pag.	5
Obiettivi	pag.	7
Metodi	pag.	10
Descrizione del campione regionale	pag.	12
Percezione dello stato di salute	pag.	16
Attività fisica	pag.	19
Abitudine al fumo	pag.	23
Situazione nutrizionale	pag.	29
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag.	34
Consumo di alcol	pag.	36
Sicurezza stradale	pag.	41
Sicurezza domestica	pag.	44
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	48
Vaccinazione antirosolia	pag.	50
Rischio cardiovascolare	pag.	52
Sintomi di depressione	pag.	61
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	64
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	71
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	79
Appendici, monitoraggio e pesature	pag.	85
Bibliografia	pag.	90

# Sintesi del rapporto aziendale

---

## **Quali sono i risultati principali del primo anno di sorveglianza (aprile 2007- marzo 2008)?**

**Descrizione del campione aziendale.** Nella ASL 5 "Spezzino" è stato intervistato un campione casuale di 275 persone stratificato per sesso ed età, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria Aziendale. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini. L'età media è di 45 anni. Più della metà (60%) della popolazione campionata ha un livello di istruzione alto ed il 68% del campione tra 18 e 65 anni ha un lavoro regolare ma tale percentuale è distribuita diversamente nei due sessi (78% gli uomini contro il 58% delle donne).

**Percezione dello stato di salute.** Si stima che nella nostra ASL più di due terzi (il 69%) delle persone adulte tra 18 e 69 anni ritenga di sentirsi bene o molto bene, ma il rimanente terzo si sente solo in discrete condizioni o male o molto male. Meno della metà (il 48%) delle persone con almeno una patologia cronica ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica.** È completamente sedentario il 16% del campione e solo il 46% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In meno di un terzo dei casi, i medici si informano (il 29%) e consigliano genericamente di svolgere attività fisica (30%).

**Abitudine al fumo:** Il 29% degli intervistati si dichiara fumatore e il 26% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e nessuno di loro ha dichiarato di aver fatto ricorso all'aiuto di operatori sanitari. Il 77% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 29% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (7%) o in "alcune zone" (22%).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari.** Si stima che circa un terzo della popolazione tra 18 e 65 anni della nostra ASL sia in sovrappeso, e che gli obesi siano il 9%. Le persone in eccesso ponderale (sovrappeso od obese) seguono una dieta solo nel 28% dei casi ma tale percentuale sale al 42% se le persone ricevono il consiglio di farla; infine nel 49% dei casi fanno un'attività fisica adeguata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 17% delle persone aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque porzioni al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare negli uomini.

**Consumo di alcol:** Il 60% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 15% ha abitudini di consumo considerate a rischio (beve fuori pasto e/o è bevitore "binge" e/o è forte bevitore). Per quanto riguarda l'attenzione al problema degli operatori sanitari, solo in 2 casi su 10 si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol, e consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in 1 caso su 10.

**Sicurezza stradale.** L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: mentre ben il 93% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 24% degli intervistati. Il 12% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre l'8% 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, nella nostra ASL, non è elevata: il 93% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni

sugli infortuni domestici, da vari soggetti o enti, è limitata al 27%: tra questi, il 37% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Vaccinazione antinfluenzale.** In media, solo il 25% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), risulta vaccinato.

**Vaccinazione antirosolia.** La quota di donne in età fertile suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti si stima che la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto sia pari al 31%.

**Rischio cardiovascolare.** Si stima che nella nostra ASL il 20% delle persone tra 18 e 69 anni sia iperteso e di questi circa due terzi riferiscono di essere in trattamento farmacologico e la quasi totalità di aver ricevuto consigli in merito a misure preventive (riduzione del sale, controllo del peso, incremento dell'attività fisica). Si calcola che al 5% delle persone adulte non sia mai stata misurata la pressione arteriosa e che il 14% non abbia mai controllato il livello di colesterolo. Il 28% della popolazione si dichiara ipercolesterolemico e, tra questi, il 21% dichiara di essere in trattamento farmacologico. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo l'8% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un operatore sanitario ha valutato il loro rischio cardiovascolare.

**Sintomi di depressione.** Il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. I soggetti maggiormente a rischio sono le donne, le persone con basso livello di istruzione, difficoltà economiche, senza lavoro, affette da patologia cronica. Oltre la metà di queste persone chiede aiuto a medici o operatori sanitari, ma circa il 40% non si rivolge a nessuno.

**Screening neoplasia del collo dell'utero <sup>1</sup>:** L'88% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita, ma soltanto il 76% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato. Questa copertura comprende sia le donne che effettuano l'esame in programmi organizzati, sia quelle che lo eseguono spontaneamente.

**Screening neoplasia della mammella <sup>1</sup>:** L'89% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia; l'81% l'ha eseguita negli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida. Questa copertura comprende sia le donne che effettuano l'esame nel programma organizzato, sia quelle che lo eseguono spontaneamente.

**Screening tumore del colon retto <sup>1</sup>:** In Liguria meno di una persona ultracinquantenne su cinque ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali: il 9% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 10% una colonscopia negli ultimi 5 anni, come raccomandato.

<sup>1</sup> I risultati relativi ai programmi di screening sono forniti a livello regionale per le ragioni esposte nei capitoli corrispondenti

# Obiettivi

---

## Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione ligure 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 (2 anni per il Pap test e 3 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 nelle attività abituali.
- 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 aziendale, 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 in studio è costituita da 144.986 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 5 "Spezzino" (complessivamente 216.669 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della ASL 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, l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine o il domicilio stabile al di fuori della Asl di residenza.

## ***Periodo dello studio***

I dati di questo rapporto sono riferiti al primo anno di sorveglianza da aprile 2007 a marzo 2008.

## ***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. Il campione, aggregato nel primo anno di sorveglianza (aprile 2007-marzo 2008) e su tutte le ASL della Regione, è stato di 1370 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per ASL:

<b>ASL</b>	<b>Intervistati di 18-69 anni</b>
Asl 1 Imperiese	277
Asl 2 Savonese	264
Asl 3 Genovese	276
Asl 4 Chiavarese	278
Asl 5 Spezzino	275
<b>Totale regionale</b>	<b>1370</b>

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 è il "pool PASSI", ovvero si fa riferimento al territorio coperto in maniera sufficiente (per numerosità e rappresentatività dei campioni) dal sistema di sorveglianza. Di conseguenza, oltre alle citate Regioni, sono state escluse dal pool per limitata numerosità la Sardegna e alcune province.

### **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. All'avvio della sorveglianza si è inoltre provveduto ad informare i Sindaci e le anagrafi 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, 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; il 6,2% delle interviste risulta effettuata col metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). 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 (portale Passidati, riservato agli operatori del Sistema di Sorveglianza).

### **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. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura (vedi appendice 2), mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi.

Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Ulteriori approfondimenti sull'utilizzo della pesatura in fase di analisi sono riportati in appendice 2.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 5 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata di arancione presente nei grafici esprime l'Intervallo di Confidenza al 95% 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.

# Descrizione del campione aziendale

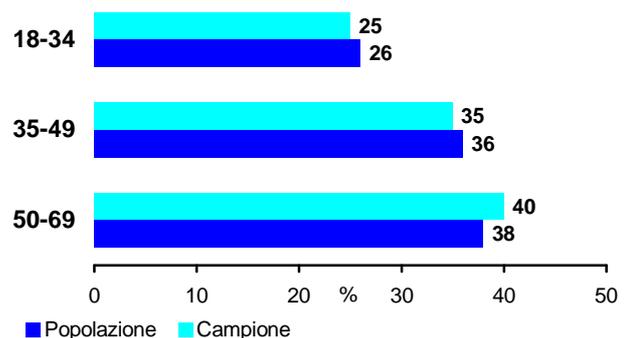
La popolazione in studio è costituita da 144.986 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 5 "Spezzino". Nel periodo aprile 2007-marzo 2008, sono state intervistate 275 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il 95% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 46 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione<sup>2</sup> è stato del 9%; il tasso di risposta<sup>3</sup> è stato dell'91% e quello di rifiuto<sup>4</sup> del 4% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

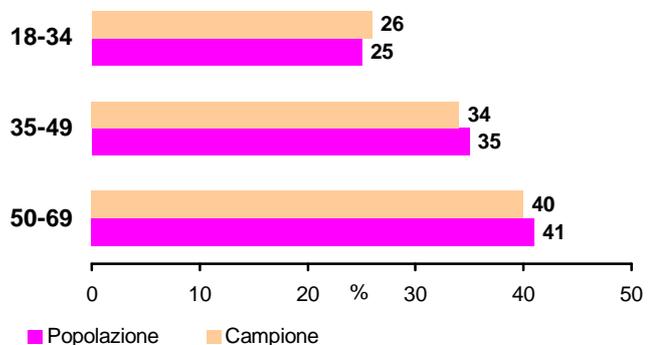
### Età e sesso

- Nella nostra ASL il 51% del campione intervistato (275 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 45 anni.
- Complessivamente il 26% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 40% 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  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=136)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=139)



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

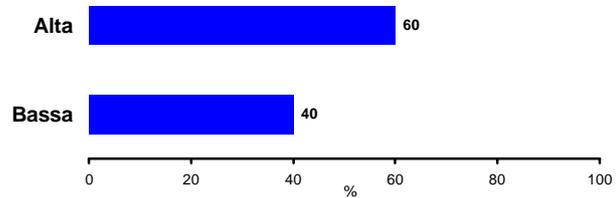
<sup>3</sup> Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

<sup>4</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

### Titolo di studio

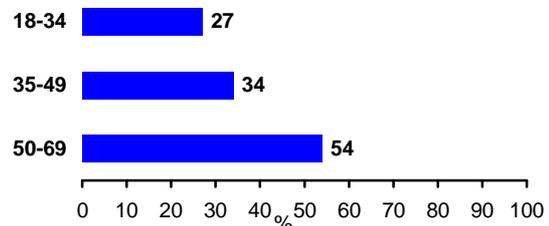
- Nella nostra ASL il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 30% la licenza media inferiore, il 46% la licenza media superiore e il 14% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più alto degli uomini, ma senza che si abbia una differenza statisticamente significativa.

**Campione per livello di istruzione**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)



- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi\* rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).

**Prevalenza di bassa scolarità (nessuna/licenza elementare) per classi di età**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)

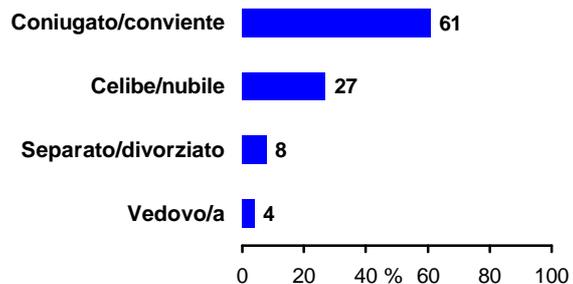


\* p < 0.01

### Stato civile

- Nella ASL spezzina i coniugati/conviventi rappresentano il 61% del campione, i celibi/nubili il 27%, i separati/divorziati l'8% ed i vedovi/e il 4%.

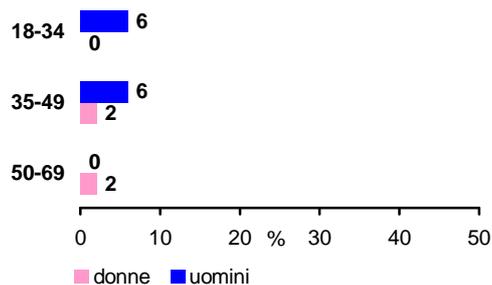
**Campione per categorie stato civile**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)



### Cittadinanza

- Nella nostra ASL il 97% del campione intervistato è italiano, il 3% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani e tra gli uomini. 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 nella nostra ASL.

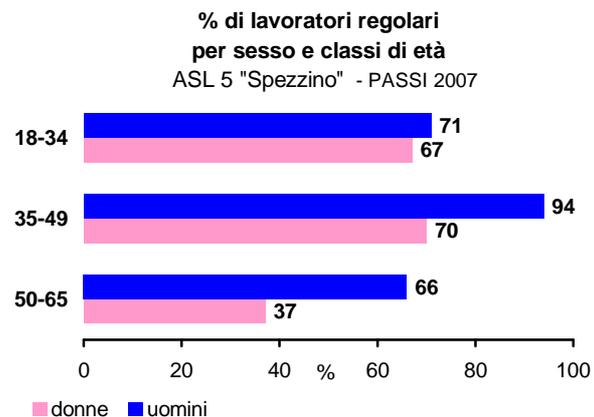
**% di stranieri per sesso e classi di età**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007



## Lavoro

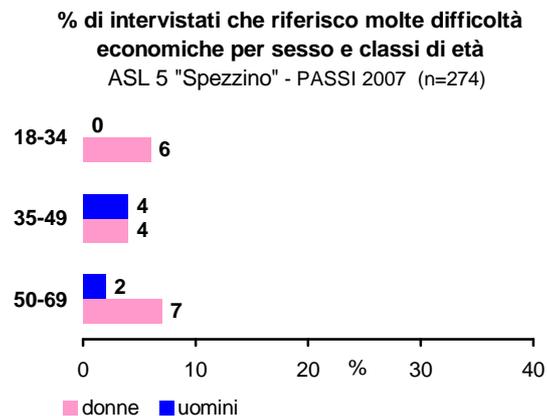
- Nella ASL spezzina il 68% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Gli uomini risultano più occupati delle donne, sia complessivamente (78% contro 58% \*), sia nelle diverse classi d'età\*

\* p < 0.01



## Difficoltà economiche

- Nella ASL spezzina il 4% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 34% qualche difficoltà, il 62% nessuna.
- La percezione di molte difficoltà economiche è più frequente tra le donne (6% contro 2%) e nelle classi di età più avanzata sebbene non si abbiano differenze statisticamente rilevanti.



## Conclusioni

Il campione della ASL 5 "Spezzino" selezionato nel primo anno di sorveglianza (aprile 2007-marzo 2008) è risultato rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione generale.

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).

Nel sistema PASSI la salute percepita è stata valutata con due strumenti: il primo, analogo a quello del sistema di Indagini Multiscopo Istat, utilizza la somministrazione del quesito "Come va in generale la sua salute?"; il secondo è 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.

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 nostra ASL più dei due terzi degli intervistati (il 69% circa) ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 28% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo una piccola quota del campione (il 3%) ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute, rispondendo bene o molto bene alla domanda posta:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone più istruite
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.

### Stato di salute percepito positivamente\*

ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=190)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>69</b> (IC95%: 63.3-74.5)
<b>Età<sup>^</sup></b>	
18 - 34	88.6
35 - 49	75.5
50 - 69	51.4
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	75.7
donne	62.6
<b>Istruzione<sup>^</sup></b>	
bassa	60.4
alta	75.0
<b>Difficoltà economiche<sup>^**</sup></b>	
sì	60.0
no	75.1
<b>Patologia severa<sup>^***</sup></b>	
presente	48.1
assente	74.2

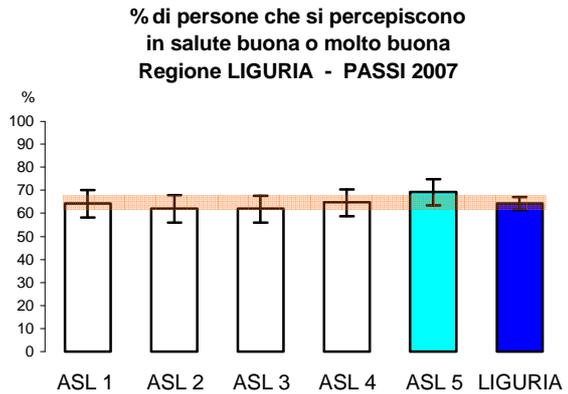
<sup>^</sup> p < 0.05

\* 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

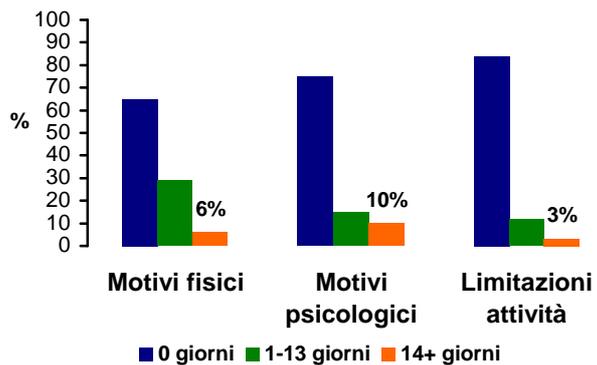
- Nelle cinque ASL della Regione, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale e con il minimo pari al 62% dell'ASL Genovese al massimo pari al 69% dell'ASL Spezzina.



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

- Nella nostra ASL la maggior parte delle persone intervistate riferisce di essere stata bene in tutti i giorni dell'ultimo mese (65% in buona salute fisica, 75% in buona salute psicologica e 84% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Quote non marginali di persone riferiscono di essere state male per più di 14 giorni nell'ultimo mese: il 6% per motivi fisici, il 10% per motivi psicologici e il 3% di non essere stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.

**Giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007



- Le percentuali sopra indicate cambiano a seconda del sesso e dell'età: i giorni in cattiva salute per motivi fisici o psicologici e quelli in cui si hanno limitazioni delle attività sono sempre superiori nelle donne e nelle persone più anziane.

**Giorni in cattiva salute percepita**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007

Caratteristiche	N° medio gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Limitazioni attività
<b>Totale</b>	<b>2.7</b>	<b>3.3</b>	<b>1.2</b>
<b>Età</b>			
18 - 34	1.5	3.0	0.6
35 - 49	2.0	2.1	0.7
50 - 69	4.1	4.4	2.1
<b>Sesso</b>			
uomini	1.9	2.1	1.1
donne	3.5	4.4	1.4

- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3, mentre le attività abituali sono limitate per poco più di 1 giorno al mese.

## ***Conclusioni e indicazioni***

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela per la nostra ASL valori in linea sia col dato regionale che con quello nazionale delle indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso, livello di istruzione e presenza di patologie. 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.

Considerato che le misure relative alla percezione soggettiva del proprio stato di salute risultano correlate sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche, sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica), è particolarmente importante disporre di tali misure a livello aziendale, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

Gli indicatori di salute percepita sono quindi complementari e funzionali a molte altre sezioni dell'indagine PASSI e nello specifico queste misure forniscono elementi di analisi e lettura dei risultati relativi alla depressione contenuti nella sezione della salute mentale.

# Attività fisica

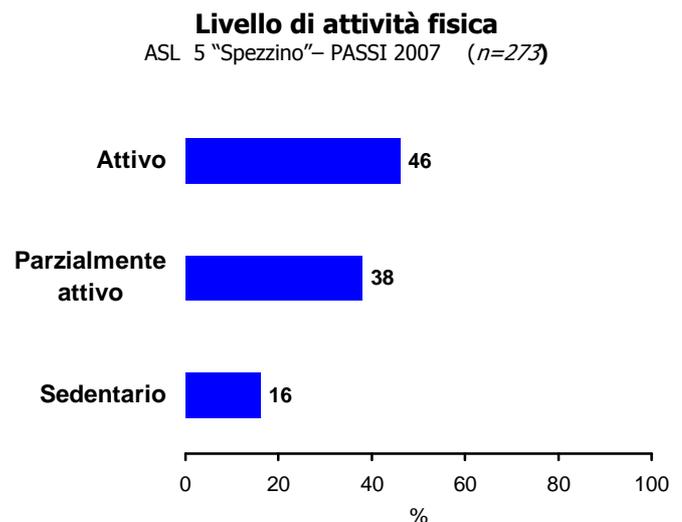
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità 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 ASL 5 "Spezzino" un po' meno della metà (il 46%) delle persone intervistate risulta attivo (riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica); il 38% è parzialmente attivo (non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato) e il 16% è completamente sedentario.



## Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- Nella ASL 5 "Spezzino" non sono emerse differenze statisticamente significative per le diverse caratteristiche sociodemografiche considerate (età, sesso, istruzione, percezione di difficoltà economiche). Tuttavia, dal momento che il campione aziendale dei sedentari ha una numerosità piuttosto limitata, le considerazioni riferite a tali caratteristiche non sono completamente affidabili ed è senz'altro più opportuno fare riferimento alle stime regionali.
- Il dato regionale ha messo in evidenza che la sedentarietà aumenta nelle classi d'età più avanzate, negli uomini, nelle persone meno istruite e in quelle che percepiscono maggiori difficoltà economiche.

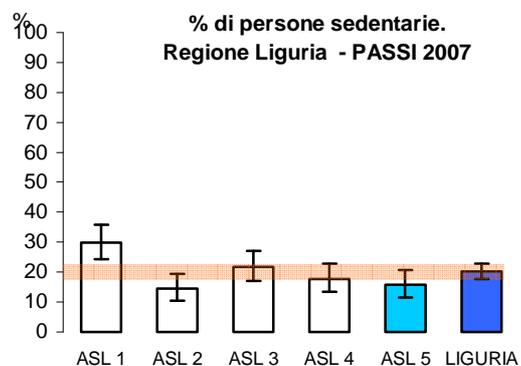
### Sedentari

ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=43)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>15.8</b> (IC95%: 11.6-20.6)
<b>Età</b>	
18 - 34	18.8
35 - 49	13.8
50 - 69	15.5
<b>Sesso</b>	
uomini	15.6
donne	15.9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	18.2
alta	14.1
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	14.6
no	16.6

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

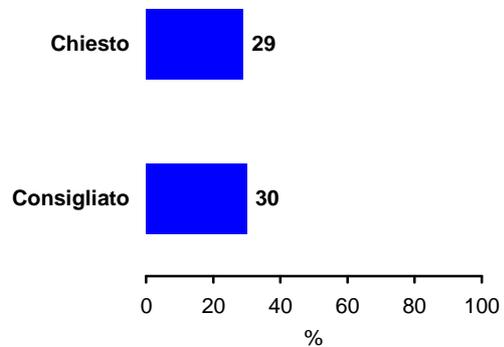
- Nelle 5 ASL della Liguria la quota di sedentari è distribuita abbastanza omogeneamente a Genova, Chiavari e La Spezia; viceversa emergono differenze statisticamente tra le due ASL del Ponente e tra queste e la media regionale con Imperia che presenta la percentuale più alta di sedentari (pari a circa il 30%) e Savona che al contrario mostra quella più contenuta (14%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 32% della popolazione è risultato attivo, il 39% parzialmente attivo e il 29% è sedentario.



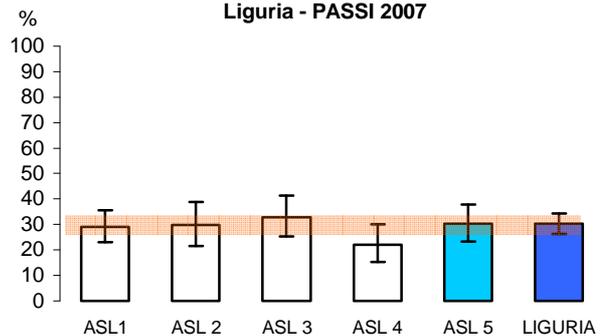
## Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella nostra ASL meno di un terzo (il 29%) delle persone intervistate (e che si sono rivolte a un medico nell'ultimo anno) 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.
- Tra le altre ASL partecipanti al sistema il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 30% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.
- Sebbene nella nostra regione vi sia una certa variabilità nella percentuale di persone consigliate dal medico di fare attività fisica con il minimo di Chiavari pari al 22% e il massimo di Genova pari al 33%, tra le 5 ASL della Liguria non emergono differenze statisticamente significative.

### Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari ASL 5 "Spezzino" – PASSI 2007 n=165



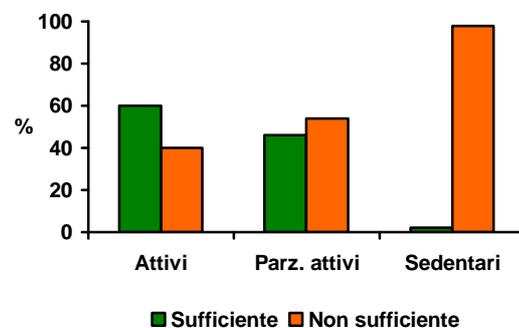
### % di persone consigliate dal medico di fare attività fisica Liguria - PASSI 2007



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

- L'autopercezione del proprio livello di attività fisica è un parametro di cui tenere conto nelle attività di counselling.
- E' interessante notare che nella nostra ASL la quasi totalità dei sedentari percepisce correttamente come insufficiente il proprio livello di attività fisica.
- D'altra parte occorre sottolineare che un po' meno della metà di coloro che non praticano sufficiente attività fisica la giudica invece sufficiente dimostrando quindi di non avere una percezione corretta del livello adeguato di attività fisica.

### Autopercezione e livello di attività fisica praticata ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=272)



Tra l'insieme nazionale delle altre ASL partecipanti, il 25% dei sedentari percepisce come sufficiente il proprio livello di attività fisica

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella nostra ASL un po' meno della metà della popolazione adulta tra 18 e 69 anni raggiunga un buon livello di attività fisica, ma che, d'altra parte più della metà faccia poco o per niente esercizio fisico.

Sebbene la numerosità limitata del campione aziendale dei sedentari non consenta di stimare correttamente le categorie di persone maggiormente a rischio di sedentarietà, è possibile affidarsi alle stime regionali che evidenziano come la sedentarietà aumenti nelle classi d'età più avanzate, negli uomini, nelle persone meno istruite e in quelle che percepiscono maggiori difficoltà economiche.

E' verso tali gruppi di individui che dovrebbero quindi essere indirizzati gli interventi di promozione dell'attività fisica anche nella nostra ASL.

L'evidenza scientifica mostra che i consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) sono utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio.

Nella nostra ASL, come del resto in Liguria e nelle ASL che hanno partecipato alla sorveglianza PASSI, la quota di persone che dichiara di essere "interrogata" e consigliata dal proprio medico relativamente all'attività fisica rimane ancora insoddisfacente. Questo fatto assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

L'opera dei medici di famiglia e degli specialisti unita a interventi comunitari promossi e sostenuti dai servizi di Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.) rappresenta il mezzo per contrastare la condizione della sedentarietà che, insieme ad altri fattori, riveste una parte importante nel rischio delle principali malattie croniche.

# L'abitudine al fumo

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

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

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

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

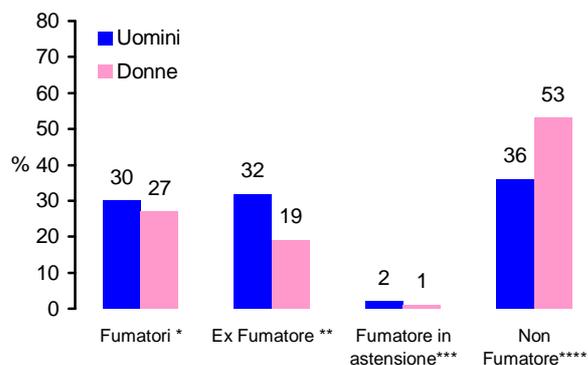
Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. L'entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici ha tradotto in una misura di sanità pubblica l'attenzione al problema del fumo passivo.

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

- Si stima che nella ASL 5 "Spezzino" i non fumatori siano pari al 44% della popolazione adulta tra 18 e 69 anni, gli ex fumatori al 26% e i fumatori al **29%**. Se a questi si aggiunge la piccola quota (l'1%) di persone 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), si può stimare che nella nostra ASL fumi poco meno di una persona su tre (il 30%) nella fascia 18-69 anni.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% *versus* 28%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (53% *versus* 36%).

### Abitudine al fumo di sigaretta

ASL 5 "Spezzino" – Passi 2007 (n=275)



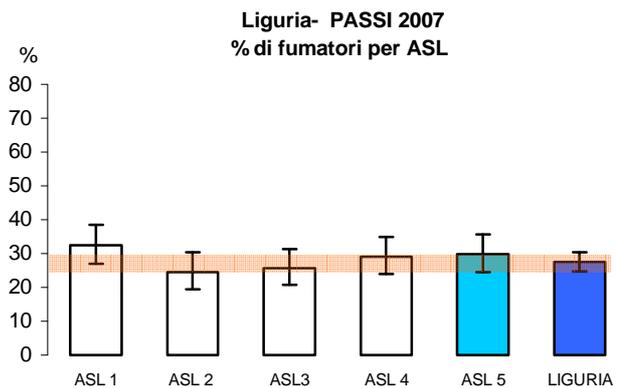
\*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

\*\*\*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 5 ASL della Liguria, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (range dal 25% della ASL 2 al 33% della ASL 1).
- tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 30%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 51%.



## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra le persone meno istruite e tra coloro che riferiscono difficoltà economiche.
- I fumatori abituali fumano in media 13 sigarette al giorno. Tra loro circa l'11% è un forte fumatore (cioè dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì)
- Nelle ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI l'associazione tra fumo e le variabili sociodemografiche in esame è risultata simile a quella della nostra ASL e della nostra Regione con percentuali di fumatori più alte tra le persone con meno di 35 anni, tra gli uomini; tra le persone meno istruite e con maggiori difficoltà economiche.

### Fumatori

ASL 5 "Spezzino" - Passi, 2007 (n=82)

Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
<b>Totale</b>	<b>29,8</b> (IC95%: 24.5-35.6)
<b>Età, anni<sup>^</sup></b>	
18 - 34	40.0
35 - 49	34.0
50 - 69	19.8
<b>Sesso</b>	
M	31.6
F	28.1
<b>Istruzione**</b>	
bassa	33.3
alta	27.4
<b>Difficoltà economiche<sup>^</sup></b>	
si	41.0
no	22.5

\* 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)

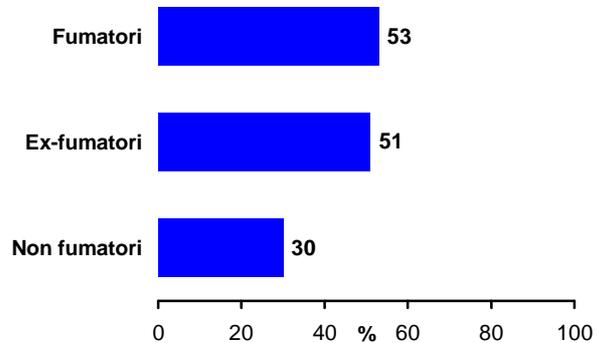
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

<sup>^</sup> p < 0.05

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

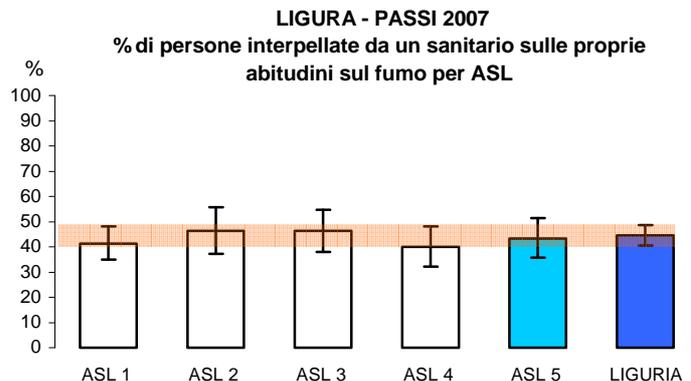
- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più 4 su 10 (il **43%**) dichiarano di aver ricevuto domande sulla propria abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo più della metà dei fumatori (il 53%) e degli ex-fumatori (il 51%) e quasi un terzo (il 30%) dei non fumatori.

**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo \***  
 ASL 5 "Spezzino" - Passi, 2007



\* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n = 166)

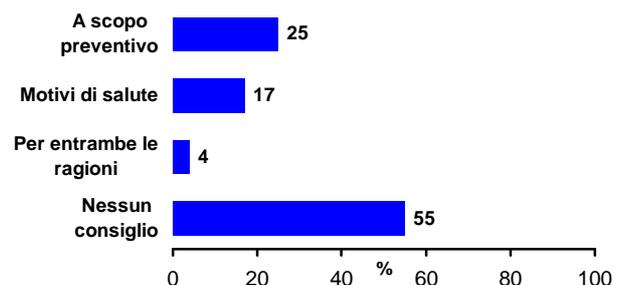
- Tra le ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo, percentuale che varia dal 40% di Imperia al 46% di Genova e Savona.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 41% degli intervistati complessivamente e il 66% dei fumatori riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.



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

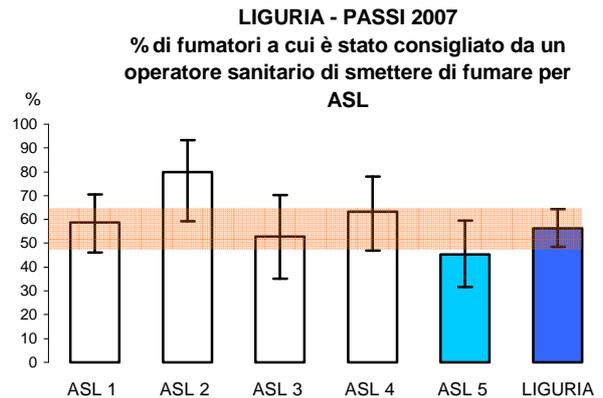
- Meno della metà (il 45%) dei fumatori intervistati ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- In un quarto dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo.
- più della metà dei fumatori (il 55%) dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari.

**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione \***  
 ASL 5 "Spezzino" Passi 2007



\* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n=53)

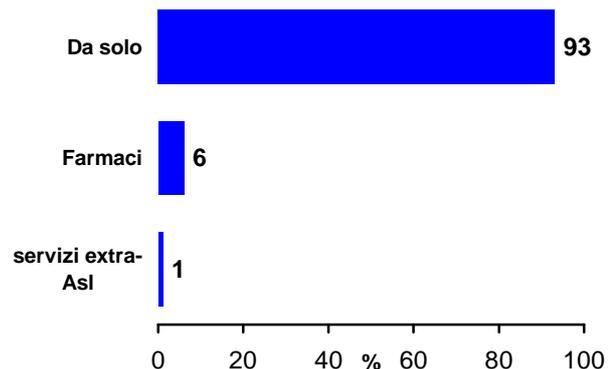
- Sebbene nelle 5 ASL della Regione non emergano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare, si riscontra una certa variabilità, con il minimo della Spezia pari al 45% e il massimo di Savona pari all'80%.



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

- Quasi la totalità degli ex-fumatori (il 93%) ha smesso di fumare da solo, una quota esigua c'è riuscita con l'aiuto di farmaci (il 6%) e solo l'1% c'è riuscito partecipando ad iniziative esterne all'ASL.
- anche i dati relativi alla Liguria e alle ASL italiane partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli (il 96% degli ex-fumatori ha smesso da solo).
- Circa 4 fumatori attuali su 10 (il 39 %) hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno e quasi tutti (il 97%) hanno tentato da soli.
- Una tendenza analoga si è riscontrata sia nel complesso della Liguria che delle ASL italiane partecipanti a PASSI.

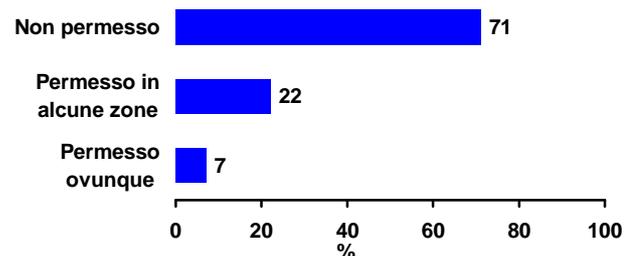
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori  
 ASL 5 "Spezzino" - Passi 2007



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

- oltre due terzi degli intervistati (il 73%) dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 27% dei casi si fuma ovunque (6%) o in alcuni luoghi (21%).

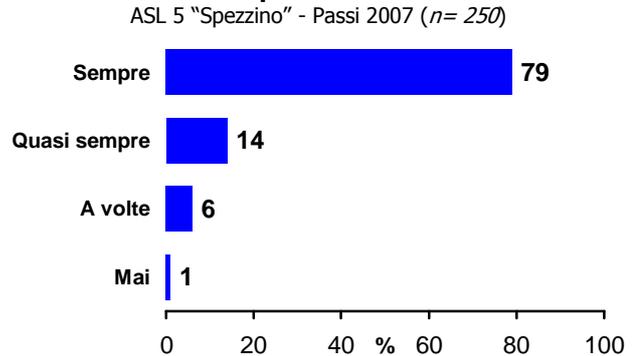
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa  
 ASL 5 "Spezzino" - Passi 2007



## L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- le persone intervistate che hanno avuto occasione di frequentare locali pubblici nell'ultimo mese riferiscono, nel 93% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 7% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente.
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente dell'85% e del 15%.

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici \*

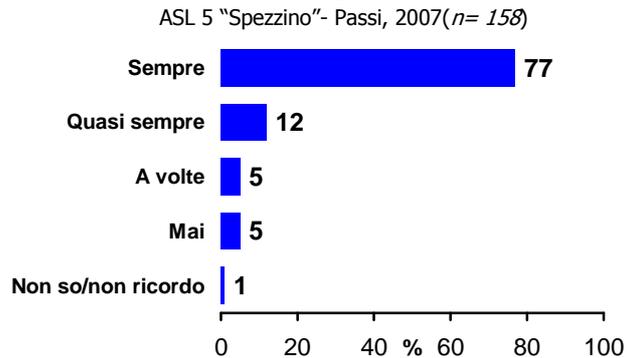


\* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

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

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nell'89% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Circa il 10% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente dell'85% e del 15%.

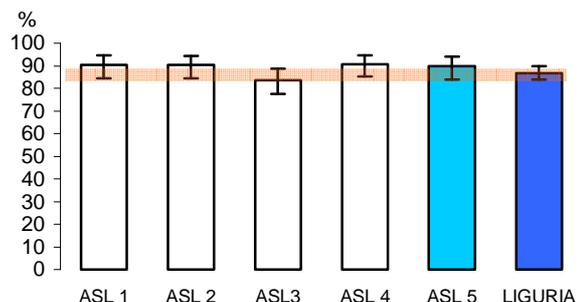
### Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro \*



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

- Nelle 5 ASL della Liguria 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 (range dall'84% di Genova al 91% di Imperia a Chiavari).

### LIGURIA PASSI 2007 % di lavoratori che ritengono rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella nostra ASL circa 4 giovani su 10 della fascia d'età tra 18 e 34 fumi abitualmente. La prevalenza di fumatori è sempre elevata anche nei 35-49enni tra i quali fumano più di 3 persone su 10. Inoltre l'abitudine al fumo è risultata particolarmente preoccupante tra le persone culturalmente ed economicamente svantaggiate.

L'attenzione al problema da parte degli operatori sanitari non sembra ancora del tutto soddisfacente, infatti solo la metà circa dei fumatori ha riferito che un medico si è interessato a questa sua abitudine e che l'ha consigliato di smettere.

La quota di fumatori che ha smesso o ha tentato di farlo con l'ausilio di farmaci o di servizi offerti dall'ASL è risultata piuttosto modesta.

Questi dati invitano a consolidare il rapporto tra medico e paziente sull'opportunità di smettere di fumare a valorizzare l'offerta di servizi per il contrasto al fumo presenti nella nostra ASL (sia quelli con finalità preventive e di promozione della salute, sia quelli indirizzati alla disassuefazione). Nello specifico della pratica dei MMG e degli specialisti un'opportunità è offerta dall'utilizzo di routine dell'intervento clinico minimo con la formula delle "5 A"<sup>1, 2</sup>.

Nonostante l'entrata in vigore della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici, i dati sulla percezione del fumo nelle abitazioni, e soprattutto nei luoghi di lavoro, suggeriscono di non abbassare l'attenzione sul tema del fumo passivo.

---

<sup>1</sup> Osservatorio Fumo Alcol Droga. Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo; <http://www.iss.it/ofad/fumo/cont.php?id=283&lang=1&tipo=3>

<sup>2</sup> Agency for Healthcare Research and Quality Supported Clinical Practice Guidelines Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update Table 3.1. The "5 A's" model for treating tobacco use and dependence; [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.table.29457](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.table.29457)

# Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, a sua volta fortemente legato alla sedentarietà e/o ad abitudini alimentari scorrette, può aumentare la probabilità di sviluppare o di complicare importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari e il diabete) fino alla morte prematura.

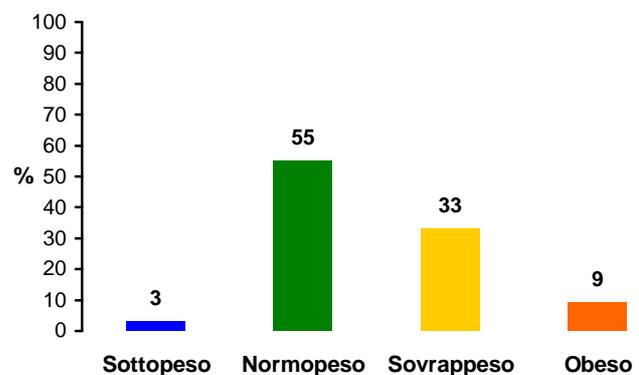
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30).

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Si stima che nella nostra ASL una quota esigua (il 3%) delle persone tra 18 e 69 anni sia sottopeso, più della metà (il 55%) sia normopeso, che circa un terzo (il 33%) sia sovrappeso e che quasi una persona su 10 (il 9%) sia obesa.
- Applicando tali percentuali alla popolazione della nostra ASL in termini assoluti ci si attende che mediamente 48.400 persone tra 18 e 69 anni siano sovrappeso, e che quelle obese siano oltre 13.000.

### Situazione nutrizionale della popolazione

ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=274)



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

- Complessivamente si stima che oltre quattro persone su dieci (**42%**) presentino un eccesso ponderale (comprensivo di sovrappeso e obesità).
- L'eccesso ponderale varia in modo piuttosto sensibile in relazione alle diverse caratteristiche sociodemografiche; cresce in modo rilevante con l'età, è maggiore negli uomini e nelle persone meno istruite.

### Eccesso ponderale

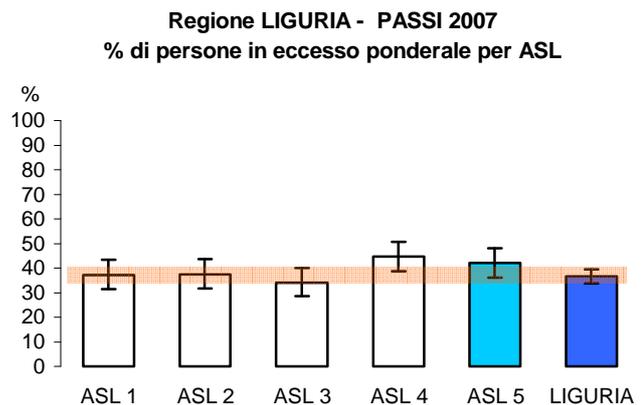
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=274)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>42.0</b> (IC95% 36.1-48.1)
<b>Età</b>	
18 - 34	35.7
35 - 49	37.2
50 - 69	50.0
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	55.1
donne	29.0
<b>Istruzione<sup>^*</sup></b>	
bassa	53.6
alta	34.1
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	41.0
no	42.6

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

<sup>^</sup> p < 0.01

- Sebbene tra le 5 ASL della Liguria non emergano differenze statisticamente significative si è riscontrata una certa variabilità nella percentuale di persone in sovrappeso, con le ASL del Levante che presentano i valori più elevati (ASL 4 45% e ASL 5 42%) e l'ASL metropolitana che presenta una situazione di maggior vantaggio (34% di persone in eccesso ponderale).

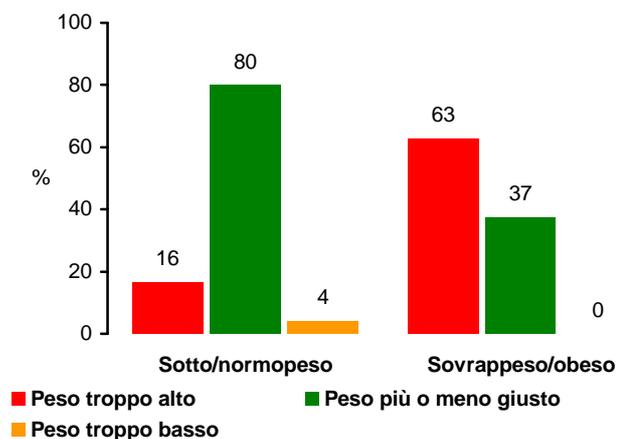


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale alla Sorveglianza PASSI, presenta un eccesso ponderale il 43% della popolazione (32% in sovrappeso e 11% è obeso).

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

- E' documentato che la percezione del proprio peso incida in maniera rilevante sulla motivazione a controllarlo.
- Nella nostra ASL la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con l'indice di massa corporea (BMI) calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Nei sotto/normopeso si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e l'indice di massa corporea reale (80%), mentre tra le persone in sovrappeso/obese la percezione del proprio peso risulta distorta (cioè non coincidente con il BMI reale) in quasi il 40% dei casi.

**Percezione della propria situazione nutrizionale**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=274)



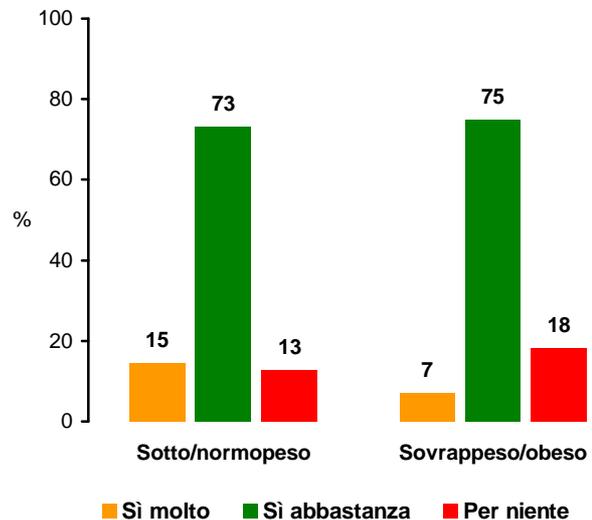
- La percezione del proprio peso è molto diversa nei due sessi: tra le donne sovrappeso/obese l'83% considera correttamente troppo alto il proprio peso, mentre tra gli uomini questa percentuale scende al 52% e aumenta la quota di chi considera erroneamente giusto.

## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL spezzina mediamente l'85% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto").
- Sebbene la consapevolezza del proprio stile alimentare sia anch'esso un importante fattore che può spingere al cambiamento, la maggior parte (l'82%) di chi è in eccesso ponderale ritiene di avere una alimentazione adeguata.

### Quello che mangia fa bene alla sua salute?

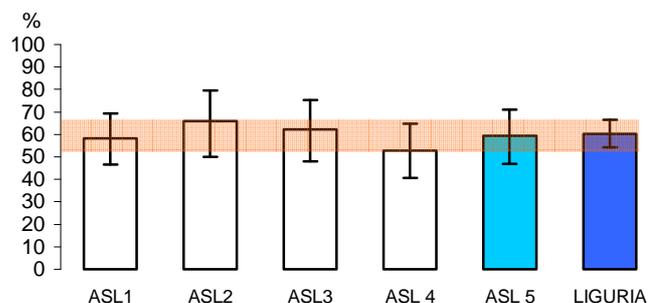
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)



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

- Nella ASL 5 "Spezzino" il **59%** 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 52% delle persone in sovrappeso e il 92% delle persone obese.
- Nelle 5 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 (range dal 53% di Chiavari al 66% di Savona).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza il 57% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario (il 48% delle persone in sovrappeso e l'82% degli obesi).

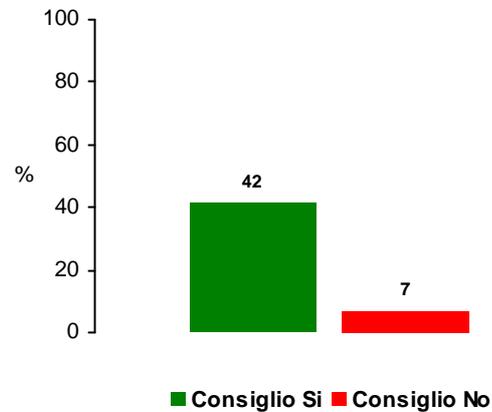
Regione LIGURIA - PASSI 2007  
% di persone in sovrappeso/obese che ricevono il consiglio di perdere peso per ASL



- Complessivamente solo il 28% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- In particolare la proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (48% vs il 17% degli uomini)
  - negli obesi (50% vs il 22% dei sovrappeso)
  - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (42% vs 7%)

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

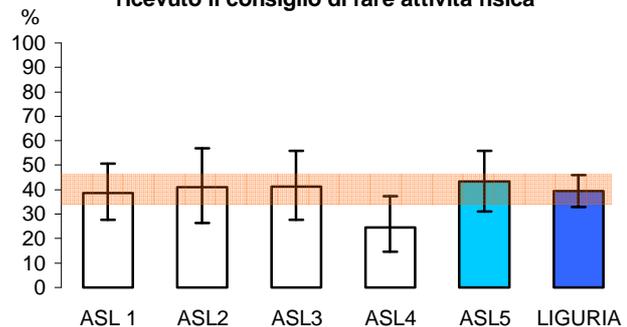
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=115)



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

- Nella nostra ASL il 17% delle persone in eccesso ponderale è sedentario.
- Il 43% 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 41% delle persone in sovrappeso e il 54% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio l'86% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 78% di chi non l'ha ricevuto.
- Tra le 5 ASL della Liguria non emergono differenze significative nella percentuale di sovrappeso/obesi che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica ma esiste una certa variabilità con il minimo del 25% nell'ASL 4 e il massimo del 43% nella nostra ASL.
- Tra le ASL italiane partecipanti alla Sorveglianza al 35% delle persone in eccesso ponderale è stato consigliato di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario.

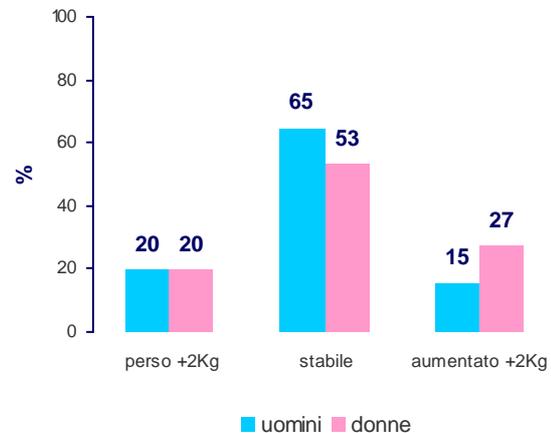
Regione Liguria - PASSI 2007  
 % di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica



## Quante persone riferiscono di aver cambiato peso nell'ultimo anno?

**Cambiamenti di peso riferiti negli ultimi 12 mesi**  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=269)

- Nella ASL spezzina il 21% 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 classe dei 18-34enni (27% vs il 21% dei 35-49enni e il 18% dei 50-69enni)
  - nelle donne (27% vs 15% degli uomini).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella nostra ASL l'eccesso ponderale è una condizione molto diffusa nella popolazione adulta: si stima che più di 4 persone su 10 tra 18 e 69 anni siano sovrappeso od obesi e tale proporzione costituisce un problema rilevante di salute pubblica.

Quasi il 40% delle persone in eccesso ponderale, in particolare gli uomini, ha una percezione distorta del proprio peso (cioè lo considera più o meno giusto); inoltre l'82% di chi è in eccesso ponderale giudica adeguata la propria alimentazione.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da meno di 3 persone in eccesso ponderale su 10, ma si è visto che la percentuale di chi controlla il proprio peso aumenta vistosamente tra chi ha ricevuto il consiglio di farlo da un operatore sanitario.

Sebbene nella nostra ASL la pratica di un'attività fisica moderata sia molto frequente tra chi è in eccesso ponderale, anche in questo caso è emerso che la quota di chi fa attività fisica aumenta tra chi ha ricevuto il consiglio di farla.

Questi risultati devono essere attentamente considerati nella pianificazione degli interventi di prevenzione primaria per le persone sovrappeso o di prevenzione secondaria rivolti alle persone obese e suggeriscono di dare grande rilievo alle attività di counselling motivazionale da offrire sia alla popolazione generale nell'ambito del rapporto con il medico di famiglia, sia a specifici gruppi a rischio, come i diabetici e le persone affette da patologie croniche cardiovascolari o respiratorie.

Infine, poiché la letteratura scientifica documenta la forte associazione tra eccesso ponderale dei genitori e rischio di obesità nei figli, i risultati della sorveglianza PASSI sullo stato nutrizionale degli adulti vanno letti e interpretati insieme a quelli della sorveglianza "OKkio alla salute" su stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica dei bambini delle classi terze primarie condotta anche nella nostra ASL e nella nostra regione.

La rilevanza del problema del sovrappeso e dell'obesità anche nell'età pediatrica emersa da Okkio e i dati di Passi stanno dando grande impulso alla pianificazione e alla conduzione di iniziative di promozione di sani stili di vita a valenza regionale.

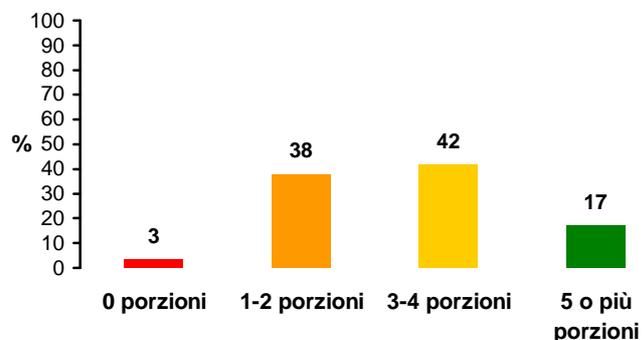
# Il consumo di frutta e verdura

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. In particolare l'adesione alla raccomandazione internazionale che prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day") si è dimostrata efficace nel proteggere dall'insorgenza di molte malattie tra cui quelle cardiovascolari e alcune forme neoplastiche

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

- Nella ASL spezzina il 97% degli intervistati tra 18 e 69 anni dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Sebbene circa il 42% delle persone consumi 3-4 porzioni al giorno, meno di due persone su dieci (pari al 17%) aderisce alla raccomandazione delle 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

**Porzioni di frutta e verdura consumate al giorno**  
 ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)

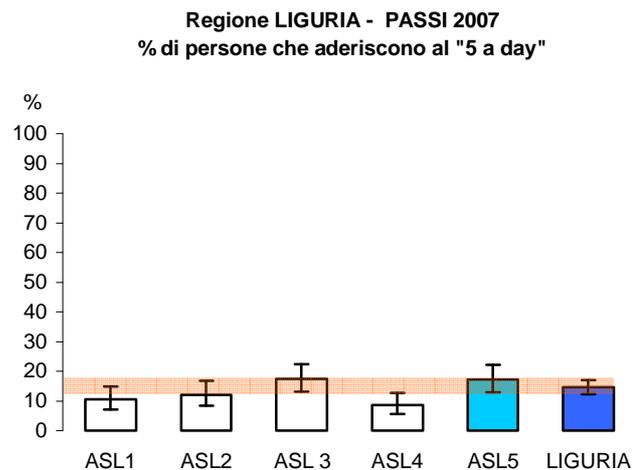


- Questa abitudine è più frequente all'aumentare dell'età ed è più diffusa tra le donne (24%), tra le persone più istruite e con minori difficoltà economiche autoriferite e tra le persone normopeso

<b>Adesione al "5 a day"</b> ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)		
<b>Caratteristiche</b>	<b>(%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>17.1</b> (IC95% 12.8-22.1)	
<b>Età</b>		
	18 - 34	11.4
	35 - 49	18.1
	50 - 69	19.8
<b>Sesso<sup>^</sup></b>		
	uomini	10.3
	donne	23.7
<b>Istruzione**</b>		
	bassa	12.6
	alta	20.1
<b>Difficoltà economiche<sup>^</sup></b>		
	sì	9.5
	no	21.9
<b>Stato nutrizionale</b>		
	sotto/normopeso	18.9
	sovrappeso/obeso	14.8

\* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura  
 \*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
<sup>^</sup> p < 0.01

- Tra le 5 ASL della nostra regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day", tuttavia anche in questo comportamento si registra una certa variabilità con una frequenza minima del 9% nell'ASL 4 e una massima del 17% nell'ASL Genovese e in quella Spezzina.
- Tra le ASL italiane partecipanti al sistema PASSI consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura circa il 10% della popolazione tra 18 e 69 anni.



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella nostra ASL la maggior parte delle persone di 18-69 anni consumi quotidianamente frutta e verdura ma le quantità consumate sono insufficienti: più del 40% della popolazione ne consuma meno di 3 porzioni al giorno e la raccomandazione di mangiare almeno 5 porzioni al giorno ("5 a day") viene praticata da meno di due persone su 10.

I dati del sistema di sorveglianza nutrizionale Okkio alla salute sui bambini di terza elementare integrano i dati della sorveglianza PASSI sugli adulti ed evidenziano che la mancata adesione alla raccomandazione delle 5 porzioni al giorno è un problema ancora più diffuso in età pediatrica. A questo riguardo nella nostra regione si è rafforzata la collaborazione tra le ASL e l'Istituto Gaslini volta a realizzare specifiche attività curricolari di educazione alimentare nelle scuole materne, attraverso la formazione degli insegnanti e la partecipazione delle famiglie.

In questo contesto, se le iniziative intraprese raggiungeranno una parte consistente della popolazione e saranno sostenute nel tempo, Okkio alla salute e PASSI potranno rilevare, nei prossimi anni, cambiamenti nelle abitudini e nei comportamenti dei bambini e delle loro famiglie.

# 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, i consumatori più a rischio di conseguenze sfavorevoli sono quelli 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 (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, detto *binge drinking*).

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.

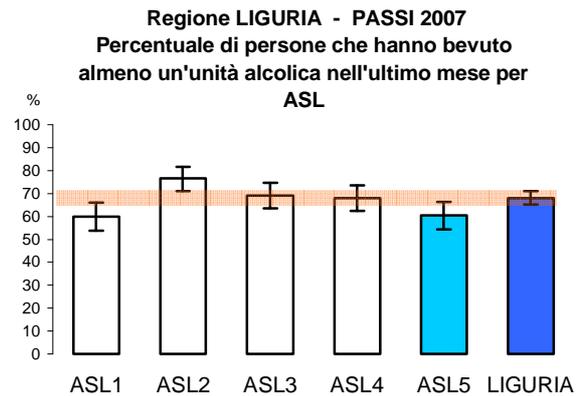
## Quante persone consumano alcol nell'ASL spezzina?

- Nella nostra ASL 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 **60%**.
- Il consumo di alcol nella nostra ASL sembra crescere all'aumentare dell'età con la percentuale maggiore di bevitori tra gli ultra 50enni.
- La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore negli uomini rispetto alle donne.
- Oltre due terzi (il 68%) dei consumatori beve durante tutta la settimana mentre quasi un terzo (32%) prevalentemente durante il fine settimana.

<b>Consumo di alcol (ultimo mese)*</b> ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=270)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>60.4</b> (IC95%:54.3-66.2)
<b>Età</b>	
18 - 34	54.3
35 - 49	58.7
50 - 69	65.7
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	74.3
donne	46.3
<b>Istruzione**</b>	
bassa	60.2
alta	60.5
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	56.3
no	63.3

\* almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) nell'ultimo mese.  
\*\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

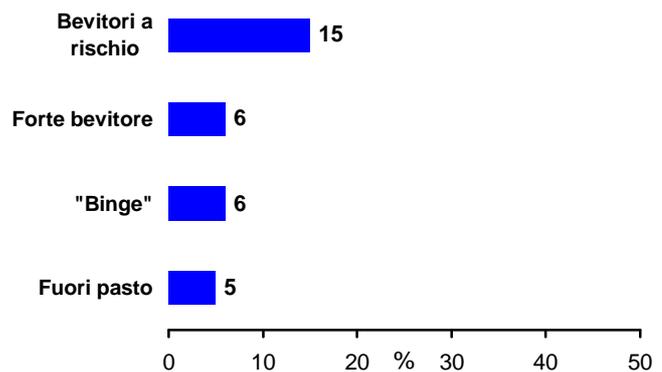
- Esiste una certa variabilità nel consumo di alcol tra le 5 ASL della nostra Regione con Imperia e La Spezia che presentano percentuali inferiori alla media regionale, pari a circa il 68% e l'ASL Savonese che, al contrario, supera il valore regionale e quelli dell'ASL 1 e 5 (range dal 60% di Imperia e La Spezia al 77% di Savona).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



### Quanti sono i bevitori a rischio?

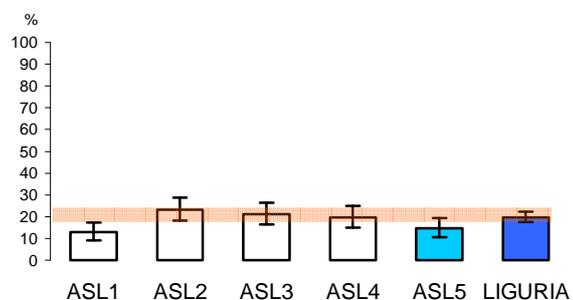
- Complessivamente il **15%** degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 5% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 6% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo 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).
- Tra le 5 ASL della Regione emerge una certa variabilità nella quota di bevitori a rischio con una media del 20% e valori che vanno dal 13% di Imperia al 23% di Savona (tra queste due ASL la differenza risulta statisticamente significativa).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto)

Bevitori a rischio\* per categorie  
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007



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

Regione LIGURIA - PASSI 2007  
Bevitori a rischio per ASL



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

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 6% degli intervistati e risulta più diffuso, tra i giovani, gli uomini e tra coloro che percepiscono maggiori difficoltà economiche.

Consumo "binge" (ultimo mese)	
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=266)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
<b>Totale</b>	<b>6.0</b> (IC95%: 3.5-9.6)
<b>Età</b>	
18 - 34	8.8
35 - 49	4.4
50 - 69	5.6
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	10.6
donne	1.5
<b>Istruzione**</b>	
bassa	3.7
alta	7.5
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	7.8
no	4.9

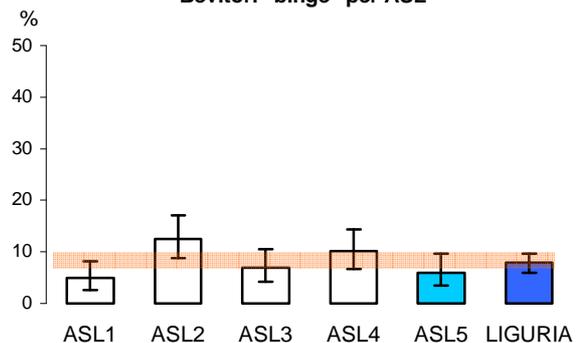
\*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

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

<sup>^</sup> p < 0.01

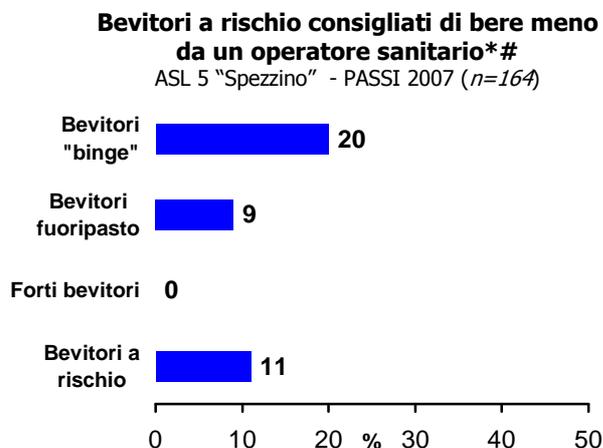
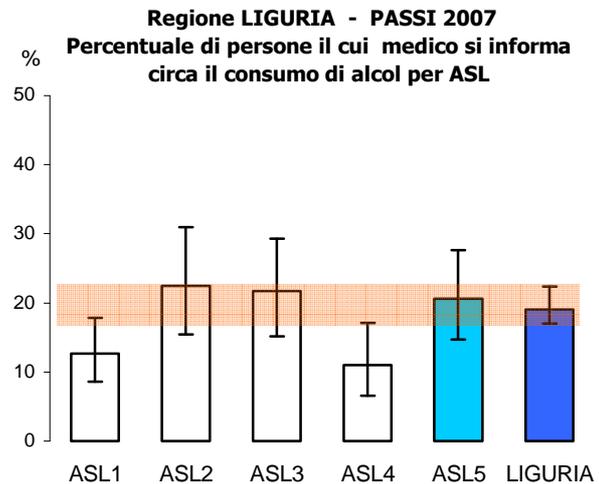
- Nelle 5 ASL della nostra regione la percentuale di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative, anche se vi è una certa variabilità che riflette quella relativa al consumo di alcol in generale (range dal 5% di Imperia al 13% di Savona).

Regione LIGURIA - PASSI 2007  
 Bevitori "binge" per ASL



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

- Nella ASL Spezzina solo il 21% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato circa il suo consumo di alcol.
- Nelle 5 ASL della Regione la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol non mostra differenze statisticamente significative, sebbene anche su questo tema si registri una certa variabilità (range dall'11% di Chiavari al 23% di Savona).
- Tra le ASL italiane partecipanti a PASSI la quota di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16% e l'8% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario.
- Complessivamente tra i bevitori a rischio, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico nella nostra ASL, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è dell'11%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 20% di bevitori "binge", dal 9% di bevitori "fuori pasto" ma da nessun forte bevitori.



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)  
 # esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella nostra ASL oltre la metà della popolazione adulta tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e oltre una su dieci abbia abitudini di consumo considerabili a rischio; si tratta di livelli di consumo in linea con la media ligure e quella nazionale.

Inoltre la modalità di consumo "binge", che a livello nazionale inizia a destare preoccupazione per la sua pericolosità e per il suo aumento tra i giovani, nella nostra ASL e nella nostra regione sembra ancora poco diffusa (anche se più frequente nei giovani uomini).

Nonostante queste condizioni favorevoli, i risultati dell'indagine evidenziano che l'attenzione degli operatori sanitari verso questo problema è ancora scarsa: solo in due casi su dieci si informano circa il consumo di alcol dei loro pazienti e solo un bevitore a rischio su dieci riceve il consiglio di moderare il consumo.

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

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

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

Nella nostra regione, nel quadro delle azioni intraprese per il Piano Regionale per la prevenzione degli incidenti stradali, si è pensato di avviare una collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione, SERT, Attività Consultoriali, MMG, PLS e altri portatori di interesse, iniziando con un Workshop previsto nel primo trimestre del 2009, durante il quale saranno discusse le possibili strategie per un lavoro in rete da svolgersi nei prossimi anni.

# Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2007 si sono verificati in Italia oltre 230.000 incidenti stradali con 5131 morti e più di 325.000 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità.

Complessivamente i costi causati dagli incidenti stradali nel 2007 sono stati stimati in circa 30.386 milioni di euro, pari a circa il 2% del PIL.

Dai dati ricavati dall'atlante ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) risulta che i traumatismi e gli avvelenamenti, con circa 10500 decessi all'anno, costituiscono la terza causa di mortalità evitabile, dopo i tumori e le malattie cardiovascolari. La maggior parte di questi decessi sono riferibili agli incidenti stradali. La perdita di vita media, in caso di incidente stradale, è di circa 40 anni, contro una perdita di 10,5 anni per le morti per cancro e di 9,7 anni per i decessi per malattie cardiovascolari.

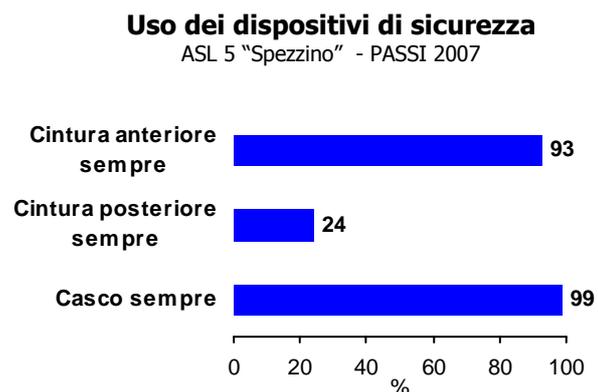
In Liguria si verificano ogni anno più di 9000 incidenti stradali, con più di 100 morti e circa 12000 feriti. Gli accessi al PS sono circa 28000, pari a oltre la metà del totale degli accessi al PS.

Nella nostra provincia nel 2007 si sono verificati quasi 1000 incidenti con 17 morti e 1317 feriti.

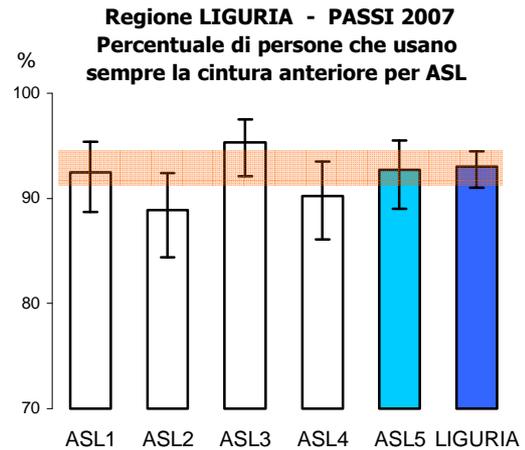
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'uso di alcol o sostanze: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre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

## L'uso dei dispositivi di sicurezza nell'ASL 5 "Spezzino"

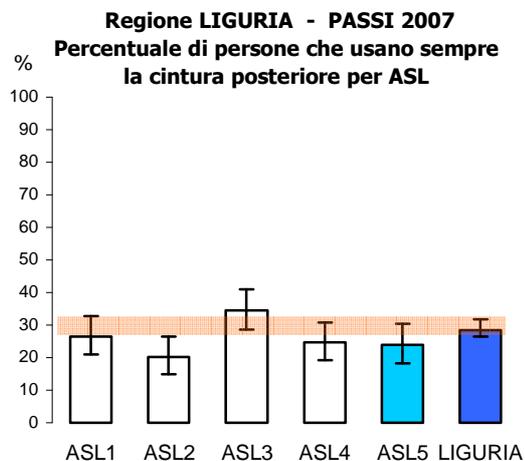
- Quasi la totalità (il 93%) di coloro che dichiarano di andare in auto riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso: viene utilizzata in meno di un quarto (24%) dei casi.
- Nella nostra ASL tra le persone che vanno in moto o in motorino il casco è utilizzato praticamente sempre (nel 99% dei casi).



- Nelle 5 ASL della Regione la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è in linea con il dato regionale. Tuttavia tra le varie ASL si registra una certa variabilità in particolare l'ASL Savonese presenta le percentuali più basse nell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (specialmente la cintura posteriore) e l'ASL Genovese quelle più elevate (range dall'89% di Savona al 95% di Genova per la cintura anteriore e dal 20% di Savona al 35% di Genova per quella posteriore).



- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è analoga a quella della nostra regione e della nostra ASL, essendo dell'82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco.



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

- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale che dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del **12%**; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne.
- L'8% degli intervistati ha inoltre riferito di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol\***  
 ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=161)

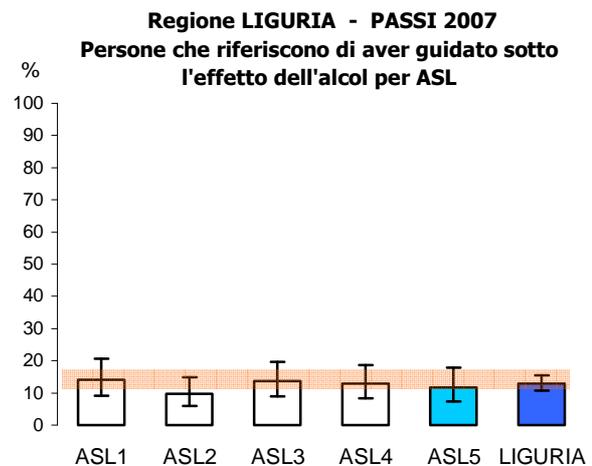
Caratteristiche	% **
<b>Totale</b>	<b>11.8</b> (IC95%: 7.3-17.8)
<b>Età</b>	
18-34	8.3
35 - 49	5.6
50 - 69	18.3
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
uomini	17.0
donne	3.3
<b>Istruzione</b>	
bassa	12.5
alta	11.3
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	10.5
no	12.5

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

\*\* al denominatore solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

<sup>^</sup> p <0.01

- Tra le diverse ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dal 10% di Savona al 14% di Genova e Imperia%).
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, la quota di persone che riferisce la guida in stato d'ebbrezza è risultata del 13%, valore sovrapponibile a quello della nostra regione e molto simile a quello della nostra ASL.



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

A fronte di un soddisfacente utilizzo del casco e della cintura anteriore, nella nostra ASL, come nella nostra regione non risulta ancora sufficiente l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

La guida sotto l'effetto dell'alcol nella nostra realtà è un problema piuttosto diffuso e probabilmente sottostimato con lo strumento utilizzato nella nostra indagine (intervista telefonica somministrata da personale appositamente formato).

Dalla letteratura scientifica si evince che gli interventi di migliore efficacia sono quelli di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche ecc.) 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.

## Sicurezza domestica

Il numero di infortuni domestici mostra un andamento in costante crescita: si è passati da 2,7 milioni di infortuni nel 1988 a 4,4 milioni nel 2000 (ISTAT, 2004).

In base ai dati relativi al biennio 2005-06 del Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA), attivo presso il Dipartimento Ambiente dell'Istituto Superiore di Sanità, si stima che ogni anno in Italia gli incidenti domestici mandino al pronto soccorso circa 1 milione e 700.000 italiani; di questi, 130.000 vengono ricoverati e 7.000 non sopravvivono.

Considerata la frequenza e la gravità dei diversi tipi di incidenti domestici, le priorità su cui intervenire sono le cadute (e le conseguenti fratture) di soggetti anziani e diversi tipi di incidenti (cadute, avvelenamenti, ustioni, ingestioni di corpo estraneo) a carico dei bambini, soprattutto nella fascia di età 0-4 anni.

Al momento attuale non è ancora disponibile nella nostra Regione una descrizione dettagliata del fenomeno degli incidenti domestici, in quanto esiste una certa disomogeneità nelle modalità di raccolta dei dati da parte dei diversi servizi interessati.

Dalle elaborazioni disponibili dei dati correnti si stima che in Liguria nel periodo 2006-2007 si siano avuti annualmente circa 23000 accessi al PS per incidente domestico.

Per quanto riguarda il fenomeno delle cadute, dai dati del Registro di Mortalità Regionale si ricava che nel 2005 sono decedute nell'intera regione 415 persone (144 maschi e 271 femmine) per cadute accidentali (ICD-9 E880-E888).

Una ricerca effettuata nella ASL 3 Genovese ha confermato l'importanza del problema delle cadute e delle conseguenti fratture di femore in soggetti anziani ( $\geq 65$  anni), con più di 1500 ricoveri per frattura di femore (generalmente conseguente a caduta) tra i 197.135 ultra sessantacinquenni.

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

Uno dei fattori che influenza la capacità di adottare misure preventive individuali e collettive è la percezione del rischio.

- Nella ASL spezzina la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è molto modesta. Infatti il **93%** degli intervistati lo ritiene basso o assente;
- in particolare la bassa percezione del rischio è risultata più frequente nelle persone più anziane, negli uomini, in chi è meno istruito e tra coloro nel cui nucleo familiare non sono presenti persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani).

#### Bassa percezione del rischio infortunio domestico\*

ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)

Caratteristiche	%*
<b>Totale</b>	<b>92.7</b> (IC 95%: 89.0-95.5)
<b>Età</b>	
18 - 34	91.4
35 - 49	91.5
50 - 69	94.6
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	
Uomini	96.3
Donne	89.2
<b>Istruzione**</b>	
bassa	96.4
alta	90.2
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	90.5
no	94.1
<b>Persone potenzialmente a rischio***<sup>^</sup></b>	
si	88.5
no	95.0

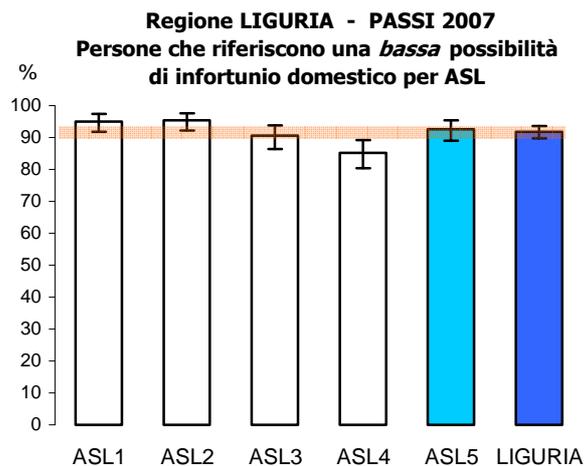
\* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

<sup>^</sup> p < 0.05

- Nelle varie ASL della Liguria emergono differenze nella percezione del rischio di infortunio: nell'ASL di Chiavari tale percezione è significativamente più elevata sia della media regionale (92%) che di quella dell'ASL Savonese. Nonostante queste differenze, nel complesso emerge una quasi totale inconsapevolezza del rischio domestico.
- Anche nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è molto elevata e pari al 92%.



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

- Nella nostra ASL solo poco più di un quarto degli intervistati (il **27%**) ha dichiarato di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici negli ultimi 12 mesi.
- La quota di persone che riferisce di aver ricevuto informazioni sembra più elevata nelle persone più anziane, nelle donne, nelle persone più istruite e nelle persone che percepiscono minori difficoltà economiche.
- Le differenze in base alla propria percezione del rischio non sembrano affidabili a causa della limitata numerosità campionaria.

#### **Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi**

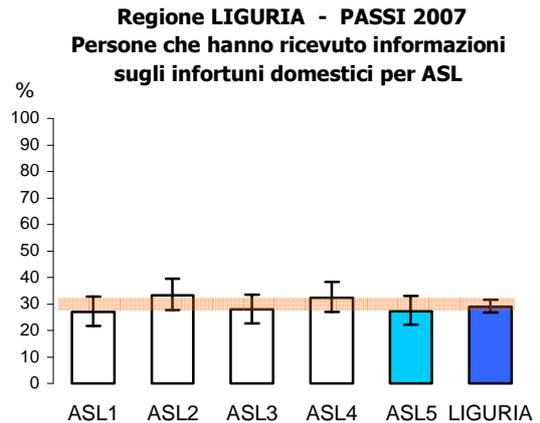
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)

<b>Caratteristiche</b>	<b>%</b>
<b>Totale</b>	<b>27.3</b> (IC 95%:22.1-32.9)
<b>Età</b>	
18 - 34	18.6
35 - 49	29.8
50 - 69	30.6
<b>Sesso</b>	
Uomini	24.3
Donne	30.2
<b>Istruzione*</b>	
bassa	23.4
alta	29.9
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	26.7
no	27.8
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	22.9
no	29.6
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	0
bassa	29.4

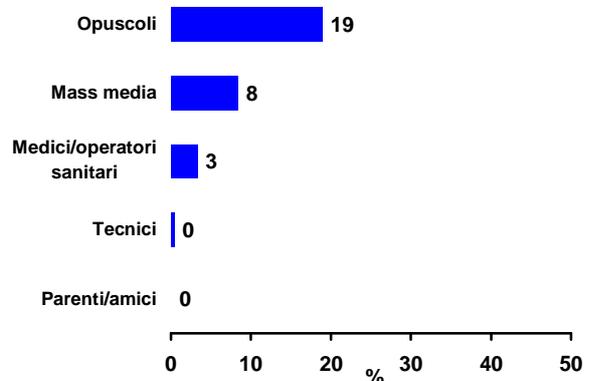
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Nelle ASL della regione non emergono differenze significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi; il valore medio, piuttosto contenuto, si attesta al 29% con un *range* dal 27% di Imperia e La Spezia al 33% di Savona.
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto informazioni è simile al valore ligure e pari al 28%
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (il 27% circa di tutti gli intervistati), il personale sanitario o tecnico rappresenta invece una fonte molto poco frequente.

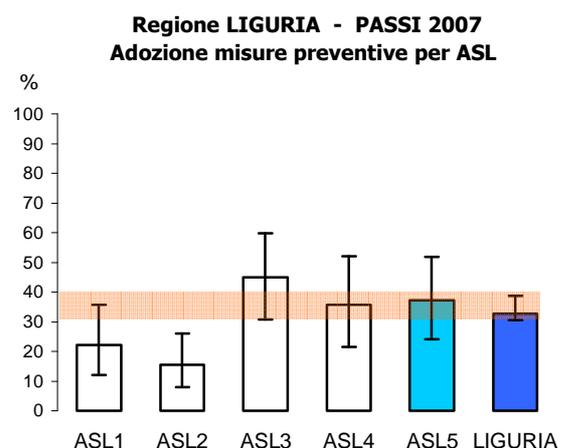


**Fonti di informazione su infortuni domestici**  
 ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=275)



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

- Nella nostra ASL tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 37% circa ha adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- La numerosità campionaria non consente di trarre delle informazioni riguardo eventuali differenze per sesso, età o altre caratteristiche sociodemografiche.
- Sebbene tra le ASL liguri emergano differenze riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 16% di Savona al 45% di Genova e media regionale del 33%), la limitata numerosità campionaria del gruppo di persone che hanno ricevuto informazioni sulla sicurezza domestica consiglia di interpretare con molta prudenza tale variabilità.
- Nelle pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 29%.



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nonostante le indagini Multiscopo ISTAT e i dati relativi del Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA) dimostrino l'elevata frequenza degli incidenti domestici anche in Liguria e la sua rilevanza come problema emergente di sanità pubblica, la percezione del rischio è ancora molto modesta.

L'indagine PASSI evidenzia che nella nostra ASL più di nove persone su dieci tra 18 e 69 anni non hanno consapevolezza del rischio di infortunio domestico e che considerano molto bassa o assente la probabilità di subirne uno nella propria abitazione.

Inoltre solo poco più di un quarto degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto informazioni, negli ultimi 12 mesi, per rendere l'abitazione più sicura e queste informazioni provengono soprattutto da opuscoli (per esempio della protezione civile) e dai mass media.

Tra coloro che hanno riferito di aver ricevuto informazioni, quasi quattro su dieci hanno modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, prorogato al 2008, ha previsto una grande attenzione al problema attraverso un ventaglio di attività informative e preventive e un sistema di misura dell'efficacia nel tempo di tali interventi.

Infatti le evidenze scientifiche mostrano che le iniziative più efficaci sono quelle che considerano approcci multipli: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza (maniglie antiscivolo, spie antincendio), promozione dell'attività fisica ecc..

In Liguria, per quanto riguarda la sorveglianza, si è cercato di migliorare i sistemi di rilevazione degli incidenti domestici nei servizi di Pronto soccorso, introducendo e portando gradualmente a regime il protocollo SINIACA in alcuni servizi ospedalieri (Galliera, Gaslini, Sanremo). Sulla base di questi dati si sta cominciando ad elaborare una reportistica che contenga informazioni utili per programmare e valutare gli interventi di prevenzione.

Inoltre sono allo studio sistemi di sorveglianza di singoli fenomeni, quali per esempio le cadute e le conseguenti fratture di femore in soggetti anziani, attraverso l'utilizzo integrato dei dati delle schede di dimissione ospedaliera e degli accessi al pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli interventi di promozione della salute, i Pediatri di libera scelta forniscono sistematicamente informazioni e counselling ai genitori nel corso dei bilanci di salute e inoltre sono in corso di realizzazione iniziative di educazione a livello scolastico. Infine è stato dato avvio ad un programma di promozione dell'attività motoria in soggetti adulti/anziani, attraverso i "Gruppi di cammino": è noto infatti che l'attività motoria praticata regolarmente contribuisce in maniera rilevante alla riduzione del rischio di cadere, insieme alle misure per rendere più sicura l'abitazione e ad altri interventi di prevenzione.

La sorveglianza PASSI può essere utile per valutare l'efficacia degli interventi di informazione/educazione messi in atto dagli operatori sanitari.

# 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?**

- Nell'ASL spezzina solo il **9%** delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata e nella maggior parte dei casi la vaccinazione è stata eseguita nel mese di novembre.
- 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
- La limitata numerosità campionaria per questo sottogruppo di popolazione non permette delle considerazioni affidabili per quanto riguarda differenze nella quota di vaccinati in base alle caratteristiche sociodemografiche.
- Tuttavia nella nostra ASL si osserva una tendenza analoga a quella regionale con la percentuale di persone vaccinate che aumenta al crescere dell'età ma non si distribuisce in modo statisticamente differente nei due sessi o tra persone con diverse condizioni economiche e culturali.
- Nel complesso della Liguria e tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata un po' superiore a quella registrata nella nostra ASL, rispettivamente del 13% e 12%.

### **Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni) Stagione 2006-2007**

ASL 5 "Spezzino" - Passi, 2007 (n=105)

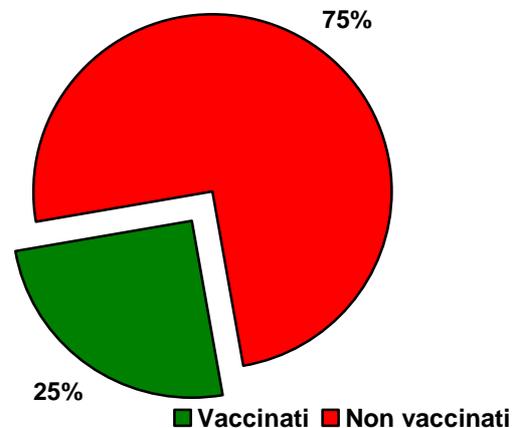
Caratteristiche	Vaccinati (%)
<b>Totale</b>	<b>8.6</b>
	(IC95%:4.0-15.6)
<b>Età</b>	
18-34	3.4
35-49	7.3
50-64	14.3
<b>Sesso</b>	
uomini	11.5
donne	5.7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	5.3
alta	10.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	8.6
no	8.6

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

- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica (stimati in circa il 19% della popolazione adulta sotto i 65 anni) solo un quarto risulta vaccinato.
- Nella media ligure e tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni e portatrici di almeno una patologia cronica è simile a quella riscontrata nella nostra ASL e pari rispettivamente al 25% e 29%

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

ASL 5 "Spezzino" – PASSI 2007 (n=20)



**Conclusioni e raccomandazioni**

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Liguria hanno permesso di raggiungere una discreta quota degli ultrasessantacinquenni (66% nella campagna 2007/08 secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale), ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata sia per la nostra regione che per la nostra ASL risulta essere ancora insufficiente riguardando solo una persona su quattro.

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con una maggiore sensibilizzazione ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti, con le associazioni di pazienti ed altre istituzioni territoriali.

# 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). Purtroppo nel nostro Paese il rischio di rosolia congenita continua ad essere presente e il Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita del 2003 ha proposto delle strategie di vaccinazione specifiche per la prevenzione della rosolia nelle donne in età fertile con l'obiettivo di ridurre o mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi, entro il 2007. 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 del sangue (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 debba essere superiore al 95% e quindi quella delle donne suscettibili non superiore al 5.

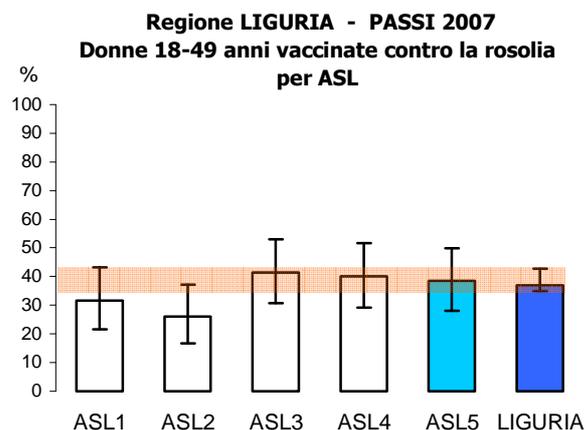
## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL spezzina meno di 4 donne su 10 (il **39%**) tra 18 e 49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- la percentuale di donne vaccinate sembra più bassa nelle donne più anziane e in quelle meno istruite o con maggiori difficoltà economiche.
- Nelle 5 Asl della Regione non emergono differenze statisticamente significative (anche a causa della limitata numerosità campionaria) tuttavia a fronte di un valore medio pari al 37% di donne vaccinate, si riscontra una certa variabilità dal minimo del 26% nell'ASL Savonese al massimo del 42% dell'ASL Genovese.
- tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 33 %.

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=83) ASL 5 "Spezzino" - Passi, 2007

Caratteristiche sociodemografiche	Vaccinate, %	
<b>Totale</b>	<b>38.6</b> (IC95%:28.1-49.9)	
<b>Età</b>	18-24	41.7
	25-34	45.8
	35-49	34.0
<b>Istruzione*</b>	bassa	26.3
	alta	42.2
<b>Difficoltà Economiche</b>	sì	33.3
	no	43.3

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

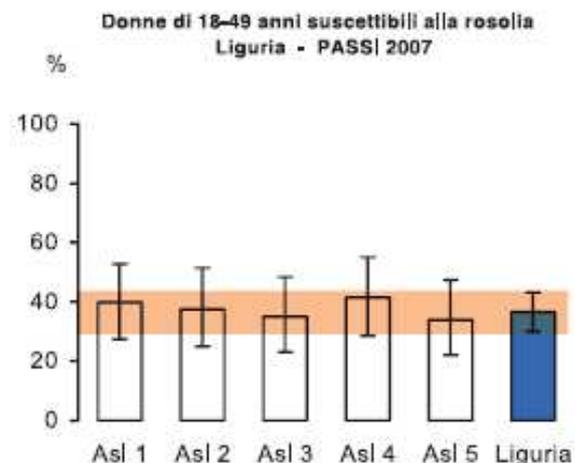


## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Si stima che nella nostra ASL oltre due terzi (**69%**) delle donne di 18-49 anni sia immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (39%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (30%).
- Si stima invece che il **2%** delle donne in età fertile sia sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente **29%** lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le 5 ASL liguri non si osservano differenze significative anche se, a fronte di una media regionale pari al 35%, si registra una certa variabilità con il valore più elevato nell'ASL 2 (46%) e quello più basso nell'ASL 3 (29%), andamento in linea con i valori di copertura vaccinale.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne suscettibili è del 45% un valore significativamente superiore sia alla media della nostra regione che al valore della nostra ASL.

### Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; *n*=83) ASL 5 "Spezzino" - Passi 2007

Stato immunitario	%
<b>Immuni</b>	
<b>68.7</b> (IC 95% 57.6-78.4)	
Vaccinate	38.6
Non vaccinate; rubeotest positivo	30.1
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	
<b>31.3</b> (IC 95% 21.6-42.4)	
Non vaccinate; rubeotest negativo	2.4
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1.2
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	27.7



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano che, sebbene la quota di donne in età fertile suscettibili alla rosolia nella nostra regione e soprattutto nella nostra ASL, sia inferiore a quella nazionale, si tratta di un valore ancora molto elevato e assai distante dall'obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione della rosolia congenita.

Appare pertanto necessario mantenere e rinforzare le azioni finalizzate al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

# Rischio cardiovascolare

---

La prima causa di morte nel mondo occidentale è rappresentata dalle patologie cardiovascolari. Esse costituiscono problema di sanità pubblica piuttosto rilevante in quanto sono fra le cause di mortalità, morbosità e invalidità più diffuse. In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti e di questa quota il 30% è dovuta all'infarto del miocardio e il 31% all'ictus.).

Il costo sociale ed economico di queste malattie è molto elevato sia perché possono portare a invalidità precoce, parziale o totale, con conseguente riduzione o modificazione dell'attività lavorativa, sia perché necessitano di trattamenti farmacologici e riabilitativi di lunga durata. Da alcuni decenni sono stati identificati i fattori di rischio che predispongono all'insorgenza delle malattie cardiovascolari (<http://www.cuore.iss.it/conoscere/fattori.asp>).

Oltre ai fattori di rischio non modificabili come l'età, il sesso e la familiarità, ve ne sono altri ascrivibili a comportamenti e quindi modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita o l'assunzione di farmaci: dislipidemia, ipertensione arteriosa, diabete, fumo ed obesità.

Considerata l'elevata frequenza di questi fattori modificabili nella popolazione, la loro prevenzione rappresenta una valida prospettiva di contrasto all'insorgenza delle malattie cardiovascolari.

Valutare quanto, dove e tra chi siano diffusi tali fattori comportamentali consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati a gruppi di popolazione particolarmente a rischio, con l'obiettivo di modificare stili di vita scorretti e mantenere nel tempo scelte comportamentali più salutari.

In questa sezione della sorveglianza PASSI sono stati indagati ipertensione, ipercolesterolemia e uso della carta e del punteggio individuale per il calcolo del 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?

- Si stima che nella nostra ASL, l'**86%** delle persone tra 18 e 69 anni si sia misurato la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, che il 9% l'abbia misurata più di 2 anni fa e che il restante 5% non ricordi o non l'abbia fatto mai.
- La pressione viene misurata più frequentemente all'aumentare dell'età, nelle persone meno istruite e in quelle che riferiscono maggiori difficoltà economiche.

#### Misurazione pressione arteriosa negli ultimi 2 anni

ASL 5 "Spezzino- PASSI 2007" (n=275)

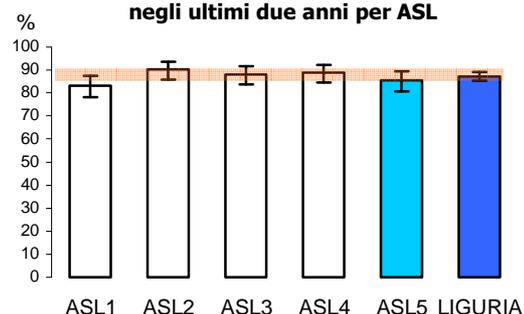
Caratteristiche sociodemografiche		(%)
<b>Totale</b>		<b>85.5</b> (IC95%: 80.7- 89.4)
<b>Età</b>		
	18 - 34	72.9
	35 - 49	84.0
	50 - 69	94.6
<b>Sesso</b>		
	M	86.8
	F	84.2
<b>Istruzione* ^</b>		
	bassa	94.6
	alta	79.3
<b>Difficoltà economiche</b>		
	sì	90.5
	no	82.2

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore

^p<0.01

- Tra le 5 ASL della Liguria non si registrano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dall'**83%** di Imperia al **90%** di Savona con una media dell'**87%**).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'**83%**

Regione LIGURIA - PASSI 2007  
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni per ASL



## Quante persone sono ipertese?

- Si stima che nell'ASL spezzina il **20 %** delle persone tra 18 e 69 anni che hanno misurato la pressione arteriosa, sia iperteso.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo dei 50-69enni 4 persone su 10 riferiscono di essere ipertese. La quota di ipertesi è inoltre significativamente superiore nelle persone meno istruite e con maggiori difficoltà economiche.

### Ipertesi (18-69 anni)

ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=260)

Caratteristiche sociodemografiche		Ipertesi* (%)
<b>Totale</b>		<b>19,6</b> (IC95%: 15.0-25.0)
<b>Età<sup>^</sup></b>		
	18 - 34	1.7
	35 - 49	6.5
	50 - 69	40.0
<b>Sesso</b>		
	M	18.3
	F	20.9
<b>Istruzione**<sup>^</sup></b>		
	bassa	32.4
	alta	10.5
<b>Difficoltà economiche<sup>^</sup></b>		
	sì	27.3
	no	15.0

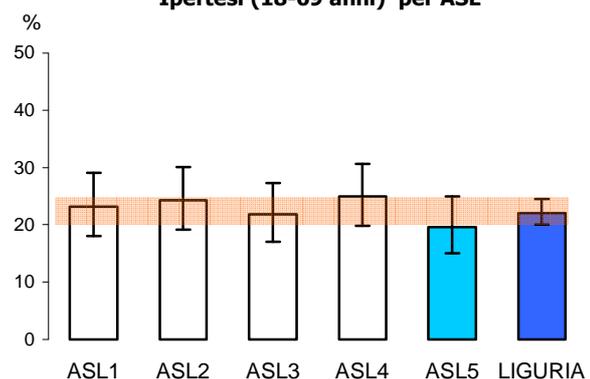
\* % calcolata su coloro che hanno misurato la PA negli ultimi 2 anni

\*\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;

<sup>^</sup> p<0.01

- Tra le 5 ASL liguri non si registrano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi e a fronte di una media regionale pari al 22% si passa dal 20% della nostra ASL al 25% dell'ASL Chiavarese.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di ipertesi è risultata pari al 21%

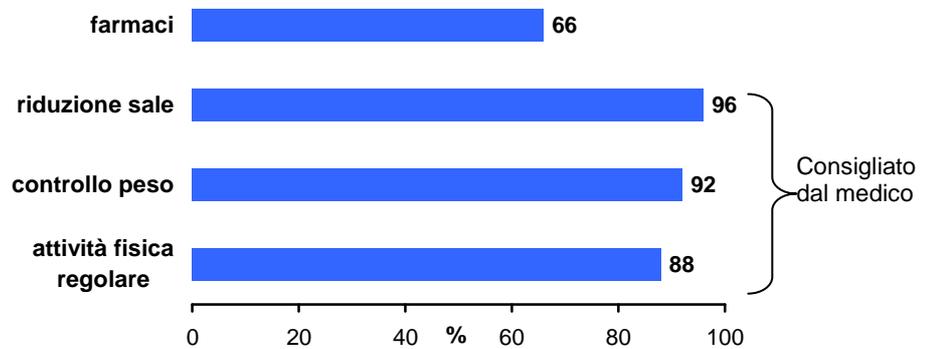
### Regione LIGURIA - PASSI 2007 Ipertesi (18-69 anni) per ASL



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

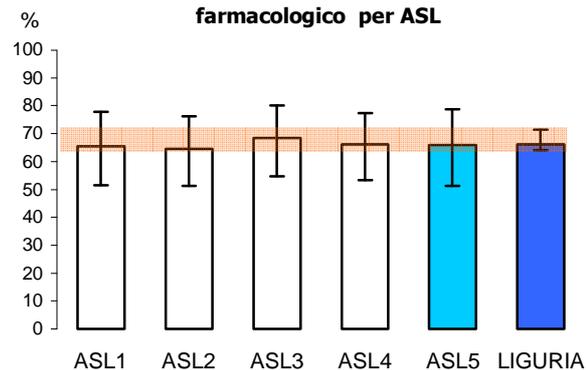
- Circa due terzi (**66 %**) degli ipertesi della nostra ASL riferiscono di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, quasi la totalità degli ipertesi ha ricevuto il consiglio dal medico di ridurre il consumo di sale (**96 %**), di ridurre o mantenere il peso corporeo (**92%**) e di svolgere regolare attività fisica (**88 %**).
- Tra le ASL della Liguria si osserva una variabilità modesta per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, e a fronte di una media regionale pari al 66% si passa dal 65% dell'ASL Savonese al 68% dell'ASL Genovese.

### Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico \* ASL 5 "Spezzino" (PASSI, 2007)



\* ognuno considerata indipendentemente

### Regione LIGURIA - PASSI 2007 Ipertesi (18-69 anni) in trattamento farmacologico per ASL



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella nostra ASL siano ipertese circa due persone su dieci di età compresa tra 18 e 69 anni, ma la quota di ipertesi varia enormemente con l'età e si calcola che circa 4 persone su 10 tra 50 e 69 anni abbiano questa condizione e che inoltre la frequenza di questo fattore di rischio aumenti tra le persone culturalmente ed economicamente più svantaggiate.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, si stima che circa il 5% della popolazione tra 18 e 69 non abbia mai controllato la pressione arteriosa. E' dunque importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni) e strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese.

Nella nostra ASL risulta particolarmente elevata la percentuale di ipertesi che ha ricevuto consigli in merito alla correzione di abitudini di vita volte a correggere i valori pressori come l'attività fisica regolare, la dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. Sembra dunque affermata tra i medici di famiglia e gli specialisti della nostra ASL la pratica di consigliare abitudini salutari e di non considerare la sola terapia farmacologica 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 nostra ASL la maggior parte degli intervistati (**l'86%**) riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, circa due terzi (67%) delle persone interpellate ha fatto l'esame nel corso dell'ultimo anno, l'11 % tra 1 e 2 anni fa, l'8% più di 2 anni fa, mentre il 14 % non ricorda o non ha mai controllato il colesterolo.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 66 % nella classe 18-34 anni al 93 % nei 50-69enni e nelle donne, mentre le differenze per istruzione e percezione delle difficoltà economiche sembrano meno rilevanti.

#### Colesterolo misurato almeno una volta

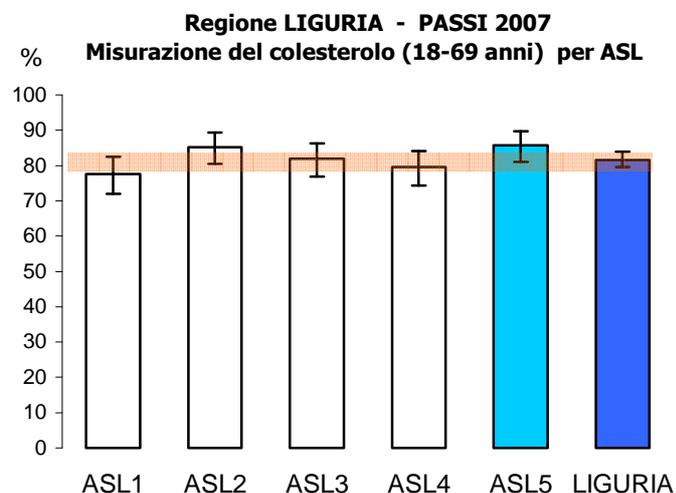
ASL 5 "Spezzino" (n= 275) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche		Colesterolo misurato (%)
<b>Totale</b>		85.8 (IC95%: 81.1-89.7)
<b>Età<sup>^</sup></b>		
	18 - 34	65.7
	35 - 49	92.6
	50 - 69	92.8
<b>Sesso<sup>^</sup></b>		
	M	80.1
	F	91.4
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	84.7
	alta	86.6
<b>Difficoltà economiche**</b>		
	sì	84.8
	no	86.4

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

\*\* percepite      <sup>^</sup> p <0.05

- Tra le 5 ASL della Liguria non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 76% dell'ASL 1 all'86% dell'ASL 5).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è inferiore al valore della nostra regione e della nostra ASL ed è pari al 77%.



## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il **28%** ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

- L'ipercolesterolemia sembra una condizione più frequente nelle classi d'età più elevate, nelle donne e nelle persone meno istruite.

### Ipercolesterolemia riferita

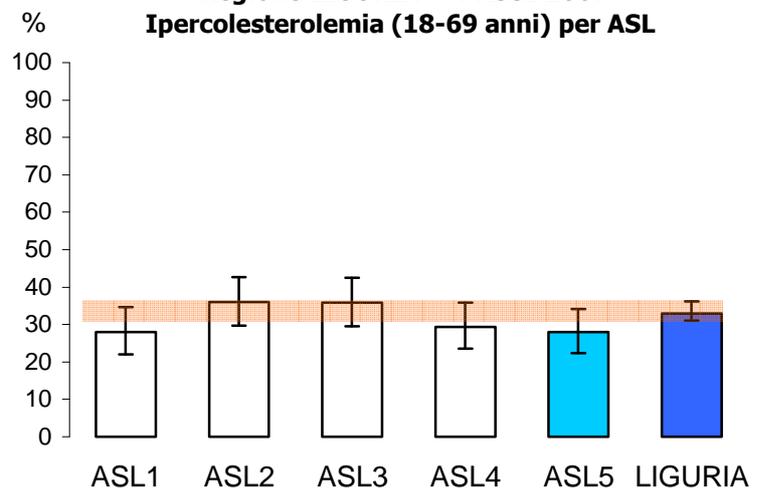
ASL 5 "Spezzino" (n= 236) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
<b>Totale</b>		<b>28.0</b> (IC95%: 22.3-34.2)
<b>Età<sup>^</sup></b>	18 - 34	2.2
	35 - 49	18.4
	50 - 69	47.6
<b>Sesso<sup>^</sup></b>	M	20.2
	F	34.6
<b>Istruzione*<sup>^</sup></b>	bassa	37.2
	alta	21.8
<b>Difficoltà economiche**</b>	sì	23.6
	no	30.1

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
 \*\* percepite      <sup>^</sup> p <0.05

- Tra le ASL liguri non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia anche se, a fronte di una media regionale pari al 33% si passa dal 28% di Imperia e La Spezia al 36% di Savona e Genova.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito un ipercolesterolemia è risultata pari al 25%.

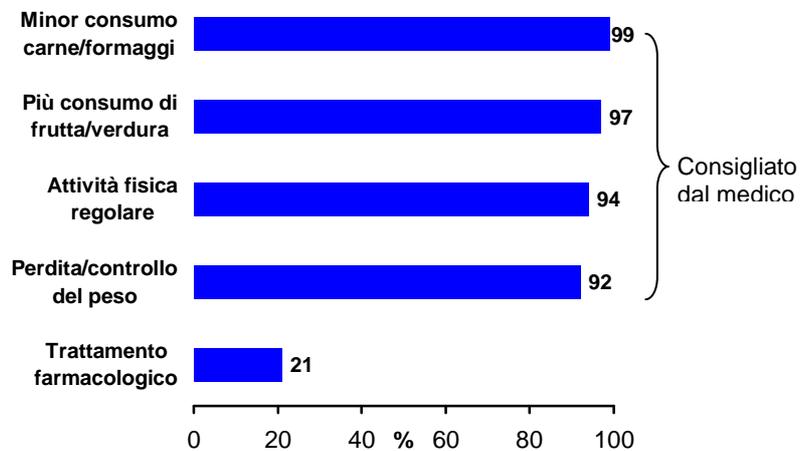
### Regione LIGURIA - PASSI 2007 Ipercolesterolemia (18-69 anni) per ASL



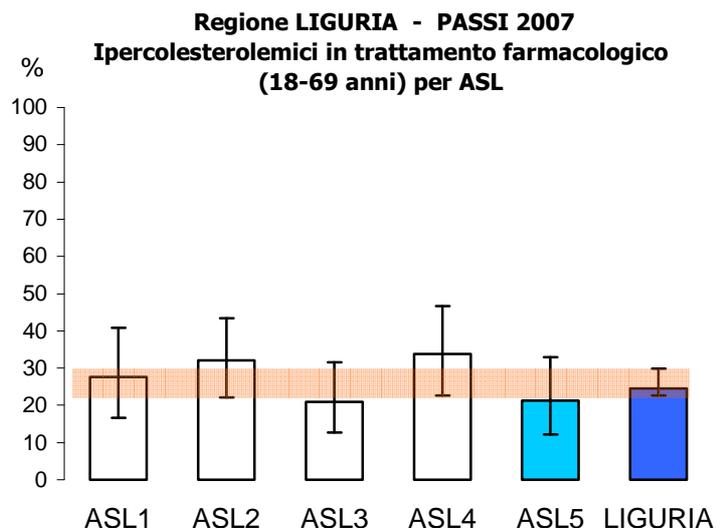
## Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il **21** % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- La quasi totalità delle persone ipercolesterolemiche riferisce di aver ricevuto consigli dagli operatori sanitari per il controllo della loro condizione: il **99** % ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di carne e formaggi, il **97** % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il **92** % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il **94** % di svolgere regolare attività fisica.

### Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico\* ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007



- Tra le 5 ASL della Liguria, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 21 % di Genova al 34% di Chiavari).



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 14 % della popolazione di 18-69 anni della nostra ASL non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il **28** % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale a circa il 47% tra le persone di 50-69 anni, al 35% tra le donne e al 37% tra le persone meno istruite.

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

I nostri dati evidenziano un buon livello di attenzione da parte degli operatori sanitari nei confronti del paziente ipercolesterolemico.

Nonostante ciò è auspicabile una maggiore copertura della popolazione nello screening dell'ipercolesterolemia e un'ulteriore implementazione dell'attività di counselling con il ricorso a un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

## Carta e punteggio 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 sono strumenti semplici e obiettivi 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?***

- Si stima che nella nostra ASL la percentuale di persone di 35-69 anni che ha avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare sia solo dell'**8%**.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente negli uomini, nelle classi d'età più elevate, tra coloro che riferiscono maggiori difficoltà economiche e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

#### **Calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare (35-69 anni, senza patologie CV)**

ASL 5 "Spezzino" (n=191) - PASSI 2007

<b>Caratteristiche demografiche</b>	<b>Calcolo punteggio (%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>7.9</b> (IC95%: 4,5- 12,6)	
<b>Età<sup>^</sup></b>	35 - 49	3.3
	50 - 69	12.1
<b>Sesso</b>	M	10.3
	F	5.3
<b>Istruzione*</b>	bassa	8.8
	alta	7.2
<b>Difficoltà economiche**</b>	sì	4.3
	no	10.0
<b>Almeno un fattore di rischio cv***</b>	sì	9.6
	no	3.6

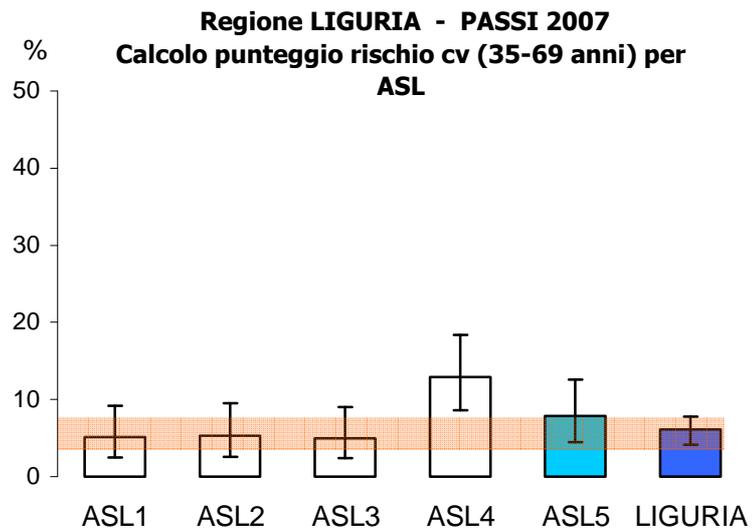
\* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

\*\* autopercepite

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

<sup>^</sup> p <0.05

- Il confronto tra le cinque ASL della Liguria evidenzia che nell'ASL Chiavarese la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare è significativamente superiore alla media ligure (pari al 6%) (range dal 5 % delle ASL 1, 2 e 3 al 13% dell'ASL 4).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è simile alla media ligure e pari al 6%.



## Conclusioni e raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici liguri. Anche nella nostra ASL si riscontra la medesima tendenza, infatti a meno di una persona su dieci tra 35 e 69 anni viene calcolato questo rischio.

E' possibile che questa quota sia sottostimata e che in realtà il punteggio individuale del rischio cardiovascolare venga calcolato a una percentuale maggiore di pazienti senza che vi sia la consapevolezza di aver ricevuto tale calcolo.

Tuttavia anche se questa ipotesi fosse dimostrata, occorre ricordare che il calcolo del rischio cardiovascolare è 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.

Questo semplice strumento dovrebbe perciò 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.

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, lavorare in modo utile e produttivo e apportare un contributo alla propria comunità. La salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale, e di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nel lavoro.

Le patologie mentali 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. In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte soffra di un disturbo affettivo (fonte: studio ESMED, European Study on the Epidemiology of Mental Disorder).

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno, a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere al questionario PASSI un breve modulo riguardante la depressione. Sono state poste due domande desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (**PHQ-2**) con le quali si rileva 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 è poi sommato e la somma è utilizzata per calcolare un punteggio da 0 a 6. Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi.

Sebbene una diagnosi clinica di depressione richieda una valutazione più approfondita, questa definizione si è dimostrata utile come test di screening di popolazione che, in base alle evidenze scientifiche, presenta un elevato grado di sensibilità e specificità.

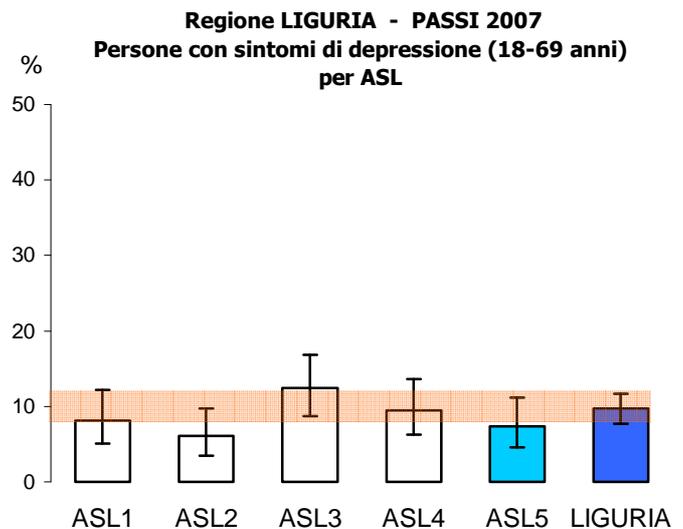
### Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella ASL Spezzina il **7%** delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione (secondo il PHQ-2).
- Nella nostra ASL, come in tutta la Liguria, i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che le più colpite siano:
  - le donne (quasi due volte più degli uomini);
  - le persone più anziane;
  - quelle meno istruite,
  - quelle con molte difficoltà economiche;
  - quelle senza un lavoro regolare;
  - quelle con almeno una malattia cronica.

<b>Sintomi di depressione<sup>#</sup></b>	
ASL 5 "Spezzino" - PASSI 2007 (n=271)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% persone con sintomi</b>
<b>Totale</b>	<b>7.4</b> (IC95%: 4.6-11.2)
<b>Età</b>	
18-34	5.7
35 - 49	6.4
50 - 69	9.3
<b>Sesso</b>	
uomini	5.2
donne	9.6
<b>Istruzione*</b>	
bassa	9.2
alta	6.2
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	10.6
no	4.8
<b>Stato lavorativo</b>	
Lavora	5.9
Non lavora	9.9
<b>Malattie croniche</b>	
Almeno una	13.2
Nessuna	6.0

<sup>#</sup> Score PHQ-2  $\geq 3$     \*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore  
<sup>\*\*</sup> autopercepita

- Nelle 5 ASL della nostra regione la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa anche se si registra una discreta variabilità nei valori puntuali (range dal 6% dell'ASL 2 al 12% dell'ASL 3 con una media ligure del 10%).

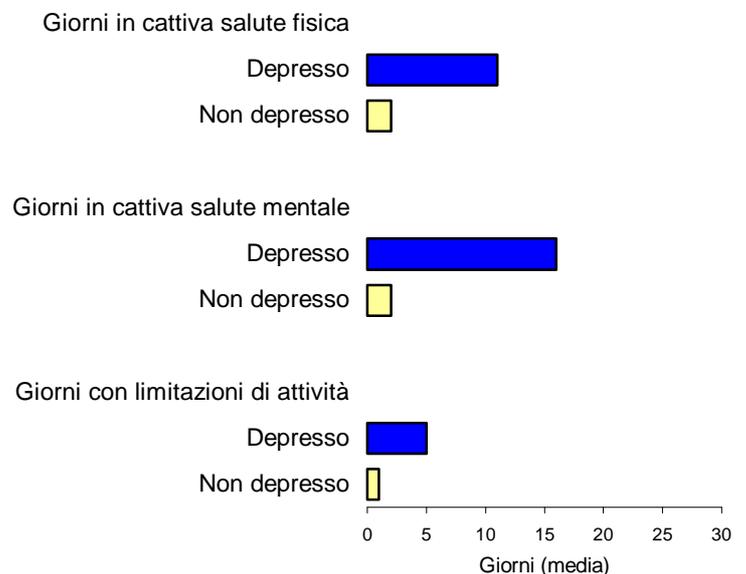


### Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, solo un quarto considera il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", contro il 73% circa 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 rispetto a quelle senza tali sintomi (rispettivamente 11 e 16 giorni vs 2 e 2).
- Anche la media di giorni con limitazioni di attività è significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione rispetto a chi non li ha dichiarati (5 vs 1).

### Depressione e autopercezione della salute#

ASL 5 "Spezzino" (n=271) PASSI 2007

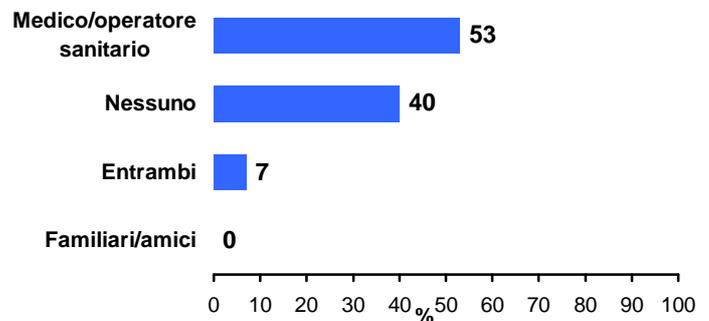


# vedi sezione "Stato di salute e qualità della vita percepita"

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

- Nella nostra ASL su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno (operatori sanitari o altre persone di fiducia, come familiari o amici) risulta del 60%.
- La quota di chi si è rivolto a un medico o ad altro operatore sanitario supera di poco la metà (53%) delle persone con sintomi di depressione.
- Si stima che fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, quattro su dieci non ne parla con nessuno.

**Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione**  
 ASL 5 "Spezzino" – PASSI 2007



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano che nella nostra regione i sintomi di depressione riguardano quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, tra le persone con malattie croniche e tra chi ha difficoltà economiche. Anche nella nostra ASL il problema non è marginale e si registra la medesima associazione con le suddette caratteristiche sociodemografiche.

I risultati evidenziano inoltre che l'attenzione verso questo tipo di disturbo mentale è ancora insufficiente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, rimanendo ancora significativa la parte del bisogno non espresso o non adeguatamente considerato.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

# 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 base ai dati AIRTUM in Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 370 decessi per tumore della cervice uterina oltre a 1756 decessi per tumore dell'utero non altrimenti specificato.

Nel pool registri AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) del Nord il tasso grezzo di incidenza è 10,5/100000, quello standardizzato 8,5/100000.

A Genova, nel periodo 2000-2003 si sono verificati ogni anno 125 nuovi casi, la metà dei quali in donne di età superiore a 64 anni. Il trend temporale di incidenza ha mostrato una diminuzione costante fino alla fine degli anni '80. A partire dal 1990 si è cominciato ad osservare un modesto incremento dell'incidenza.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è, per la sola provincia di Genova, pari al 61%. Per i tassi di mortalità, dopo il significativo decremento degli anni '80 si osserva un plateau.

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul Pap-test effettuato ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni.

Nel 2004 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 64%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Liguria il primo atto deliberativo volto a migliorare la qualità del pap-test si è avuto nel 2004 e solo con il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 si è arrivati alla definizione di un piano attuativo della campagna di screening; tale piano ha individuato per il 2008 l'obiettivo di costituire un registro regionale dei Pap test che consenta di identificare la popolazione non registrata o con una storia di pap test irregolare e quindi eleggibile per l'invito in un programma di screening organizzato.

I risultati che seguono, a differenza di quelli relativi ai capitoli precedenti, sono riferiti all'intera regione Liguria e al solo anno 2007.

Le ragioni per presentare questo livello di dettaglio risiedono nella limitata numerosità campionaria del sottogruppo di donne che costituiscono il target dello screening del tumore della cervice (donne tra 25 e 64 anni), nella possibilità di avere stime più affidabili e nella complessiva concordanza dei risultati aziendali con quelli regionali.

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

- In Liguria circa il **76%** 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.
- Le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo sono soprattutto quelle sotto i 50 anni, coniugate o conviventi, con un livello di istruzione medio e senza molte difficoltà economiche.
- Analizzando tutti i parametri elencati in tabella con un'analisi multivariata, non si evidenzia però alcuna differenza statisticamente significativa.

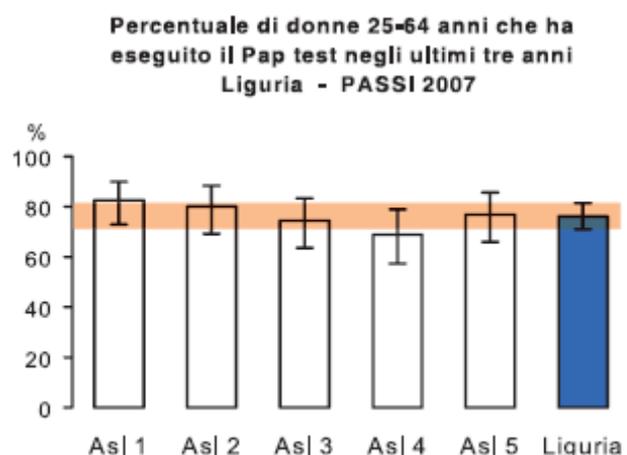
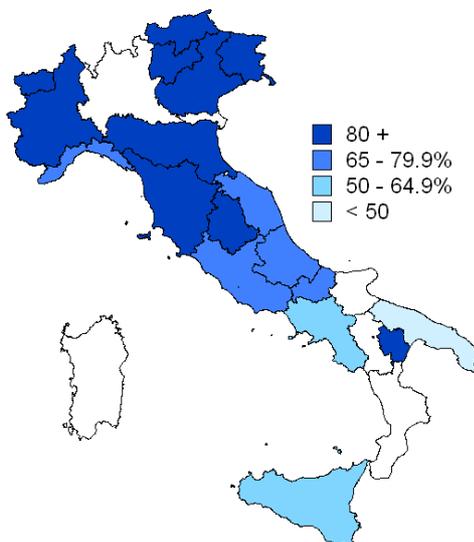
### Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)\*

Liguria - PASSI 2007 (n=398)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>76,1</b> (IC95%:71,0-81,3)
<b>Età</b>	
25 - 34	77,9
35 - 49	77,8
50 - 64	73,3
<b>Stato civile</b>	
coniugata	79,7
non coniugata	69,8
<b>Convivenza</b>	
convivente	78,6
non convivente	69,9
<b>Istruzione</b>	
nessuna/elementare	66,0
media inferiore	74,1
media superiore	80,4
laurea	75,9
<b>Difficoltà economiche</b>	
molte	64,2
qualche	76,2
nessuna	79,1

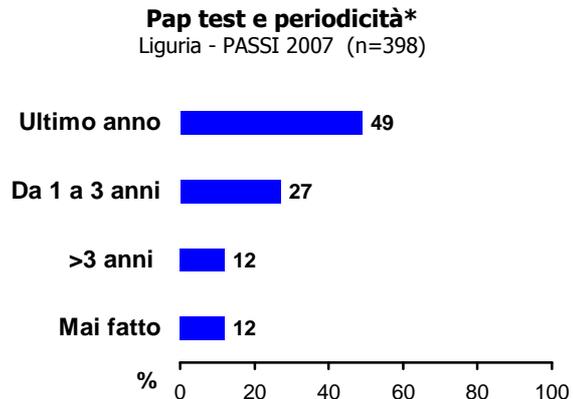
\* chi ha eseguito il Pap test negli ultimi tre anni in assenza di segni o sintomi

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è abbastanza alta, anche se non soddisfacente, e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 69% della ASL 4 all'83 % dell'ASL 1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73,1% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.



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

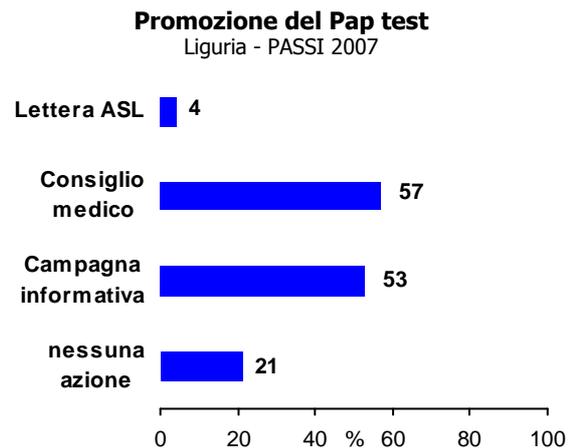
- Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:
  - il 49% delle donne ha riferito di averlo eseguito nell'ultimo anno
  - il 27% da uno a tre anni
  - il 12% da più di tre anni.
- Il 12% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



\* Le linee guida prevedono la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne fra 25 e 64 anni

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

- solo il 4% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il 53 % 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 il Pap test.
- Tra le donne intervistate circa una su cinque dichiara di non aver ricevuto nessun tipo di promozione.

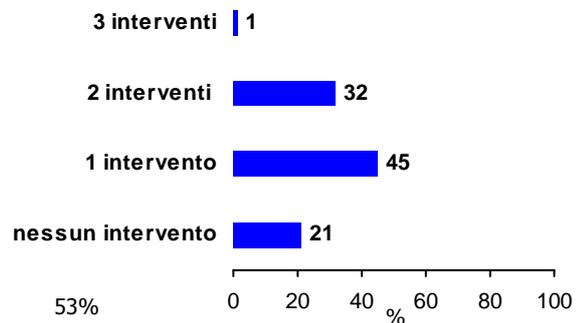


- Nelle 5 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la lettera (range da 0% della ASL 1 all'8% della ASL 4), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 41% della ASL 4 al 60% delle ASL 1 e 2) e aver visto o sentito una campagna informativa (range 45% della ASL 5 al 57% della ASL 3).
- Tra le ASL italiane partecipanti alla sorveglianza PASSI il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

- L'1% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio e campagna informativa), il 32% due interventi di promozione, il 45% uno solo.
- Circa una donna su cinque dichiara di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

### Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test

Liguria - PASSI 2007

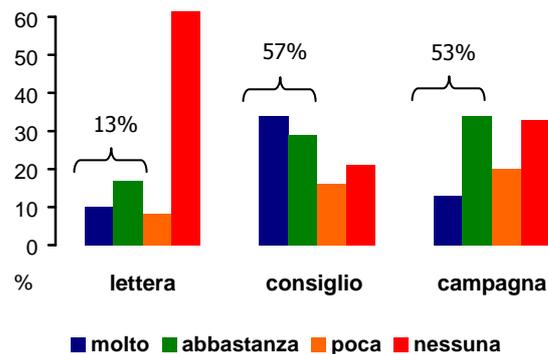


## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test?

- In Liguria, la quota di donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap test preventivo e che ritengono di essere state influenzate positivamente dalla **lettera** dell'ASL, è estremamente esiguo (**13%**) ed è probabilmente riferibile a piccole iniziative locali; fra di loro, comunque, il 65% ritiene che la lettera non abbia avuto alcuna influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test. I numeri non consentono un'analisi dettagliata di confronto tra le 5 ASL della Regione.

### Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test

Liguria - PASSI 2007



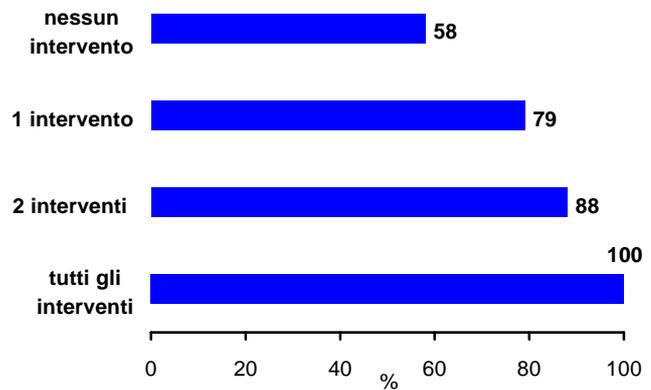
- Il **57%** delle donne 25-64enni, che hanno eseguito il pap test, ritiene che il **consiglio medico** abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame (34% molta e 29% abbastanza), ma il 16% pensa che il consiglio abbia avuto poca influenza sulla scelta ed il 21% nessuna; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 41% dell'ASL4 al 60% dell'ASL2).
- Il **53%** delle donne ritiene infine che aver visto o sentito una **campagna informativa** abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (13% molta e 34% abbastanza e), mentre per il 20% delle donne che hanno eseguito il pap test tale campagna ha avuto poca influenza sulla scelta ed per il 33% nessuna; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 46% dell'ASL5 al 57% dell'ASL3).
- Tra le ASL partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ASL, il 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

## Quale efficacia hanno avuto gli interventi di promozione nell'effettuazione del Pap test?

- In Liguria ben il 58% delle donne di 25-64 anni ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati pur non avendo ricevuto alcun intervento di promozione; la percentuale sale al 79% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'88% con due interventi e al 100% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43%, 65%, 81% e 88%.

### Efficacia degli Interventi di promozione nell'esecuzione del Pap test

Liguria - PASSI 2007

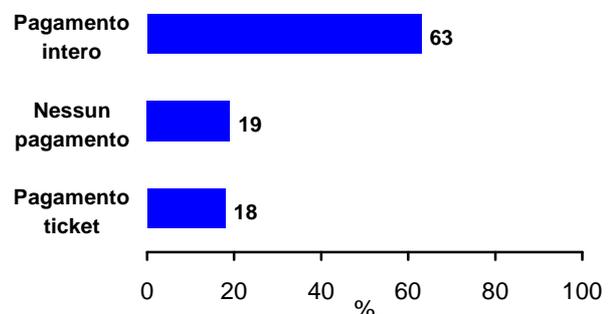


## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- In Liguria soltanto il 19% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 18% ha pagato il ticket e il 63% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dei diversi regimi in cui è stato effettuato l'esame, e cioè: all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), o al di fuori di programmi organizzati (in strutture pubbliche o accreditate - pagamento ticket; oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati - pagamento intero).

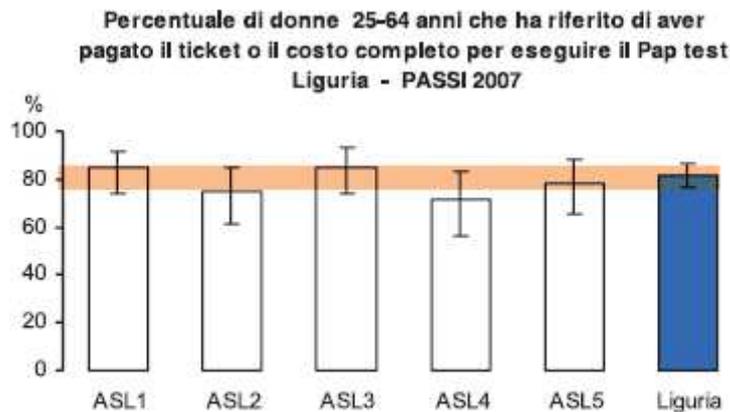
### Costi del Pap test

Liguria - PASSI 2007 (n=300)



- Si può stimare che nella nostra regione la quota di donne tra 25 e 64 anni che esegue il pap test in programmi organizzati sia pari al 14% e quella delle donne che lo eseguono con una adesione spontanea sia pari al 62%

- Nelle 5 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 71% dell'ASL4 all'85% dell'ASL3).



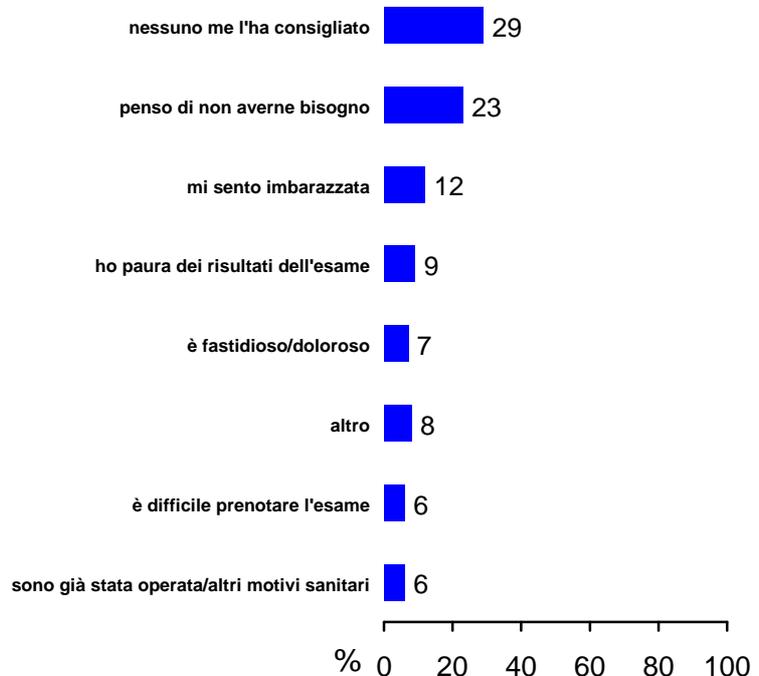
### Perché non è stato effettuato il Pap test a scopo preventivo?

- In Liguria il 12% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test e il 12% di averlo effettuato oltre i 3 anni.

Le motivazioni principali della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono molteplici ma quelle più frequenti sono riconducibili al mancato consiglio (29%) e alla limitata consapevolezza dell'importanza dell'esame come misura preventiva ("penso di non averne bisogno" 23%)

#### Motivo della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida

Liguria - PASSI 2007 (n=79)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

In Liguria l'azione di promozione del Pap test da parte dei Servizi di Sanità Pubblica è insufficiente. Ciononostante la percentuale delle donne tra 25 e 64 anni che riferisce di aver effettuato questo esame a scopo preventivo, pur non essendo soddisfacente, è abbastanza elevata (76%), probabilmente grazie ad una tendenza delle donne ad eseguire l'esame a seguito di consigli ricevuti da operatori sanitari di fiducia nel contesto di un'attività di counselling individuale e quindi spesso con intervalli temporali inferiori a quelli previsti.

Infatti otto donne su dieci, tra quelle che hanno effettuato il Pap test, dichiarano di aver sostenuto un costo, dovuto al ticket (2 donne su dieci) o al pagamento dell'intero esame (6 donne su dieci). Inoltre il 49% delle donne ha eseguito il Pap test nel corso dell'ultimo anno, contro un atteso del 33%.

Come detto nell'introduzione, la Regione conta per il futuro di migliorare consistentemente i risultati relativi allo screening dei tumori della cervice uterina, attraverso la costituzione di un registro regionale dei Pap test che consenta di identificare la popolazione non registrata o con una storia di pap test irregolare e quindi eleggibile per l'invito in un programma di screening organizzato.

Il Programma regionale di screening per il cancro della cervice uterina in Liguria prevede quindi un'integrazione tra screening spontaneo e screening organizzato e ha come base di partenza un progetto relativo alla "Promozione della qualità del pap test" attraverso l'applicazione delle "Linee guida operative e percorsi diagnostico-terapeutici" che sono state recepite dalla Regione (DGR 1002 del 7/8/2008). Il registro funzionerà quindi come strumento per il controllo di qualità anche dei test effettuati in regime di screening spontaneo.

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

---

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

In base ai dati dell'AIRTUM (associazione Italiana Registri Tumori) si stima che nel 2009 in Liguria saranno diagnosticati circa 1200 nuovi casi (circa 163 casi per 100.000 donne residenti). Il 17% delle morti per tumore nelle donne è dovuto alla neoplasia della mammella (tasso di mortalità grezzo circa 35 decessi/100.000). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari a 82%. Si stima che all'inizio del 2008, in Liguria, fossero circa 16.000 le donne affette da tumore della mammella. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

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

In Liguria il programma ha avuto inizio nel giugno 2000 nell'area di Ponente della Asl 3 Genovese; nel luglio 2002 il programma è stato esteso a tutta la Regione limitatamente ad alcune coorti di nascita, ma si sono subito evidenziati numerosi problemi organizzativi tuttora irrisolti.

L'obiettivo generale per il 2008 è stato quello di far sì che tutte le Asl fossero in grado di offrire l'intervento alla stessa fascia di popolazione (coorti 1943-1958) mantenendo l'intervallo di screening entro i 24 mesi. Contemporaneamente, lavorare sugli indicatori di performance per ridurre le differenze di comportamento tra le Asl per quanto riguarda i tassi di richiamo e cercare di individuare le origini di tali differenze e le loro conseguenze sulla popolazione.

I risultati che seguono, come per la sezione relativa allo screening del tumore del collo dell'utero, sono riferiti all'intera regione Liguria e al solo anno 2007.

Le ragioni per presentare questo livello di dettaglio risiedono nella limitata numerosità campionaria del sottogruppo di donne che costituiscono il target dello screening del tumore della mammella (donne tra 50 e 69 anni), nella possibilità di avere stime più affidabili e nella complessiva concordanza dei risultati aziendali con quelli regionali.

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

- In Liguria circa l'**81%** 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 previsto dall'attuale campagna di screening.
- L'effettuazione regolare della mammografia sembra più frequente nelle donne sotto i 60 anni, coniugate o conviventi. Tuttavia le differenze per tutte le caratteristiche sociodemografiche analizzate perdono significato statistico analizzandole insieme con un'analisi multivariata.  
La prosecuzione della sorveglianza permetterà di desumere indicazioni numericamente più solide.
- L'età media alla prima mammografia preventiva, cioè in assenza di segni e sintomi, è risultata essere **45 anni**, più bassa rispetto a quella in cui viene raccomandata la prima mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 61% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. (L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 40 anni).

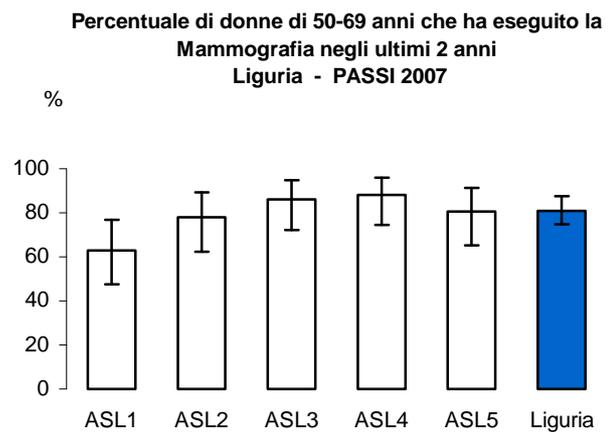
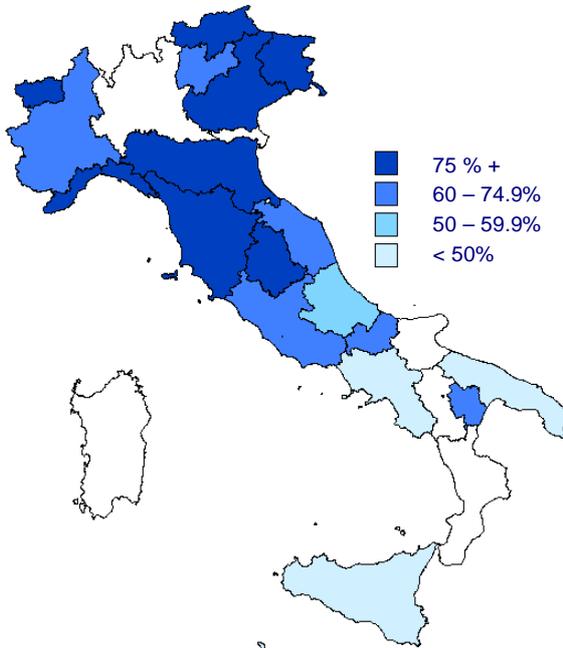
### Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni)\*

Liguria - PASSI 2007 (n=213)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>81,0</b> (IC95%:74,9-87,1)
<b>Età</b>	
50- 59	87,2
60 -69	75,7
<b>Stato civile</b>	
coniugata	82,9
non coniugata	77,1
<b>Convivenza</b>	
convivente	83,2
non convivente	76,6
<b>Istruzione</b>	
nessuna/elementare	80,2
media inferiore	84,2
media superiore	81,7
laurea	75,1
<b>Difficoltà economiche</b>	
molte	87,3
qualche	77,0
nessuna	82,3

\* Esecuzione della mammografia in assenza di segni o sintomi negli ultimi due anni

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è disomogenea (range dal 63% dell'Asl 1 all'88% dell'Asl 4) e non soddisfacente; le differenze non sono però statisticamente significative.



- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

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

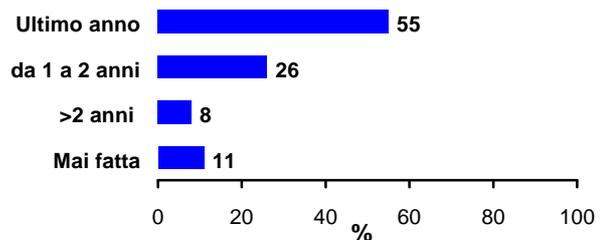
Rispetto all'ultima mammografia effettuata:

- il 55% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 26% da uno a due anni
- l'8% da più di due anni.

- L'11% non ha mai eseguito una mammografia preventiva.

#### Mammografia e periodicità\*

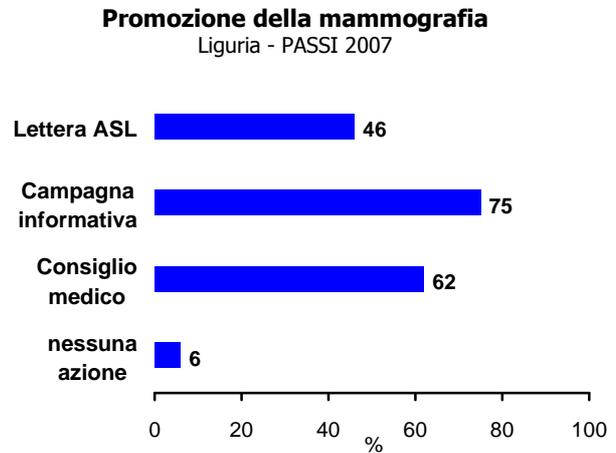
Liguria - PASSI 2007 (n=213)



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

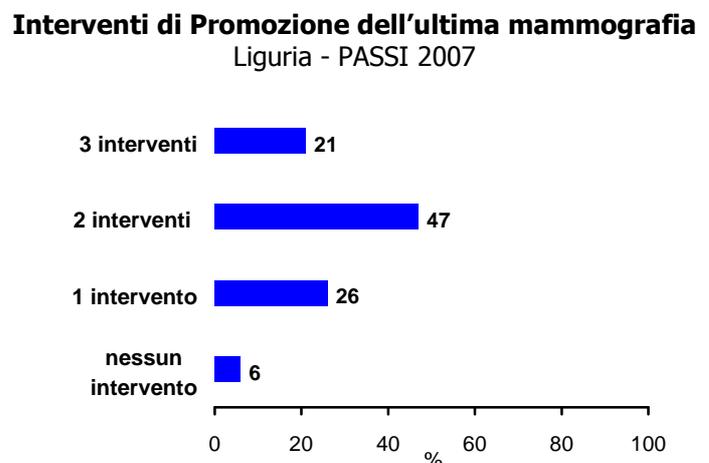
## Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Meno di una donna su due, fra le intervistate con 50 anni o più, ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una **lettera** di invito dall'ASL.
- il 75 % ha riferito di aver visto o sentito una **campagna informativa**.
- il 62% ha riferito di essere stata **consigliata da un operatore sanitario** a effettuare con periodicità la mammografia.



- La promozione della mammografia non è omogeneamente distribuita tra le varie ASL della Regione: si rilevano differenze statisticamente significative nell'aver ricevuto la **lettera** (range dal 28% della ASL Imperiese al 66% delle ASL Chiavarese e Spezzino) mentre non si rileva alcuna significatività nel **consiglio dell'operatore sanitario** (range dal 52% dell'ASL1 al 66% dell'ASL2) e nell'aver visto o sentito una **campagna informativa** (range dal 63% dell'ASL2 al 79% dell'ASL3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto una campagna informativa.

- Solo una donna su cinque riferisce di aver ricevuto i **tre interventi** di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 47% **due interventi** di promozione, il 26% **uno solo**.
- Il **6%** riferisce di non aver ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

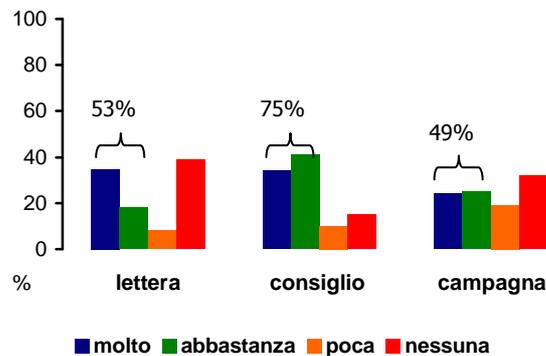


## Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

- In Liguria le donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia ritengono che aver ricevuto la **lettera** da parte della ASL abbia avuto un'influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia nel 53% dei casi (35% molta e 18% abbastanza); tuttavia nella restante metà dei casi si ritiene che la lettera abbia avuto poca (8%) o nessuna (39%) influenza sulla scelta
- tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza di questo intervento (range dal 46% dell'Asl 5 al 75% dell'Asl 1).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia

Liguria - PASSI 2007



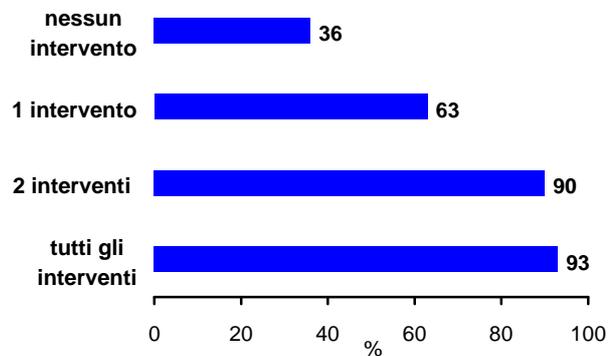
- Per quanto riguarda il **consiglio degli operatori sanitari**, il 75% delle donne che ha effettuato la mammografia ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame (34% molta e 41% abbastanza); tuttavia circa un quarto delle donne ritiene che tale consiglio abbia avuto poca (10%) o nessuna (15%) influenza sulla scelta; tra le 5 ASL della regione non emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva di questo intervento (range dal 69% dell'ASL3 al 94% dell'ASL1).
- Infine, l'aver visto o sentito una **campagna informativa** ha avuto una influenza positiva nel 49% delle donne (24% molta e 25% abbastanza), mentre nel restante 51% la campagna informativa ha avuto poca (19%) o nessuna (32%) influenza sulla scelta di eseguire la mammografia; tra le 5 ASL della regione emergono alcune differenze nella percezione dell'importanza della campagna informativa con un range dal 33% dell'ASL2 al 71% dell'ASL4.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ASL, dell'81% per il consiglio dell'operatore e del 67% per la campagna comunicativa.

## Quale efficacia hanno avuto gli interventi di promozione nell'effettuazione della Mammografia?

- In Liguria il 36% delle donne di 50-69 anni che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 63% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 90% con due interventi e al 93% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 29%, 54%, 73% e 81%.

**Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione**

Liguria - PASSI 2007

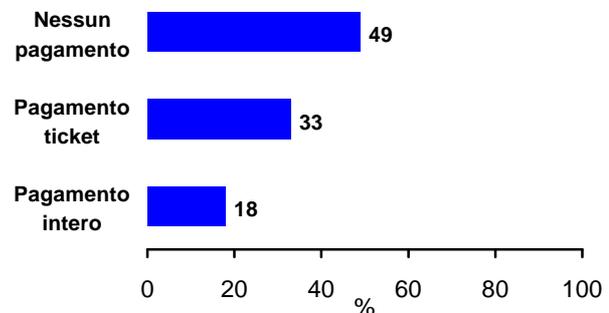


## Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

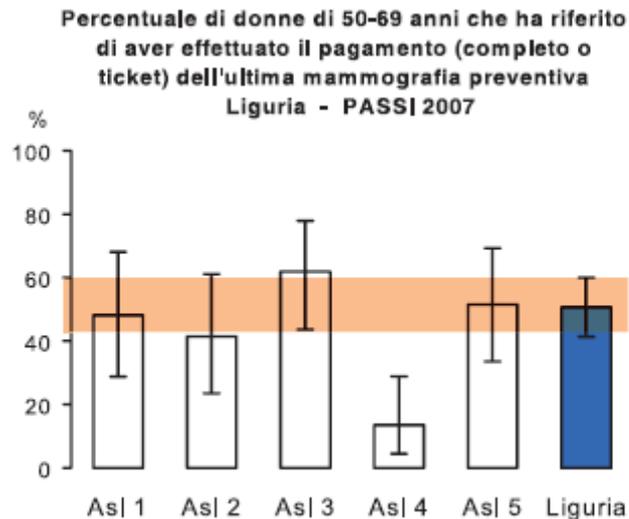
- In Liguria solo il 49% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 33% ha pagato il ticket e il 18% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dei diversi regimi in cui è stata effettuata la mammografia:
  - all'interno di programmi di screening (nessun pagamento);
  - fuori da programmi di screening (in strutture pubbliche o accreditate - pagamento ticket; per proprio conto in strutture o ambulatori privati - pagamento intero).
- Si può stimare che nella nostra regione la quota di donne che esegue la mammografia all'interno di programmi organizzati sia pari al 40%, mentre la percentuale di donne tra 50 e 69 anni che effettua l'esame con una adesione spontanea sia pari a circa il 42%.

**Costi della mammografia**

Liguria - PASSI 2007 (n=160)



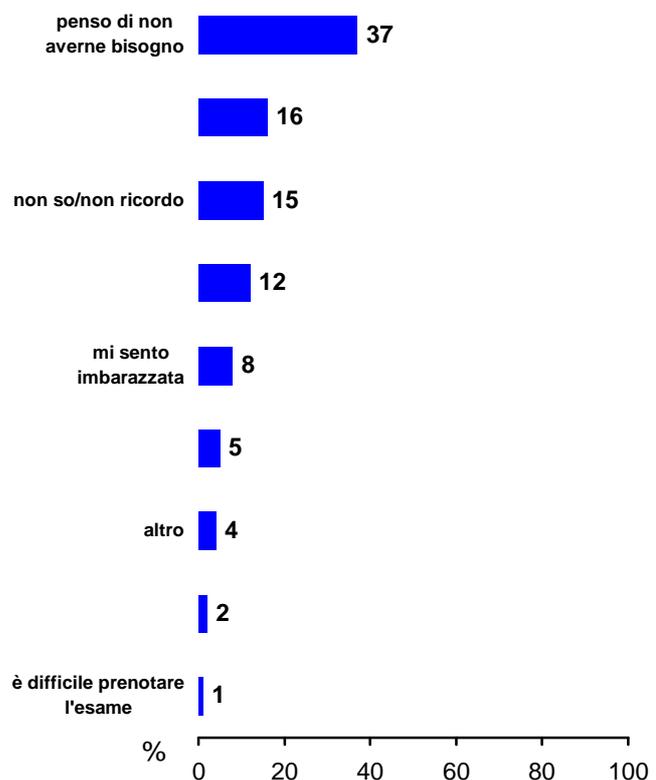
- Nelle 5 ASL della Regione si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato un costo per la mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private o convenzionate (range dal 13% dell'ASL Chiavarese al 62% dell'ASL Genovese).



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

- In Liguria l'11% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la mammografia e il 7% di averla effettuata da oltre i 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono molteplici e quella riferita più frequentemente (37% dei casi) è riconducibile alla mancata percezione del rischio ("penso di non averne bisogno"); in una quota non marginale di casi la donna non esegue l'esame per paura dei risultati (16%) o perché nessuno l'ha consigliata (12%).
- Il 15% delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo", anch'essa una risposta indicativa della bassa percezione dell'importanza di questa misura preventiva.

### Motivazione della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida Liguria - PASSI 2007 (n=47)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

In Liguria la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è piuttosto alta grazie all'azione combinata di due fattori: da un lato la presenza di un programma di screening organizzato dai servizi di sanità pubblica, attraverso lettere di invito o campagne di promozione della salute, dall'altro una tendenza delle donne ad eseguire la mammografia a seguito di consigli ricevuti da operatori sanitari di fiducia nel contesto di un'attività di counselling individuale. Risulta infatti che più di otto donne su dieci tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, e che di queste un po' più della metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno. Inoltre una donna su due ha sostenuto un costo e quindi evidentemente ha effettuato l'esame al di fuori del programma regionale di screening. Sembra quindi che ci sia una certa tendenza ad eseguire la mammografia ad intervalli più brevi di quelli raccomandati.

L'età media della prima mammografia, che è di 45 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni previsti dall'attuale campagna di screening. Tenuto conto dell'evoluzione delle linee guida internazionali, ed in particolare delle raccomandazioni del GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), formulate nella Conferenza di consenso 2007, è possibile che nel prossimo futuro possa essere anticipata l'età del primo invito nell'ambito della campagna di screening.

In questa prospettiva le domande di questa sezione vengono già rivolte alle donne a partire dai 40 anni, anche se l'analisi è stata limitata all'attuale target della campagna di screening.

# 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, essendo responsabili dell'11-12% dei decessi per tumore. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colo-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 20.000.

In Liguria il Registro Tumori copre la sola provincia di Genova ma dai dati AIRTUM è possibile stimare, per l'anno 2009, per l'intera regione, un'incidenza di 1346 nuovi casi corrispondente a tassi grezzi d'incidenza specifici per sesso pari a 104,06/100.000 maschi e 82,68/100.000 femmine. Standardizzando per età rispetto alla popolazione italiana, questi tassi diventano, rispettivamente, 73,10 e 57,02.

Sempre in base ai dati AIRTUM è possibile stimare i decessi attesi nella regione per il 2009, che risultano pari a 328 maschi e 204 femmine, corrispondenti a tassi grezzi di mortalità di 46,86/100.000 e 27,33/100.000 e a tassi standardizzati rispetto alla popolazione italiana pari a 32,05 e 18,39.

La prevalenza stimata per il 2009, rappresentativa del carico assistenziale, è di 8701 casi (4422 maschi e 4279 femmine).

La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi nella provincia di Genova è del 51% nei maschi e 56% nelle femmine.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del Sangue Occulto nelle Feci (SOF) nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Attraverso l'effettuazione di questo test, seguita nei casi positivi da effettuazione di una colonscopia, è possibile diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

In Liguria il programma di screening del tumore colo-rettale non è ancora stato avviato in maniera sistematica da parte delle ASL.

Nel biennio 2006-2008 si è svolta una sperimentazione nella ASL Genovese (promossa e condotta dall'IST) che prevedeva la scelta del test di screening da parte dell'utente (ricerca biennale SOF nella fascia d'età 50-69 anni; oppure rettosigmoidoscopia o colonscopia totale ogni 10 anni a partire dai 55 anni).

Nel 2007 è stato istituito il gruppo regionale per l'attuazione dello screening mediante ricerca di SOF biennale. La popolazione bersaglio è costituita da 440.000 soggetti. L'obiettivo generale per il 2008 è stato individuato nell'attivazione del programma di screening mediante SOF biennale nelle 5 ASL (nella ASL3 Genovese, nella quale si trova circa la metà della popolazione bersaglio, è stata prevista l'attuazione in un solo distretto).

I risultati che seguono, come per le altre sezioni relative agli screening, sono riferiti all'intera regione Liguria e al solo anno 2007.

Le ragioni per presentare questo livello di dettaglio risiedono nella limitata numerosità campionaria del sottogruppo persone che costituiscono il target dello screening dei tumori del colo-retto (persone tra 50 e 69 anni), nella possibilità di avere stime più affidabili e nella complessiva concordanza dei risultati aziendali con quelli regionali.

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

- In Liguria il **18%** 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).
- Circa il **9%** riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato. Si osserva una differenza statisticamente significativa per sesso, confermata anche da un'analisi multivariata, mentre non si osservano differenze significative sul piano statistico per età, livello d'istruzione e difficoltà economiche.
- Circa il **10%** riferisce di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata indica una maggior frequenza di effettuazione della colonscopia nella classe 60-69 anni.

### Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni)

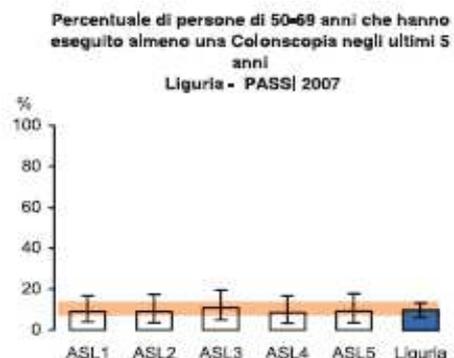
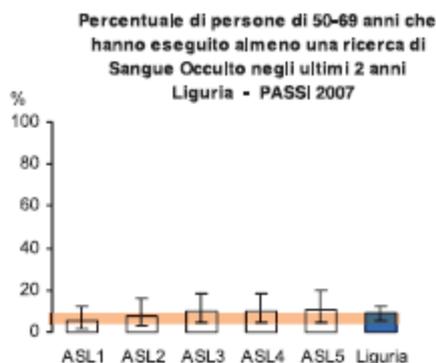
Liguria - PASSI 2007 (n=412)

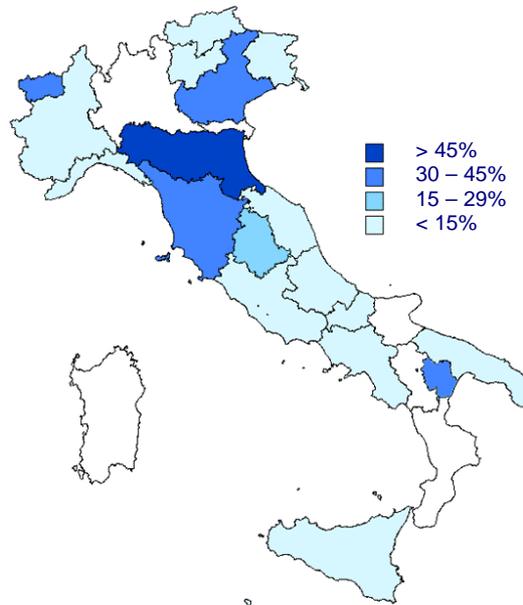
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
<b>Totale</b>	<b>8.8</b> (IC95% 5.5-12.1)	<b>9.7</b> (IC95% 6.2-13.3)
<b>Età</b>		
50 - 59	6.9	6.5**
60 - 69	10.5	12.6
<b>Sesso</b>		
uomini	12.3	11.9
donne	5.6*	7.8
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	7.7	10.4
media inferiore	7.6	9.9
media superiore	10.6	11.7
laurea	9.3	3.4
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	2.9	8.7
qualche	7.4	13.5
nessuna	10.7	8.0

\* si osserva una differenza statisticamente significativa: OR 0.43; p 0.027

\*\* si osserva una differenza statisticamente significativa: OR 0.46; p 0.0375

- Nelle 5 ASL della Regione, tutte con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni o la colonscopia negli ultimi 5 anni non mostra differenze statisticamente significative.



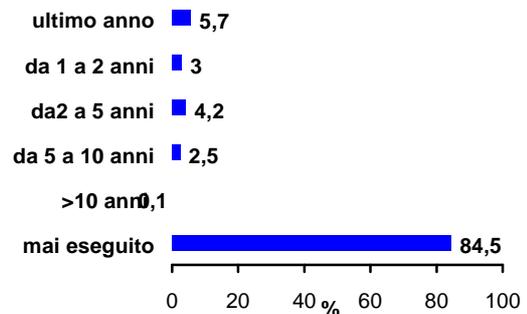


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

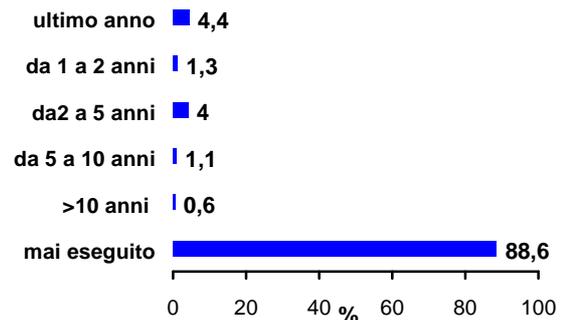
- Rispetto alla **ricerca di sangue occulto** nella nostra Regione la maggior parte delle persone non ha mai eseguito una ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo.

Sangue occulto e periodicità  
Liguria - PASSI 2007 (n=408)



- Rispetto alla **colonscopia** in Liguria 9 persone su dieci (88,6%) non hanno mai eseguito a scopo preventivo una colonscopia.

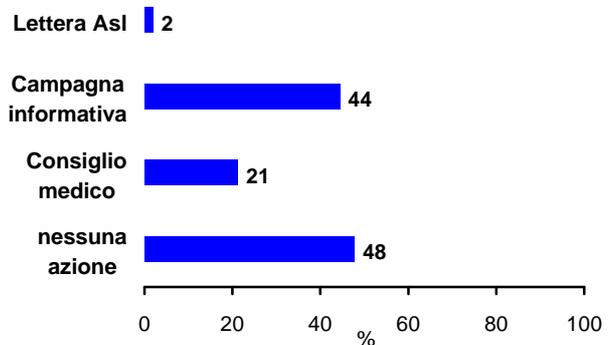
Colonscopia e periodicità  
Liguria - PASSI 2007 (n=409)



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

- Nella nostra Regione solo il 2% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.
- il 21% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
- il 44% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.
- Quasi la metà degli intervistati tra 50 e 69 anni (48%) ha riferito di non aver ricevuto alcun intervento di promozione.

Promozione dello screening coloretale  
Liguria- PASSI 2007

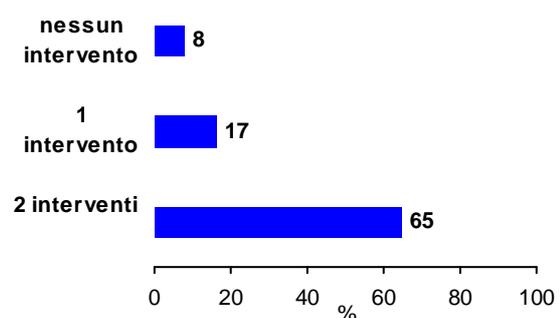


- Per quanto si abbia ancora una numerosità limitata in questo primo anno di sorveglianza, si evidenzia che nel confronto fra le Asl liguri, nella Asl 3 il 4% delle persone dichiara di aver ricevuto la lettera (percentuale maggiore rispetto alle altre che vanno dallo 0% all'1,2%): questo può essere ricollegato alla sperimentazione citata in introduzione e svoltasi negli anni 2005-2007.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

## Quale efficacia hanno gli interventi di promozione nell'effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- In Liguria l'8% delle persone di 50-69 anni, pur non avendo ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 17% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio e campagna), e al 65% con due interventi; una casistica troppo limitata non ci consente di effettuare una valutazione sull'efficacia di tutti e tre gli interventi.
- Tra le Asl partecipanti le percentuali sono rispettivamente del 5%, 29%, 63% e 76%.

Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida  
Liguria - PASSI 2007

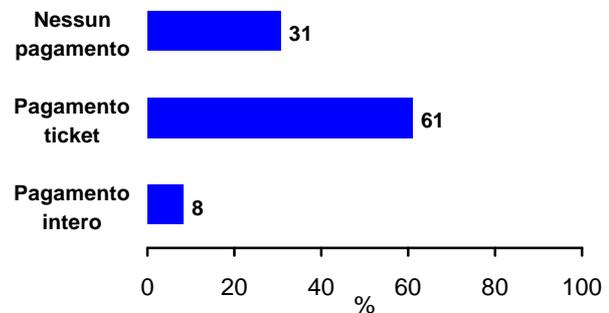


## Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Liguria solo il 31% delle persone che hanno eseguito il test per la ricerca di sangue occulto fecale negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; più della metà degli intervistati ha pagato il ticket e l'8% ha pagato l'intero costo dell'esame.

### Costi della ricerca di sangue occulto

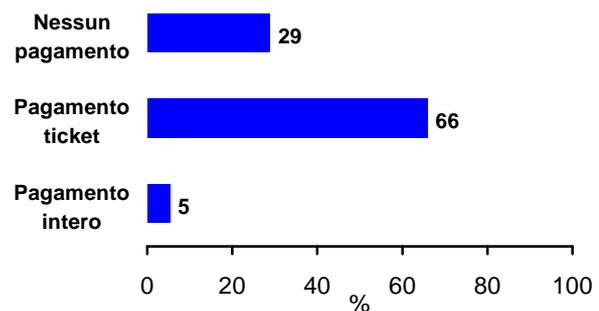
Liguria - PASSI 2007 (n=34)



- Ugualmente, tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni, solo il 29% non ha effettuato alcun pagamento, il 66% ha pagato il ticket ed il 5% ha pagato per intero il costo dell'esame.

### Costi della colonscopia

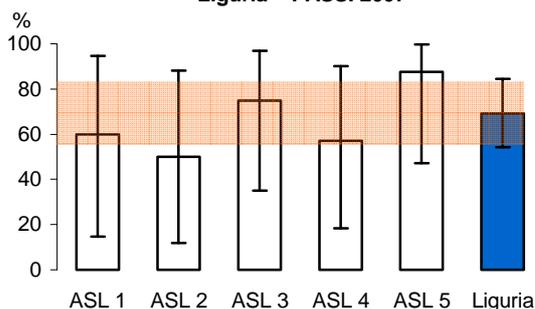
Liguria - PASSI 2007 (n=36)



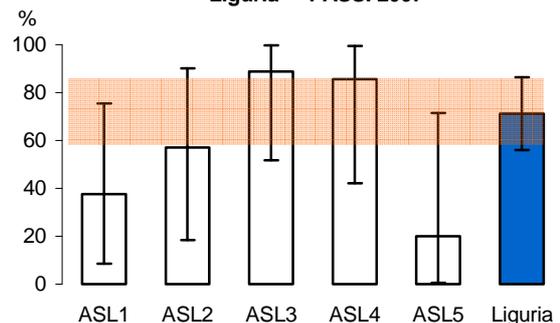
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami prevalentemente in strutture pubbliche o accreditate, al di fuori di programmi di screening.

- Nelle 5 ASL della Regione non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo (cioè che hanno fatto il test per conto proprio fuori dal programma di screening) per la ricerca di sangue occulto o per la colonscopia tuttavia a causa dell'esiguità numerica della sottopopolazione considerata le differenze tra le ASL vanno interpretate con estrema prudenza.

Percentuale di persone di 50-69 anni che hanno eseguito una ricerca di sangue occulto e hanno pagato il ticket o il costo completo  
Liguria - PASSI 2007



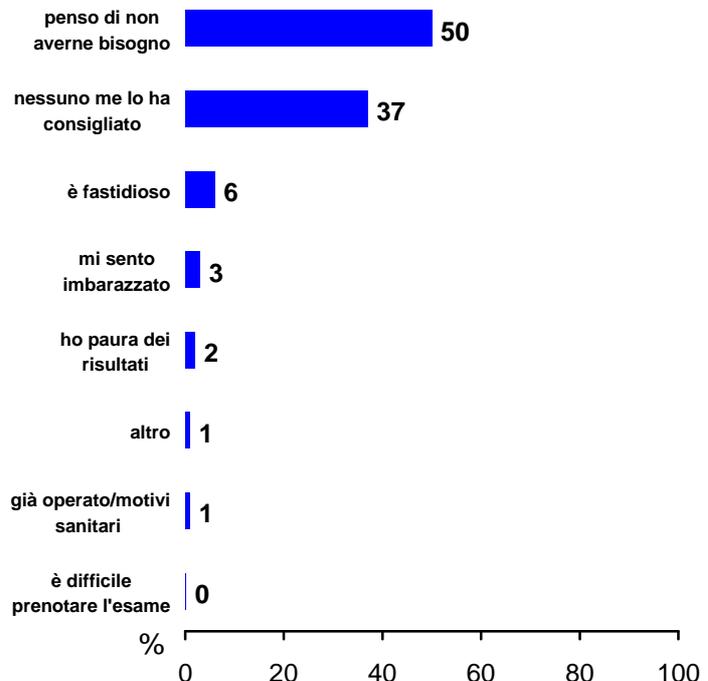
Percentuale di persone di 50-69 anni che hanno eseguito una colonscopia e hanno pagato il ticket o il costo completo  
Liguria - PASSI 2007



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

- In Liguria, come già detto, l'82% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato la ricerca di sangue occulto o la colonscopia in accordo con i tempi indicati dalle linee guida. Considerando anche coloro che hanno effettuato esami a scopo preventivo al di là dei tempi raccomandati dalle linee guida, la percentuale di chi non ha mai effettuato alcun esame si riduce al 73%
- Le motivazioni della mancata effettuazione di questi esami sono molteplici: più frequentemente (50% dei casi) la persona pensa di non averne bisogno; altrettanto frequentemente (37%) nessuno l'ha consigliata di eseguirli.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida  
Liguria - PASSI 2007 (n=290)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, in Liguria risulta che solo una piccola percentuale di persone vi si sia sottoposta a scopo preventivo.

Come già detto nella parte introduttiva, la programmazione effettuata nel 2007 prevedeva il concreto avvio della campagna di screening nel corso dell'anno successivo: i risultati potranno quindi essere valutati solo con i dati della sorveglianza PASSI relativi ai prossimi anni.

## APPENDICE 1. Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal portale dedicato agli operatori della sorveglianza PASSI ([www.passidati.it](http://www.passidati.it)):

- Tasso di risposta
- Tasso di sostituzione
- Tasso di rifiuto
- Tasso di non reperibilità
- Tasso di eleggibilità "e"
- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità
- Modalità di reperimento del numero telefonico
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Liguria e le singole ASL relativamente al solo 2007:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
Asl 1 Imperiese	84,5	15,5	12,7	2,8	96,1
Asl 2 Savonese	83,1	16,9	8,7	8,2	95,5
Asl 3 Genovese	70,8	29,2	20,4	8,8	94,9
Asl 4 Chiavarese	87,2	12,8	10,2	2,6	94,2
Asl 5 Spezzino	90,9	9,1	5,9	3,2	93,4
Regione Liguria	83	17	12	5	95

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, si riportano alcune definizioni importanti e le descrizioni degli indicatori utilizzati:

- Popolazione indagata: persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- Eleggibilità: si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.

- Senza telefono rintracciabile: le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
  - Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).
- Tasso di risposta

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RR1 = \frac{n \text{ interviste}}{(n \text{ interviste} + \text{rifiuti} - \text{non reperibili})} * 100$$

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

- Tasso di sostituzione

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili, così indicato:

$$RS1 = \frac{\text{non rep.} + \text{rifiuti}}{(n \text{ int.} + \text{rifiuti} - \text{non rep.})} * 100$$

Pur avendo i sostituiti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

- Tasso di rifiuto

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili:

$$REF1 = \frac{n \text{ rifiuti}}{(n \text{ interviste} - \text{rifiuti} + \text{non reperibili})} * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere),
- il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali regioni, ASL, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- Tasso di non reperibilità

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili:

$$\frac{\text{non reperibili}}{\text{n° int. - rifiuti - non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- Tasso di eleggibilità "e"

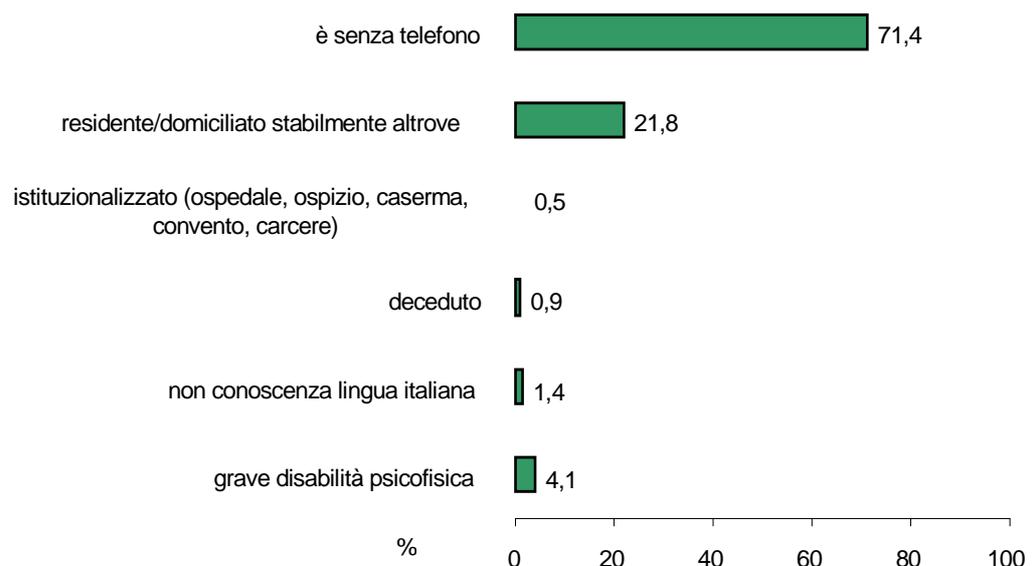
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

$$\frac{\text{n° int. - rif.}}{\text{int. int. - rif. - resid. altrove + istituz. - dec. - no italiano + disabili - fuori dal range di età}} * 100$$

- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

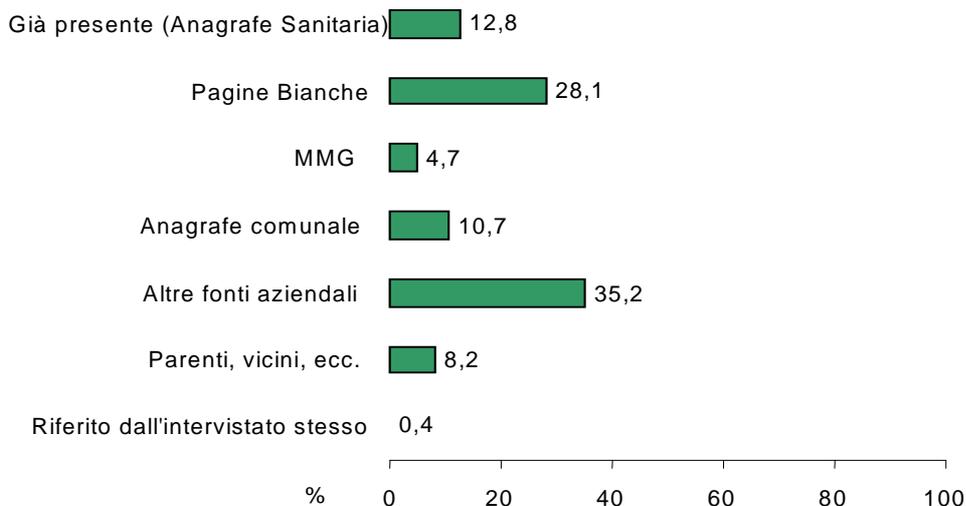
E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", cioè che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.



- Modalità di reperimento del numero telefonico

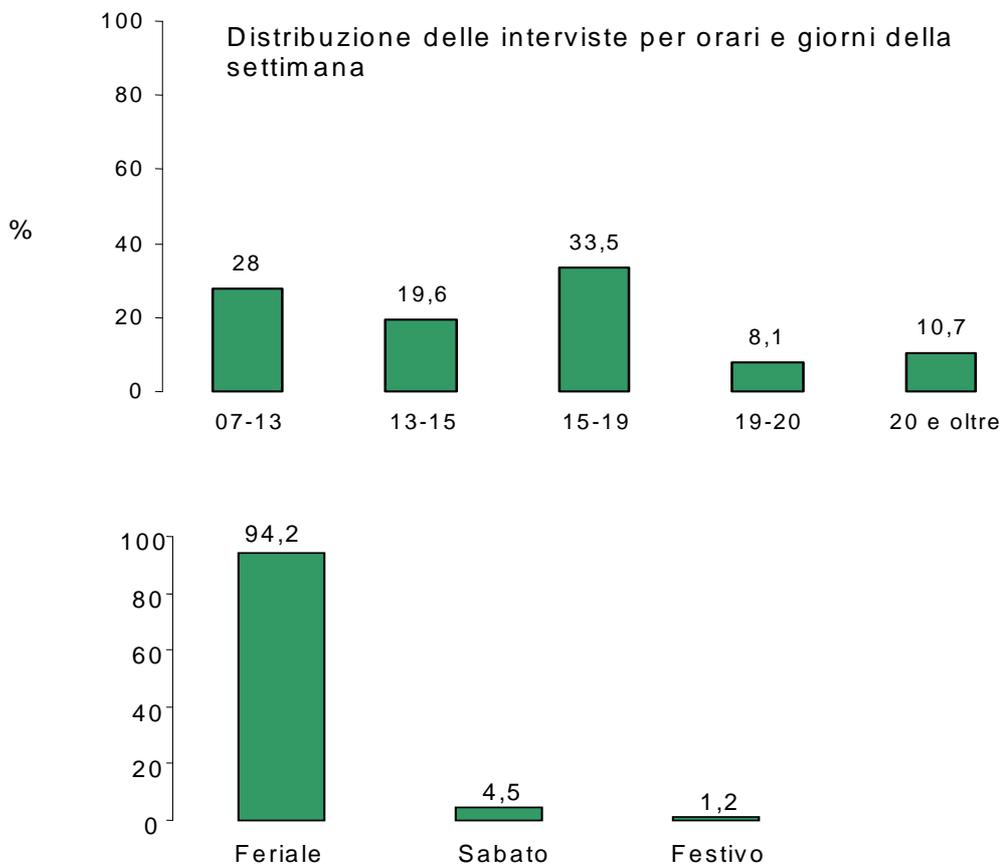
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore

può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.



## APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

Il sistema di sorveglianza nasce soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle ASL, quindi è stato effettuato un campionamento a rappresentatività aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) direttamente effettuato sulle liste delle anagrafe sanitarie delle ASL.

Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale a quella complessiva della regione di appartenenza, è importante ottenere delle stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASL, così come a livello complessivo è stato fatto per l'intero "pool PASSI".

L'analisi dei dati a livello regionale richiede perciò meccanismi complessi di controllo e pesatura dei dati. La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale, e la procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito.

In considerazione del fatto che la sorveglianza PASSI ha utilizzato un campionamento proporzionale, i pesi sono stati dipendenti, quindi calcolati uno per ogni singolo strato, perciò ogni ASL avrà sei valori di peso.

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di ASL "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Sono stati calcolati due diversi pesi, uno che riporta i dati all'universo di riferimento ("Peso 1") e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria ("Peso 2").

Il "Peso\_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione  ${}_i P_k$  (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2006) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte  ${}_i \hat{p}_k$  in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{p}_k}$$

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop\_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{pop\_strato}_k\text{-Reg}}$$

e

$${}_i \hat{p}_k = \frac{\text{numero\_int\_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero\_int\_strato}_k\text{-Reg}}$$

Il "Peso2" è l'inverso della frazione campionaria, dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente :

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop\_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero\_int\_strato}_k\text{-ASL}_i}$$

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2007 in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali screening con Pap test (25-64 anni), vaccinazione influenzale (18-64 anni) e carta del rischio cardiovascolare (40-69 anni), sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2007 sono il risultato di un'aggregazione di tutte le Aziende Sanitarie Locali partecipanti alla sorveglianza PASSI (che hanno raggiunto un livello minimo di rappresentatività), utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale.

# 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.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_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. Atalanta: 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 Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS - Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 - 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
24. Gruppo Profea/CNESPS - Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 - 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
27. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancacchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC - Rai-Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;3:1-2.
32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI. 2007;3:3-4. Rapporti ISTISAN 07/30
33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7-8.
34. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
35. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
36. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR-13).
38. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari - Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007
39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE - Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) - Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083-93. strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79-85.
43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235-9.
44. 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.

45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp\\_introduzione.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
46. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_556\\_allegato.pdf](http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
47. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane - anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.
48. AIRT Working Group. I tumori in Italia - Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. Epidemiologia & Prevenzione 2006(30) suppl. 2.
49. 12. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano\\_prev\\_attiva2004\\_2006.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional); ultima consultazione: 30/08/2007.
53. 16. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore della mammella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
54. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional); ultima consultazione: 30/08/2007.
55. Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services - Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
56. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 42-57
57. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p 28-41.
58. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 58-71.
59. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh-Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" - Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. BEN-Notiziario ISS 2005;18 (11):i-ii.
60. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. Am J Prev Med 2002; 22 (4S):73-107.
61. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S):97-72.
62. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/costs among Medicare recipients. Obesity Research 2005 13, 1450-7.
63. Fifty-Seventh World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
64. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-6.

65. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793
66. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
67. Unione Europea. *Public Health Programme 2003-2008*. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
68. 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.
69. 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.
70. Fateh-Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN *Notiziario ISS* 2006;19(9); v-vi.
71. Cancer Research UK. *News and Resources: Diet and cancer: the evidence*. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention*. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv\\_fv.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
73. World Health Organization. *Prevenire le malattie croniche un investimento vitale*. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/Overview\\_Italian.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
74. Istituto Nazionale di Statistica. *Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000* Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003* Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. *Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003*; Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. *Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases* Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. *Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005;54:RR-10.
79. Jain A. *What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions*. London: BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. *The Food Guide Pyramid*. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). *Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003*. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. *The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk* Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit-vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. *J Nutr* 135:2486-95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health* 2001;56 Suppl:59-68.

86. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine* 2002;4(1):5-7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De Iuventute", Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519-30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati- *Alcologia* 2002;14 (2-3):109-17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000-2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/ofad/cont/SINTESI%20Report\\_Alcol\\_Ue\\_2006\\_it.1153401953.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/SINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20060420\\_00/testointegrale.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:94-100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947-9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). L'epidemia del fumo in Italia. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco-Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health-Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1-11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, ZuccaroP. I giovani e il fumo. Indagine Doxa 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.

107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna\\_effetti\\_fumo\\_passivo.pdf](http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh-Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio "PASSI". Insetto BEN 2006;19(1):i-ii. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
109. Taggi F. et al "Sicurezza stradale: verso il 2010" in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>; ultima consultazione: 30/08/2007.
110. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003-2004). Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013\\_00/Incidenti\\_stradali\\_0304\\_ed\\_provvisoria.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
111. Taggi F. (Ed.). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis - Il rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20Il%20\(1-18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20Il%20(1-18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
112. World Health Organization. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
113. Task Force on Community Preventive Services. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. (Traduzione italiana). Epidemiologia e Prevenzione 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
114. World Health Organization. A 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva:WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final\\_strat\\_en.pdf](http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003-2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iascone P, Maturano P. Il Sistema "Ulisse" per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000-2005) Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007).
118. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386-92.
119. World Health Organization. World health report 2004 statistical annex. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl 8):12-6.psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry 2005;62:903-10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2005,14(Suppl. al n. 4):1-100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year-prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. Psychother Psychosom 2004, 73, 226-34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. Psychother Psychosom 2006, 75, 170-6.

125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99-105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859-63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749-56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030-2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55-67.
132. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375-83.
133. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145-56.
134. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol*. 1992;135:1411-22.
135. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-92.
136. Kroenke K. Comunicazione personale.
137. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277-82.
138. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831-7.
139. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281-8.
140. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007.
141. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778-84.
142. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low-intermediate and high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769-76.
143. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta-analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518-27.
144. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655-63.
145. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
146. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.
147. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006-2007.
148. Fateh-Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS*. 19(9):i-ii.
149. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003-2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894-1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
150. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600-8.
151. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284-6.

153. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine-induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80-5.
154. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh-Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(4):vii-viii.
155. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/promozione/inc\\_domestici/sezDomestici.jsp?label=id\\_dat](http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat); ultima consultazione 30/08/2007.
156. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. Roma: ISTAT; 2005. p. 66-88.
157. Taggi F. (Ed.) La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l\\_046/l\\_04619990220it00010005.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf) (l'ultimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_345\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc); ultima consultazione: 30/08/2007.
163. Carrozzini G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii-iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
164. Centers for Disease Control and Prevention. Health Related Quality of Life. HRQOL. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>; ultima consultazione: 28/01/2007.
165. CDC. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
166. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665-72.
167. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111-35.
168. Ounpuu S, Kreuger P, Vermeulen M, Chambers L. Using the U.S. Behavior Risk Factor Surveillance System health-related quality of life survey tool in a Canadian city. *Can J Public Health* 2000;91:67-72.
169. Schechter S, Beatty P, Willis GB. Asking survey respondents about health status: judgement and response issues. In: Schwarz N, Park DC, Knäuper B, Sudman S (Ed.). *Cognition, aging, and self-reports*. Philadelphia, Pennsylvania: Psychology Press, 1998.
170. Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema di indagini sociali multiscopo. *Famiglia e società. Metodi e norme* 2006;31. CDC. State differences in reported healthy days among adults-United States, 1993-1996. *MMWR* 1998;47:239-43. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. *Am J Public Health* (in press).
171. Scafato E, Ghirini S, Russo R. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001). Roma: ISS, Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD; 2004.