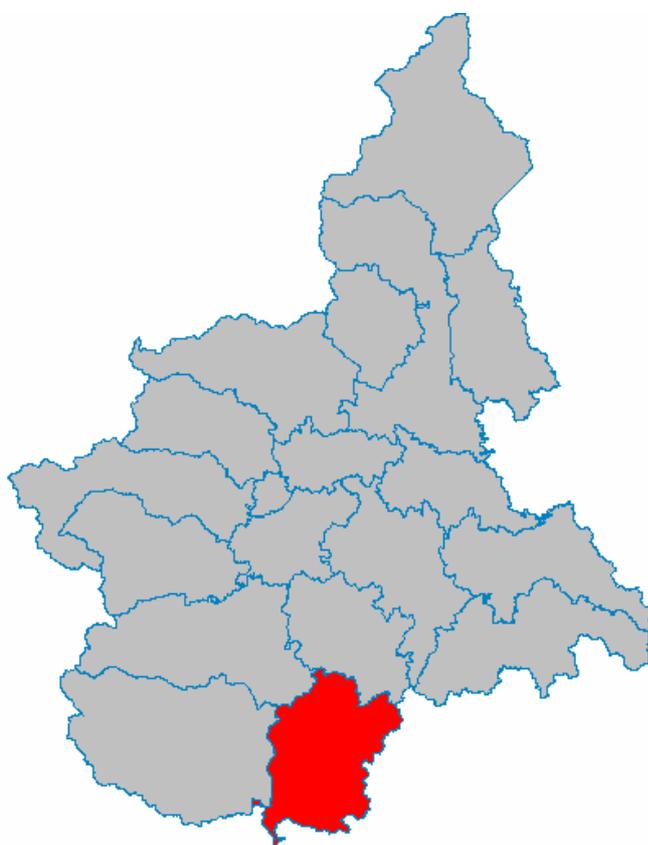


# Sistema di sorveglianza Passi

## Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008



ASL CN1 territorio ex ASL 16



A cura di:

Maria Teresa Puglisi – coordinatrice PASSI territorio ex ASL 16

#### **Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:**

##### **- a livello nazionale:**

Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Gabriele Fontana, Valentina Minardi, Giada Minelli, Alberto Perra, Valentina Possenti, Stefania Salmaso (CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma); Nicoletta Bertozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Cesena); Stefano Campostrini (Dipartimento di Statistica - Università degli studi Ca' Foscari, Venezia); Giuliano Carrozzini (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); 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 Zadigroma, Roma).

##### **- a livello regionale:**

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

##### **- a livello aziendale:**

Intervistatrici: Adami Wilma;Rosso Carla;Sappa Cristina;Strazzarino Enrica  
Collaboratori amministrativi : Botto Marilena;Sclavo Elena

***Si ringraziano il Direttore Generale il Direttore Sanitario il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL CN1; i Medici di Medicina Generale territorio ex ASL 16 per la collaborazione fornita.***

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

# INDICE

Premessa	pag. 4
Sintesi del rapporto aziendale	pag. 5
Obiettivi	pag. 7
Metodi	pag. 10
Descrizione del campione aziendale	pag. 12
Percezione dello stato di salute	pag. 16
Attività fisica	pag. 18
Abitudine al fumo	pag. 22
Situazione nutrizionale	pag. 28
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag. 34
Consumo di alcol	pag. 36
Sicurezza stradale	pag. 41
Infortuni domestici	pag. 44
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 49
Vaccinazione antirosolia	pag. 51
Rischio cardiovascolare	pag. 54
Sintomi di depressione	pag. 65
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag. 68
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag. 80
Bibliografia	pag. 86

## PREMESSA

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

Cosa si può fare in un quadro di cifre che sembrano destinate ad aumentare ineluttabilmente con il tempo? E soprattutto paradossalmente legate in modo direttamente proporzionale al miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria? Continuare ad investire solo in assistenza non è sostenibile e certamente una parte dell'attenzione va focalizzata, in modo non rimandabile, sulla prevenzione. Circa il 60% dell'onere della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette fattori principali, quali: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

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

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

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

Con questo strumento, le iniziative, su temi di interesse nazionale, possono essere monitorate e il loro grado di "penetrazione" (conoscenza, atteggiamento e pratica) confrontato. Si tratta di un sistema di sorveglianza che favorisce inoltre la crescita professionale del personale sanitario e consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, aggiustando il tiro per una migliore sinergia con le altre realtà del Paese.

# Sintesi del rapporto aziendale

---

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

**Descrizione del campione aziendale:** nella ex ASL 16 è stato intervistato un campione casuale di 226 persone, selezionato dalla lista della Anagrafe Sanitaria. Il 50,4% degli intervistati è rappresentato da uomini e il 49,6% da donne. L'età media è di 44 anni. La metà ha un livello di istruzione alto e un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 78% delle persone intervistate ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute; il dato è significativamente maggiore rispetto al dato regionale. Solo il 22,2% dei soggetti riferisce di essere in condizioni di salute discrete.

**Attività fisica:** è completamente sedentario il 16% del campione e il 46% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta e la consigliano solo ad un terzo dei propri pazienti.

**Abitudine al fumo:** il 29,2% si dichiara fumatore e il 18,6% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori (95,2%) hanno smesso di fumare da soli e appena il 2,4% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 90% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 26,6% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (10,3%) o in "alcune zone" (16,4%).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** Il 28% del campione aziendale è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 22% dei casi con dieta mentre nel 77% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 5,3% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni e negli uomini

**Consumo di alcol:** il 66% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 17% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 6,7% beve fuori pasto, il 9,4% è bevitore "binge" e il 5,4% è forte bevitore). Per quanto riguarda i bevitori gli operatori sanitari si informano in 3 casi su 10 sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in 2 casi su 10, con valori superiori ai valori regionali, ma ancora non soddisfacenti.

**Sicurezza stradale:** l'uso dei dispositivi di sicurezza è abbastanza soddisfacente: l'87,4% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore; la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata dal 36,9% degli intervistati, con un valore significativamente maggiore rispetto al dato regionale. Il 17,6% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 16% 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 nell'ex ASL 16 è scarsa: il 94,2% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Meno di un terzo degli intervistati (23,2%) ha ricevuto, principalmente da mass media ed opuscoli, informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Tra i soggetti informati, il 23,7% ha messo in atto misure per rendere sicura la propria casa.

**Vaccinazione antinfluenzale:** solo il 9,2% degli intervistati tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno.

**Vaccinazione antirosolia:** poco meno della metà delle donne tra 18 e 49 anni ( 45,5% ) è immune alla rosolia, ma 5 donne su 10 non conoscono il proprio stato immunitario, facendo ritenere che il numero di donne suscettibili sia ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita

**Rischio cardiovascolare:** si stima che il 2,7% della popolazione dell' ex ASL 16 tra i 18 e i 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa. Tra coloro che l' hanno misurata ( il 94%, valore con evidente differenza rispetto ai limiti regionali ), un quinto riferisce di essere iperteso e il 70,2% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.

Una persona su cinque dichiara di non aver mai controllato il colesterolo. Tra coloro che hanno fatto l' esame , circa un quarto ( 26% ) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi ultimi, l' 11,1 % dichiara di essere in trattamento farmacologico.

Il 9,2% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare attraverso l' uso del " punteggio " o della " carta del rischio "

**Sintomi di depressione:** nell' ex ASL 16 il 3,6% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l' intervista. Le donne, le persone con molte difficoltà economiche, con livello di istruzione bassa e affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. La totalità di coloro che riferiscono sintomi di depressione si è rivolta ad un medico o un operatore sanitario.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** l' 81% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test negli ultimi 3 anni, ma l' 8% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita

Oltre al fatto di essere già stata operata o per altri motivi sanitari, la principale motivazione per non effettuare il test nei tempi previsti dal programma di screening è il ritenere di " non averne bisogno "

**Screening neoplasia della mammella:** il 77,8% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma anche in questo caso l' 11% non ne ha mai fatta una nel corso della sua vita e la principale motivazione consiste nel ritenere di " non avere bisogno " di questo intervento di prevenzione secondaria.

**Screening tumore del colon retto:** il 15,6% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

# Obiettivi

---

## Obiettivo generale

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

## Obiettivi specifici

### 1. Aspetti socio-demografici

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

### 2. Salute e qualità di vita percepita

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

### 3. Attività fisica

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

### 4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi;
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro;
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici.

### 5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

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

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;

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

## 7. Consumo di alcol

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

## 8. Sicurezza stradale

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

## 9. Infortuni domestici

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

## 10. Vaccinazione antinfluenzale

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

## 11. Vaccinazione antirosolia

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

## 12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

## 13. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (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 nella attività
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quali.

# Metodi

---

## **Tipo di studio**

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

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

## **Popolazione di studio**

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell' ex ASL16 aggiornata al 31.12.2006 (complessivamente 56.878 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## **Strategie di campionamento**

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste della anagrafe sanitaria della ex ASL 16. La dimensione minima del campione mensile prevista è di 25 unità.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, sono state effettuate 226 interviste. I dati regionali riguardano quindi la totalità delle ASL del territorio piemontese. Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

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

## **Interviste**

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

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

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; 1 intervistatrice su 4 ha utilizzato 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 (passi-dati).

## **Analisi delle informazioni**

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle della ex ASL16 introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

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

## **Etica e privacy**

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

# Descrizione del campione aziendale

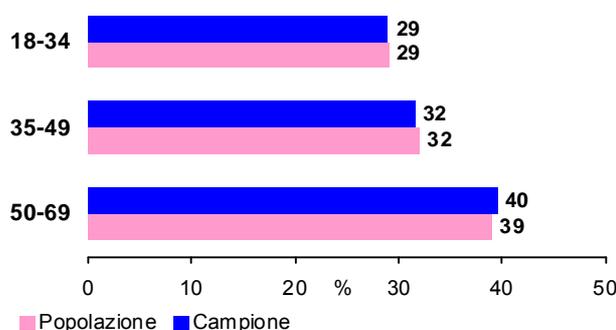
La popolazione in studio è costituita da 56.878 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ex ASL16. Sono state intervistate 226 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, circa il 90% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 25 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione<sup>1</sup> è stato del 10,7%; il tasso di risposta<sup>2</sup> è stato dell'89,3% e quello di rifiuto<sup>3</sup> del 6% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

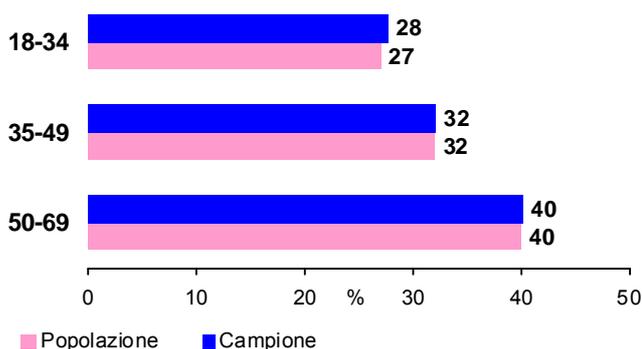
### L'età e il sesso

- Nella ex ASL 16 il 50,4% del campione intervistato (226 persone) è costituito da uomini e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 28,3% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 31,9% in quella 35-49 e il 39,8% in quella 50-69.
- Il confronto con la popolazione ISTAT 2006 indica una buona rappresentatività per classe di età del campione selezionato.

**Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini(%)**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=114)



**Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne (%)**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=112)



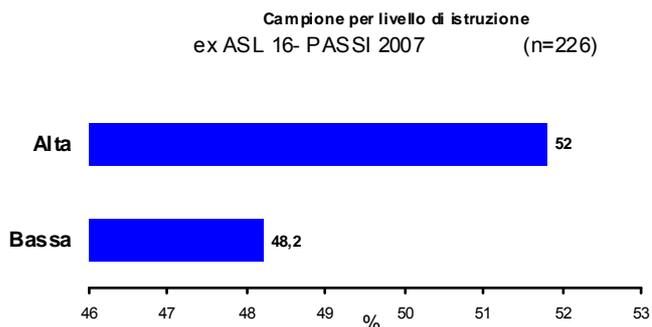
<sup>1</sup> Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

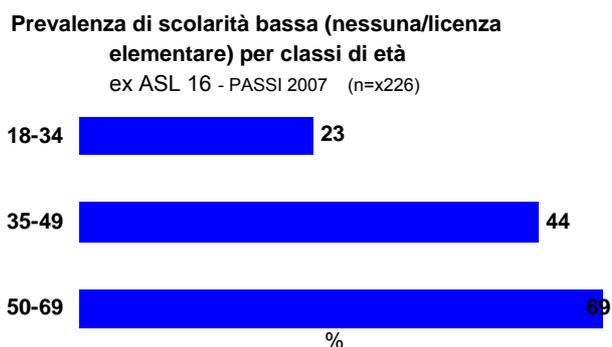
<sup>3</sup> Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

## Il titolo di studio

- Nella ex ASL 16 il 48,2% del campione ha livello di istruzione basso (nessun titolo o licenza elementare), il 52 % alto (licenza media inferiore/superiore/laurea). Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica.

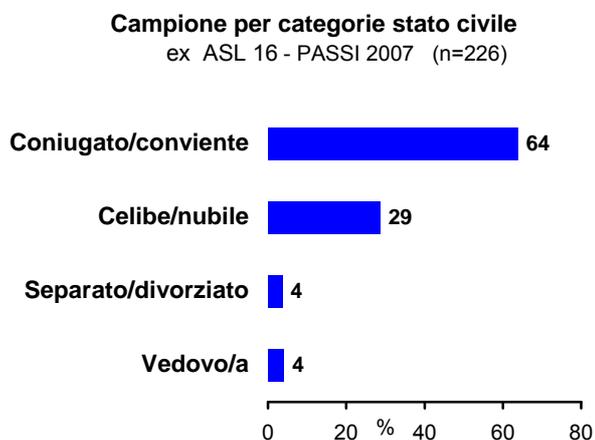


- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzioni più bassi rispetto ai più giovani. Pertanto i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell' effetto confondente dell' età mediante apposite analisi statistiche.



## Lo stato civile

- Nella ex ASL 16 i coniugati/conviventi rappresentano il 63,8% del campione, i celibi/nubili il 28,6%, i separati/divorziati il 3,6% ed i vedovi/e il 4%.

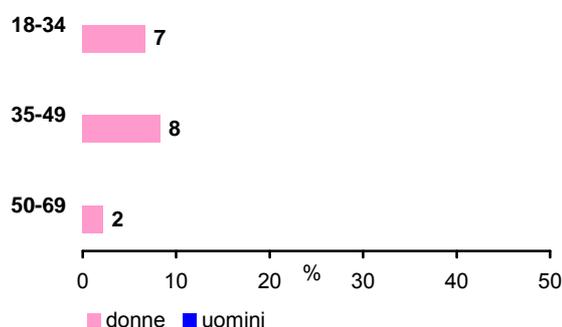


## Cittadinanza

- Nella ex ASL 16 il 97,3% del campione intervistato è italiano, il 2,7% straniero, tutte di sesso femminile. Le straniere sono più rappresentate nelle classi di età più giovani, ad esempio solo l' 1,1% dei 50-69 anni sono straniere.

Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

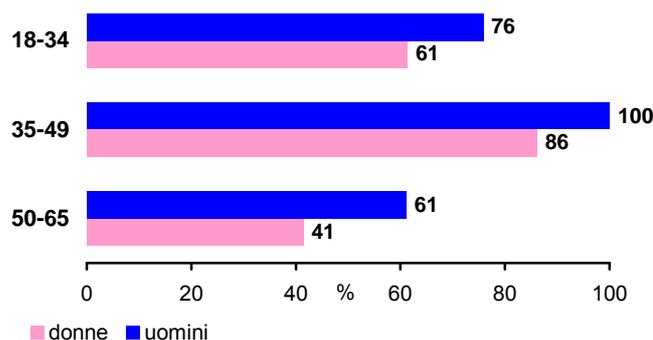
Stranieri per sesso e classi di età (%)  
ex ASL 16 - PASSI 2007



## Il lavoro

- Nella ex ASL 16 il 72,1% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne regolarmente occupate risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (64,6% contro 79%). Gli intervistati più giovani e ultra 50enni che riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità sono soprattutto uomini e la differenza è statisticamente significativa

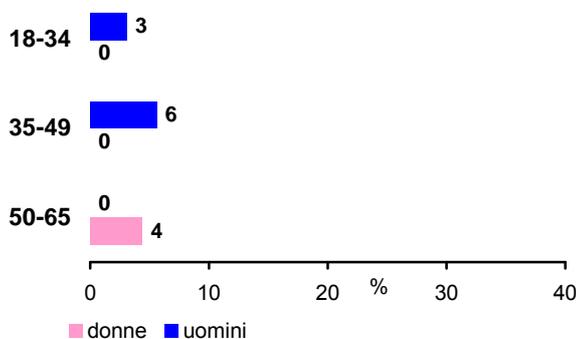
% di lavoratori regolari  
per sesso e classi di età  
ex ASL 16 - PASSI 2007



## Difficoltà economiche

- Nella ex ASL 16 il 2,2% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 26,3% qualche difficoltà, il 71,4% nessuna.
- Gli uomini dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto alle donne (2,7% contro 1,8%); si riscontrano differenze fra le classi di età tra i soggetti dello stesso sesso, senza significatività statistica

% di intervistati che riferisco molte difficoltà economiche per sesso e classi di età  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)



## **Conclusioni**

Il campione nella ex ASL16 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato. L'osservazione dei dati socio-anagrafici del campione oltre a fornire conferme sulla validità del campionamento effettuato, è indispensabile all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

# Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nella ex ASL 16 il 78% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 22,2% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo lo 0,9% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.
- Queste differenze si confermano anche analizzando con una opportuna tecnica statistica ( regressione logistica ) l' effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri.
- Il dato relativo allo stato di salute percepito risulta per l' ex ASL 16 significativamente maggiore rispetto al dato regionale

Stato di salute percepito positivamente\*  
Ex asl16- PASSI 2007 (n=226)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>78</b> (IC95%: 70,9-82,3)
<b>Età</b>	
18 - 34	90,6
35 - 49	75,0
50 - 69	68,9
<b>Sesso</b>	
uomini	84,2
donne	69,6
<b>Istruzione</b>	
bassa	76,9
alta	76,7
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	73,4
no	78,1
<b>Patologia severa***</b>	
presente	61,5
assente	80,2

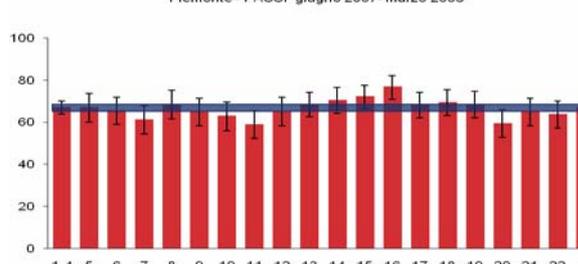
\* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda sul proprio stato di salute

\*\* 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 ASL della Regione la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 56% della ASL 11 al 78% dell' ex ASL 16
- Dal pool PASSI le persone che si dichiarano in salute buona o molto buona sono il 66,7%

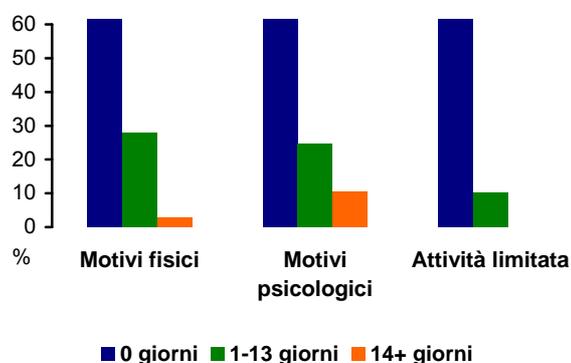
Persone che dichiarano salute buona o molto buona per ASL (%)  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ex ASL 16 la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (69,5% in buona salute fisica, 64,6% in buona salute psicologica e 89,8% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 2,7% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'10,6% per motivi psicologici e nessuno ha risposto di non essere stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3, mentre le attività abituali sono limitate per 1 giorno al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa), e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività  
Ex ASL 16 - PASSI 2007



Giorni in cattiva salute percepita  
ex ASL 16 - PASSI 2007

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

## Conclusioni e raccomandazioni

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

Per il campione di intervistati nell'ex ASI 16, il dato relativo alla domanda sul proprio stato di salute è significativamente maggiore rispetto al dato regionale.

Le valutazioni di questo parametro dovranno essere confrontate con i risultati delle altre sezioni.

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

# Attività fisica

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

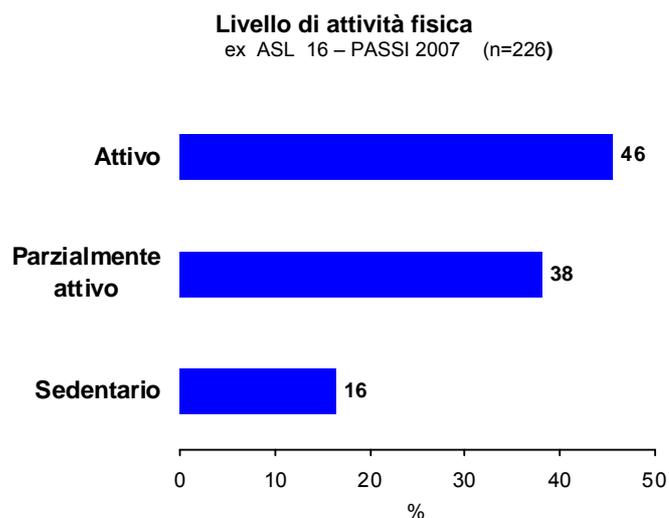
Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile dell'attuale epidemia di obesità, unitamente alla cattiva alimentazione.

I livelli di attività raccomandati dalle Linee Guida internazionali sono almeno 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni alla settimana o almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana.

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

## Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ex ASL 16 il 46% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 38% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 16% è completamente sedentario.
- A livello di pool di ASL, il 33% della popolazione è attivo, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario, valore significativamente superiore a quello piemontese



## Chi sono e quali caratteristiche hanno i sedentari?

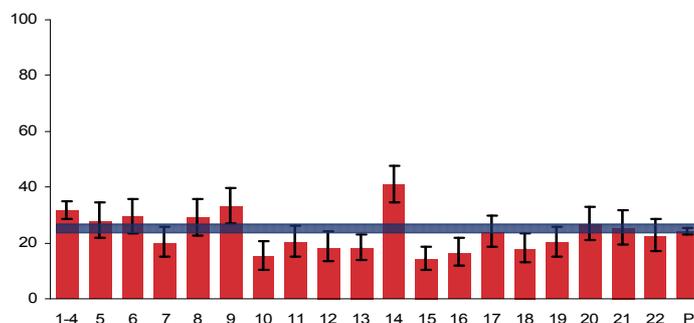
- Nella ex ASL 16 non sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne e tra persone con differente livello di istruzione.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne, le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche

<b>Sedentari</b>	
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)	
Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>16,4</b> (IC95%: 11,8-21,9)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	14,1
35 - 49	13,9
50 - 69	20,0
<b>Sesso</b>	
uomini	14,9
donne	17,9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	18,5
alta	14,7
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	20,3
no	15,0

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

- Tra le ASL del Piemonte emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di sedentari. Particolarmente elevato risulta il valore dell' ASL 14 ( 40%); senza di esso il range va comunque dal 13% della ASL 15 al 31% della ASL 6.

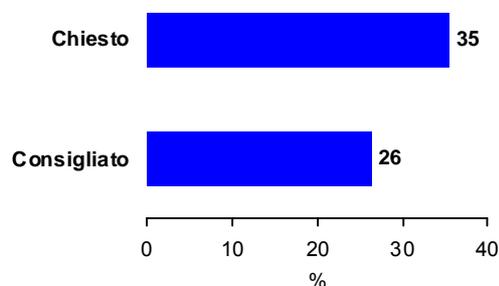
**Sedentari per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

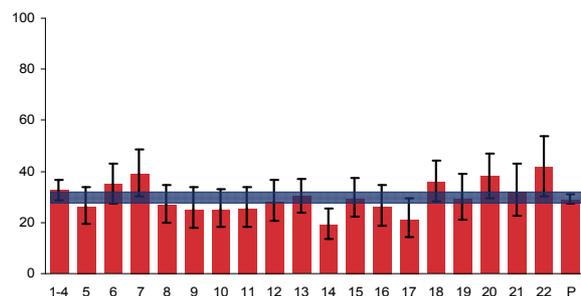
- Nella ex ASL 16 solo il 35% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 26% dei casi.

**Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari**  
ex ASL 16 – PASSI 2007



- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto consiglio dal medico di fare attività fisica regolare ( range dal 18% dell' ASL 14 al 42% dell' ASL 20 ). I valori di alcune ASL si discostano significativamente da quello regionale

**Persone consigliate dal medico di fare attività fisica per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

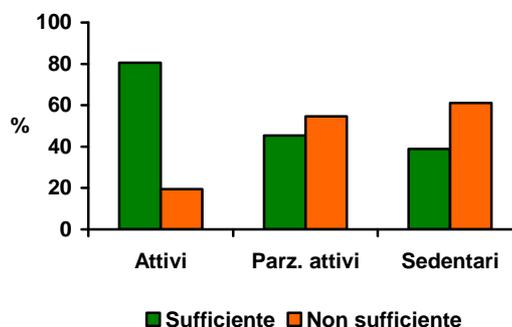


## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nella ex ASL 16 ben il 38,9% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

A livello di pool di ASL il 26 % delle persone sedentarie ritiene che il livello della propria attività fisica sia sufficiente.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ex ASL 16 il 46% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre circa un quinto delle persone può essere considerato sedentario.

La sedentarietà aumenta con l'età e dai 50 anni si osservano valori quasi doppi a quelli registrati tra le persone di 18-24 anni.

Ciò nonostante, solo in un terzo dei casi gli operatori sanitari si informano e consigliano di svolgere attività fisica ai loro pazienti; questo aspetto può e deve essere sicuramente migliorato in quanto una percezione non corretta della propria attività fisica si verifica in più di sedentario su 3.

Tuttavia l'azione degli operatori sanitari da sola non è sufficiente; occorrono interventi di altri operatori e "decisori" che rendano il contesto locale più favorevole alla diffusione di questo fattore di protezione della salute.

# L'abitudine al fumo

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

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

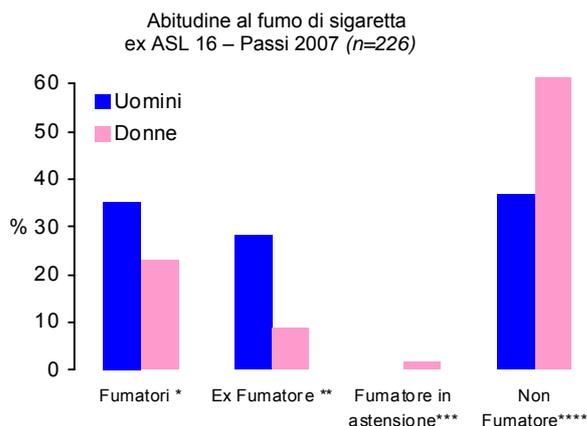
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei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

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

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

## Quante sono le persone che fumano?

- Nella ex ASL 16 i fumatori sono pari al 29,2%, gli ex fumatori al 18,6% e i non fumatori al 51%. A questi si aggiungono 2 persone (0.9%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (35,1% versus 23,2%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (66,1% versus 36,8%).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di fumatori è del 19%, dei non fumatori è del 50%
- Tra le Asl del Piemonte, non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di fumatori (anche se il range va dal 21% della ASL 9 al 32% delle ASL 15 e 21). Nessuna Asl si differenzia significativamente dal valore regionale



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

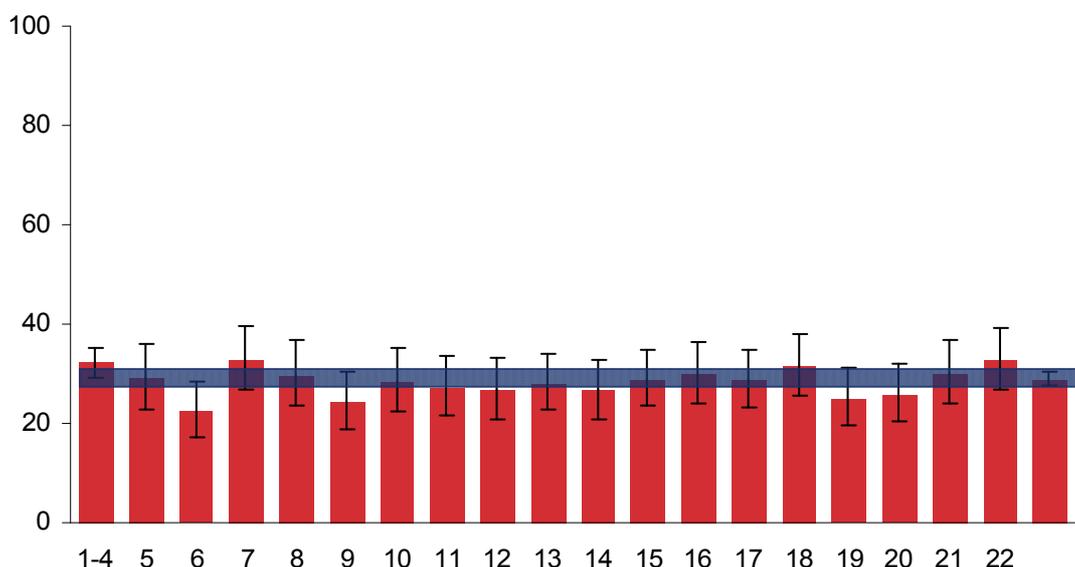
\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e

\*\*\*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

## Persone che fumano per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Nel pool PASSI la percentuale di fumatori risulta pari al 31% degli intervistati.

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

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori nella fascia di età 35-49, tra gli uomini, tra persone con alto livello di istruzione e tra persone con difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 13 sigarette al giorno. Tra loro, il 9,1% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale i fumatori sono il 31% e risultano più numerosi tra gli uomini (35%), tra i giovani ( 18-24 anni: 37%; 25-34 anni:35% ) e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche ( 34%)

#### Fumatori \*

ex ASL 16 Passi, 2007 (n=226)

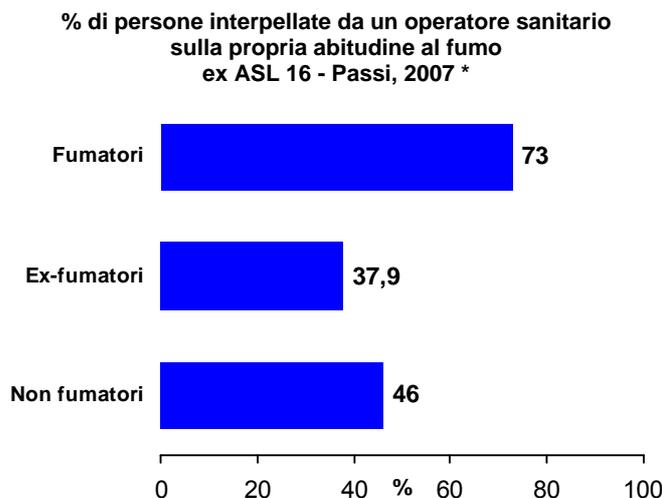
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*
<b>Totale</b>		<b>30,1</b> (IC95%: 24.2-36.5)
<b>Età, anni</b>	18 - 34	23.4
	35 - 49	44.4
	50 - 69	23.3
<b>Sesso ^</b>	M	35.1
	F	25.0
<b>Istruzione**</b>	bassa	29.6
	alta	31.0
<b>Difficoltà economiche</b>	si	39.1
	no	26.9

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

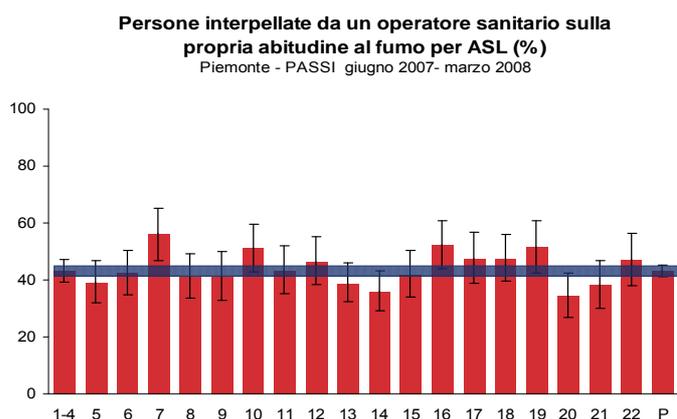
\*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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

- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, un intervistato su due ( 59% ) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 60% dei fumatori, il 35% degli ex fumatori e il 35% dei non fumatori.
- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle abitudini sul fumo: ( range dal 36% delle ASL 13 e 20 al 59% delle ASL 7 e della ASL 16). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale degli intervistati che si è recato da un medico o da un operatore sanitario nell' ultimo anno ed ha ricevuto domande sulle proprie abitudini al fumo è del 42%; tra i fumatori la percentuale è del 65%



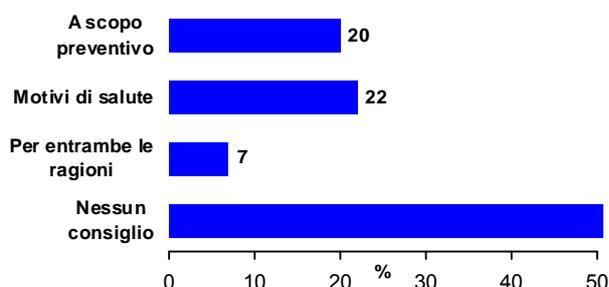
\* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n.141)



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

- il 48,8% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (22%), nel 20% a scopo preventivo
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di intervistati fumatori che dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari è del 60%

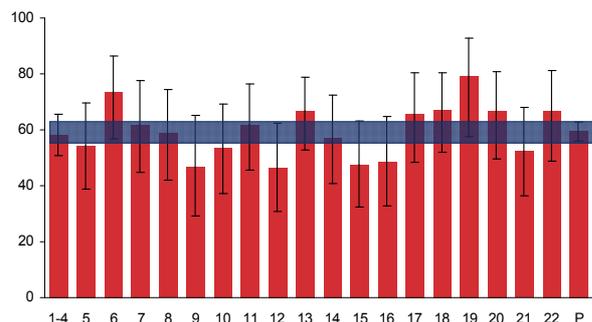
**Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ex ASL 16 Passi 2007 \***



\* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 636)

- Su questo argomento, le differenze osservate tra le singole ASL sono da considerare del tutto provvisorie, a causa della bassa numerosità campionaria.

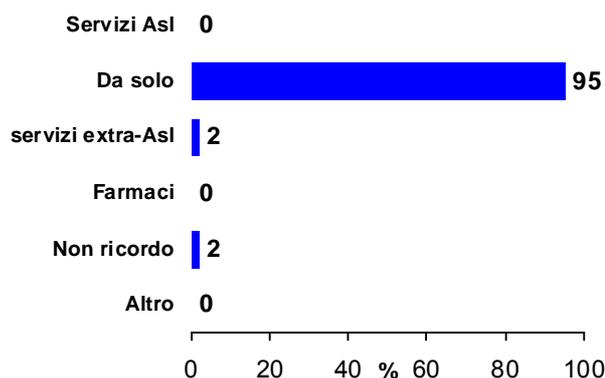
Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario per ASL (%)  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



### Quanto si cerca di smettere di fumare e come ci si riesce ?

- Fra gli ex fumatori il 95,2 % ha smesso di fumare da solo e l' 2,4 % riferisce di aver fruito di servizi extra-ASL
- Il 28,8 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. Ha tentato da solo il 100%
- In Piemonte, come nelle ASL che partecipano alla sorveglianza a livello nazionale, il 41% degli attuali fumatori dichiara di avere tentato di smettere di fumare nell' ultimo anno. In Piemonte tra questi, il 93% ha tentato da solo ; nessuno ha tentato con i servizi dell' ASL

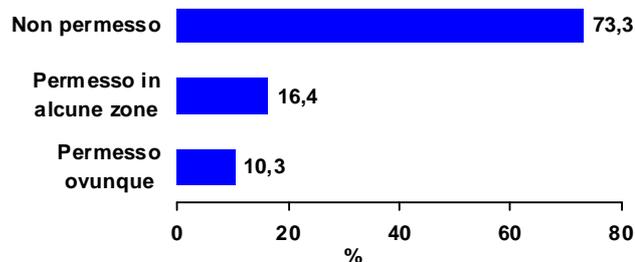
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ex ASL 16- Passi 2007



### Si può fumare in ambiente domestico

- Il 73,3% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 26,7% dei casi si fuma ovunque (10,3%) o in alcuni luoghi (16,4%).
- La proibizione a fumare in ambito domestico riguarda più frequentemente i non fumatori.

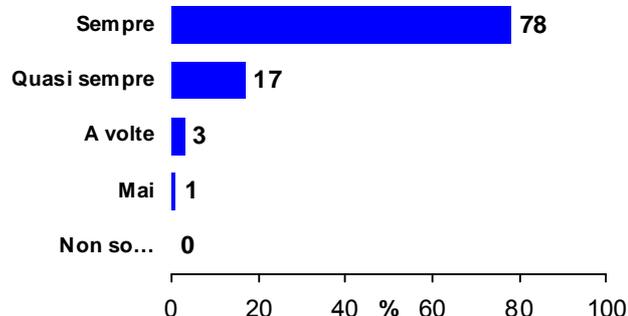
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa Ex ASL 16 - Passi 2007



## Viene rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici ?

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 95% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici è dell'84%

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n= 216 intervistati) ex ASL 16 - Passi 2007 \*

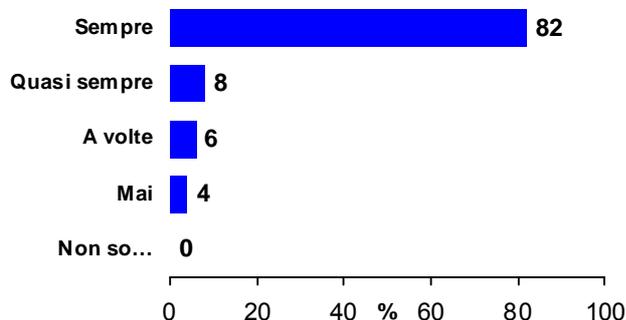


\* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

## Viene rispettato il divieto di fumare sul luogo di lavoro?

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 90% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 10% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è dell' 85%.

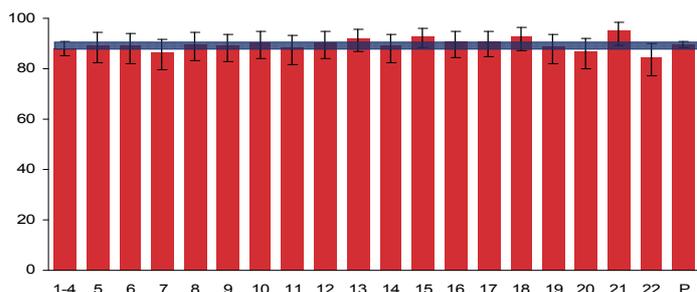
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n= 139 lavoratori) \* ex ASL 16 - Passi, 2007



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

- Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dall' 82% della ASL 22 al 94% della ASL 18). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale

Lavoratori che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo sul luogo di lavoro per ASL (%) Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ex ASL 16, come in tutto il resto del Piemonte l'abitudine al fumo continua ad essere diffusa (29,2%) e ad interessare più gli uomini (35,1%9 che le donne (23,2%) un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra gli adulti, specialmente nella classe d'età dei 35 – 49 anni, dove più di 3 persone su 10 riferiscono di essere fumatori. Diffusione analoga si riscontra anche tra coloro che dichiarano difficoltà economiche.

*Un intervistato su due ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo con differenza statisticamente significativa rispetto al range delle altre ASL, ma non rispetto al valore regionale, evidenziando comunque un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.*

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

# Situazione nutrizionale

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

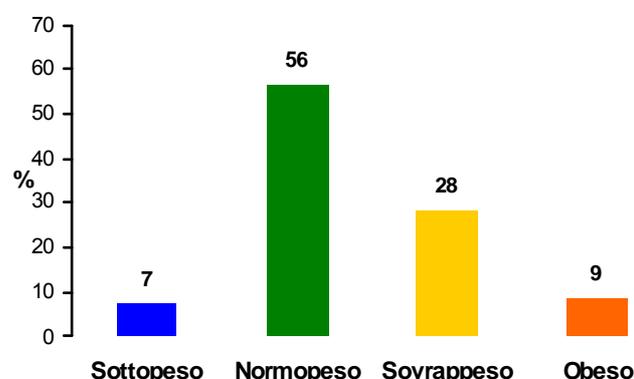
Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso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

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

**Situazione nutrizionale della popolazione**

Ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=224)

- Nella ex ASL 16 il 7% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 56% normopeso, il 28% sovrappeso e l'9% obeso.
- Complessivamente si stima che il 37% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (52.2% vs 20.7%) e nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche, con differenze statisticamente significative.

### Eccesso ponderale

ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=224)

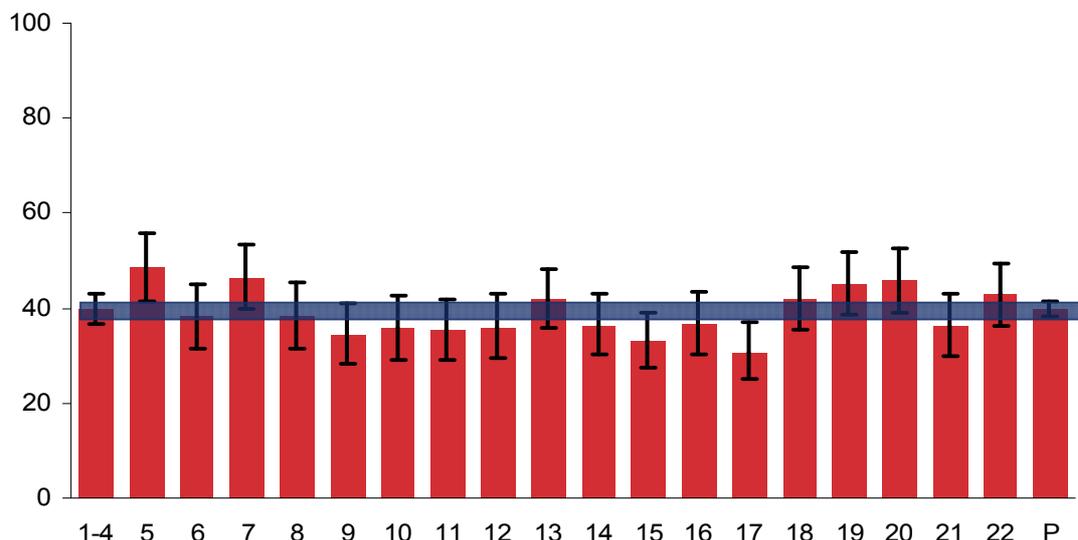
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
<b>Totale</b>	<b>36.6</b> (IC95% 30.3-43,3)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	22.6
35 - 49	31.9
50 - 69	50.0
<b>Sesso</b>	
uomini	52.2
donne	20.7
<b>Istruzione*</b>	
bassa	44.4
alta	29.3
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	53.1
no	30.0

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

- Nelle 22 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative (range dal 48% dell' ASL 5 al 27% dell' ex ASL 17 che mostra un' evidente differenza anche con i limiti regionali).

### Persone in eccesso ponderale per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007 - marzo2008

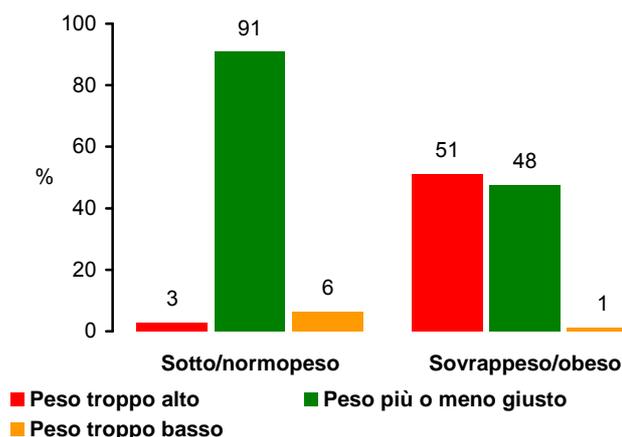


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone in sovrappeso è risultata pari al 32%; l' 11% è risultata obesa

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

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ex ASL 16 la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (91%), mentre tra le persone in sovrappeso/obese solo il 48% ha una percezione coincidente.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 90,7% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 90,8% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso/obese il 52,5% rispetto al 47,6% degli uomini.

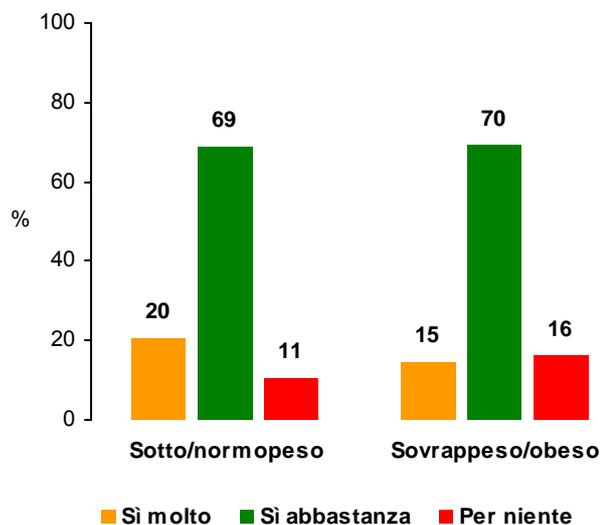
Percezione della propria situazione nutrizionale  
Ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=224)



## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ex ASL 16 mediamente l'87% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare: l'89% dei sottopeso/normopeso, il 85% dei sovrappeso/obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute?  
Ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=224)

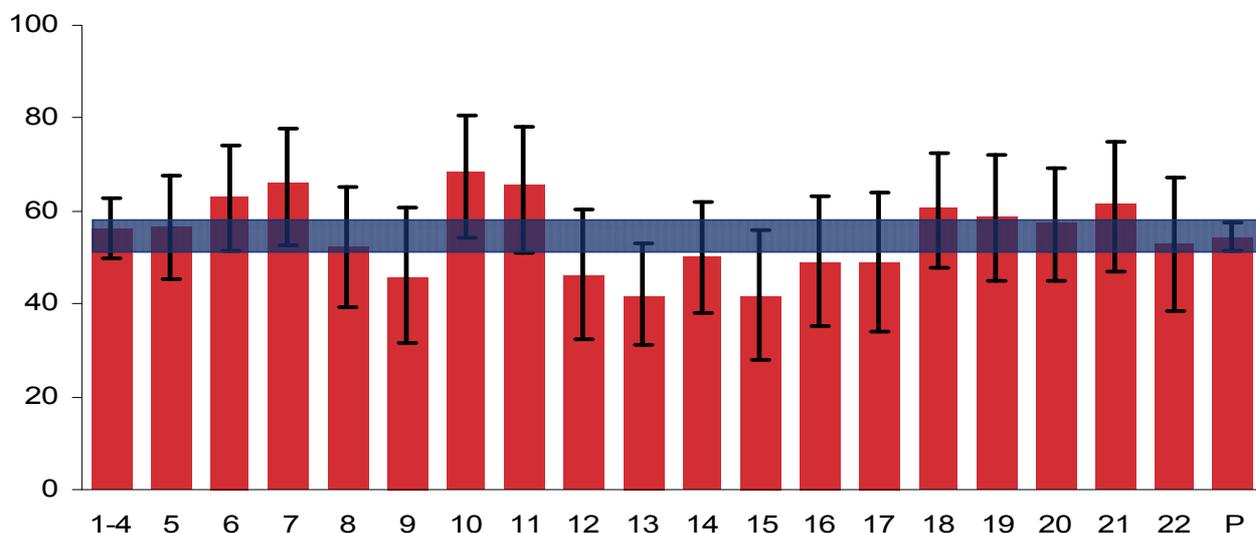


## Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ex ASL 16 il 49,1% 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 41% delle persone in sovrappeso e il 71,4% delle persone obese.
- Tra le ASL del Piemonte si osserva un' ampia variabilità relativa alla percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario ( range dal 39% dell' ASL 17 al 76% dell' ASL 7 ); tuttavia nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale e, inoltre, le differenze vanno considerate con cautela per la bassa numerosità del campione.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

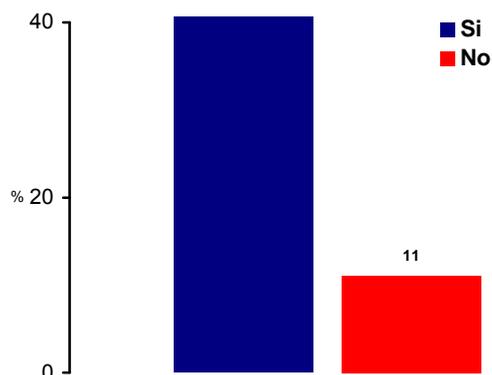


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone in eccesso ponderale a cui un medico o da un altro operatore sanitario ha consigliato di perdere peso è risultata pari al 48% dei soggetti in sovrappeso e all' 81% degli obesi).

- Solo il 25,6% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (47,8% vs il 16,9% degli uomini)
  - negli obesi (36,8% vs il 22,2% dei sovrappeso)
  - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (50% vs 11,1%)

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

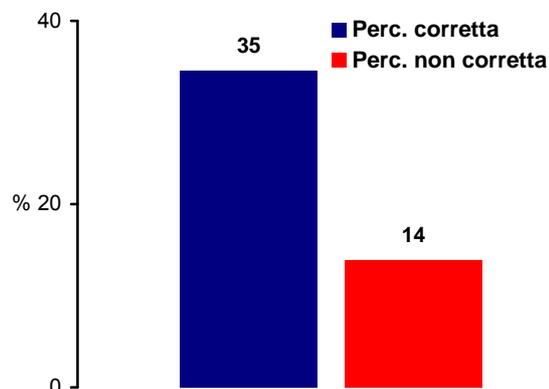
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n= 82)



- nelle persone in **sovrappeso** (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (34,6% vs il 13,9% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

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

ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=62)



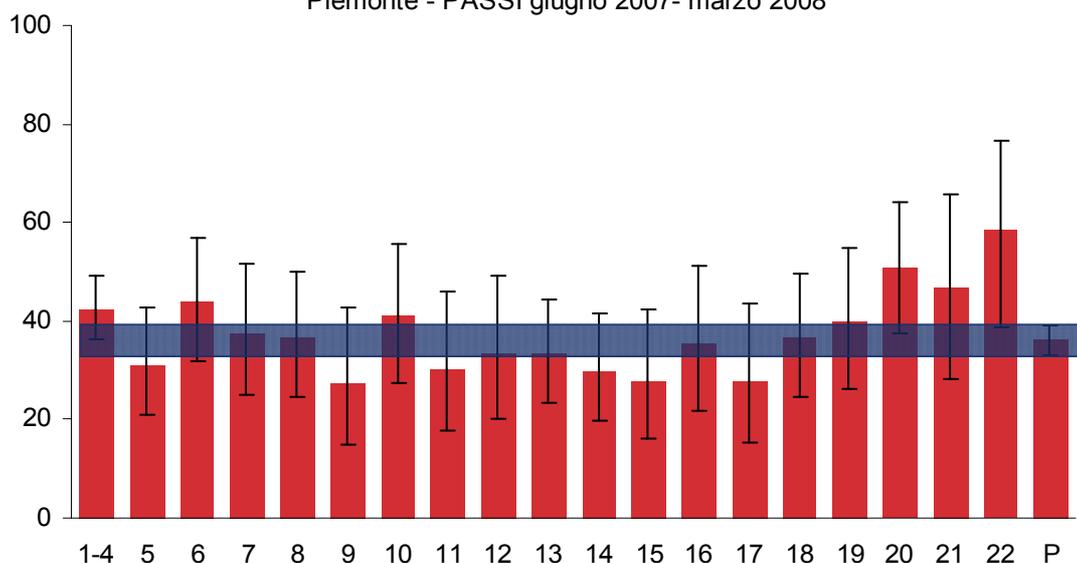
### **Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?**

- Nella ex ASL 16 il 25,6% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (27% nei sovrappeso/ e 21,1% negli obesi).

- Il 35,6% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 28,1% delle persone in sovrappeso e il 53,8% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 93,8% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 75,9% di chi non l'ha ricevuto.
- Tra le ASL della Regione si osserva un' ampia variabilità relativa alla percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario ( range dal 24% delle ASL 9 e 11 al 61% dell' ASL 20 ); tuttavia le differenze vanno anche considerate con cautela per la bassa numerosità del campione.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

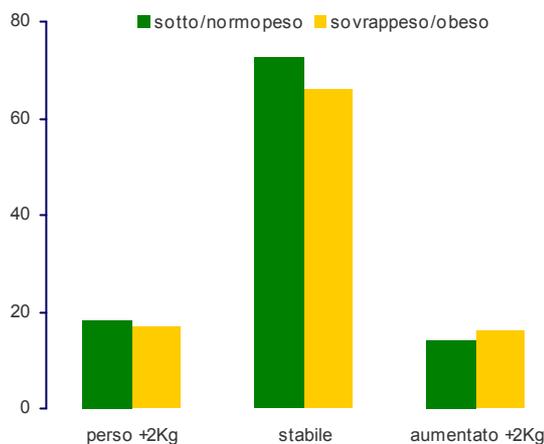


- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone in sovrappeso che hanno ricevuto il consiglio sono il 37,6% ( 33,5% per i sovrappeso e 45% per gli obesi )

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

- Nella ex ASL 16 il 14,7% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nella fascia d'età di 18-34 anni (17,7% vs 16,7% in quella 35-49 anni e 11,1% nella 50-69 anni)
  - nelle persone in eccesso ponderale (15,9% negli obesi e il 14,1% nei sovrappeso vs 17% dei normopeso).
- Lievi differenze tra donne (16,2%) e uomini (13,3%).

**Cambiamenti negli ultimi 12 mesi (%)**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL 16 l'eccesso ponderale è diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 43% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 22% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (77%).

I dati ASL non possono ancora essere considerati definitivi, ma sembrano indicare qualche differenza territoriale sia nella prevalenza dell'eccesso ponderale che nell'interesse mostrato dagli operatori alla problematica.

I risultati indicano la necessità di:

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

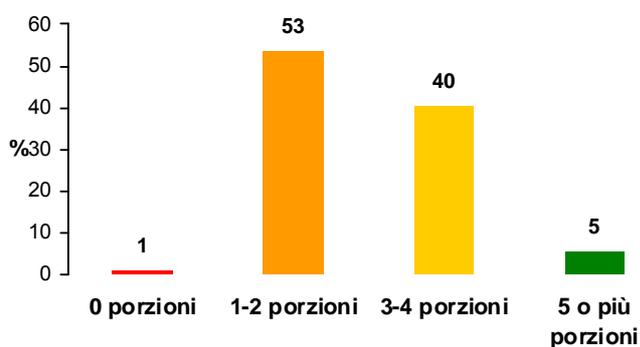
## Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

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

- Nella ex ASL 16 il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 5,3% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 40% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Il consumo ottimale di frutta e verdura risulta più diffuso gli ultracinquantenni (7,8%), tra le donne (7,1%) e con differenze legate alla condizione di difficoltà economica (7,8%). Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più o meno ugualmente diffusa tra le persone normopeso e quelle obese.
- Malgrado le differenze riscontrate, questa abitudine risulta ancora troppo poco diffusa nella popolazione.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)



Consumo di frutta e verdura ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)		
Caratteristiche	Totale	Adesione al "5 a day"*** (%) (IC95% 2.8-9.1)
<b>Classi di età</b>		
	18 - 34	1.6
	35 - 49	5.6
	50 - 69	7.8
<b>Sesso</b>		
	uomini	3.5
	donne	7.1
<b>Istruzione**</b>		
	bassa	6.5
	alta	4.3
<b>Difficoltà economiche</b>		
	si	7.8
	no	4.4
<b>Stato nutrizionale</b>		
	sotto/normopeso	5.6
	sovrappeso/obeso	4.9

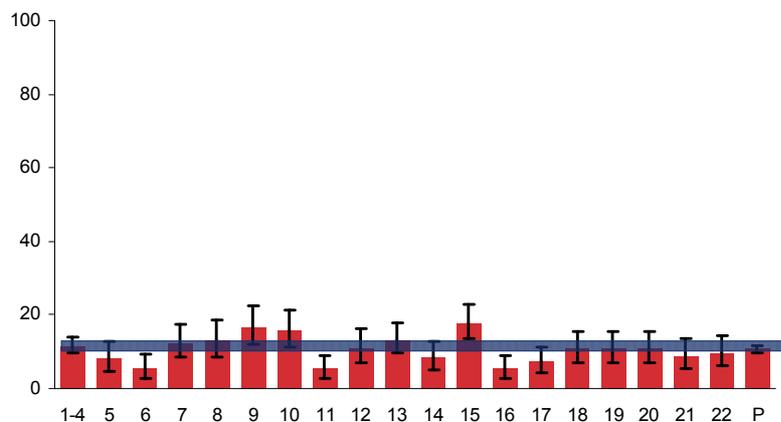
\* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

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

Nelle ASL del Piemonte i dati PASSI 2007, rilevano differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dal 5% dell' ASL 6 al 21% dell' ex ASL 15).

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza l'adesione al five a day è risultata del 10%

### Conclusioni e raccomandazioni

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

## Consumo di alcol

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

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

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

Anche i medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol iniziando ad intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

## Quante persone consumano alcol?

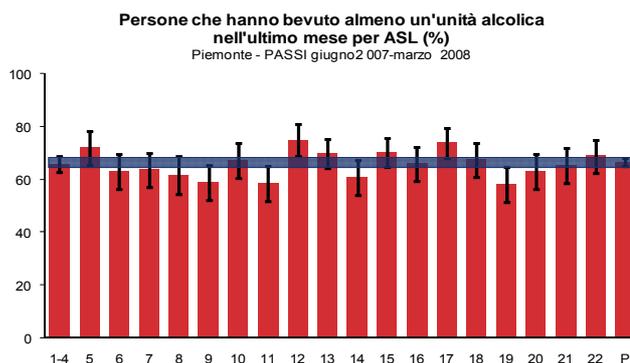
- Nella ex ASL 16 la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 66%.
- Il consumo di alcol risulta più diffuso nelle classi di età più giovani, tra gli uomini, in coloro che hanno un titolo di studio elevato e che dichiarano di non avere difficoltà economiche
- Considerando queste caratteristiche demografiche insieme con una analisi logistica si confermano le differenze per sesso e titolo di studio
- L' 88% delle persone che consumano alcol, lo fa durante tutta la settimana, mentre il 61% prevalentemente durante il fine settimana.

<b>Consumo di alcol (ultimo mese)</b> ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)	
<b>Caratteristiche</b>	<b>% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*</b>
<b>Totale</b>	<b>66.1</b> (IC95%:59.5-72.2)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	72.6
35 - 49	61.1
50 - 69	65.6
<b>Sesso</b>	
uomini	83.2
donne	48.6
<b>Istruzione**</b>	
bassa	59.3
alta	72.4
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	59.4
no	68.8

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

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

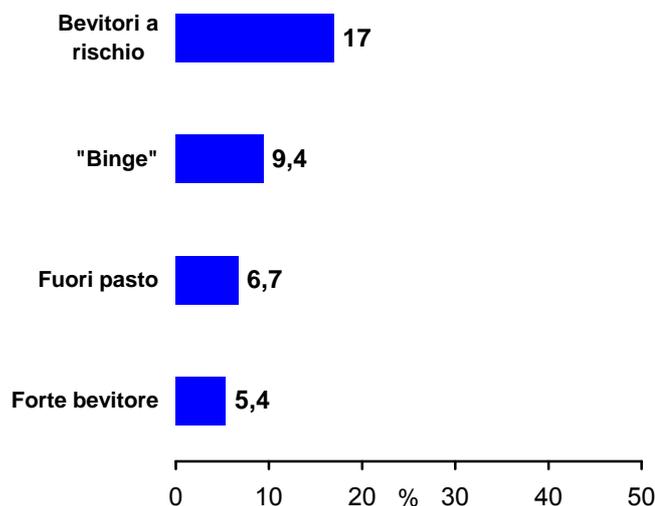
- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che hanno bevuto almeno un' unità alcolica nell' ultimo mese ( range dal 58% dell' ASL 11 al 76% dell' ASL 5 )
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



## Quanti sono bevitori a rischio?

- Il 9,4% degli intervistati può essere considerato un bevitore "binge" ( cioè ha bevuto nell' ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione )
- Il 6,7% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 5,4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

**Bevitori a rischio\* per categorie**  
ex ASL 16 - PASSI 2007



Poiché alcuni soggetti appartengono a più di una categoria ( " fuori pasto", " forte bevitore", "binge"), complessivamente gli intervistati che possono essere ritenuti bevitori a rischio sono il 17%

- Tra le ASL del Piemonte il range relativo alla percentuale di bevitori a rischio varia dal 12% dell' ASL 9 al 17% dell' ASL 17. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio ( consumo forte 4%: consumo binge:7% consumo fuori pasto 8% )

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

## Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Il consumatore “binge” rappresenta il 9,4% degli intervistati, e risulta significativamente più diffuso nei giovani e negli uomini
- Lieve aumento della percentuale dei bevitori binge all’aumentare del livello di istruzione anche se non risulta alcuna differenza statisticamente significativa
- Considerando insieme le caratteristiche demografiche con una analisi logistica si conferma che il consumo “binge” è significativamente più elevato nelle fasce di età più basse ( 18-34 ) e negli uomini

### Consumo “binge” (ultimo mese)

ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)

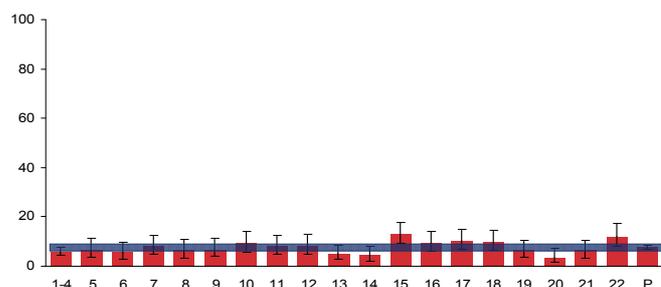
Caratteristiche	% bevitori “binge”**
<b>Totale</b>	<b>9.4</b> (IC95%: 5.9-14.0)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	17.7
35 - 49	2.8
50 - 69	8.9
<b>Sesso</b>	
uomini	18.6
donne	0.0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	9.3
alta	9.5
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	10.9
no	8.8

\*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

- Tra le ASL del Piemonte il range delle percentuali di bevitori “binge” va dal 5% dell’ ASL 6 al 12% delle ASL 15 e 18. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale

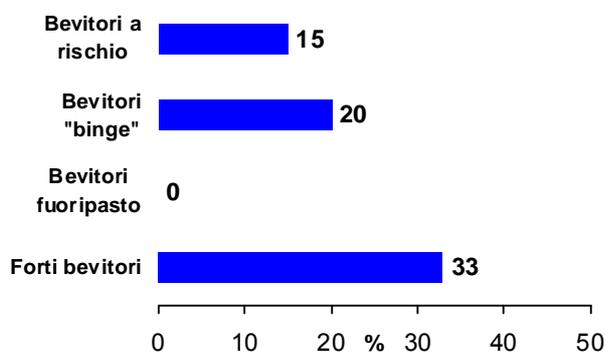
**Bevitori “binge” per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008



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

- Nella ex ASL 16 il 25,5% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce di aver ricevuto da un medico o altro operatore sanitario domande sul consumo di alcol
- Complessivamente il 15% dei bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio di smettere da parte del medico o di un operatore sanitario, in particolare il 20% dei bevitori "binge", lo 0% di bevitori fuori pasto e ben il 33% dei forti bevitori, con differenze statisticamente significative.

**% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=189)

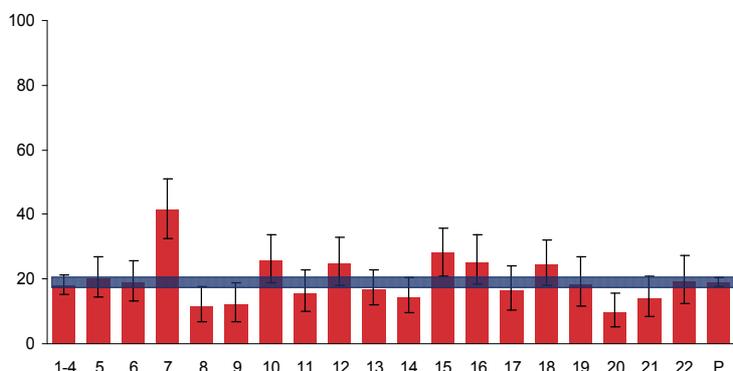


\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che riferiscono che un medico o un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol ( range che va dall' 11% dell' Asl 21 al 45% dell' Asl 7 , che si mostra differente anche dai limiti regionali )

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16% ; solo il 9% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ex ASL 16 si stima che circa la metà della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

I risultati dell'indagine evidenziano un valore superiore al valore regionale rispetto all'attenzione degli operatori sanitari sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e sul consiglio di moderarne l'uso.

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

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

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

# Sicurezza stradale

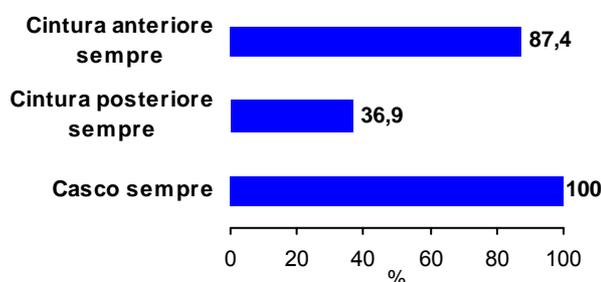
Gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese in quanto sono la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni. Nel 2006 si sono verificati in Italia oltre 238.124 incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti. Pesante anche il carico 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 ( fonte ISTAT 2007 ). Nel 2006 si sono verificati in Piemonte 14.871 incidenti stradali con 404 morti e 22047 feriti ( fonte ISTAT 2007 ).

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

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

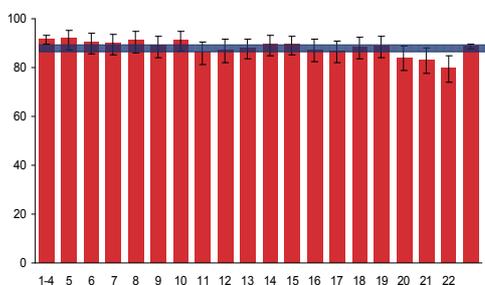
- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'87,4%, l'uso della cintura è meno diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (36,9%)
- Nella ex ASL 16 tra le persone che vanno in moto o in motorino il 100% riferisce di usare sempre il casco
- Tra le ASL del Piemonte si osservano differenze anche statisticamente significative : per la cintura anteriore range che va dal 77% della ASL 22 al 94% della ASL 6, per quella posteriore range che va dal 16% dell' ASL 6 al 40% dell' ASL 10. L' ex ASL 16 presenta un valore maggiore rispetto al dato regionale per quanto riguarda l' uso della cintura posteriore.

**Uso dei dispositivi di sicurezza**  
ex ASL 16 - PASSI 2007

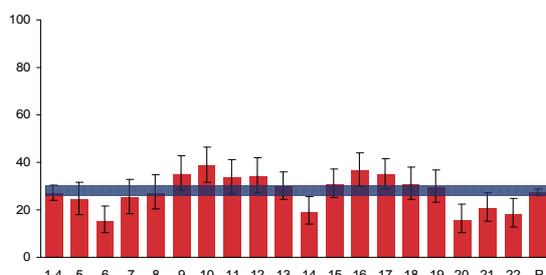


- Nel pool PASSI l' 82% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura di sicurezza anteriore, mentre solo il 19% fa uso di quella posteriore

**Persone che usano la cintura anteriore sempre per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



**Persone che usano la cintura posteriore sempre per ASL (%)**  
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 11.5% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 17.6%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Il 16% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le diverse ASL della Regione emerge una differenza statisticamente significativa solo riguardo agli estremi dell' intervallo, che varia dal 6% della ASL 9 al 26% della ASL 7.
- Nel pool PASSI la percentuale di persone che riferiscono di avere guidato sotto l'effetto dell' alcol è del 13%

### Guida sotto l'effetto dell'alcol\* ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)

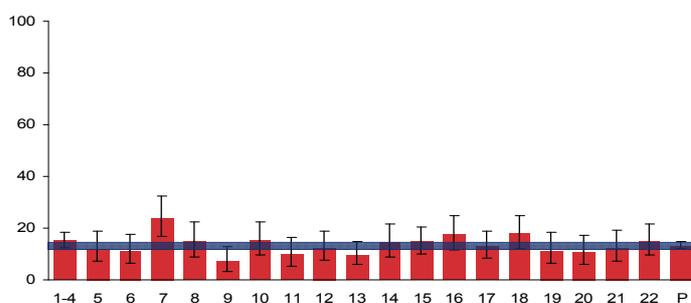
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
<b>Totale</b>	<b>17.6</b> (IC95%: 11.8-24.7)
<b>Classi di età</b>	
18-34	22.2
35 - 49	9.1
50 - 69	20.3
<b>Sesso</b>	
uomini	27.4
donne	0.0
<b>Istruzione</b>	
bassa	21.7
alta	17.2
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	21.1
no	16.4

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Nella ex ASL 16 si registra un buon livello di uso dei dispositivi di sicurezza; in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori, il valore è superiore a quello regionale

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

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

# Infortuni domestici

---

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

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

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

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

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

- Nella ex ASL 16 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 94,2% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le difficoltà economiche o meno e la presenza/assenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenzano in maniera statisticamente significativa la percezione del rischio.
- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la percezione del rischio di infortunio domestico (l'intervallo dei valori va dall' 85% della ASL 19 al 98% dell' Asl 6). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.
- Nelle pool PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico risulta del 91%

### Bassa percezione del rischio infortunio domestico ex ASL 16 (n=226) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
<b>Totale</b>	<b>94,2</b> (IC 95%: 90,3-96,9)
<b>Età</b>	
18 - 34	93,5
35 - 49	94,4
50 - 69	94,4
<b>Sesso</b>	
Uomini	95,6
Donne	92,8
<b>Istruzione**</b>	
bassa	94,4
alta	94,0
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	93,8
no	94,4
<b>Persone potenzialmente a rischio***</b>	
si	92,8
no	94,8

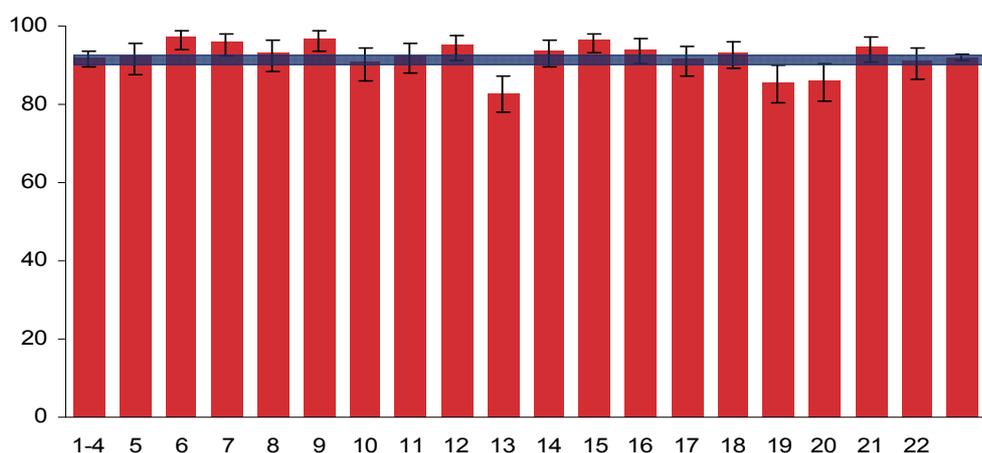
\*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ex ASL 16 solo il 23,2% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 35-49 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che non hanno alcuna istruzione o elementare.
- L'aver ricevuto informazioni sugli infortuni domestici risulta associato significativamente sul piano statistico rispetto alla percezione del rischio.

### Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ex ASL 16 (n=226) - PASSI 2007

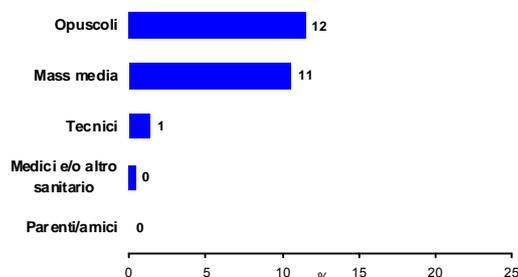
Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
<b>Totale</b>	<b>23,2</b> (IC 95%: 24,4-28,2)
<b>Età</b>	
18 - 34	21,0
35 - 49	25,0
50 - 69	23,3
<b>Sesso</b>	
Uomini	21,2
Donne	25,2
<b>Istruzione*</b>	
bassa	25,9
alta	20,7
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	17,2
no	25,6
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	29,0
no	20,6
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	30,8
bassa	22,7

\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea  
\*\*si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (rispettivamente per il 12% e l'11% di tutti gli intervistati), solo per l'1% i tecnici e meno dell'1% il personale sanitario

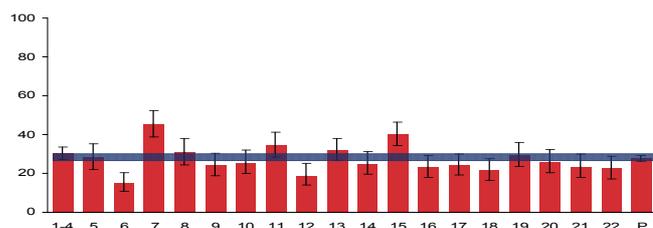
### Fonti di informazione

ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=226)



- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 15% della ASL 6 al 51% della ASL 7)
- Nel pool nazionale PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni è del 28%

### Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione di infortuni domestici per ASL (%) Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ex ASL 16 tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 23,7% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore per la fascia di età 50-69 anni senza raggiungere la significatività statistica. Si rileva una differenza statisticamente significativa per il sesso maschile, il livello di istruzione, presenza di difficoltà economiche, alta percezione del rischio, presenza di persone potenzialmente a rischio
- Nelle ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive, se non tra la ASL 17, quella con valore più basso (15%) e la ASL 13 (52%)
- Nelle pool PASSI la percentuale di persone che hanno modificato il comportamento hanno adottato misure preventive in ambito domestico, dopo aver ricevuto informazioni è del 30%

**% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione**  
ex ASL 16 (n=52) - PASSI 2007

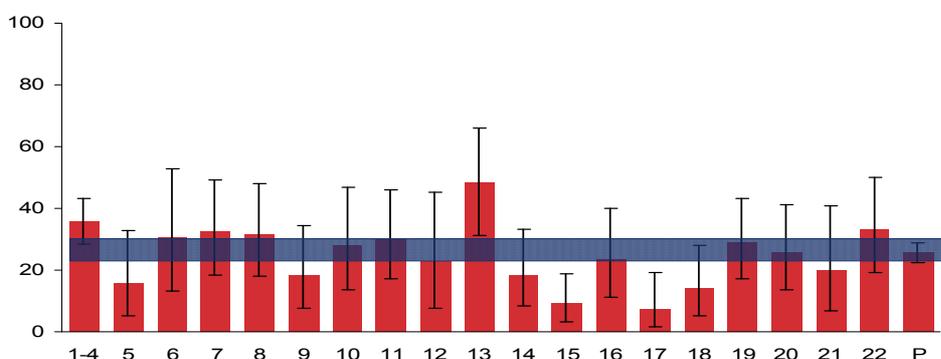
Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
<b>Totale</b>	<b>23,7</b> (IC 95%: 11,4 -40,2)
<b>Età</b>	
18 - 34	12,5
35 - 49	16,7
50 - 69	33,3
<b>Sesso</b>	
Uomini	27,8
Donne	20,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	22,2
alta	25,0
<b>Difficoltà economiche</b>	
si	37,5
no	20,0
<b>Persone potenzialmente a rischio**</b>	
si	25,0
no	23,1
<b>Percezione del rischio</b>	
alta	50,0
bassa	20,6

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia, come in generale per tutta la Regione Piemonte che le persone intervistate della ex ASL 16 hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

Nella popolazione adulta le informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici risultano ancora insufficienti e sono state ricevute principalmente dai mass media e per mezzo di opuscoli.

Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, più di un quarto ha 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.

I Piani Prevenzione Attiva prevedono lo sviluppo di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi . La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali , può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

# 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.

Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani ( maggiore di 64 anni ) sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute e non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza " PASSI " che invece può indagare l' impatto delle campagne vaccinali nei soggetti più giovani ( 18-64 anni ).

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

- Nella ex ASL 16 riferisce di essersi vaccinato nella precedente campagna di vaccinazione antinfluenzale il 9,2% degli intervistati di età 18-64 anni.
- Emergono differenze statisticamente significative, legate al sesso, al livello di istruzione, alle difficoltà economiche
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni intervistate è stata del 13%

### Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni)

ex ASL 16 - Passi, 2007 (n=65)

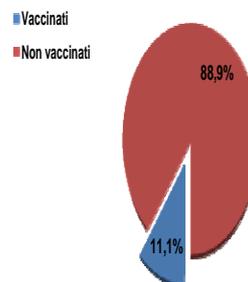
Caratteristiche	Vaccinati (%)
<b>Totale</b>	<b>9,2</b> (IC95%:3,5- 19,0)
<b>Età</b>	
18-34	4,8
35-49	4,2
50-64	20,0
<b>Sesso</b>	
uomini	5,9
donne	12,9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	3,7
alta	13,2
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	5,9
no	10,4

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

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

ex ASL 16 (n=9)

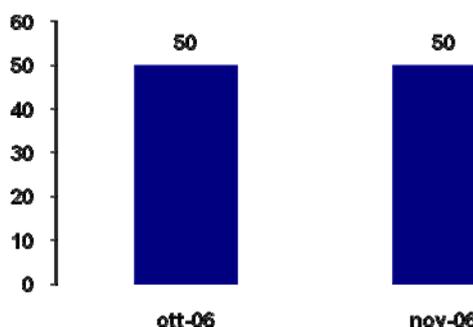
- Nell' ex ASL 16 tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, intervistati, l' 11,1% dichiara di essersi vaccinato nella campagna antinfluenzale precedente
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale questa percentuale è risultata il 28%



- Nella ex ASL 16 tutti i soggetti tra 18 e 64 anni vaccinati nella campagna antinfluenzale precedente dichiara di aver ricevuto il vaccino nei mesi di ottobre e novembre dell' anno 2006.

### Distribuzione mensile delle vaccinazioni antinfluenzali ( % )

ex ASL 16 - Passi - 2007 (n=6)



## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal Ministero della Salute e le strategie adottate in Piemonte hanno permesso di raggiungere quasi i due terzi degli ultrasessantacinquenni ( 59% nella campagna 2006/07 e 60% nella campagna 2007/2008 secondo i dati del Servizio di riferimento Regionale per l' epidemiologia delle malattie infettive del Piemonte), ma, tra le persone con meno di 65 anni affette da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente ( solo una persona su cinque ).

La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l' attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti 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). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

A livello internazionale, la strategia considerata più efficace è la vaccinazione di tutti i bambini nel secondo anno di vita, affiancata dall'individuazione delle donne ancora suscettibili in età fertile, mediante un semplice esame del sangue (rubeotest); le donne suscettibili, vengono, successivamente, vaccinate contro la rosolia.

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

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ex ASL 16 il 19,7 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- la percentuale di donne vaccinate diminuisce con l'età e con le difficoltà economiche dichiarate; mentre risulta maggiore nelle donne con grado di istruzione basso
- analizzando insieme con un'analisi multivariata queste caratteristiche, si confermano statisticamente le differenze relative al grado di istruzione e alle difficoltà economiche

### Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) ex ASL 16 - Passi 2007 (N= 67)

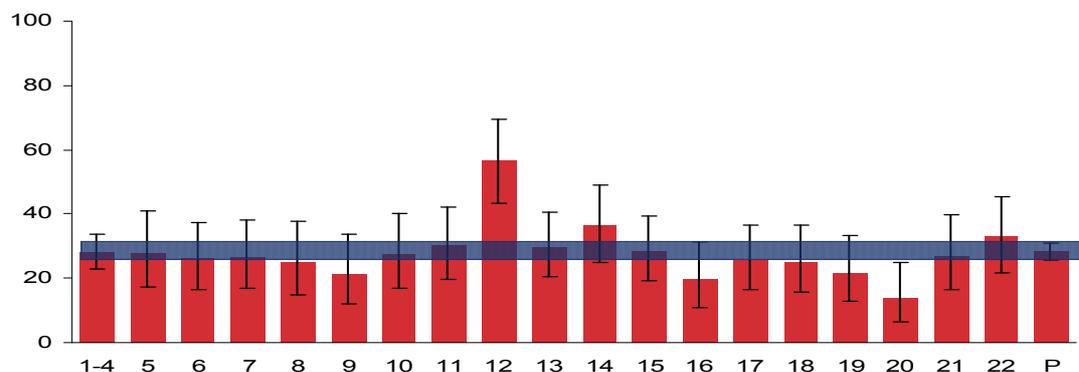
Caratteristiche	% Vaccinate
<b>Totale</b>	<b>19.7</b> (IC95%: 10,9 – 31,3)
<b>Età</b>	
18-24	37.5
25-34	22.7
35-49	13.9
<b>Istruzione*</b>	
bassa	23.8
alta	17.8
<b>Difficoltà Economiche</b>	
si	25.0
no	18.0

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

Nelle ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di donne vaccinate si va da un minimo di 15% della ASL 20 al 64% della ASL 12.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Dal pool PASSI nel 2007 la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32 %.

## Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

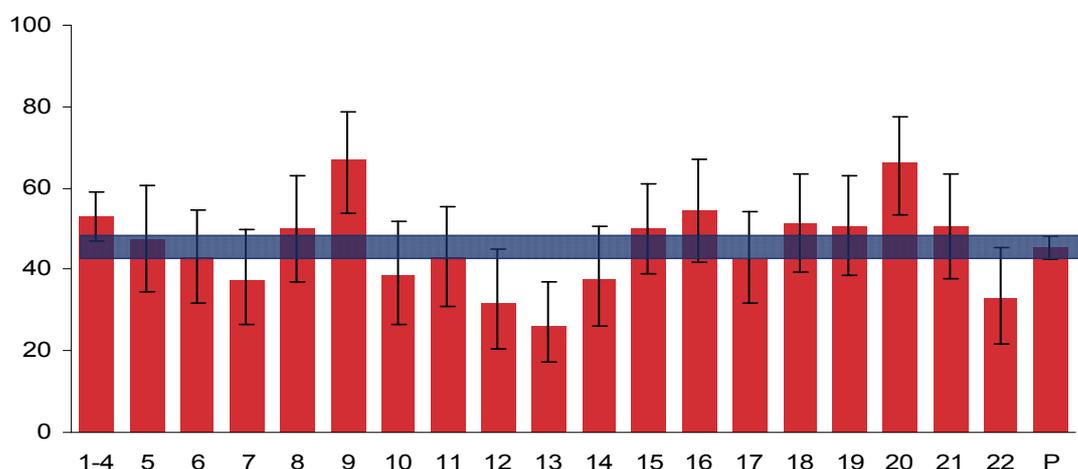
- Nella EX ASL 16 il 45,5% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (19,7%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (25.8%).
- Il 4,5% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 48,5% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) EX ASL 16- Passi 2007 (n=67)	
	%
<b>Immuni</b>	<b>45,5</b>
Vaccinate	19,7
Non vaccinate con rubeotest positivo	25,8
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>54,5</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	4,5
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	48,5

Tra le ASL del Piemonte, la più alta percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario non conosciuto alla rosolia è dell' ASL 20e dell' ASL 9 ( 68% ), la più bassa dell' ASL 12 ( 24% ). La variabilità tra ASL è accentuata e si osservano differenze anche statisticamente significative.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Nel pool PASSI nazionale la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario non noto è risultata del 44%

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ex ASL 16 meno di un terzo delle donne tra 18 e 49 anni di età riferisce di essere stata vaccinata contro la rosolia; come atteso il dato è influenzato soprattutto dall'età delle intervistate, ma anche nelle giovani la percentuale non supera il 37,5%.

Poco meno della metà ( 48,5% ) delle donne tra 18 e 49 anni non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia e il 4,5% è sicuramente suscettibile alla malattia.

E' pertanto necessario pianificare interventi che portino alla vaccinazione delle donne in età fertile non immuni verso la rosolia, ma è anche opportuno aumentare nella popolazione la consapevolezza del rischio che la rosolia rappresenta in gravidanza, affinché le donne considerino con maggiore attenzione la propria condizione rispetto alla malattia.

# Rischio cardiovascolare

---

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

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

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

## Ipertensione arteriosa

---

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di 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?

### Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni ex ASL 16 (n= 224) - PASSI 2007

- Nella ex ASL 16, il **94%** degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il **6,3%** più di 2 anni fa. Il restante **2,7%** non ricorda o non l'ha avuta.
- Il controllo della pressione negli ultimi due anni risulta più diffuso nelle classi di età più avanzate e tra gli uomini

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
<b>Totale</b>	<b>94 %</b> (IC95%: <b>86,5 % 94,5 %</b> )
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	85,5
35 - 49	93,1
50 - 69	93,3
<b>Sesso</b>	
M	92,0
F	90,1
<b>Istruzione*</b>	
bassa	90,7
alta	91,4
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	85,9
no	93,1

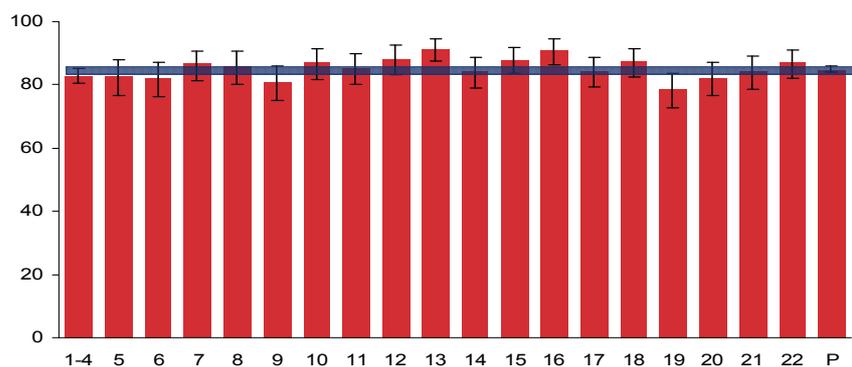
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni ( range dal 79% dell' ASL 19 al 94% dell' ASL 16 )
- L' ex ASL 16 mostra una evidente differenza anche con i limiti regionali
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 83%

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Quante persone sono ipertese?

- Nella ex ASL 16 il **21,6 %** degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- L' ipertensione risulta più diffusa nelle classi di età più elevate ( nel gruppo 50-69 anni 4 persone su 10 riferiscono di essere ipertese ), in coloro che hanno un titolo di studio basso , tra chi riferisce maggiori difficoltà economiche .

Ipertesi  
ex ASL16 (n=218) - PASSI 2007

Caratteristiche		Ipertesi (%)
<b>Totale</b>		<b>21,6</b> (IC95%: <b>16,3 % - 27,6 %</b> )
<b>Età</b>	18 - 34	5,1
	35 - 49	8,5
	50 - 69	43,2
<b>Sesso</b>	M	23,4
	F	19,6
<b>Istruzione*</b>	bassa	26,7
	alta	16,8
<b>Difficoltà economiche **</b>	sì	30,2
	no	18,1

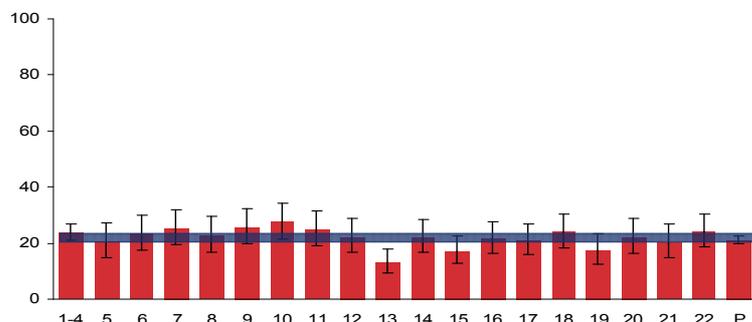
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale degli intervistati che hanno ricevuto diagnosi di ipertensione ( range dal 14% dell' ASL 13 al 29% dell' Asl 10 )
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con diagnosi di ipertensione arteriosa sono il 22%

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

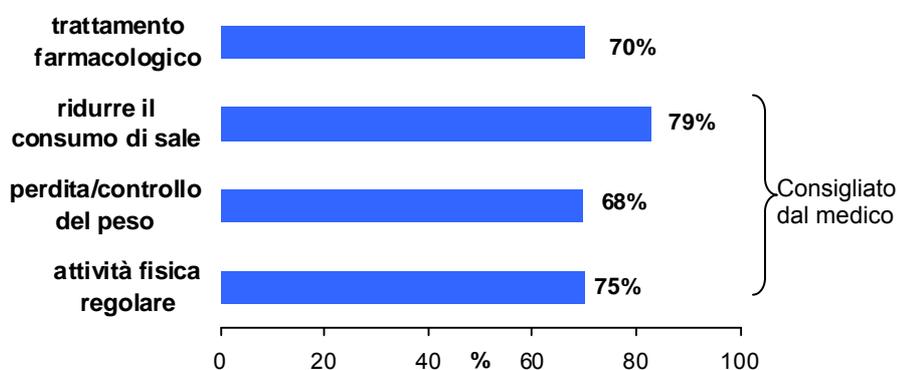




## Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

- Il 70,2 % degli ipertesi nella ex ASL 16 riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (**83%**), ridurre o mantenere il peso corporeo (**69,6 %**) e svolgere regolare attività fisica (**70,2 %**).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico \*  
ex ASL 16 (PASSI, 2007)

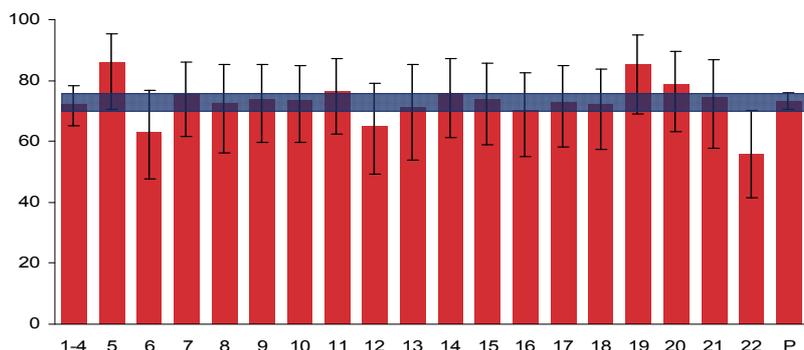


\* ognuno considerata indipendentemente

- Tra le ASL del Piemonte la percentuale di intervistati ipertesi in trattamento con farmaci varia dal 54% dell' ASL 22 all'83% dell'ASL 20. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale, anche per le basse numerosità a livello aziendale.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale gli ipertesi in trattamento farmacologico sono il 71%

Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL 16 si stima che sia iperteso circa il **21%** della popolazione tra 18 e 69 anni, più del **43%** degli ultracinquantenni e circa il **5%** dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta (meno del 3%) la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, che non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti e che risulta seguita da circa il **70%** della popolazione ipertesa.

## 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?

Colesterolo misurato almeno una volta  
ex ASL 16 (n= 226) - PASSI 2007

- Nella ex ASL 16 il 77,2% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il **45,1%** riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il **15,6 %** tra 1 e 2 anni fa, il **16,5 %** più di 2 anni fa, mentre il **22,8 %** non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo risulta più diffusa tra le classi di età più avanzate, nelle donne, in coloro che hanno un titolo di studio più basso e che dichiarano di non avere difficoltà economiche

Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
<b>Totale</b>	77,2% (IC95%:71,2%-82,6%)
<b>Classi di età</b>	
18 - 34	51,6
35 - 49	79,2
50 - 69	93,3
<b>Sesso</b>	
M	72,6
F	82,0
<b>Istruzione*</b>	
bassa	82,4
alta	72,4
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	75,0
no	78,1

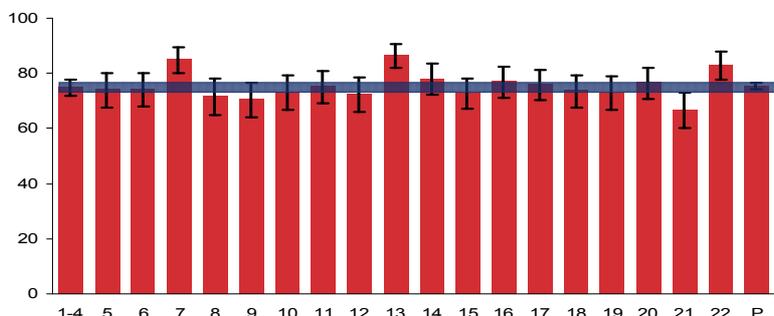
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo ( range dal 66% dell'ASL 21 all' 85% dell' ASL 7, che insieme all' ASL13 si differenzia significativamente dal valore regionale ).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Il 26% di coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, riferisce di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione.

### Ipercolesterolemia riferita ex ASL 16 (n= 173) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)
<b>Totale</b>	26,0 (IC95%: 19,6 % - 33,2 %)
<b>Età</b>	
18 - 34	18,8
35 - 49	28,1
50 - 69	27,4
<b>Sesso</b>	
M	24,4
F	27,5
<b>Istruzione*</b>	
bassa	29,2
alta	22,6
<b>Difficoltà economiche**</b>	
sì	25,0
no	26,4

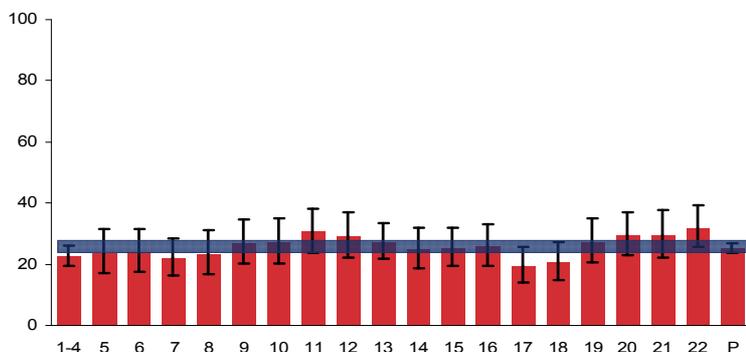
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia ( range dal 18% dell' ASL 17 al 33% dell' ASL 22 )
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia sono risultate il 25%

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

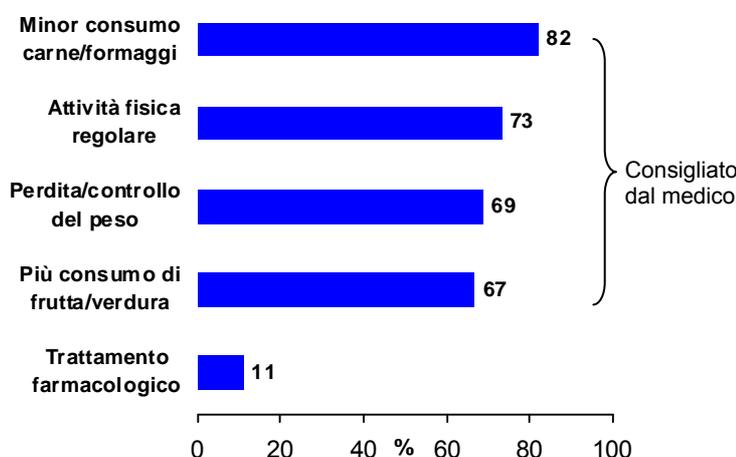
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- L' 11,1% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L'82% % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il **67%** di aumentare il consumo di frutta e verdura, il **69 %** di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il **73 %** di svolgere regolare attività fisica.
- Anche se va considerato con cautela l' ampia variabilità dovuta alla bassa numerosità dei dati raccolti, tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci ( range dal 9% delle ASL 12 e 17 al 52% dell' ASL 21 che mostra evidenti differenze con i livelli regionali )
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia in trattamento farmacologico sono il 25%

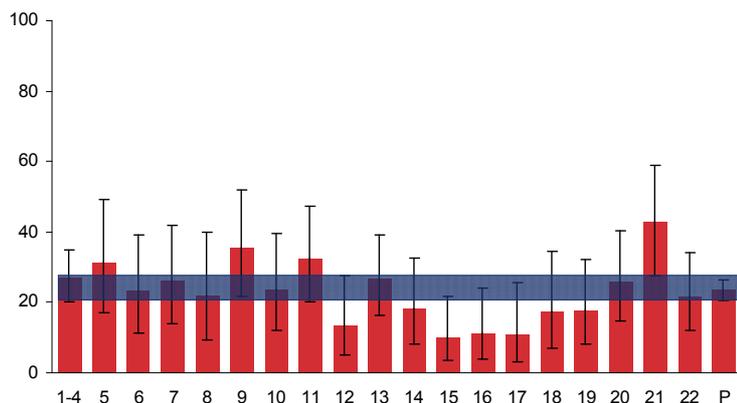
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico\*  
ex ASL 16 - PASSI 2007



\* considerati indipendentemente

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al **22,8 %** della popolazione di 18-69 anni della ex ASL 16 non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il **26 %** dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al **28,1 %** tra le persone di 35-49 anni.

Più o meno i tre quarti dei soggetti con ipercolesterolemia riferiscono di aver ricevuto dal medico consigli per controllare questa condizione attraverso la dieta e l' attività fisica.

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

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

## Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

---

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

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

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

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

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

- Nella ex ASL 16 la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del **9,2%**.

- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, nei soggetti di sesso maschile, in presenza di un basso livello di istruzione e difficoltà economiche e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. Considerando insieme le caratteristiche demografiche con una analisi logistica si confermano le differenze riscontrate con significatività in presenza di difficoltà economiche e almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

- Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (range dall' 1% delle ASL 9 e 15 al 14% del ASL 11 che mostra un evidente differenza anche con i limiti regionali )
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è pari al 7%

### Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ex ASL 16 (n=153) - PASSI 2007

Caratteristiche demografiche		Punteggio calcolato (%)
<b>Totale</b>		<b>9,2</b> (IC95%: 5,1 % - 14,9 %)
<b>Classi di età</b>		
	35 - 49	<b>5,8</b>
	50 - 69	<b>11,9</b>
<b>Sesso</b>		
	M	<b>12,3</b>
	F	<b>6,3</b>
<b>Istruzione*</b>		
	bassa	<b>10,1</b>
	alta	<b>7,8</b>
<b>Difficoltà economiche**</b>		
	basso	<b>10,6</b>
	alto	<b>8,5</b>
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***</b>		
	sì	<b>9,6</b>
	no	<b>7,1</b>

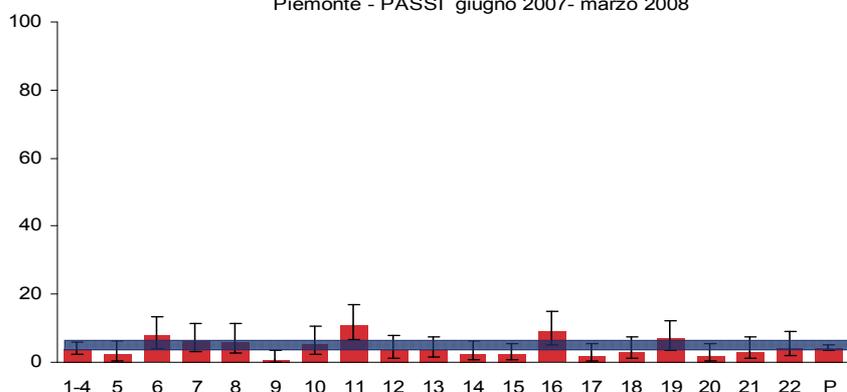
\*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

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

### Persone con più di 35 anni senza patologie cardiovascolari a cui è stato calcolato il punteggio del rischio per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## **Conclusioni e raccomandazioni**

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono ancora scarsamente utilizzati e calcolati da parte dei medici nella ex ASL 16, come in tutta la Regione Piemonte

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

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

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

# Sintomi di depressione

---

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

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

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

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

- Nella ex ASL16 il 3,6% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ex ASL 16 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 sei volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche e che soffrono di almeno 1 patologia cronica
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata, la probabilità di presentare sintomi di depressione rimane significativamente più elevata per le donne, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone con livello di istruzione basso ed in coloro che soffrono di almeno una patologia cronica.

- Tra le ASL del Piemonte, la percentuale di persone con sintomi di depressione va dal 2% della ASL 16 (significativamente inferiore al valore regionale) al 15% della ASL 8
- Dal pool PASSI risulta che il 9% degli intervistati mostra sintomi di depressione nelle ultime due settimane

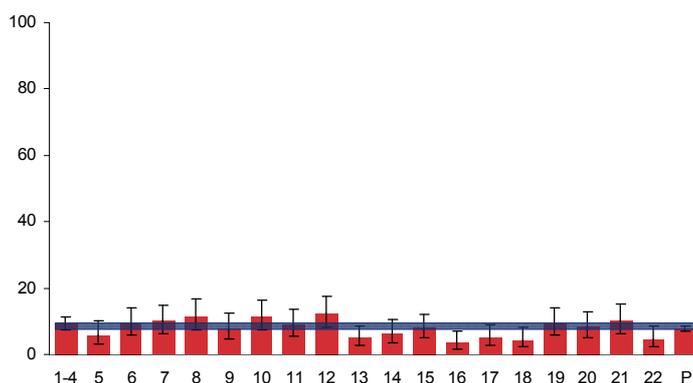
**Sintomi di depressione**  
ex ASL16- PASSI 2007 (n=224)

Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 $\geq 3$ )
<b>Totale</b>	<b>3,6</b> (IC95%: 1,6-6,9)
<b>Classi di età</b>	
18-34	3,2
35 - 49	4,2
50 - 69	3,3
<b>Sesso</b>	
uomini	0,9
donne	6,3
<b>Istruzione*</b>	
bassa	5,6
alta	1,7
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	6,3
no	2,5
<b>Stato lavorativo</b>	
Lavora	3,4
Non lavora	3,9
<b>Malattie croniche</b>	
Almeno una	5,1
Nessuna	3,2

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

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

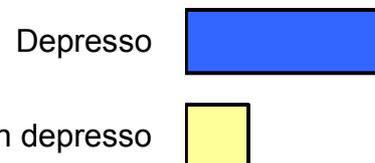
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



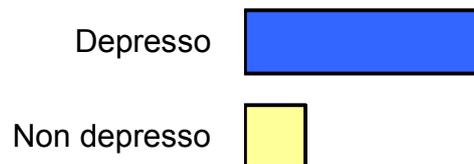
## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 35% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", versus il 69% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività è anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione

### Giorni in cattiva salute fisica



### Giorni in cattiva salute mentale

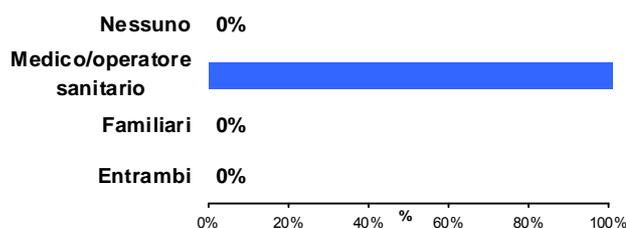


### Giorni con limitazioni di attività

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

- Nella ex ASL 16 su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 100%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 100%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione ex ASL 16 - PASSI2007



## Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati la cura 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 Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 370 morti ogni anno, senza contare gli oltre 1.700 decessi per carcinoma dell' utero a sede non specificata.

In Piemonte il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell' utero nel periodo 1998-2002 è stato di 13/100.000 donne residenti; nel 2002 si stimano 329 nuovi casi.

La mortalità per questa causa è in diminuzione; in Piemonte nel 2005 i decessi attribuibili sono stati 253 e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 59%.

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 2006 in Italia il 69% delle donne risiede in un territorio dove è attivo un programma di screening e la diffusione dei programmi sta aumentando e diventando più uniforme a livello nazionale.

In Piemonte il programma di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell' utero è partito nel 1992 a Torino e si è esteso a tutto il territorio regionale dal 1996; nel 2006 l' 83% delle donne tra i 25 e 64 anni ha ricevuto un invito a partecipare allo screening organizzato.

### Quante donne hanno eseguito un Pap test negli ultimi 3 anni ?

- Nella ex ASL 16 circa l'81% delle donne intervistate di età compresa tra 25 e 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, nel corso degli ultimi tre anni, come richiesto dal programma di screening "Prevenzione Serena"
- Il Pap test risulta più diffuso nella classe di età 35-49 anni, tra le non coniugate. Le donne con istruzione elementare e che riferiscono difficoltà economiche lo effettuano meno delle altre.
- Considerando insieme queste caratteristiche, con una analisi multivariata, si confermano le differenze dovute allo stato civile, allo stato di convivenza e alla presenza o meno di difficoltà economiche.

**Donne che riferiscono di avere effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni\* (25-64 anni)**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=84)

Caratteristiche	%
<b>Totale</b>	<b>81,0</b> (IC95%:70,9-88,7)
<b>Classi di età</b>	
25 - 34	77,3
35 - 49	97,2
50 - 64	61,5
<b>Stato civile</b>	
coniugata	78,8
non coniugata	87,0
<b>Convivenza</b>	
convivente	81,4
non convivente	80,0
<b>Istruzione**</b>	
bassa	76,3
alta	84,8
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	59,1
no	88,7

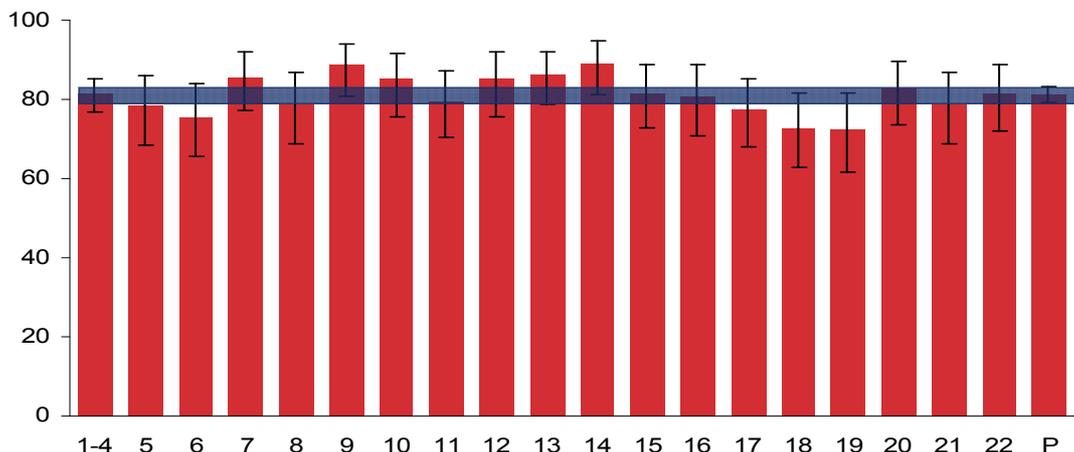
\* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

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

- Tra le ASL del Piemonte la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è generalmente alta e non emergono differenze statisticamente significative ( range dal 71% dell' Asl 18 all' 88% delle ASL 7 e 9 ). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

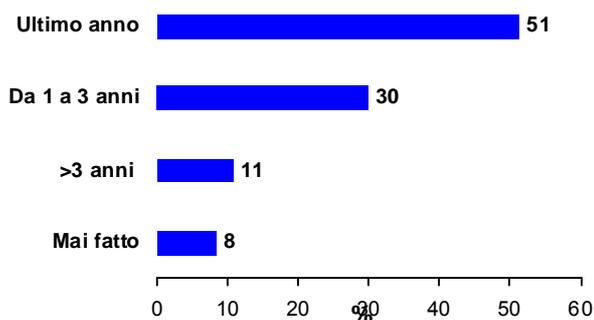


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale la percentuale delle donne intervistate di 25-64 anni che riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è del 73%.

### Quando è stato effettuato l' ultimo Pap test?

- Lo screening prevede per le donne tra i 25 ed i 64 anni l' effettuazione del Pap test ogni tre anni
- Tra le intervistate di età compresa tra i 25 ed i 64 anni di età :
  - L' 8% riferisce di non avere mai eseguito un Pap test preventivo
  - Il 51% riferisce di averlo effettuato nell' ultimo anno
  - Il 30% da uno a tre anni prima
  - L' 11% da più di tre anni

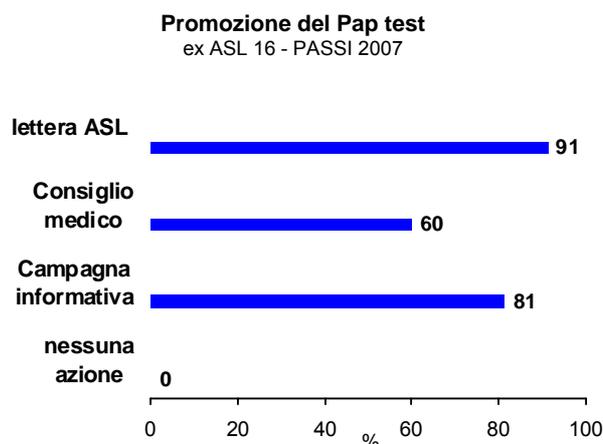
Quando l' ultimo Pap test ( % )\*  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=84)



\* Lo screening regionale prevede la ripetizione del Pap test ogni 3 anni

## Quale promozione per lo screening delle neoplasie del collo dell' utero?

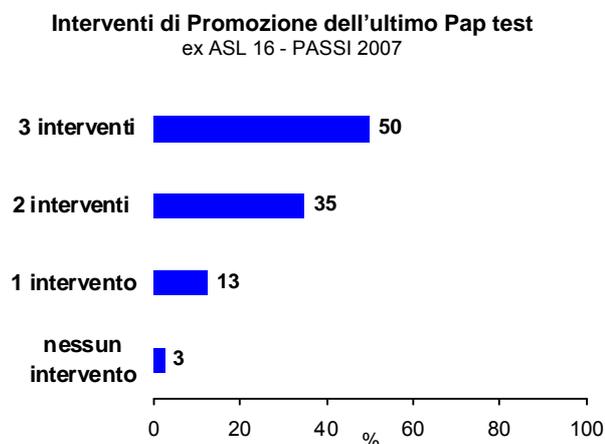
- Nella ex ASL 16:
  - il 91% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate\*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
  - L' 81 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 60% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.



\* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

- Anche se i dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali, tra le ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità nell' aver ricevuto la lettera di invito dell' ASL ( range dal 52% dell' ASL 14 al 94% dell' ASL 15), il consiglio dell' operatore sanitario ( range dal 48% dell' ASL 18 al 77% dell' ASL 13 ) e aver visto o sentito una campagna informativa ( range 51% dell' ASL 1 al 85% dell' ASL 9 ).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale nel 2007, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dall' ASL, il 58% il consiglio dell' operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

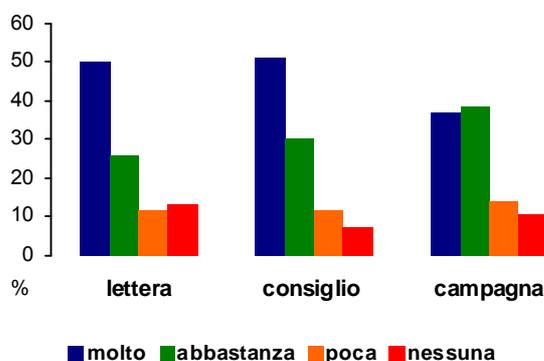
- Il 50% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 35% due interventi di promozione, il 13% uno solo.
- Solo il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



## Quanto influiscono gli interventi di promozione del Pap test sulla sua effettuazione?

- Nella ex ASL 16 il 75,8% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (50% molta e 25,8% abbastanza)
- Una donna su tre attribuisce poca o nessuna influenza per l'effettuazione del Pap test negli ultimi tre anni, all'aver ricevuto la lettera o avere visto o sentito la campagna informativa

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test  
ex ASL 16 - PASSI 2007

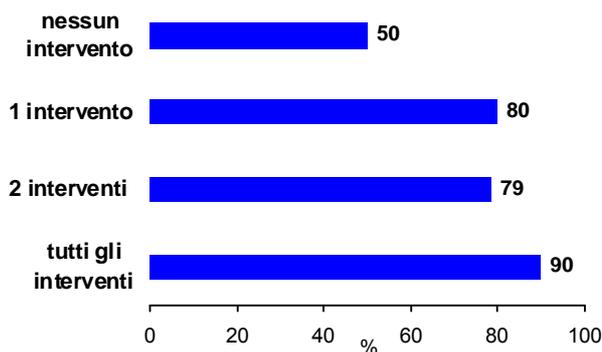


- Tra le ASL del Piemonte la percezione dell'influenza positiva del consiglio dell'operatore sanitario ha un range compreso tra il 65% dell'ASL 18 e il 97% dell'ASL 9; l'influenza positiva della lettera va dal 54% dell'ASL 14 all'80% dell'ASL 9: questi dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali
- A livello nazionale tra le ASL partecipanti alla sorveglianza l'influenza positiva del consiglio dell'operatore sanitario è del 77%, quella della lettera dell'ASL è del 65% e quella della campagna informativa il 62%.

## Quali risultati dagli interventi di promozione del Pap test?

Effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni in relazione al numero di interventi di promozione ricevuti (%)  
ex ASL 16 - PASSI 2007

- Nella ex ASL 16 ha comunque effettuato il Pap test nei tempi raccomandati il 50% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione; la percentuale sale al 79% nelle donne che hanno ricevuto due interventi tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'80% con uno e al 90% con tutti e tre gli interventi.

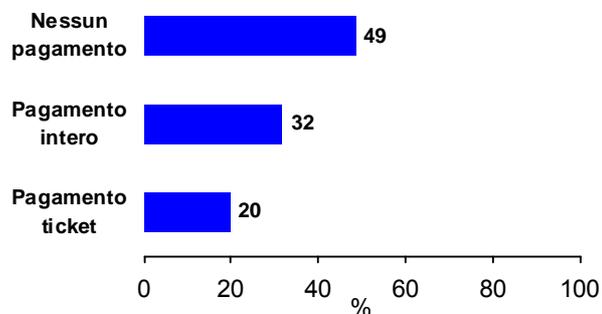


## Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ex ASL 16 il 49% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 20% ha pagato solamente il ticket e il 32% ha pagato l'intero costo dell'esame.

Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

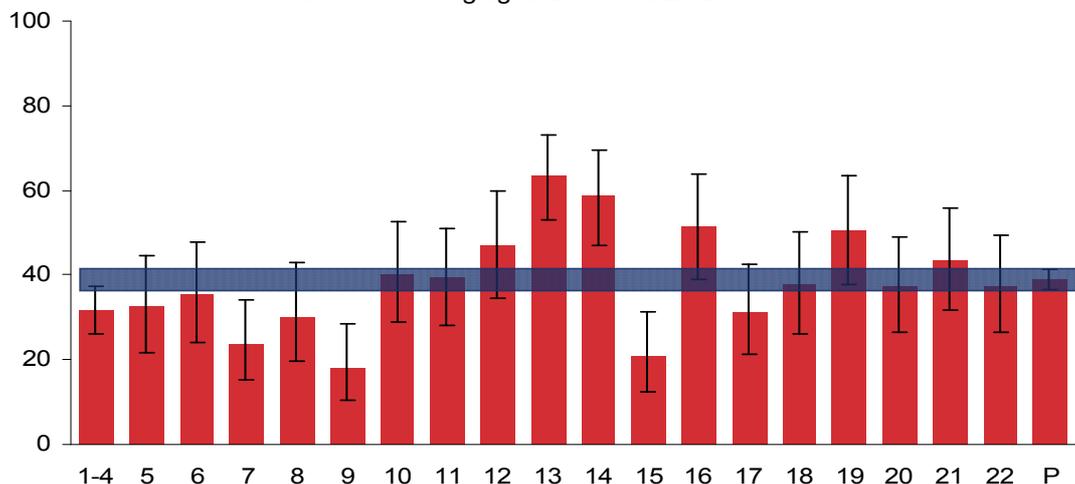
**Costi del Pap test per le pazienti**  
Ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=68)



- Tra le ASL del Piemonte si osserva un'ampia variabilità, con differenze anche significative nella percentuale di donne che ha riferito di aver pagato ( il costo totale o solo il ticket ) per il PaP test, ( range dal 17% dell' ASL 15 al 65% dell' ASL 13 ). Anche in questo caso occorre ricordare la scarsa numerosità dei campioni aziendali.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



A livello nazionale tra le ASL partecipanti alla sorveglianza le donne che hanno riferito di avere effettuato un pagamento per eseguire il Pap test sono risultate il 51%

## Perché non è stato effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni?

- Nella ASL XXX l'8,3% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 10,7% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
  - "penso di non averne bisogno" 19%
  - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 31%
  - "altro" 13%
  - "nessuno me lo ha consigliato" 13%
  - "ho paura dei risultati dell'esame" 6%
  - "è difficile prenotare l'esame" 13%
- L'6% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivi per cui non è stato effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=84\*)



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

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL 16 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio. Lo studio PASSI informa della copertura totale (81%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale, anche quelle che lo hanno effettuato privatamente. Questo ultimo tipo di attività rappresenta probabilmente oltre la metà del totale, considerato che il 32% delle donne paga interamente il costo del test e il 20% paga solo il ticket. Anche il fatto che il Pap test a scopo preventivo risulti eseguito nel corso dell'ultimo anno dal 51% delle donne intervistate contro un atteso teorico del 35%, indica una attività svolta con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (ogni 3 anni). Circa un quinto delle donne che non si sottopone all'esame per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero, lo fa perché pensa di non averne bisogno. Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening Prevenzione Serena, questa azione di sanità pubblica potrebbe ulteriormente migliorare con interventi rivolti alle donne che non aderiscono al programma e al recupero dell'attività svolta fuori di esso.

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

In Italia il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne, facendo registrare circa 37.000 nuovi casi e oltre 11.000 decessi all'anno.

In Piemonte si stima che nel 2002 siano stati diagnosticati circa 3.000 nuovi casi; la sopravvivenza, in aumento, a 5 anni dalla diagnosi è pari all'86%.

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.

Nel 2006 in Italia il 78% delle donne tra 50 e 69 anni risulta teoricamente inserito in un programma di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie della mammella, ma quelle che hanno ricevuto una lettera di invito per l'effettuazione della mammografia preventiva sono state circa il 50%.

In Piemonte il programma di screening è stato attivato a Torino nel 1992 ed esteso a tutto il territorio regionale a partire dal 1996 e prevede l'invito per l'esecuzione di una mammografia ogni due anni alle donne di 50 e 69 anni; nel 2006 le donne effettivamente invitate risultano il 70% di tutte quelle che avrebbero diritto allo screening. Nel programma di screening vengono anche inserite, con controlli annuali le donne tra i 45 ed i 50 anni di età che ne fanno richiesta.

## Quante donne hanno eseguito una mammografia negli ultimi 2 anni?

- Nella ex ASL 16 il 77,8% 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 nel programma Prevenzione Serena.
- Questo screening viene effettuato di meno dalle donne non conviventi, della classe di età 60-69 anni, con livello di istruzione più alto e senza difficoltà economiche; le differenze sono statisticamente significative.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 48 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 45,8% 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).

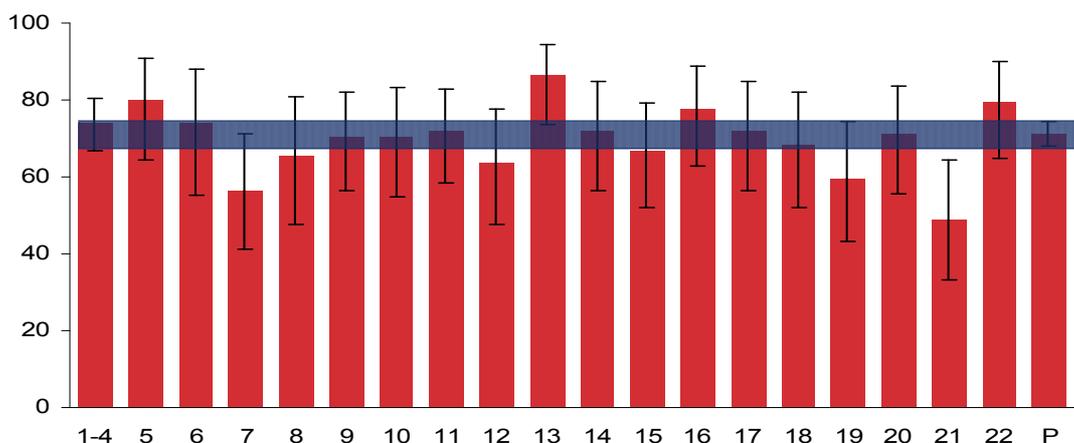
Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ex ASL 16- PASSI 2007 (n=45)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
<b>Totale</b>	<b>77,8</b> (IC95%:62,9-88,8)
<b>Classi di età</b>	
50- 59	68,4
60 -69	84,6
<b>Stato civile</b>	
coniugata	75,7
non coniugata	87,5
<b>Convivenza</b>	
convivente	79,4
non convivente	72,7
<b>Istruzione</b>	
bassa	78,8
alta	75,0
<b>Difficoltà economiche</b>	
sì	76,5
no	78,6

\* chi ha eseguito la Mammografia in assenza di segni o sintomi

- Nelle ASL della Regione, la percentuale di donne tra 50 e 69 anni che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni varia dall'84% dell'ASL 5 al 40% dell'ASL 21, unica ASL a far registrare un valore significativamente inferiore alla media regionale

### Donne tra i 50 e i 69 anni che hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

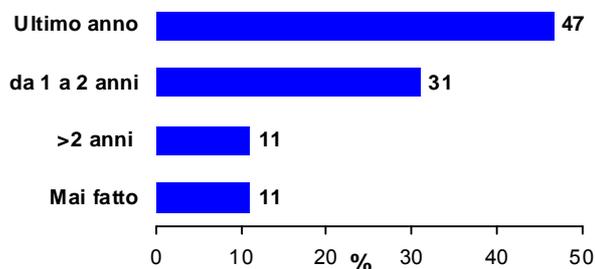


- Nel 2007 tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

### Quando è stata eseguita l' ultima mammografia?

- Il 47% delle donne tra 50 e 69 anni riferisce di aver effettuato l' ultima mammografia preventiva nell' ultimo anno, il 31% tra uno e due anni prima dell' intervista, mentre l' 11% l' ha effettuata da un tempo superiore a quello previsto dai programmi di screening
- Più di una donna su 10 della popolazione target riferisce di non avere mai eseguito una mammografia preventiva.

Quando l' ultima mammografia \* (%)  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=45)

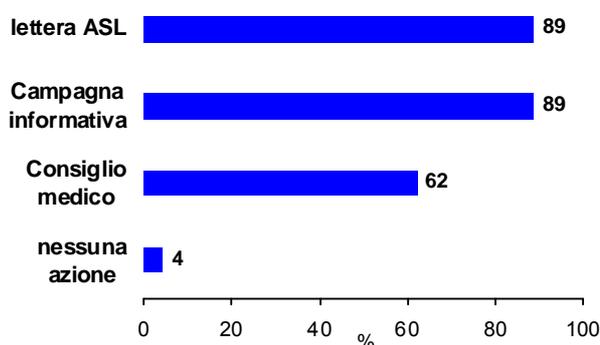


\* Lo screening organizzato prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

## Quale promozione per lo screening delle neoplasie della mammella?

- Nella ex ASL 16:
  - l'89% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
  - l'89% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 62% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.

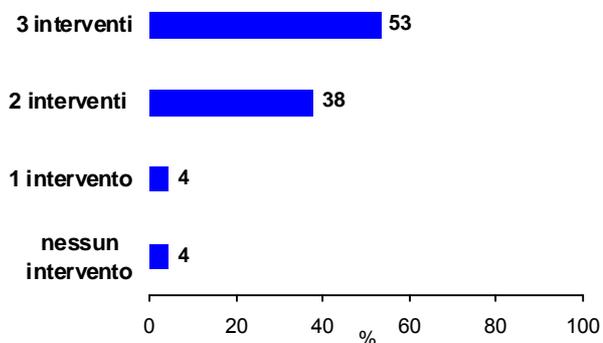
Promozione della mammografia ( % )  
ex ASL 16 - PASSI 2007



- Tra le ASL della Regione si rilevano differenze importanti nell' aver ricevuto la lettera ( range dal 40% dell' ASL 21 al 97% dell' Asl 9 ), il consiglio dell' operatore sanitario ( range dal 40% dell' ASL 21 al 85% dell' ASL 13 ) e nell' aver visto o sentito una campagna informativa ( range dal 57% dell' ASL 21 al 93% dell' ASL 7 ). I dati vanno però considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali.
- A livello nazionale nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza, 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.

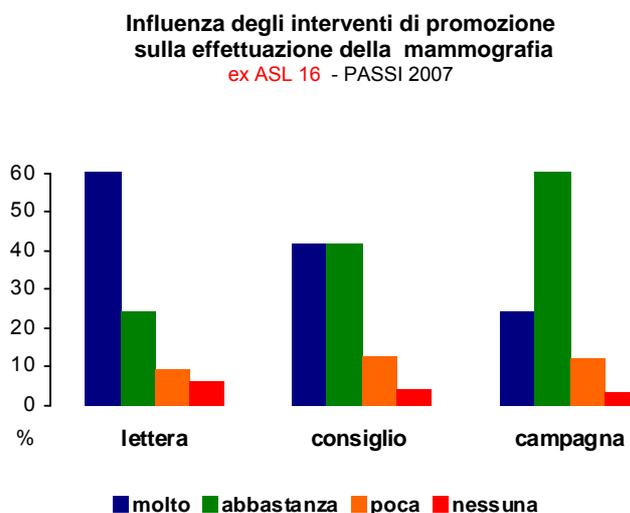
- Il 53% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 38% due interventi di promozione, il 4% uno solo.
- Solo il 4% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Numero interventi di Promozione dell'ultima mammografia ( % )  
ex ASL 16 - PASSI 2007 ( N= 33)



## Quanto influiscono gli interventi di promozione della mammografia sulla sua effettuazione?

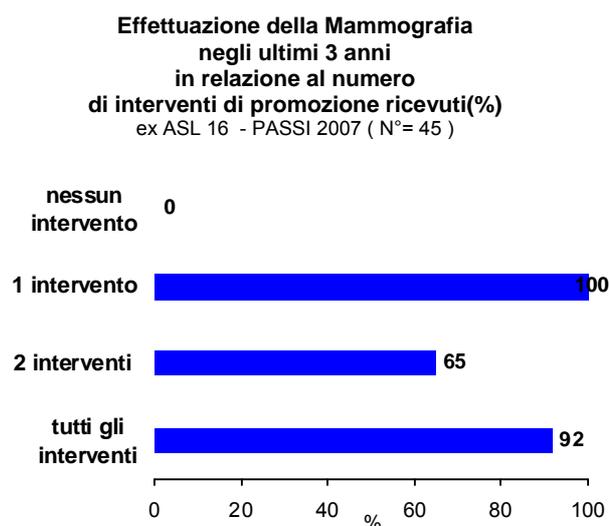
- Nella ex ASL 16 l' 84,6% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (60,6% molta e 24,2% abbastanza), mentre il 9% poca influenza sulla scelta ed il 6,1% nessuna
- L' influenza informativa della campagna è simile ( 84,8% ), ma la sua " forza " è diversamente distribuita ( "abbastanza" influente è superiore a "molto" influente )
- Di poco superiore è l' influenza del consiglio del medico con uguale distribuzione ( "abbastanza" è uguale a "molto" influente )



Relativamente alla percezione dell' influenza dei singoli interventi di promozione dello screening mammografico, tra le ASL del Piemonte si osservano notevoli differenze che sono da valutare con molta cautela per la numerosità ancora limitata delle osservazioni raccolte ( influenza positiva degli interventi di promozione della mammografia: per la lettera il range va dal 50% dell' ASL 12 e 15 al 100% della 21; per il consiglio dell' operatore sanitario il range va dal 50% dell' ASL 12 al 100% della 21 e della 6 ; per la campagna informativa il range va dal 50% dell' ASL 15 al 100% della ASL 21 ).

## Quali risultati dagli interventi di promozione della Mammografia?

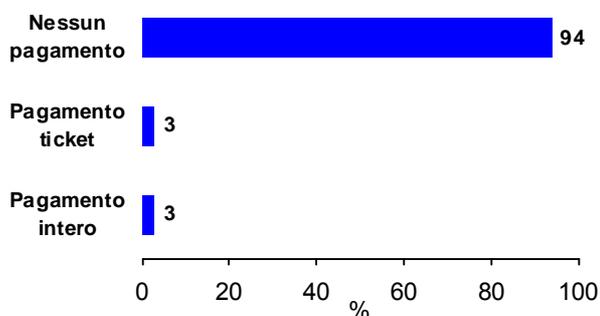
- Nella ex ASL 16 il totale ( 100% ) delle donne di 50-69 che hanno ricevuto un intervento di promozione, tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale scende al 65% nelle donne che hanno ricevuto due interventi e al 92% con tutti e tre gli interventi.



## Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ex ASL 16 il 94,1% delle donne che ha effettuato lo screening negli ultimi 2 anni, ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 3% ha pagato solamente il ticket e il 3% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Poiché l'effettuazione della mammografia all'interno del programma regionale di screening è gratuita, le informazioni sul pagamento possono essere considerate indicative della diffusione della mammografia preventiva al di fuori dello screening organizzato : in strutture pubbliche o accreditate ( solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati ( pagamento intero )

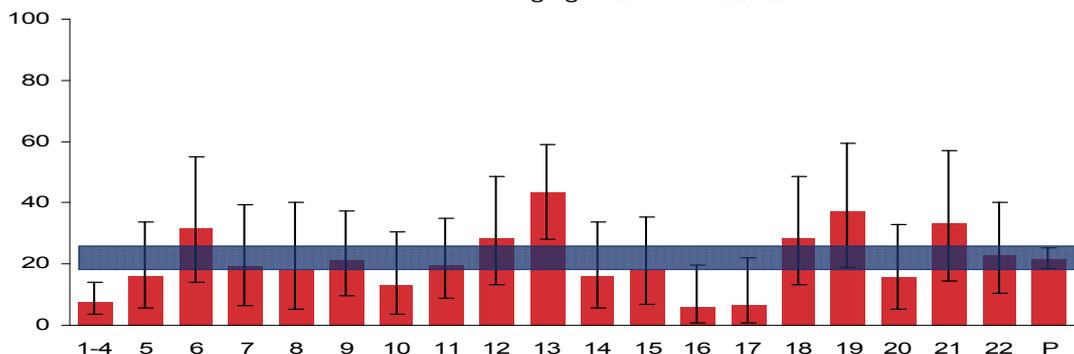
**Costo dell' ultima mammografia (%)**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=35)



- Tra le ASL del Piemonte la percentuale di donne che ha riferito di aver pagato l' ultima mammografia varia dal 5% dell' ASL 16 al 44% dell' ASL 13, ma le differenze osservate devono essere interpretate con cautela per la limitata numerosità dei dati raccolti a livello delle ASL.

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

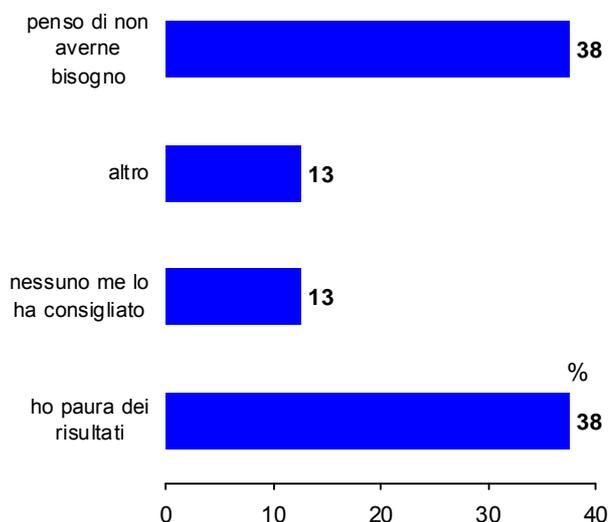
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



## Perché non è stata effettuata la mammografia negli ultimi 2 anni?

- Nella ex ASL 16 il 22,2 % delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e l'11,1% di averla effettuata oltre i 2anni.
- Il 20% di queste donne che non hanno effettuato la mammografia secondo le linee guida risponde "non so/ non ricordo" alla domanda che intende indagare i motivi di questa situazione.
- Poco meno della metà individua nel " non averne bisogno" e nella " paura dei risultati " i motivi per cui non ha effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni ; il 13% risponde che nessuno glielo ha consigliato

Motivi per cui la mammografia non è stata effettuata negli ultimi 2 anni (%) ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=45)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ex ASL 16 la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti elevata la percentuale di donne (77,8%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, di queste circa la metà l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno.

La necessità di estendere ulteriormente lo screening si evidenzia dall'osservazione che, in età target, una donna su 10 non ha mai effettuato questo intervento di prevenzione e che il 4% dichiara di non aver ricevuto alcun intervento di promozione per la sua esecuzione.

Anche se la " lettera dell' ASL " e la campagna informativa sono gli interventi che hanno influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia, sembra importante implementare tutte le azioni per la sua promozione, in quanto all' aumentare del numero di interventi di promozione ricevuti, aumenta la probabilità che le donne effettuino l' esame.

Verificando le modalità di pagamento dell' ultima mammografia tra le donne che l' hanno effettuata negli ultimi 2 anni, si può stimare che il 6% di esse abbia eseguito questo esame al di fuori del programma regionale di screening " Prevenzione Serena "

L' opportunità di mettere in campo azioni volte a migliorare l' appropriatezza delle prestazioni di prevenzione del tumore della mammella effettuate sul territorio regionale viene indicata anche da altri risultati: l' età media della prima mammografia a 48 anni ed il fatto che oltre la metà delle donne tra 40 e 49 anni ha già effettuato una mammografia preventiva.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

Considerando entrambi i sessi, i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia. In Italia ogni anno muoiono e si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500.

In Piemonte si stimano circa 3600 nuovi casi all' anno. Queste neoplasie sono responsabili di circa l' 11% dei decessi per tumore, pari a circa 1510 morti annui nel periodo 1998-2002. La sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è del 55%; la prevalenza stimata è 576,2 per 100.000 nel sesso maschile e 544,5 per 100.000 nel sesso femminile.

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici ( ricerca di sangue occulto nelle feci e colonscopia ) sono in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

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

In Piemonte lo screening per le neoplasie del colon retto, avviato nel 2003 all' interno del programma " Prevenzione Serena" prevede una flessosigmoidoscopia a 58 anni e la ricerca del sangue occulto ogni 2 anni tra i 59 e i 69 anni di età a coloro che non rientrano nell' offerta precedente. I programmi di screening per neoplasie del colon retto non sono ancora stati attivati su tutto il territorio regionale , ma sono in fase di implementazione .

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

- Nella ex ASL 16 il 15,6% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 5,7% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 10,2% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.
- Si osservano differenze per età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche
- L'analisi multivariata indica una maggior prevalenza significativa nella classe 60-69 anni, sesso femminile, livello di istruzione, assenza di difficoltà economiche

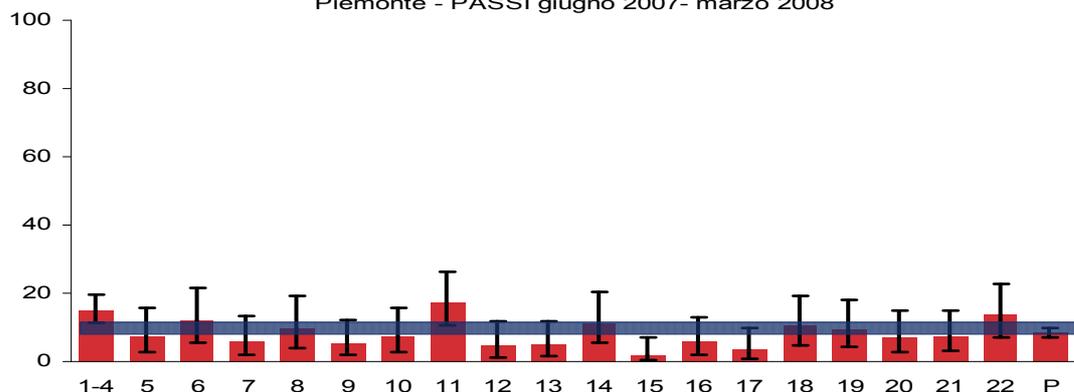
**Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida  
Colon-retto (50-69 anni)  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=90)**

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
<b>Totale</b>	<b>5,7</b> (IC95% 1,9-12,8)	<b>10,2</b> (IC95% 4,8-18,5)
<b>Classi di età</b>		
50 - 59	2,3	6,8
60 - 69	9,1	13,6
<b>Sesso</b>		
uomini	4,5	9,1
donne	6,8	11,4
<b>Istruzione</b>		
bassa	1,6	6,5
alta	14,8	19,2
<b>Difficoltà economiche</b>		
sì	3,2	9,4
no	7,0	10,7

- La percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni, pur risultando ovunque ancora bassa, mostra una grossa variabilità tra le ASL del Piemonte ( range dal 2% dell' ASL 15 al 21% dell' ASL 11), con differenze che vanno considerate con cautela per la bassa numerosità dei campioni aziendali.

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

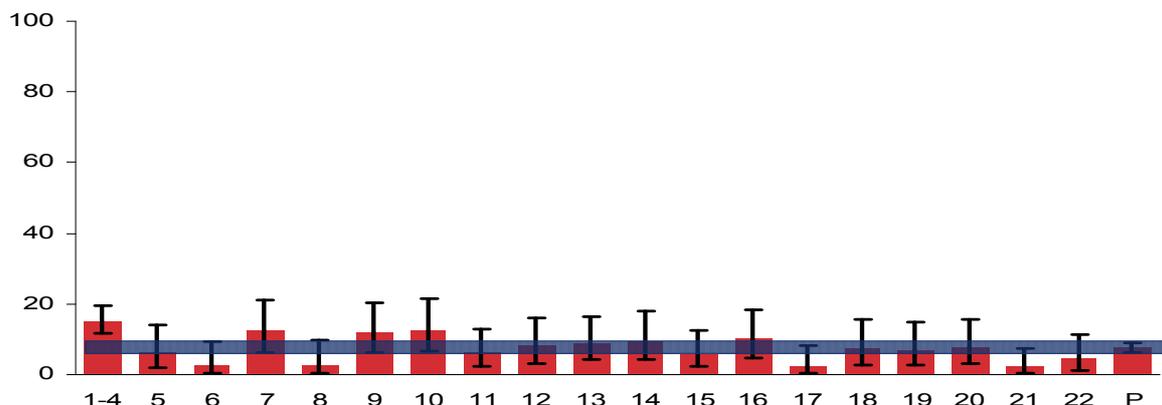
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



- Considerazioni analoghe si possono fare relativamente alla percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato una colonscopia negli ultimi 5 anni ; in questo caso il range va dal 2% delle ASL 8 e 17 al 15% dell' ASL 1-4

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



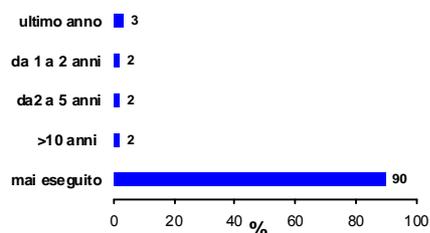
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19% degli intervistati di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il 3,4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 2,3% da uno a due anni
- il 2,3% da più di due a cinque anni
- Il 98,9% non ha mai eseguito il test.

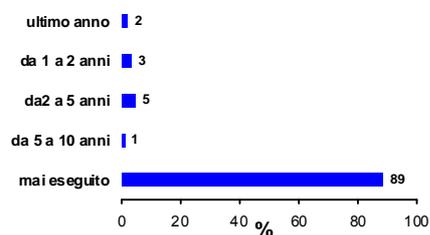
**Sangue occulto e periodicità**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=90)



Rispetto alla colonscopia:

- il 2,3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 3,4% da uno a due anni
- il 4,5% da due a cinque anni
- l' 1,1% da cinque a dieci anni
- l' 88,6 % riferisce di non averla mai eseguita

**Colonscopia e periodicità**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=90)



## Quale promozione per lo screening per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

- Nella ex ASL 16:

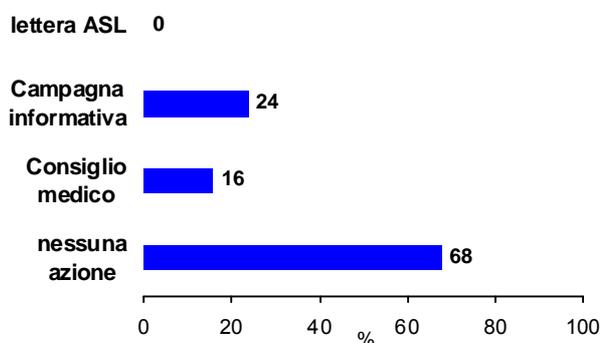
oltre la metà ( 68%) degli intervistati con 50 anni o più ha riferito di non aver ricevuto nessuna azione di promozione per la diagnosi precoce del tumore colo rettale, mentre il 32% riferisce di averne ricevuto più di uno

In particolare:

il 24% ha riferito di aver visto o sentito la campagna informativa

il 16% di aver ricevuto il consiglio dal medico

Promozione dello screening coloretale  
ex ASL 16 - PASSI 2007

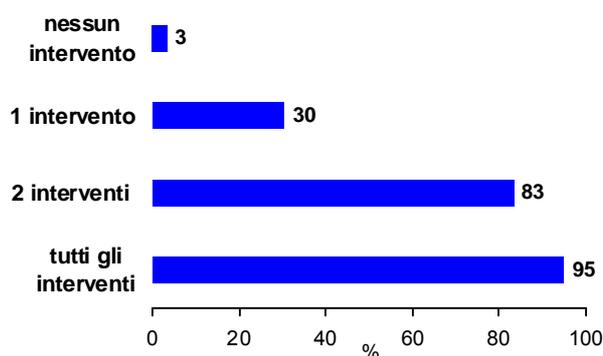


Tra le ASL partecipanti al sistema sorveglianza a livello nazionale, il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23% il consiglio di un operatore sanitario e il 42% ha visto o sentito una campagna informativa. In considerazione dell' avvio ancora parziale dello screening sul territorio regionale , in Piemonte si osservano importanti differenze tra le ASL per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening coloretale ( range dal 31% dell' ASL 1-4 allo 0% di sette ASL, tra cui l'ex ASL 16 ), il consiglio dell' operatore sanitario ( range dal 5% dell' ASL 17 al 27% dell' ASL 1-4 ) e aver visto o sentito una campagna informativa ( range dal 18% della Asi 5 al 50% dell' ASL 13 )

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

- Nella ex ASL 16 il 3% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 30% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all' 83% con due interventi e al 95% con tutti e tre gli interventi.

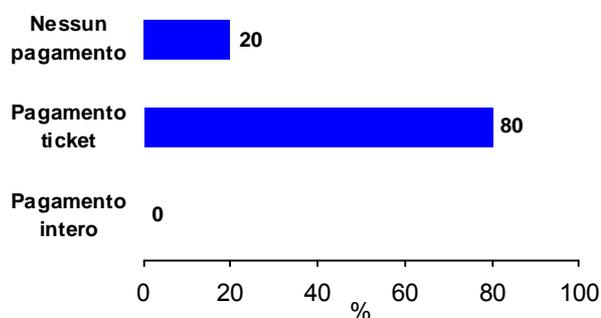
Effettuazione dello screening coloretale in relazione al numero di interventi di promozione ricevuti ( % )  
ex ASL 16 - PASSI 2007



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

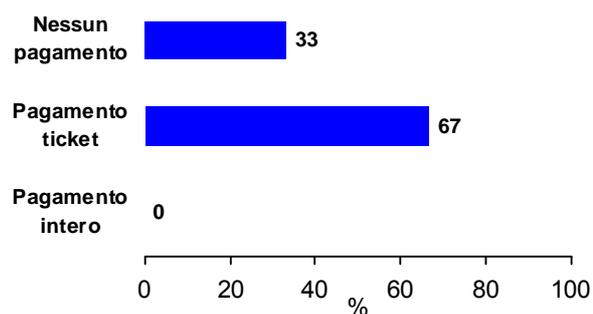
- Nella ex ASL 16 il 20% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; l' 80% ha pagato solo il ticket e nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.

**Costi della ricerca di sangue occulto**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=5)



- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 33% non ha effettuato alcun pagamento, il 67% ha pagato esclusivamente il ticket e nessuno ha pagato per intero il costo dell'esame.

**Costi della colonscopia**  
ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=9)

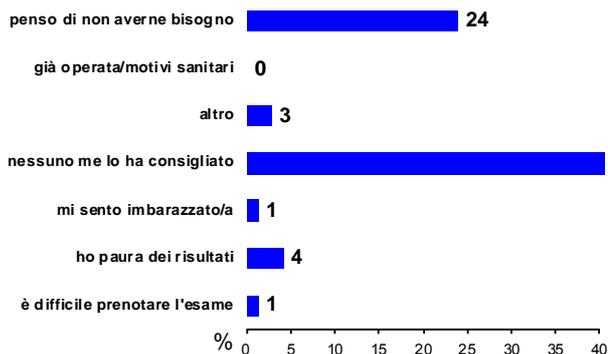


L'effettuazione degli esami all'interno del programma di screening organizzato è gratuita, quindi le informazioni sul pagamento possono indicare la diffusione della ricerca di sangue occulto e della colonscopia al di fuori dello screening organizzato : in strutture pubbliche o accreditate ( solo ticket ) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati ( pagamento intero )

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

- Nella ex ASL 16 l' 84,4% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:  
  
per il 64,8% perché “ nessuno me lo ha consigliato”  
per il 24% perché “ penso di non averne bisogno”
- Circa il 20% delle persone ha risposto ha questa domanda “non so/ non ricordo”.

### **Motivi della mancata effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto ( % ) ex ASL 16 - PASSI 2007 (n=90)**



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore del colon-retto, sono poche ( 15,6% ) le persone tra i 50 e i 69 anni che si sottopongono ad esso a scopo preventivo.

I programmi di offerta attiva in Piemonte sono in fase di implementazione.

Come per gli altri screening oncologici organizzati a livello regionale , la promozione dei test per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto prevede , oltre all' invito scritto a tutti i partecipanti, la realizzazione di campagne informative e di interventi congiunti con i MMG ed altri operatori del sistema sanitario. Attualmente oltre la metà delle persone che non hanno effettuato lo screening dichiarano di non averlo fatto perché nessuno glielo ha consigliato.

# 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=](http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano)
17. vuoto&lingua=italiano; ultima consultazione 30/08/2007.
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
19. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta: CDC; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/brfss/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
20. World Health Organization Europe. Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
22. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National

- 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, Zanacchi 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&lingu=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.
  42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise 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 scarl; 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.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano\\_prev\\_attiva2004\\_2006.pdf](http://www.osservatorionazionalecreening.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. Dzawaltowski, 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/gsfsv\\_fv.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfsv_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/sINTESE%20Report\\_Alcol\\_Ue\\_2006\\_it.1153401953.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESE%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, Sorensen Tia, Sogaard 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, Zuccaro P. 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". Inserto 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 - II rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20\(1-18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%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/124257.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, Iascione 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, Ravalidi 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. Thomicroft 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
132. 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.
133. Giuffrè LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411–22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.

140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
142. 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.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
149. 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.
150. 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.
151. 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.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
153. Horstmann DM, Schluenderberg 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) (ltimo 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. Carrozzì 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.