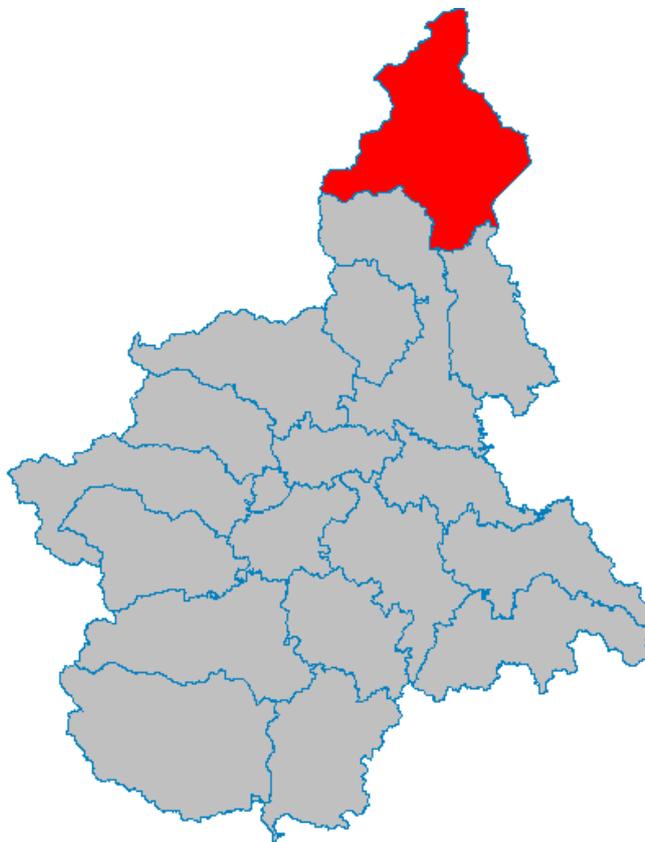


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto Aziendale 2007 – 2009

ASL VCO



A cura di:

**Ferrari Dott. Paolo – Coordinatore ASL VCO della Sorveglianza PASSI
Dipartimento di Prevenzione
Responsabile Struttura di Epidemiologia**

Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Donatella Tiberti, (SeREMI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL AL) Maria Chiara Antoniotti, Andrea Nucera, Orietta Mariani (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara) , Paolo Ferrari (Servizio di Epidemiologia, ASL VCO), Michela Audenino, (Assessorato alla Tutela della salute e Sanità Regione Piemonte)

- a livello aziendale:

Campionamento

Marco Dal masso (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3), Paolo Ferrari (Struttura di Epidemiologia, ASL VCO)

Intervistatori

Vilma Corvi, Ezio Primatista.

Si ringraziano i Direttori Generali, i Direttori Sanitari ed i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, i Medici di Medicina Generale per la collaborazione fornita.

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

Per qualsiasi informazione o chiarimento:

Ferrari Dott. Paolo – 0323/868028 – 868020; e mail: epidemiologia@aslvco.it

Struttura di Epidemiologia – Dipartimento di Prevenzione – Via IV novembre 294, 28882 Crusinallo di Omegna (VB)

Indice

Premessa	pag.	2
Sintesi del rapporto aziendale	pag.	3
Metodi	pag.	5
Descrizione del campione aziendale	pag.	7
Percezione dello stato di salute	pag.	11
Attività fisica	pag.	14
Abitudine al fumo	pag.	18
Situazione nutrizionale	pag.	24
Consumo di alcol	pag.	29
Sicurezza stradale	pag.	34
Infortuni domestici	pag.	39
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	41
Vaccinazione antirosolia	pag.	43
Rischio cardiovascolare	pag.	45
Sintomi di depressione	pag.	53
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	56
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	60
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	65
Bibliografia	pag.	70

Premessa

I sistemi sanitari investono in media il 3% della spesa sanitaria nella prevenzione quando circa il 60% della spesa sanitaria in Europa è rappresentato dalla cura di patologie attribuibili a soli sette principali fattori di rischio: ipertensione, fumo, alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, basso consumo di frutta e verdura, sedentarietà.

Il sistema di sorveglianza PASSI è un sistema innovativo di sorveglianza sanitaria che consente il monitoraggio nel tempo:

- dei principali fattori di rischio
- degli effetti dei piani di prevenzione
- dei cambiamenti degli stili di vita e dei comportamenti che influenzano la salute della popolazione adulta
- dei motivi dell'adesione o meno agli interventi di prevenzione offerti dal sistema sanitario.

Dopo un periodo di sperimentazione il sistema di sorveglianza PASSI fa parte delle attività delle Aziende Sanitarie del Piemonte e può essere utilizzato nella valutazione delle attività di prevenzione offrendo la possibilità di operare scelte mirate in campo sanitario.

Partendo dalla conoscenza dei bisogni della popolazione, PASSI è uno strumento per l'ascolto dei cittadini, offrendo la possibilità di esprimere le proprie necessità e interloquire con gli operatori sanitari.

Il confronto e l'integrazione di PASSI con le altre fonti informative disponibili sullo stato di salute permettono, inoltre, di migliorare la conoscenza delle situazioni territoriali e di valutare il raggiungimento degli obiettivi dei programmi di prevenzione.

È un sistema rapido, semplice ed efficace che consente la pianificazione delle attività di prevenzione grazie al contributo dei numerosi operatori delle Aziende Sanitarie che hanno contribuito alla raccolta e all'analisi dei dati presentati in questo report e ai cittadini che, aderendo all'indagine, hanno consentito la raccolta delle informazioni.

A questi operatori e a questi cittadini è innanzitutto doveroso "restituire" le informazioni attraverso le immagini sintetiche e i commenti proposti da questo rapporto.

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: nell'ASL VCO è stato intervistato un campione casuale di 700 persone, selezionato dall'Anagrafe Sanitaria dell'ASL. Il 49% degli intervistati è rappresentato da donne e il 51% da uomini. L'età media è di 45 anni. Il 54% ha un livello di istruzione alto ed il 71% un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: il 28% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute, mentre solo il 44% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: è completamente sedentario il 35% del campione e solo il 27% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un quinto dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: il 26% si dichiara fumatore e il 24% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e nessuno dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario. Il 93% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o quasi sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 21% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare ("ovunque", 4%, o in "alcune zone", 24%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il 31,4% del campione dell'ASL VCO è in sovrappeso, mentre gli obesi sono l'8%. L'eccesso ponderale è trattato nel 19% dei casi con dieta e solo nel 59% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'11,4% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni, negli uomini e nelle persone con difficoltà economiche.

Consumo di alcol: circa il 62% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche ed il 15% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 10% beve fuori pasto, il 4% è bevitore "binge" ed il 5% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta non completamente soddisfacente: il 91% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 20% degli intervistati. Il 9% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 9% 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'ASL VCO, è bassa: il 96% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 24%: tra questi, il 22% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: solo l'11% delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata l'anno precedente l'intervista.

Vaccinazione antirosolia: il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 42%.

Rischio cardiovascolare: si stima che sia iperteso più di un quinto della popolazione dell'ASL VCO, tra i 18 e 69 anni; il 76% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Al 13% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Più di un quinto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (22%) e, tra questi, il 30% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Quasi una persona su cinque (18%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 3,3% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: nell'ASL VCO il 4% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone con bassa istruzione, difficoltà economiche, senza un lavoro regolare o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente colpiti.

Screening neoplasia del collo dell'utero: il 96% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita; l'87% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: l'89% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, il 73% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

Screening tumore del colon retto: solo il 21% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (ricerca del sangue occulto nelle feci, colonscopia o sigmoidoscopia a scopo preventivo).

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 in studio

La popolazione in studio è costituita da persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie dell'ASL VCO, aggiornate al 31 dicembre dell'anno precedente la rilevazione. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista telefonica (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'intervista.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età estratto dalla lista dell'anagrafe sanitaria dell'ASL VCO. La dimensione del campione mensile prevista è di 25 unità. Il campione complessivo, dal mese di giugno 2007 al mese di marzo 2008 compreso, è stato di 225 individui.

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 (vedi mappa). Di conseguenza, oltre a Lombardia e Calabria, anche la Sardegna e alcune province sono state escluse dal pool per limitata numerosità delle interviste.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI. 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.

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. Le ASL 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 telefoniche alla popolazione in studio sono state condotte dal personale delle ASL, principalmente dei Dipartimenti di Prevenzione, a partire da giugno 2007, con cadenza mensile (luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità). L'intervista è durata in media 20 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori, attuata in tutte le regioni con modelli uniformi, e 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.

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

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (portale passidati, riservato agli operatori della Sorveglianza).

Analisi delle informazioni

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

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

In alcuni casi vengono mostrati grafici di confronto del dato regionale con quello delle 19 ASL (le 4 ASL di Torino vengono considerate come unica ASL) introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'Intervallo di Confidenza al 95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, il testo riporta inoltre i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti a livello nazionale 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 118409 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2009 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL VCO.

Da giugno 2007 a dicembre 2009, sono state intervistate 700 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

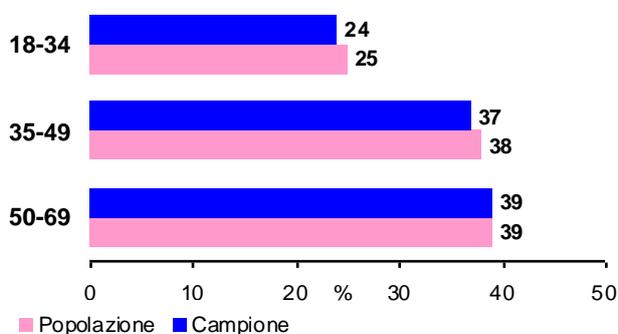
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 100 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta¹ è risultato dell'83%, il tasso di sostituzione² del 17% e quello di rifiuto³ del 14%.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

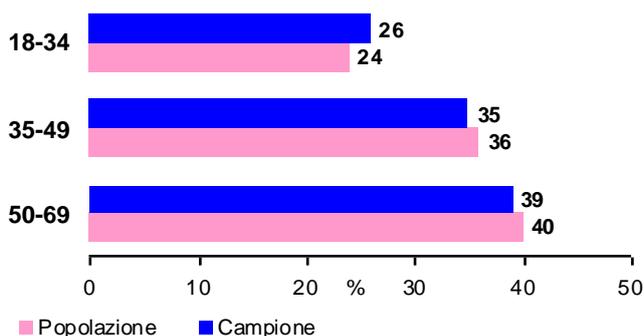
L'età e il sesso

- Nella ASL VCO, il campione intervistato (700 persone) è risultato composto per il 51% da uomini e per il 49% da donne; l'età media è di 45 anni senza differenze di sesso.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 25% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 36% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 39% da persone nella fascia 50-69 anni.
- La rappresentatività del campione è buona in quanto la distribuzione per sesso e classi di età è di fatto sovrapponibile a quella della popolazione dell'anagrafe aziendale.
- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=356)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
ASL VCO - PASSI 2007-2008 (n=344)



¹ Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

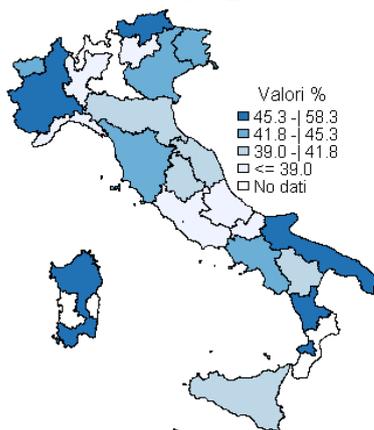
² Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

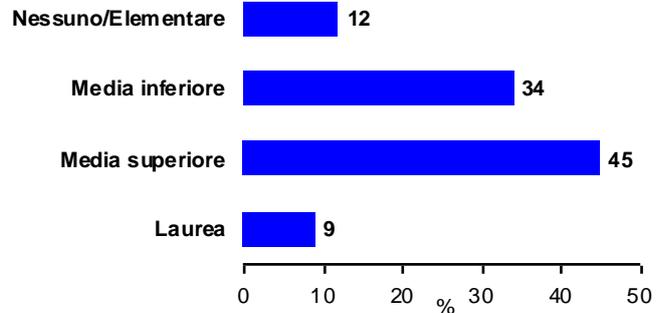
Il titolo di studio

- Nella ASL VCO il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 34% la licenza media inferiore, il 45% la licenza media superiore ed il 9% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso, anche se questa differenza non è statisticamente significativa.
- L'istruzione è fortemente dipendente dall'età: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo, sotto l'aspetto metodologico, impone che i confronti per titolo di studio debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (*regressione logistica*).

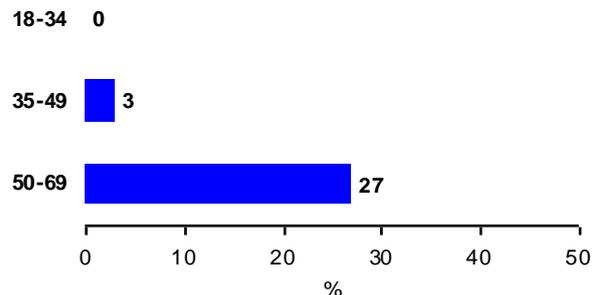
Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2009



Campione per titolo di studio
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)



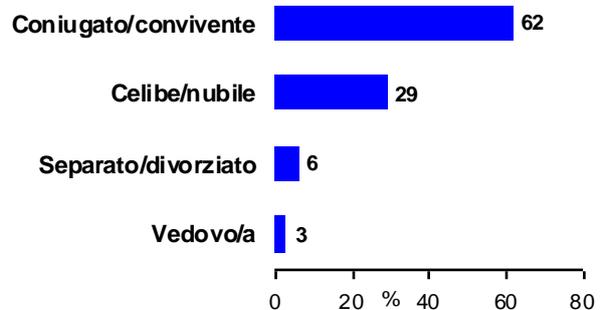
Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)



Lo stato civile

- Nella ASL VCO i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 29%, i separati/divorziati il 6% ed i vedovi il 3%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 32%, 5% e 2%.

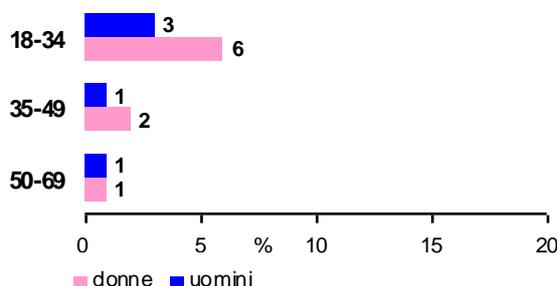
Campione per categorie stato civile
ASL VCO - PASSI 2007-2008 (n=700)



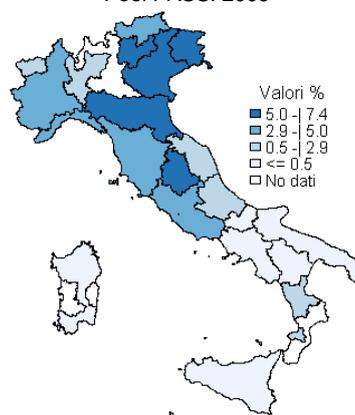
Cittadinanza

- Nella ASL VCO la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta il 6% della popolazione. Nel campione il 2,3% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Gli stranieri campionati sono più spesso giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni il 6% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista in italiano. PASSI, pertanto, fornisce informazioni solo sugli stranieri integrati o presenti da tempo nel nostro paese.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera sono il 3% degli intervistati.

% di stranieri per sesso e classi di età
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)



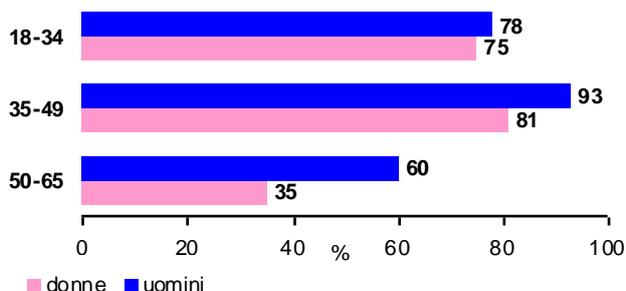
% di stranieri
Pool PASSI 2009



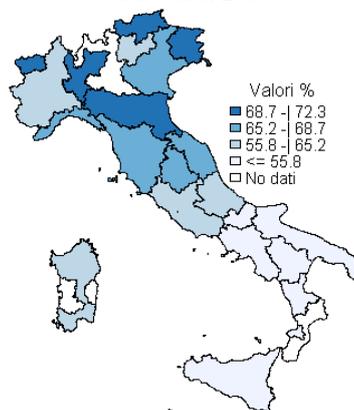
Il lavoro

- Nella ASL VCO il 71% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne hanno riferito di lavorare regolarmente meno frequentemente rispetto agli uomini (63% contro 78%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità. Le differenze di occupazione sono statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi; il dato è confermato anche nel pool di ASL partecipanti a livello nazionale.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 58% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL VCO - PASSI 2007-2009



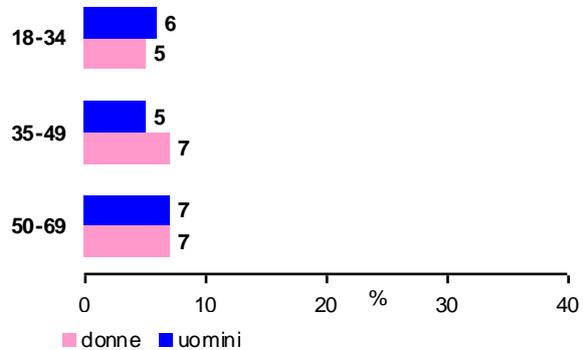
% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2009



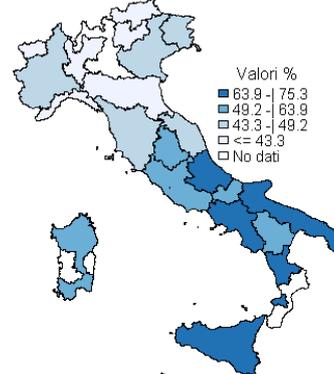
Difficoltà economiche

- Nell' ASL VCO:
 - il 48% del campione non ha riferito difficoltà economiche
 - il 46% qualche difficoltà
 - il 6% molte difficoltà economiche.
- La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche non varia nei due sessi, mentre aumenta lievemente con l'età (5% nella classe di età 18-34 anni, 6% nella classe 35-49 e 7% nella classe 50-69).
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
 - il 46% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
 - il 41% qualche difficoltà
 - il 13% molte difficoltà economiche.La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASL VCO - PASSI 2007-2009



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2009



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Nella ASL VCO il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della ASL.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

Percezione dello stato di salute

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

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita è stata valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni 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 psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL VCO il 72% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 27% si sente in condizioni discrete e solo il 3% si sente male o molto male.
- In particolare sono più soddisfatti della propria salute:
 - le persone con meno di 50 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

Stato di salute percepito positivamente°
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)

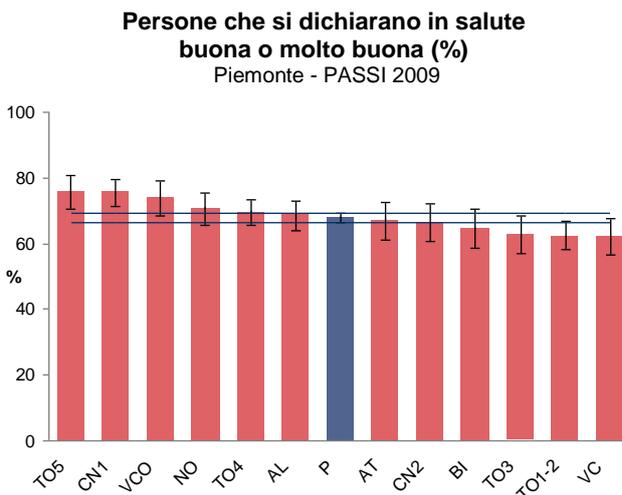
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	71,7	68,2-75,0
Età*		
18 - 34	82,3	
35 - 49	78,2	
50 - 69	59,0	
Sesso*		
uomini	77,8	
donne	65,4	
Istruzione*		
bassa	60,8	
alta	80,8	
Difficoltà economiche*		
si	66,2	
no	77,5	
Patologie severe^{oo}*		
almeno una	44,4	
assente	75,3	

° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

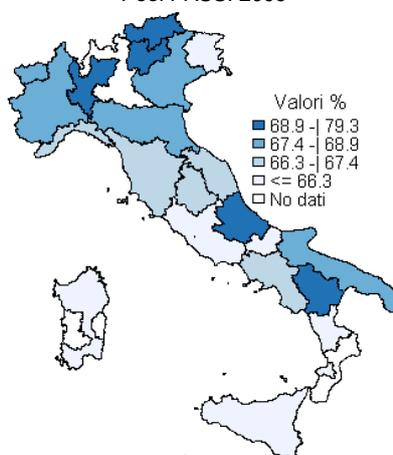
^{oo} almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

* differenza statisticamente significativa ($p \leq 0,05$)

- Nelle ASL del Piemonte, la percentuale di intervistati con percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 62% dell'ASL VC al 76% dell'ASL TO5, unica a registrare un valore significativamente superiore a quello regionale (68%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 65% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute (68% nel Nord-Est Italia).



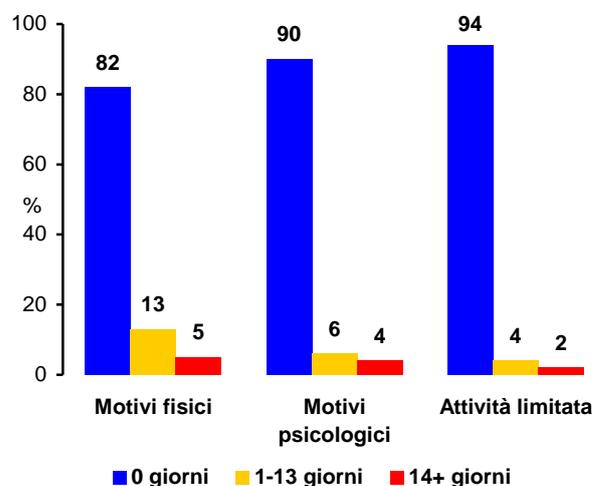
% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
Pool PASSI 2009



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

- Nell'ASL VCO la maggior parte delle persone si è sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (82% in buona salute fisica, 90% in buona salute psicologica e 94% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (5%), per motivi psicologici (4%) e con limitazioni alle attività abituali (2%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=698)



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=423)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	1,9	1,5	0,8
Classi di età			
18 - 34	1,2	0,6	0,7
35 - 49	1,6	1,3	1,0
50 - 69	2,6	2,2	0,7
Sesso			
uomini	1,3	1,0	0,8
donne	2,5	2,0	0,9
Istruzione			
bassa	2,8	2,1	1,0
alta	1,1	1,0	0,7
Difficoltà economiche			
si	2,4	1,8	1,2
no	1,3	1,1	0,4
Patologie severe°			
almeno una	3,6	4,5	1,9
assente	1,7	1,1	0,7

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

- La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è di circa 2 giorni, quella per motivi psicologici è circa 1 giorno; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici aumenta all'aumentare dell'età, è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e con patologie severe.

Conclusioni e raccomandazioni

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire, quindi, una misura della domanda dei servizi sanitari.

Il monitoraggio nel tempo dello stato di salute percepito può fornire indicazioni per la programmazione a livello di Azienda Sanitaria: in quanto il "sentirsi male" più che lo "star male" è l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Oltre i due terzi delle persone dell'ASL VCO ha riferito di sentirsi in buona salute.

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare cardiovascolari: per quanto riguarda le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

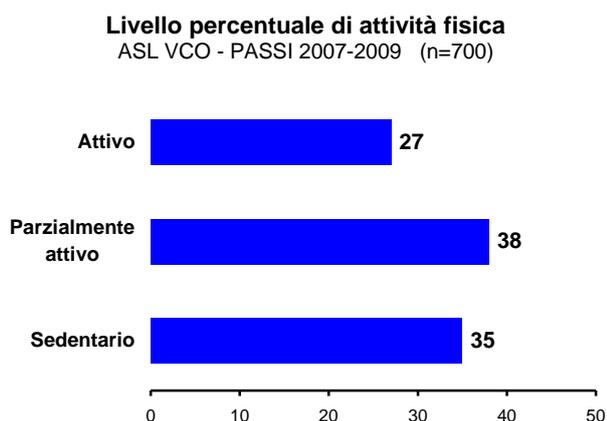
La quantità di attività fisica raccomandata è di 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure più di 20 minuti per almeno 3 giorni di attività intensa.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Piemonte come a livello nazionale, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, mediante il coinvolgimento di diversi settori della società al fine di favorire scelte attive da parte del cittadino.

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

- Nella ASL VCO il 27% delle persone ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 38% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 35% è completamente sedentario.

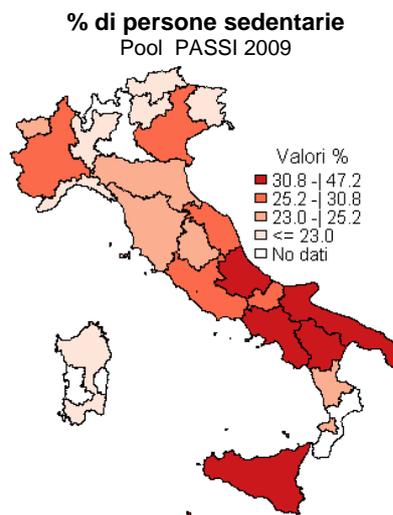
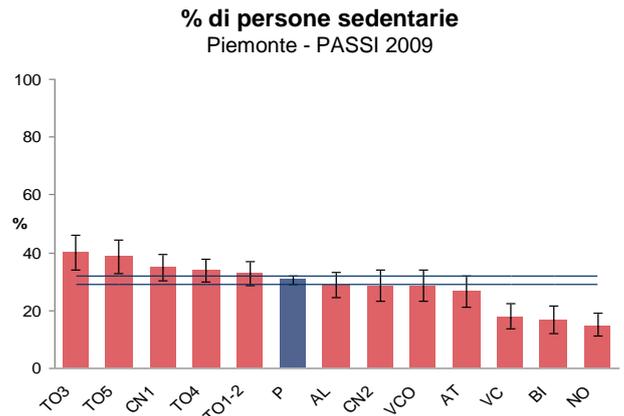


Sedentari	
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)	
Caratteristiche	%
Totale	35,3 (IC95% 31,8-39,0)
Classi di età	
18-34	31,4
35-49	34,1
50-69	38,8
Sesso	
uomini	32,6
donne	38,1
Istruzione*	
bassa	41,4
alta	30,2
Difficoltà economiche	
si	38,8
no	31,4

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

- La sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne e nelle persone con difficoltà economiche; le differenze di istruzione ed economiche sono risultate statisticamente significative.

- Nelle ASL del Piemonte sono emerse differenze statisticamente significative della percentuale di persone sedentarie: il range va dal 14% di Novara al 40% di TO3. Rispetto al livello regionale (31%), si osservano aumenti statisticamente significativi nelle ASL TO3 e TO5 e diminuzioni significative nelle ASL di Novara, Biella e Vercelli.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 30% del campione, con aumento della sedentarietà in molte regioni del centro-sud.



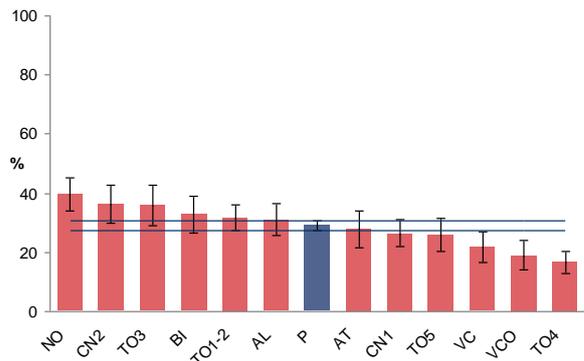
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella ASL VCO solo il 21% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 18% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

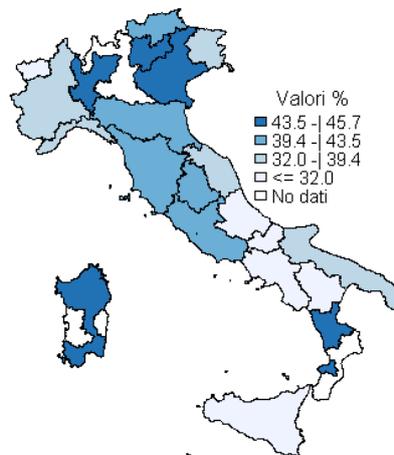


- Nelle ASL del Piemonte la percentuale di persone che ha ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 16% di TO4 (diminuzione statisticamente significativa per TO4, VCO e VC rispetto al valore regionale del 29%) al 39% di Novara (aumento statisticamente significativo).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica è del 30%, con un evidente gradiente territoriale.

% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Piemonte - PASSI 2009



% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Pool PASSI 2009

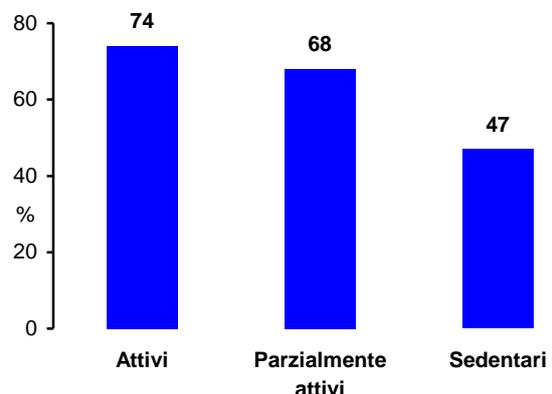


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è condiziona cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Il 68% delle persone parzialmente attive ed il 47% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Tra le persone attive, il 26% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.

Percezione di attività fisica sufficiente per livello di attività fisica praticata (%)

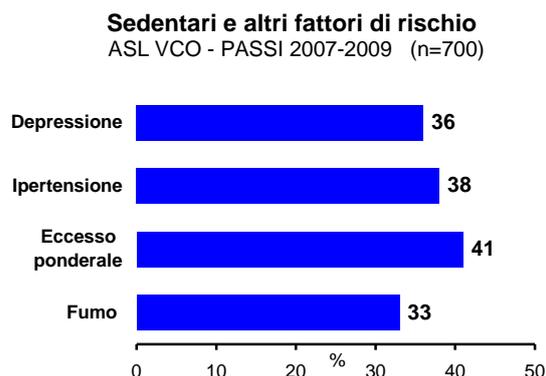
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=696)



Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario risulta spesso associato ad altre condizioni di rischio.
- Nell'ASL VCO è risultato essere sedentario:
 - il 41% delle persone in eccesso ponderale* rispetto al 31% dei normopeso o sottopeso
 - il 38% degli ipertesi rispetto al 33% dei non ipertesi
 - abitudine al fumo e depressione non sono risultate associate con la sedentarietà

* differenza statisticamente significativa



Conclusioni e raccomandazioni

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Nell'ASL VCO si stima che poco più di una persona adulta su quattro (27%) pratichi attività fisica ai livelli raccomandati; i sedentari sono oltre 1 su 3 (35%). La sedentarietà aumenta con l'aumentare dell'età e, nel VCO, risulta più diffusa tra le persone con bassa istruzione e con difficoltà economiche. La percezione dell'attività motoria praticata non è sempre corretta: quasi la metà dei sedentari (47%) e oltre 2 persone "parzialmente attive" su 3 ritengono di muoversi sufficientemente. La percentuale di sedentari è più elevata tra le persone in eccesso ponderale. Gli operatori sanitari del VCO non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti (si informano e consigliano di svolgere attività fisica regolare solo in 1 caso su 5). Aumentare la diffusione dell'attività fisica è un importante obiettivo raggiungibile con dimostrata efficacia mediante strategie intersectoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco rappresenta il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce ed è tra i principali fattori di rischio di numerose patologie cronic-degenerative (in particolare respiratorie e cardiovascolari): si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo.

Nel 2003, in Piemonte, si sono verificati circa 2.700 decessi precoci (<75 anni) e circa 19.000 ricoveri precoci attribuibili al fumo di tabacco, per la maggior parte maschili.

Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni è cambiata: si è progressivamente ridotta tra gli uomini, tra i quali è stata storicamente più diffusa, mentre è aumentata tra le donne; è in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano.

I medici e gli altri operatori sanitari devono informare gli assistiti dei rischi del fumo; un passo iniziale è quello di valutare con i propri pazienti l'ipotesi di smettere di fumare dimezzando il rischio di infarto già dopo un anno e dimezzando dopo 10 anni il rischio di tumore del polmone.

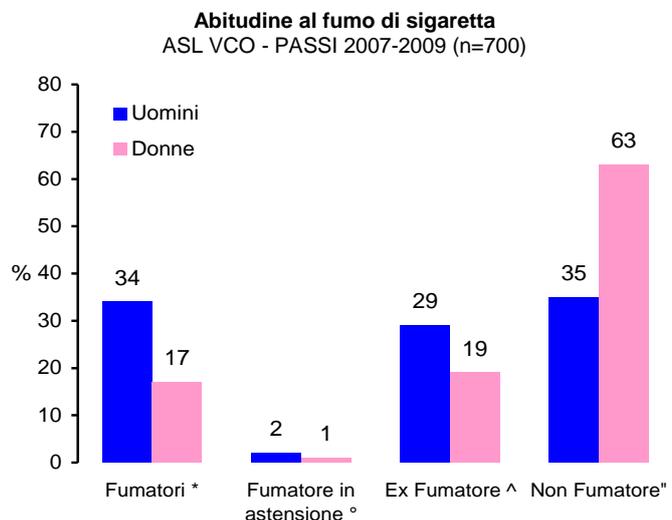
Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL VCO rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in :

- il 49% degli intervistati non fuma
- il 26% fuma
- il 24% è un ex fumatore.

L' 1% ha smesso di fumare da meno di 6 mesi ("*fumatori in astensione*") ed è ancora considerato fumatori in base alla definizione OMS).

- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (34% rispetto a 17%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (63% rispetto a 35%).



* *Fumatore*: ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: non fuma, da oltre 6 mesi

" *Non fumatore*: non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Nella ASL VCO si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:

- tra le persone sotto tra i 18 ed i 34 anni
- tra gli uomini
- tra le persone con difficoltà economiche.

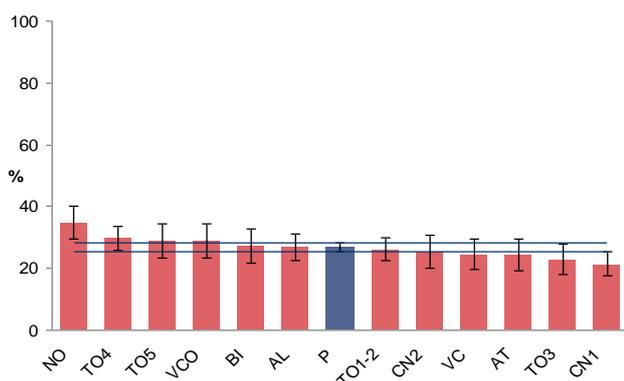
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno; tra questi, il 6% fuma oltre 20 sigarette al dì ("*forte fumatore*").

Fumatori ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)

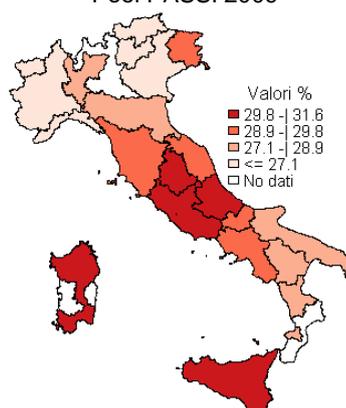
Caratteristiche	Fumatori° % (IC95%)
Totale	27,0 (23,8-30,5)
Classi di età	
18 - 34	34,9
35 - 49	30,2
50 - 69	19,0
Sesso	
uomini	35,7
donne	18,0
Istruzione	
bassa	28,2
alta	26,0
Difficoltà economiche	
si	29,4
no	24,3

°*Fumatore*: ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma (sono inclusi i *fumatori in astensione*)

Fumatori (%)
Piemonte - PASSI 2009



Fumatori (%)
Pool PASSI 2009

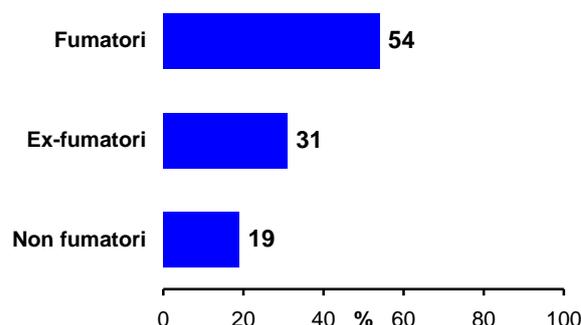


- Tra le ASL del Piemonte, la prevalenza di fumatori varia dal 21% dell'ASL CN 1 al 34% dell'ASL NO (differenza statisticamente significativa dal valore regionale, 27%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 29%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 52%.

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

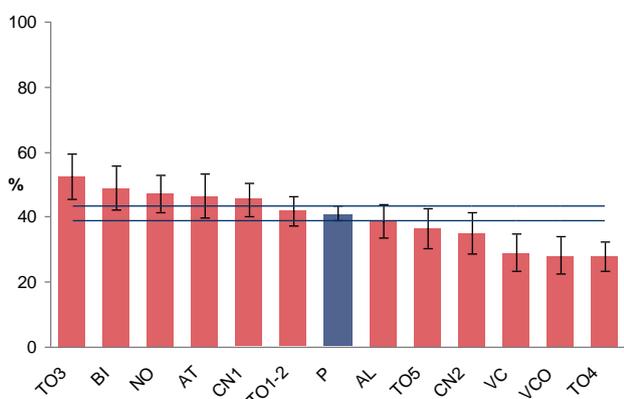
- Nella ASL VCO circa il 31% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
 - il 54% dei fumatori
 - il 31% degli ex fumatori
 - il 19% dei non fumatori.

Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=619)*

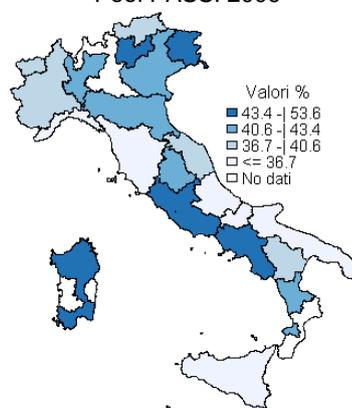


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (%)
Piemonte - PASSI 2009



Persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (%)
Pool PASSI 2009



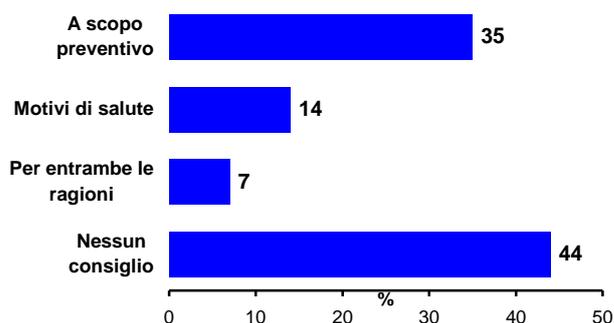
- Tra le ASL del Piemonte, la percentuale di persone interpellate dal sanitario sulle abitudini sul fumo varia dal 28% di TO4 al 5% di TO3. L'ASL TO3 registra un aumento statisticamente significativo rispetto al valore regionale (41%), le ASL TO3, VCO e VC una diminuzione significativa.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 41% degli intervistati ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.

A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Nella ASL VCO, tra i fumatori, il 56% ha ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (35%).

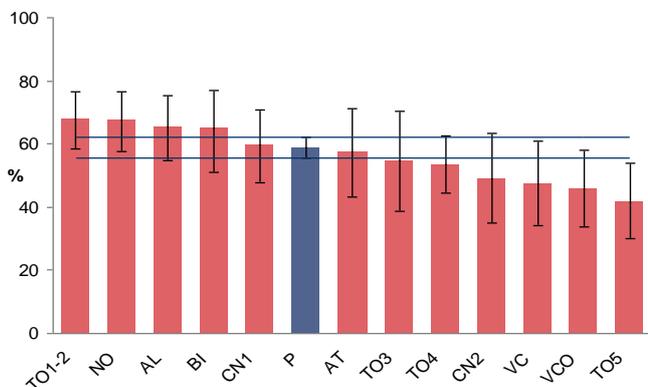
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=152)*

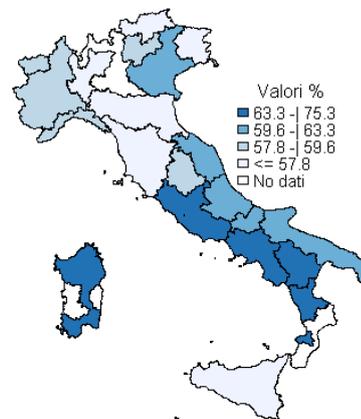


* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

Fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare (%) Piemonte - PASSI 2009



Fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare (%) Pool PASSI 2009



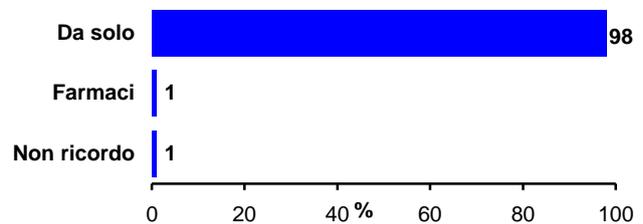
- Nelle ASL del Piemonte la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da un operatore sanitario varia dal 42% dell'ASL TO5, aumento statisticamente significativo dal valore regionale (59%), al 68% dell'ASL TO 1-2.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 60%.

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

- Fra gli ex fumatori, ben il 98% ha smesso di fumare da solo; nessuno ha riferito di aver fruito di servizi dell'ASL.
- I valori rilevati sono ancor più alti rispetto alle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale (96%).
- Fra i fumatori, il 36% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (36% anche a livello nazionale).

% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori

ASL VCO – PASSI 2007-2008 (n=106)



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL VCO come in Piemonte ed a livello nazionale, si stima che fumi circa una persona su tre; in particolare, le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nelle età più giovani; l'abitudine al fumo risulta associata anche al sesso maschile e alla presenza di difficoltà economiche. L'attenzione al problema da parte degli operatori sanitari è accettabile ma ancora migliorabile in quanto quasi la metà dei fumatori non ha ricevuto il consiglio di smettere. Quasi la metà dei fumatori non ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se molto migliorabile. Nell'ultimo anno, più di 1 fumatore su 3 ha tentato di smettere senza riuscirci. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per diversificare e valorizzare al meglio l'offerta di metodi per la disassuefazione dal fumo.

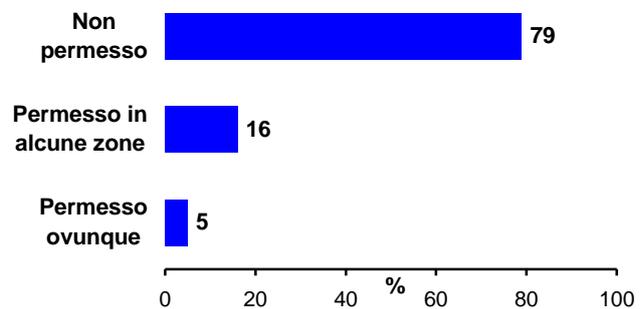
Fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza provoca basso peso alla nascita; nell'infanzia può provocare otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta può concorrere all'insorgenza di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone. In Italia l'entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici (Legge 3 del 16 gennaio 2003), che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
 - il 79% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
 - il 16% che si fuma in alcuni luoghi
 - il 5% che si fuma ovunque.

Regole sul permesso di fumare a casa (%)
ASL VCO – PASSI 2007-2009 (n=699)

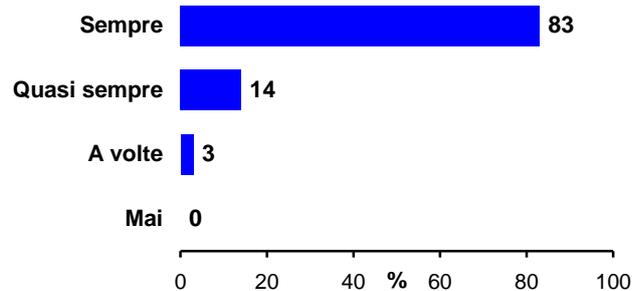


La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

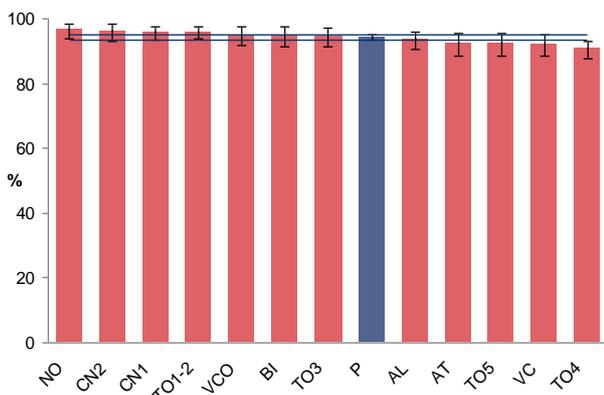
Tra gli intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni:

- Il 97% ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 3% ha invece dichiarato che il divieto è rispettato raramente.

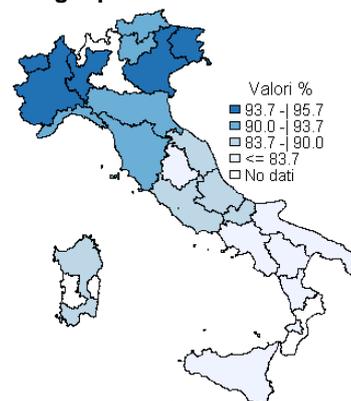
Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici
ASL VCO – PASSI 2007-2009 (n=681)



Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici
Piemonte - PASSI 2009



Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici - Pool PASSI 2009

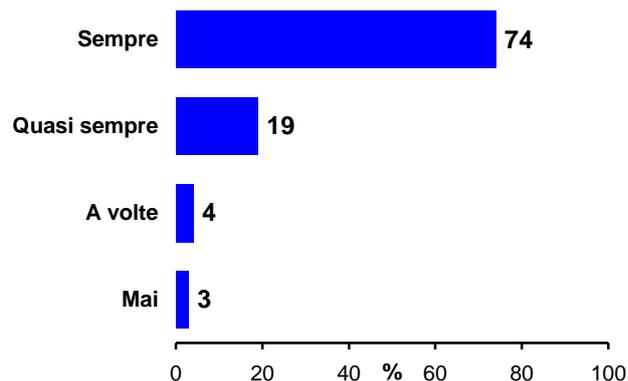


- Nelle ASL del Piemonte, la percentuale di persone che ritengono sia rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici sempre o quasi sempre varia dal 91% dell'ASL TO4 al 97% dell'ASL NO; la media regionale è del 94%.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'88% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Frequenza (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

ASL VCO – PASSI 2007-2009 (n=425)*

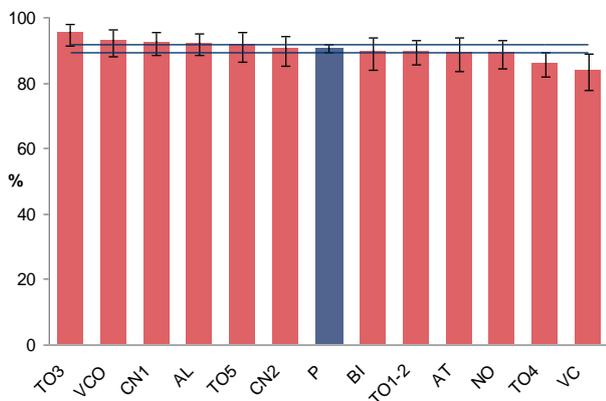


- Tra i lavoratori intervistati, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (74%) o quasi sempre (19%).
- IL 7% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (4%).

*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

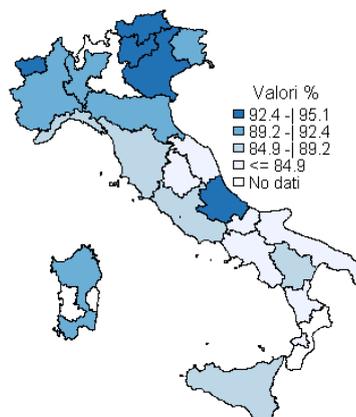
Lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (%)

Piemonte - PASSI 2009



% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro

Pool PASSI 2009



- Tra le ASL del Piemonte, l'ASL VC ha registrato una diminuzione significativa rispetto al valore regionale (90%) della percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul lavoro (range dal 84% dell'ASL VC al 95% dell'ASL TO3).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL VCO 4 persone su 5 riferiscono che non si fuma nelle proprie abitazioni ed oltre 9 persone su 10 ritengono che sia rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici (97%) e nei luoghi di lavoro (93%).

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

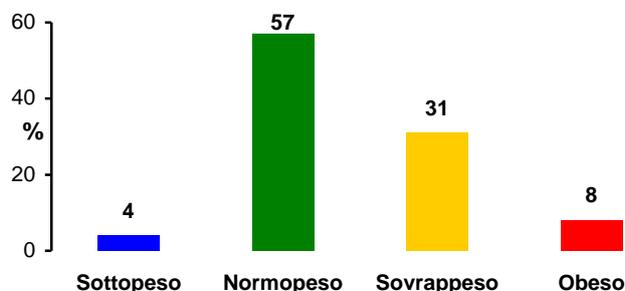
Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

L'alimentazione può svolgere un ruolo protettivo per la salute: per esempio, l'elevato consumo di frutta e verdura assicura protezione rispetto ad alcune neoplasie; a tal fine viene consigliato il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*"five a day"*) in aderenza alle raccomandazioni internazionali.

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'ASL VCO il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 31% sovrappeso e l'8% obeso.
- Quindi, si stima che circa 4 persone su 10 (39%) siano in eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale della popolazione
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

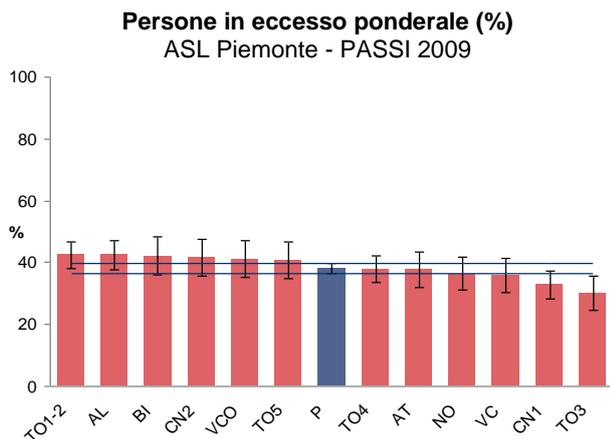
- all'aumentare dell'età
- negli uomini (36% rispetto a 27%)
- nelle persone con basso livello di istruzione (34% rispetto a 29%)

Le differenze dovute alle condizioni economiche non sono statisticamente significative.

Popolazione con eccesso ponderale
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)

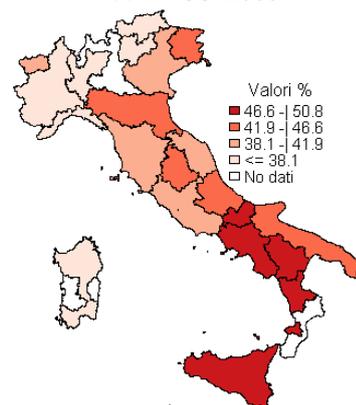
Caratteristiche	Sovrappeso % (IC95%)	Obesi % (IC95%)
Totale	31,4 (28,0-35,0)	8,0 (6,1-10,3)
Classi di età		
18 - 34	15,4	3,4
35 - 49	31,7	6,0
50 - 69	41,4	12,8
Sesso		
uomini	36,0	8,4
donne	26,7	7,6
Istruzione*		
bassa	34,2	12,9
alta	29,1	3,9
Difficoltà economiche		
sì	34,1	8,9
no	28,7	7,1

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



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

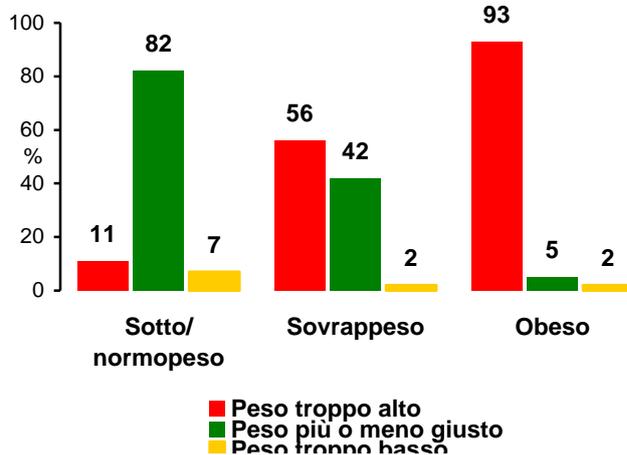
Persone in eccesso ponderale (%)
Pool PASSI 2009



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli intervistati; questo aspetto condiziona i cambiamenti dello stile di vita: nella ASL VCO si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (93%) e nei normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 42% ritiene il proprio peso giusto ed il 2% troppo basso.
- La percezione del proprio peso varia a seconda del sesso: tra le donne normopeso il 77% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'87% degli uomini, mentre più della metà degli uomini sovrappeso (58%) ritiene il proprio peso più o meno giusto rispetto a un quinto delle donne (21%).

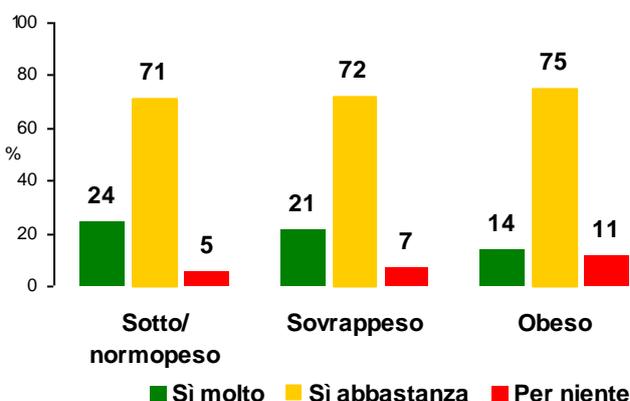
Percezione della proprio peso
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=697)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL VCO il 94% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:
 - il 95% delle persone sottopeso/normopeso
 - il 93% dei sovrappeso
 - l'85% degli obesi.

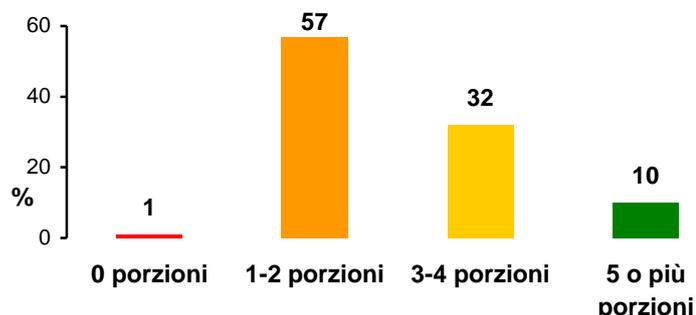
Quello che mangia fa bene alla sua salute?
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=697)



Quante persone mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?

- Nella ASL VCO il 99% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 32% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 10% le 5 porzioni raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è minore
 - nei giovani*
 - negli uomini*
 - nelle persone con difficoltà economiche.

Non emergono differenze di istruzione e stato nutrizionale.

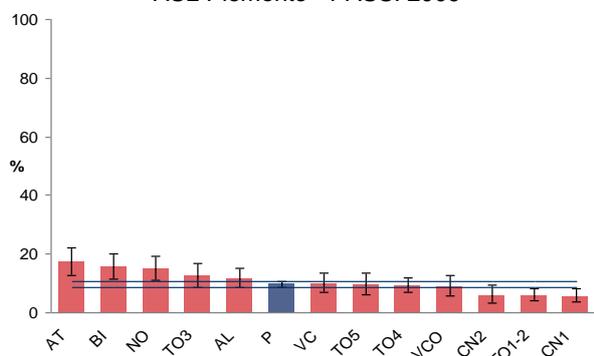
Consumo di frutta e verdura
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)

Caratteristiche	Adesione al “5 a day” ^o % (IC95%)
Totale	11,4 (7,7-12,2)
Classi di età	
18 - 34	5,1
35 - 49	9,5
50 - 69	12,8
Sesso	
uomini	7,6
donne	11,9
Istruzione*	
bassa	9,1
alta	10,2
Difficoltà economiche	
sì	6,4
no	13,3
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	9,7
sovrappeso	10,0
obeso	8,9

^o consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

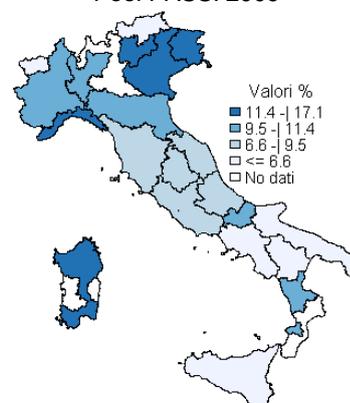
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Persone che aderiscono al “five a day” (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Persone che aderiscono al “five a day” (%)
Pool PASSI 2009

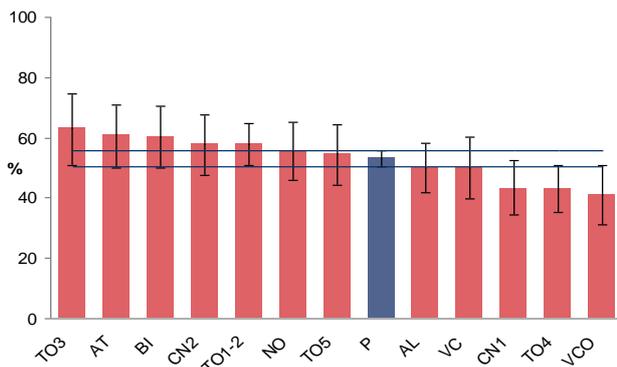


- Tra le ASL del Piemonte la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dal 5% dell’ASL CN1 al 17% dell’ASL AT, che, insieme all’ASL TO1-2, presentano valori significativamente diversi da quello regionale (10%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “five a day” il 10% del campione (13% nel Nord-Est Italia).

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

- Nella ASL VCO il 45% delle persone in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso ed il 72% delle persone obese.

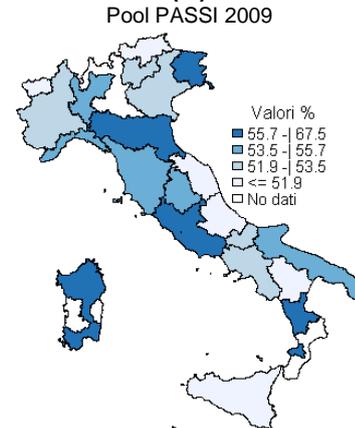
Persone sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



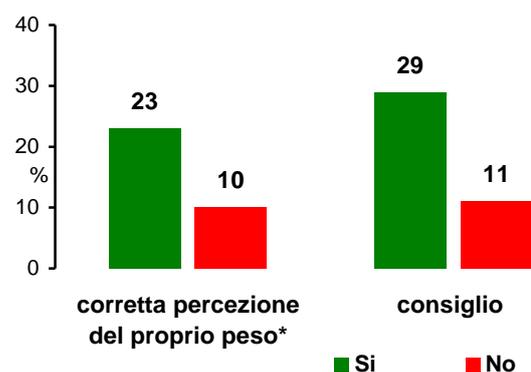
Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

- Nelle ASL del Piemonte la percentuale di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio varia dal 41% del VCO al 63% di Torino 3. Non sono presenti differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale (53%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 48% delle persone in sovrappeso e l'81% delle persone obese).
- Il 19% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (18% nei sovrappeso e 23% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (25%) rispetto agli uomini (15%);
 - nelle persone obese;
 - tra i sovrappeso che ritengono il proprio peso "troppo alto" (23%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (10%);
- tra coloro che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (29% rispetto a 11%).

Persone sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario (%)
Pool PASSI 2009



Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=276)

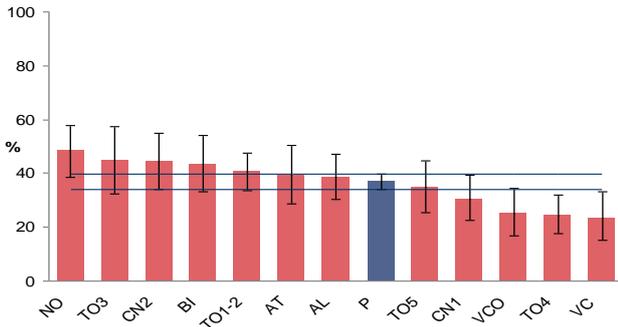


* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=216)

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

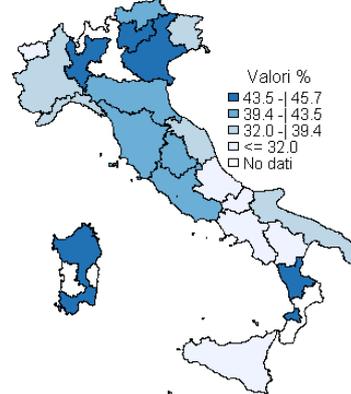
Nella ASL VCO il 41% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (36% dei sovrappeso e 61% degli obesi). Ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario il 25% delle persone in eccesso ponderale; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 23% delle persone in sovrappeso e il 32% di quelle obese. Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 62% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 57% di chi non l'ha ricevuto.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica (%)
Pool PASSI 2009

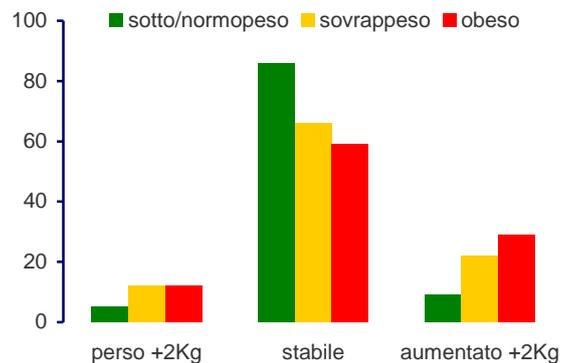


- Nelle ASL del Piemonte, la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto il consiglio varia dal 23% dell'ASL VC (valore, insieme al 24% dell'ASL TO4, inferiore in modo statisticamente significativo al 37% regionale) al 48% dell'ASL NO.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 35% delle persone in sovrappeso e il 48% degli obesi.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL VCO il 14% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno e l'8% ha perso almeno 2 kg.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata nelle persone già in eccesso ponderale (29% obesi e il 22% sovrappeso rispetto al 9% dei normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra donne (12%) e uomini (17%).

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=696)



Conclusioni e raccomandazioni

E' documentato che i sistemi di sorveglianza basati su interviste telefoniche tendono a sottostimare la prevalenza di eccesso ponderale; nonostante ciò, nell'ASL VCO quasi 4 adulti su 10 presentano un eccesso di peso, con un valore che si conferma inferiore a quello nazionale.

I programmi preventivi vanno indirizzati, oltre che alle persone obese (quasi 1 su 10), alle persone in sovrappeso (quasi 1 su 3).

Nei sovrappeso emerge una sottostima del rischio per la salute legato al peso: più di 4 persone su 10 percepiscono il proprio peso come normale, la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e 14 persone su 100 sono aumentate di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 19% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (59%).

Quasi tutti consumano giornalmente frutta e verdura: oltre 4 persone su 10 ne assumono oltre 3 porzioni, ma solo 1 su 10 assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta ed un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale risulta rilevante il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Consumo di alcol

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. Le nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) richiedono la realizzazione di sistemi di monitoraggio che orientino le azioni di prevenzione rivolte alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto 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). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Quante persone consumano alcol?

- Nella ASL VCO la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 62%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
 - nelle persone con 35 e oltre
 - negli uomini*
 - nelle persone senza difficoltà economiche*.
- Il 63% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 37% prevalentemente durante il fine settimana.

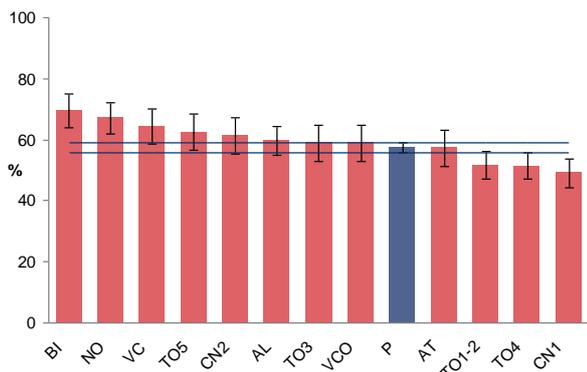
* Differenza statisticamente significativa $p \leq 0,05$

Consumo di alcol (ultimo mese)		
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=699)		
Caratteristiche	Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica° % (IC95%)	
Totale	62,4	58,7-66,0
Classi di età		
18 - 34		59,4
35 - 49		63,3
50 - 69		63,4
Sesso		
uomini		82,0
donne		42,0
Istruzione*		
bassa		58,6
alta		65,5
Difficoltà economiche		
sì		59,2
no		66,0

°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

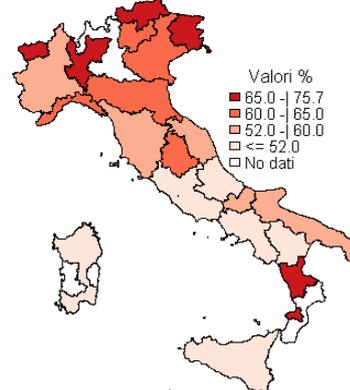
Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

- Nelle ASL del Piemonte la percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese varia dal 49% dell'ASL CN1 al 70% di Biella; le ASL di Biella e Novara mostrano un incremento significativo rispetto alla media regionale (57%), mentre le ASL CN1 e TO4 una riduzione significativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 57%; è presente un evidente gradiente territoriale.

Persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese (%)
Pool PASSI 2009



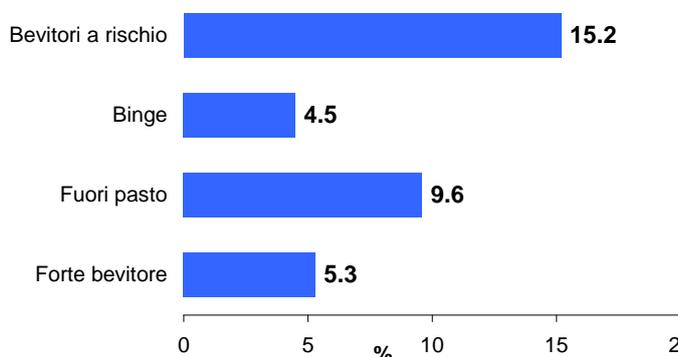
Quanti sono bevitori a rischio?

- Il 15,2% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
 - il 4,5% può essere considerato un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
 - il 9,6% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
 - il 5,3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- La nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) aumenta la percentuale di bevitori a rischio (22%) e di forte bevitore (15%).

N.B.: la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne).

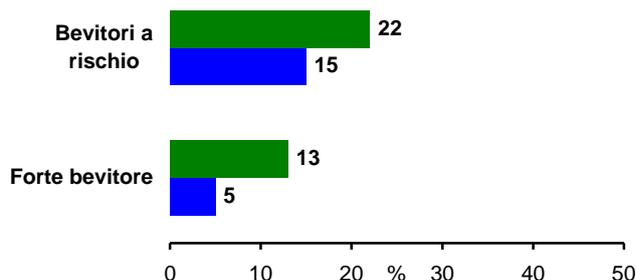
La barra blu nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

Bevitori a rischio* per categorie (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=699)



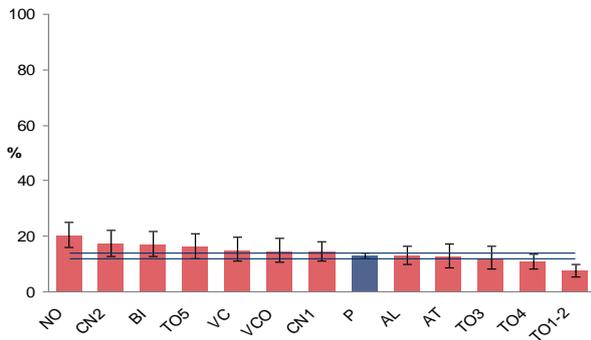
* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Bevitori a rischio e forti bevitori
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN
di "forte bevitore" (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=697)

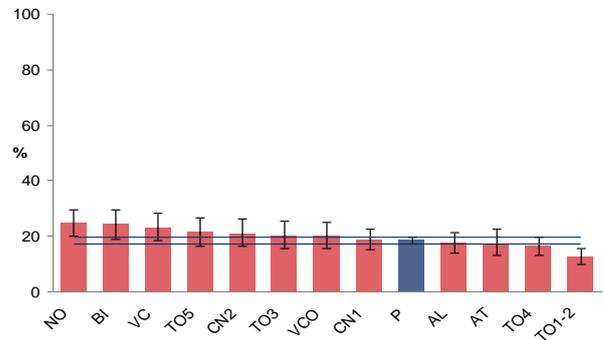


- In Piemonte la percentuale di bevitori a rischio (13% secondo la vecchia definizione) varia dal 7% dell'ASL TO 1-2 al 20% di Novara, la differenza tra queste 2 ASL e la media regionale è statisticamente significativa.
- Applicando la nuova definizione INRAN di forte bevitore, la percentuale di bevitori a rischio in Piemonte sale al 18% e varia dal 13% dell'ASL TO 1-2 al 25% dell'ASL di Novara, la differenza tra queste 2 ASL e la media regionale è statisticamente significativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è stata del 14% (3% consumo forte, 6% consumo binge, 8% consumo fuori pasto), con differenze territoriali.
- Applicando la nuova definizione INRAN di forte bevitore, la percentuale di bevitori a rischio sale al 18% (9% forte bevitore) con differenze territoriali.

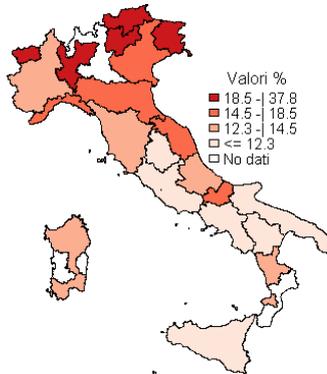
**Percentuale di bevitori a rischio
(con vecchia definizione INRAN di "forte bevitore")**
ASL Piemonte - PASSI 2009



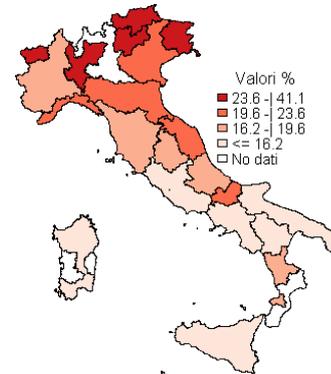
**Percentuale di bevitori a rischio
(con nuova definizione INRAN di "forte bevitore")**
ASL Piemonte - PASSI 2009



**Percentuale di bevitori a rischio
(Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore")**
Pool PASSI 2009



**Percentuale di bevitori a rischio
(Nuova definizione INRAN di "forte bevitore")**
Pool PASSI 2009



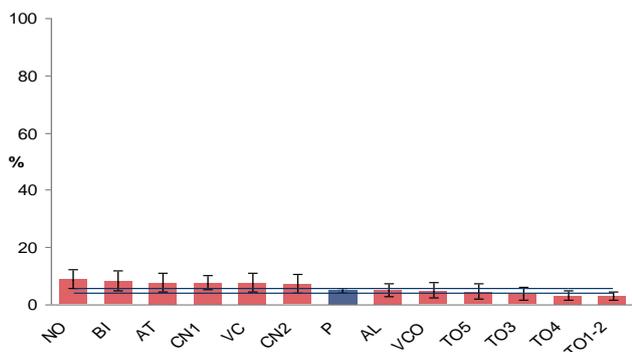
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 4,5% degli intervistati ed è più diffuso:
 - tra i più giovani nella fascia di 18-34 anni (7,5%)
 - negli uomini (8,2% rispetto a 0,2% nelle donne).*

Non si rilevano differenze significative riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

* Differenza statisticamente significativa $p \leq 0,05$

Percentuale di bevitori "binge"
ASL Piemonte - PASSI 2009

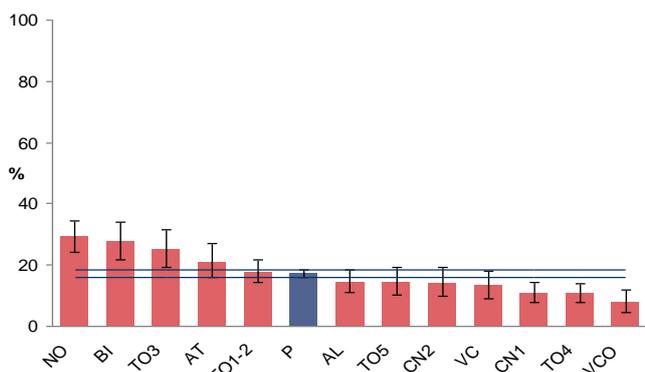


Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Nelle ASL del Piemonte la percentuale di bevitori "binge" varia dal 3% delle ASL TO 1-2, TO3 e TO4 al 9% dell'ASL di Novara, la quale evidenzia un aumento statisticamente significativo dal valore medio regionale (5%). Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è del 6%.

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

Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
ASL Piemonte - PASSI 2009



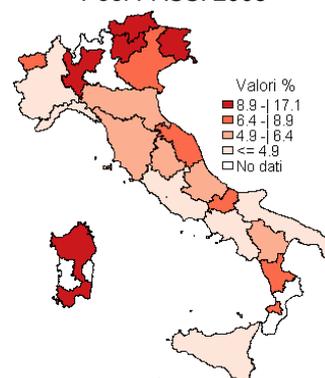
Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Consumo "binge" (ultimo mese)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=696)

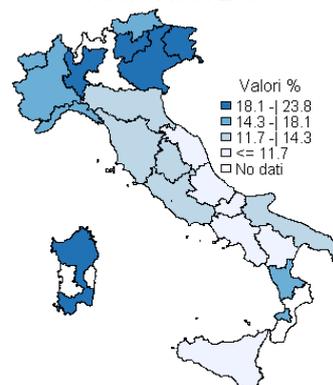
Caratteristiche	bevitori "binge" % (IC95%)
Totale	4,5 3,1-6,3
Classi di età	
18 - 34	7,5
35 - 49	4,0
50 - 69	3,0
Sesso	
uomini	8,2
donne	0,6
Istruzione*	
bassa	3,8
alta	5,0
Difficoltà economiche	
sì	5,3
no	3,6

°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

Percentuale di bevitori "binge"
Pool PASSI 2008



Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
Pool PASSI 2009



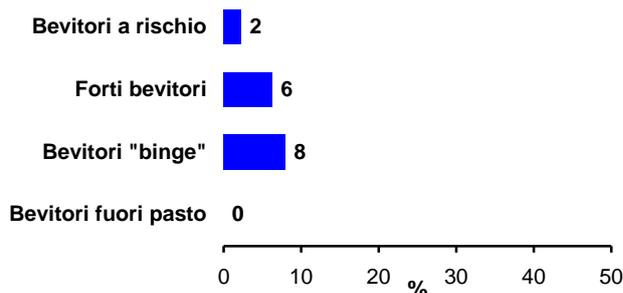
- Nell'ASL VCO solo l'11% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.
- Tra le ASL del Piemonte la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol varia dall'8% del VCO al 29% di Novara; le ASL NO, BI e TO3 evidenziano un aumento significativo rispetto alla media regionale (17%), le ASL VCO, TO4 una diminuzione significativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 14% del campione riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol.

- Solo l'1,6% ha ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è del 2,3%.

In particolare:

- 6,3% nei forti bevitori,
- 8% nei bevitori "binge"
- 0% nei bevitori fuori pasto

% bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=612)



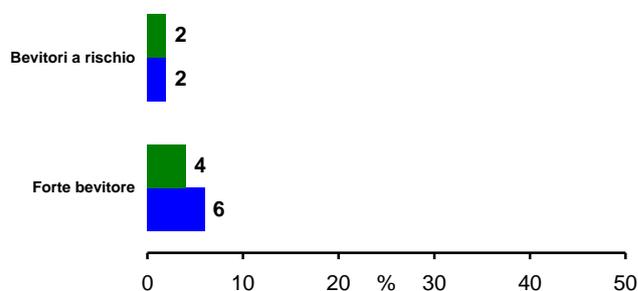
* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)

° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

- Sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario è del 7%, mentre quella per i forti bevitori è dell'8%.

- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 6% dei consumatori a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario (il 7% applicando la vecchia classificazione).

% bevitori a rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=610)



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

° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL VCO si stima che oltre 6 persone su 10 di età tra 18 e 69 anni consumino bevande alcoliche e 15 su 100 abbiano abitudini di consumo a rischio per quantità o modalità di assunzione. Il consumo di bevande alcoliche è più frequente tra gli uomini e tra le persone senza difficoltà economiche. La modalità di consumo "binge" è più diffusa tra i giovani maschi dai 18 ai 34 anni. E' importante diffondere la percezione del rischio legato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

Le strategie d'intervento devono realizzare azioni coordinate di informazione/educazione (con coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai media e finalizzate a diminuire la diffusione delle modalità di assunzione a rischio e a offrire sostegno efficace per uscire dalla dipendenza alcolica.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2000.

In Piemonte nel 2007 (Fonte ISTAT) gli incidenti stradali sono stati 14643 con 392 morti (-30% rispetto al 2001) e 21363 feriti (-15% in meno rispetto al 2001).

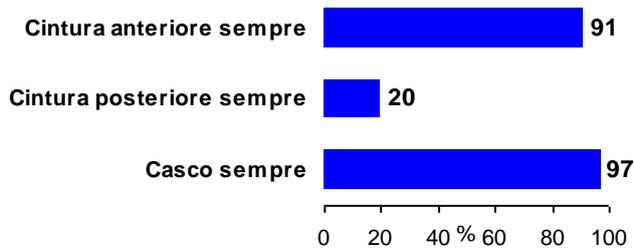
L'analisi dei dati evidenzia che la mortalità si differenzia nelle varie fasce d'età: tra 15 e 24 anni rappresenta il 49% tra i maschi e il 38% tra le femmine rispetto alla mortalità totale; tra i 25 ed i 39 anni rappresenta il 20% tra i maschi e del 12% tra le femmine.

Secondo dati del Ministero della Salute, circa un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

A livello preventivo, oltre agli interventi ambientali e strutturali, sono azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

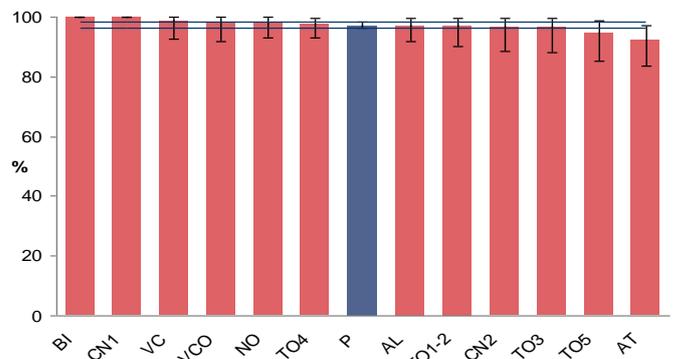
L'uso dei dispositivi di sicurezza

Uso dei dispositivi di sicurezza*
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=697)



*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

Percentuale di persone che usano il casco sempre
Piemonte - PASSI 2009

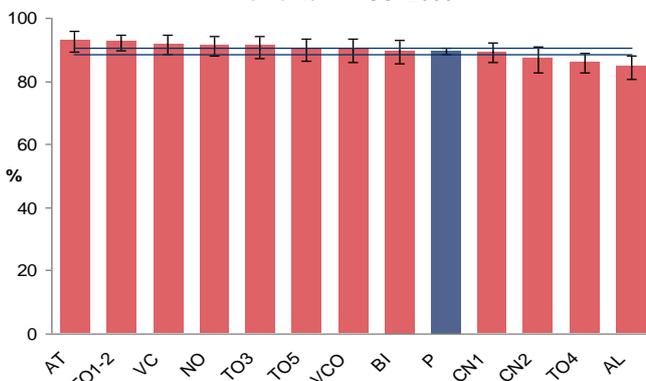


Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali

- Nella ASL VCO la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:

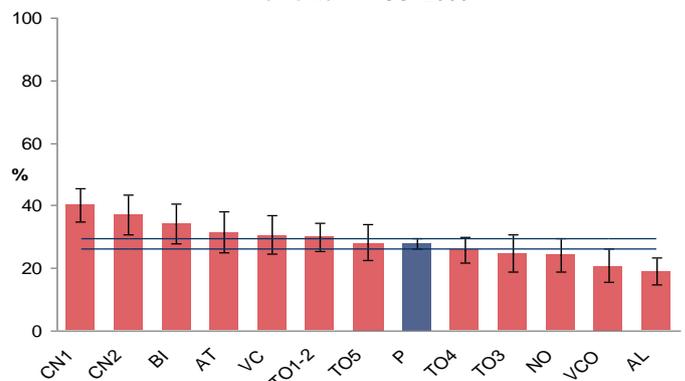
- 97% per l'uso del casco
- 91% per la cintura anteriore di sicurezza
- 20% per l'uso della cintura posteriore.

Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Piemonte - PASSI 2009



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

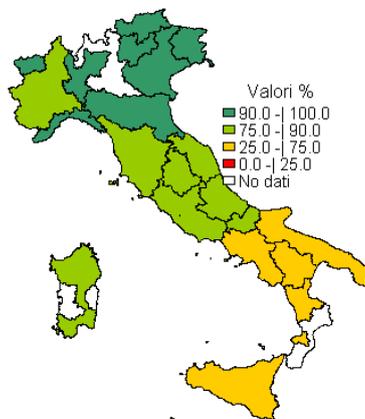
Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Piemonte - PASSI 2009



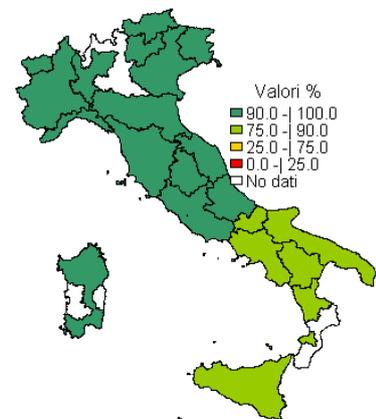
Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

- L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza mostra alcune differenze a livello aziendale:
 - **Casco:** il range varia dal 100% dell'ASL BI e CN1 al 92% dell'ASL AT;
 - **Cintura anteriore:** si varia dal 93% dell'ASL AT all'85% dell'ASL AL (diminuzione statisticamente significativa);
 - **Cintura posteriore:** aumento statisticamente significativo nelle ASL CN1 (40%) e CN2 (37%); diminuzione statisticamente significativa nell'ASL AL (19%); l'utilizzo è comunque basso in tutte le ASL.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata inferiore al dato regionale: 92% per il casco, 82% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore; nel Nord-Est Italia si sono registrati valori sovrapponibili a quelli regionali (97%, 89%, 29%). Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale.

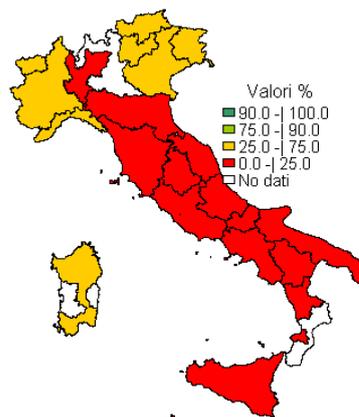
Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre
Pool PASSI 2009



Percentuale di persone che usano il casco sempre
Pool PASSI 2009



Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre
Pool PASSI 2009



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

(hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

- Il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 15%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra più diffusa tra i 18 ed i 34 anni, tra gli uomini (differenza statisticamente significativa) e tra le persone con difficoltà economiche.
- Il 9% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (7% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

Guida sotto l'effetto dell'alcol^o ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=)

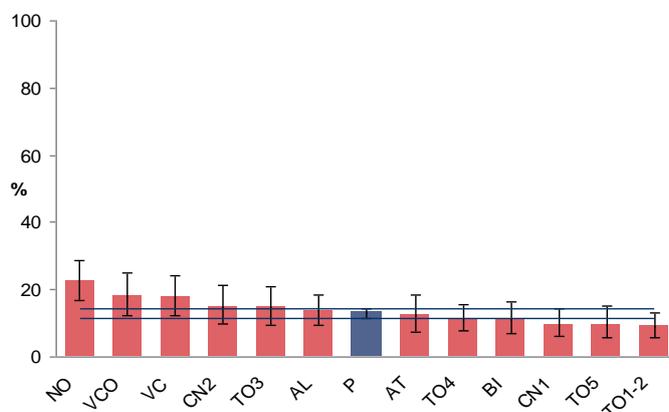
Caratteristiche	persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol ^{oo}	
	% (IC95%)	
Totale	15,4	12,2-19,3
Classi di età		
18 - 34		21,4
35 - 49		11,4
50 - 69		15,6
Sesso		
uomini		19,9
donne		6,4
Istruzione*		
bassa		13,7
alta		16,7
Difficoltà economiche		
sì		17,8
no		13,2

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

^{oo} coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

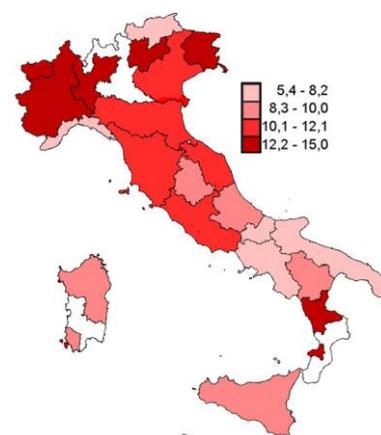
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol Piemonte - PASSI 2009



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (%) Pool PASSI 2009



- Tra le ASL del Piemonte, nell'ASL NO si è registrata una percentuale di persone che riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol significativamente superiore a quella media regionale (range dal 9% dell'ASL TO1-2 al 22% dell'ASL NO); il risultato deve comunque essere valutato con cautela in ragione della ridotta numerosità campionaria.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 10%, con un aumento da Sud a Nord.

Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Nella ASL VCO si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo 2 persone su 10 utilizzano la cintura di sicurezza posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. Nella ASL VCO il problema è piuttosto diffuso (15 guidatori su 100 sono classificabili come guidatore a rischio per l'alcol), con coinvolgimento non solo delle classi d'età più giovani.

In letteratura, gli interventi più efficaci sono quelli di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di controllo delle forze dell'ordine sia per il rispetto dei limiti consentiti di alcolemia sia per l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

I comportamenti personali sono fattori di primaria rilevanza nella sicurezza stradale e sono decisivi per ridurre la gravità degli incidenti, ma occorre non dimenticare che per migliorare la sicurezza stradale rimangono importanti anche gli interventi strutturali ed ambientali.

Sicurezza domestica

Il tema degli incidenti domestici ha ricevuto una corretta attenzione sotto l'aspetto epidemiologico solo negli ultimi anni, ma è ancora poco indagato; non sono, comunque, disponibili stime sufficienti né delle reali dimensioni del problema, né delle misure di prevenzione adottate, in particolare a livello locale.

In Italia gli incidenti in ambiente domestico coinvolgono circa 3.200.000 di persone all'anno; 1.700.000 ricorrono alle cure del Pronto Soccorso, 130.000 vengono ricoverate e 8.000 muoiono.

In Piemonte si stima che circa il 3% della popolazione sia vittima di un incidente domestico con accesso al Pronto Soccorso.

I più colpiti sono donne, bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

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

- Nell'ASL VCO la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 96% degli intervistati dichiara di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio gli uomini e le persone con età 18-34 anni, ma le differenze non sono statisticamente significative.
- Tra le varie ASL regionali emergono differenze statisticamente significative rispetto alla bassa percezione del rischio di infortunio domestico (range dal 73% dell'ASL VC al 98% dell'ASL TO3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con bassa percezione di rischio domestico è del 93%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)

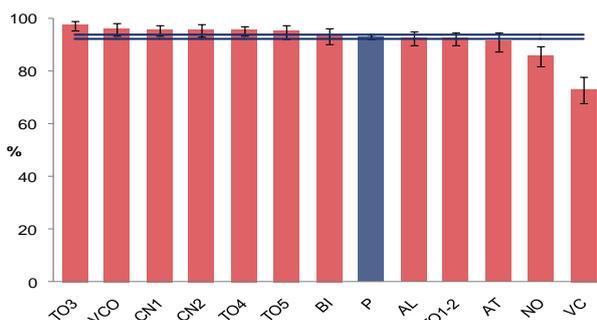
Caratteristiche	% di persone che riferiscono bassa possibilità di subire infortuni domestici* (IC95%)
Totale	95,6% (93,7-96,9)
Età	
18 - 34	97,7
35 - 49	94,8
50 - 69	94,9
Sesso	
uomini	96,9
donne	94,2
Istruzione*	
bassa	95,3
alta	95,8
Difficoltà economiche	
sì	95,6
no	95,6
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio**	
sì	95,5
no	95,6

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

** presenza di anziani e/o bambini

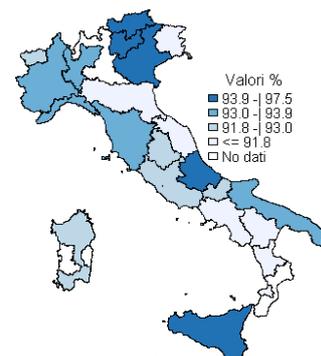
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Persone che riferiscono bassa possibilità di subire un infortunio domestico (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Persone che riferiscono bassa possibilità di subire un infortunio domestico (%)
Pool PASSI 2009



Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

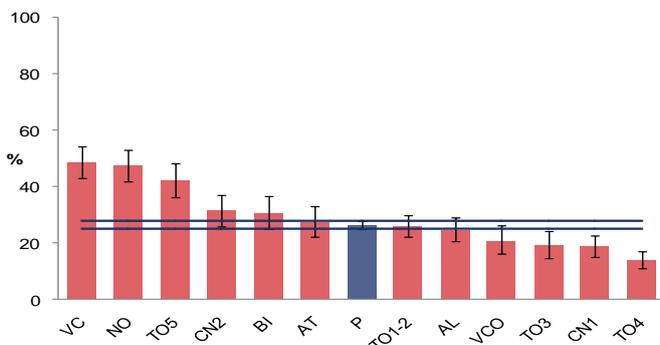
- Nell' ASL VCO il 24% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni è significativamente più elevata:
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con alta percezione del rischio
- Tra le ASL piemontesi le persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli incidenti domestici variano dal 14% dell'ASL TO4 al 48% dell'ASL VC, con differenze statisticamente significative.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce di aver ricevuto le informazioni è pari al 24%.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi ASL VCO PASSI 2007-2009 (n=700)	
Caratteristiche	% di persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione infortuni - % (IC95%)
Totale	23,9 (20,8-27,2)
Età	
18 - 34	24,0
35 - 49	22,2
50 - 69	25,3
Sesso	
uomini	23,0
donne	24,7
Istruzione*	
bassa	21,3
alta	26,0
Difficoltà economiche	
sì	19,7
no	28,4
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°	
sì	25,2
no	23,0
Percezione del rischio	
alta	54,8
bassa	22,2

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

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

ASL Piemonte - PASSI 2009

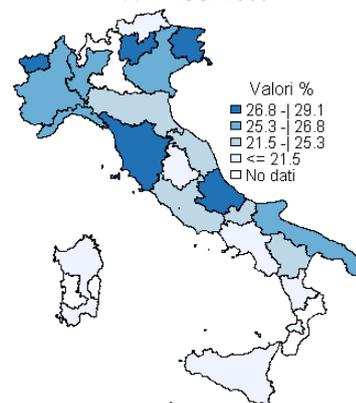


Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono gli opuscoli (51%) ed i mass media (47%); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici.
- I dati dell'ASL VCO sono in linea con i dati piemontesi e nazionali

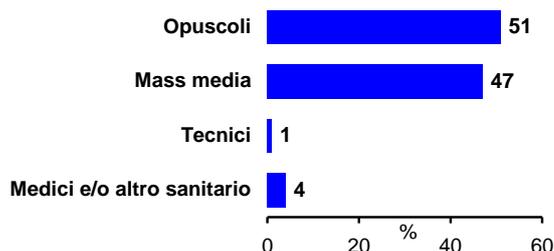
Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici (%)

Pool PASSI 2009



Fonti di informazione

ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=167)



Chi riferisce di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

- Il 22% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per un'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è maggiore tra le persone con un'alta percezione di rischio domestico.
- Anche se i dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità annuale, tra le ASL piemontesi si osservano differenze tra le persone che hanno adottato misure preventive (range dall'11% dell'ASL TO4 al 46% dell'ASL TO3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 31%.

Adozione di misure di sicurezza per l'abitazione

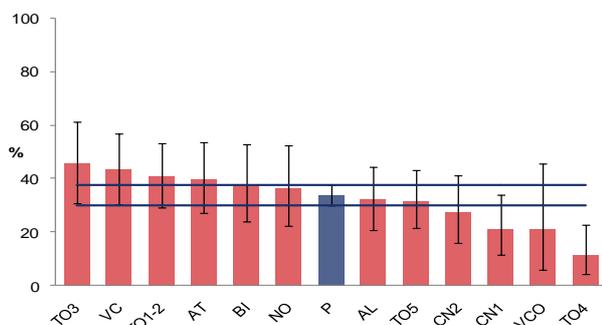
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=76)

Caratteristiche	% di persone che dichiarano l'adozione di misure di sicurezza per l'abitazione (IC95%)
Totale	22,4 (13,6-33,4)
Età	
18 - 34	28,6
35 - 49	23,8
50 - 69	17,6
Sesso	
uomini	23,7
donne	21,1
Istruzione*	
bassa	17,2
alta	25,5
Difficoltà economiche	
sì	20,0
no	24,4
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio°	
sì	29,6
no	18,4
Percezione del rischio	
alta	45,5
bassa	18,5

°presenza di anziani e/o bambini

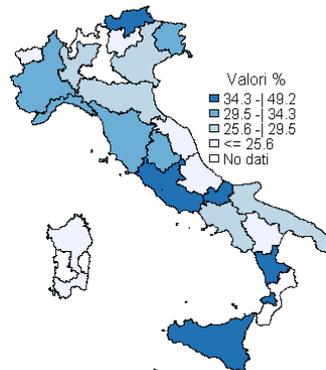
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni) (%)
Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni) (%)
Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del Sistema di Sorveglianza mostrano che più di 9 persone su 10 hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima che meno di 1 persona su 4 ne abbia ricevute. Le informazioni sono mediate prevalentemente da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Più di 1 persona su 5 che ha ricevuto informazioni ha adottato misure per diminuire il rischio; le modifiche sono attuate soprattutto da coloro che hanno un'alta percezione del rischio. Sono quindi necessarie attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza è un rilevante problema di sanità pubblica per le gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di patologie croniche); è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza da scuola e lavoro, con ripercussioni sanitarie ed economiche sulla collettività. Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia: rallenta la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e previene le complicanze (protezione individuale) riducendo così gravità e letalità delle epidemie.

La vaccinazione antiinfluenzale è inserita nel Piano nazionale della Prevenzione; è raccomandato vaccinare almeno il 75% degli appartenenti a categorie a rischio (persone con più di 65 anni e persone con almeno una patologia cronica).

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime tre campagne antinfluenzali (2006-07/2007-08/2008-09)?

- Nella ASL VCO l'11% degli intervistati di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinato durante la campagne antinfluenzali 2006-07/2007-08/2008-09.
- Nelle persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 41%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di vaccinati di 18-64 anni è significativamente più elevata:
 - nella fascia 50-64 anni (20%)
 - nelle donne
 - nelle persone con almeno una patologia cronica.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di vaccinati di 18-64 anni con almeno una patologia cronica è del 30%.

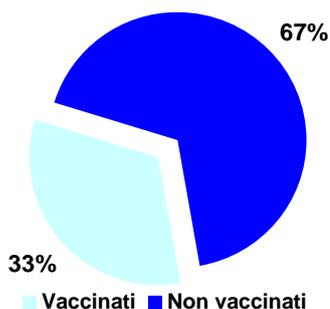
Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=270)

Caratteristiche	% vaccinati (IC95%)
Totale	11,1 (7,6-15,5)
Classi di età	
18-34	2,7
35-49	10,1
50-64	19,8
Sesso	
uomini	7,7
donne	14,3
Istruzione*	
bassa	9,4
alta	12,4
Difficoltà economiche	
sì	11,2
no	11,1
Patologie severe°	
almeno una	7,5
assente	41,4

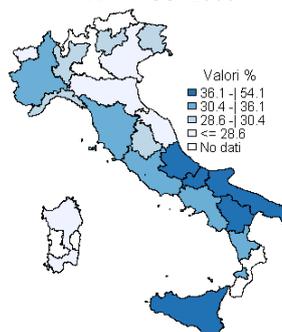
°almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

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

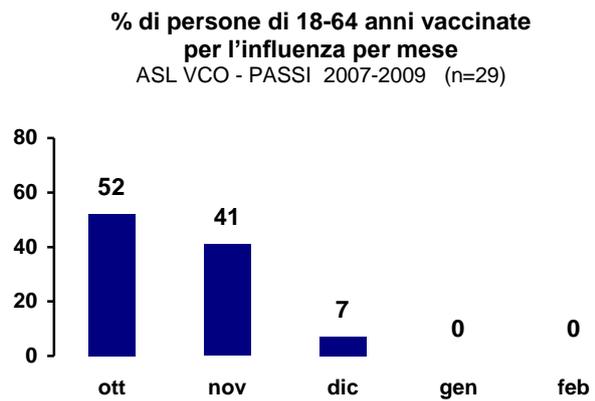
Vaccinazione antinfluenzale 2008-09 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Piemonte - PASSI 2009 (n=251)



Vaccinazione antinfluenzale 2008-09 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Pool PASSI 2009



- Nell' ASL VCO la maggior parte (52%) degli intervistati è stato vaccinato in ottobre.



Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Mentre le strategie vaccinali adottate in questi anni hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni. Nelle persone con meno di 65 anni e con patologie croniche la copertura stimata risulta ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: i dati PASSI mostrano che solo 4 persone su 10 con patologia siano vaccinate.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se contratta dalla donna in gravidanza, può causare aborti spontanei, feti nati morti o con gravi malformazioni (rosolia congenita).

La vaccinazione antirosolia è un'azione preventiva di provata efficacia, per eradicare la rosolia congenita; a tal fine è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

La strategia più efficace a livello internazionale consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e nell'individuare (attraverso un esame del sangue detto rubeotest) le donne in età fertile suscettibili all'infezione e somministrare loro il vaccino antirosolia.

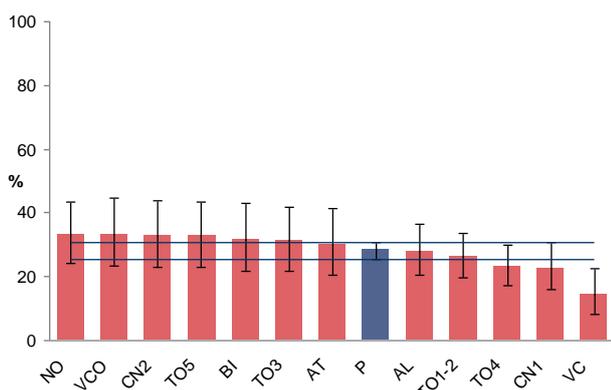
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nell'ASL VCO riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia il 50% delle donne di 18-49 anni intervistate.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
 - con alto livello d'istruzione
 - senza difficoltà economiche.
- In Piemonte, il range di vaccinazione varia dal 14% della ASL VC al 33% della ASL NO; l'ASL VC ha presentato una riduzione percentuale significativa.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 32%.

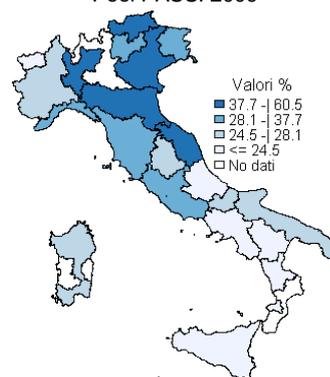
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)	
ASL VCO PASSI, 2007- 2009 (n=209)	
Caratteristiche	Vaccinate - % (IC95%)
Totale	33,0 (26,7-39,8)
Classi di età	
18-24	37,5
25-34	31,3
35-49	33,1
Istruzione*	
bassa	25,0
alta	37,2
Difficoltà Economiche	
sì	27,9
no	39,2

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

Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Piemonte - PASSI 2009



% di donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia
Pool PASSI 2009



Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

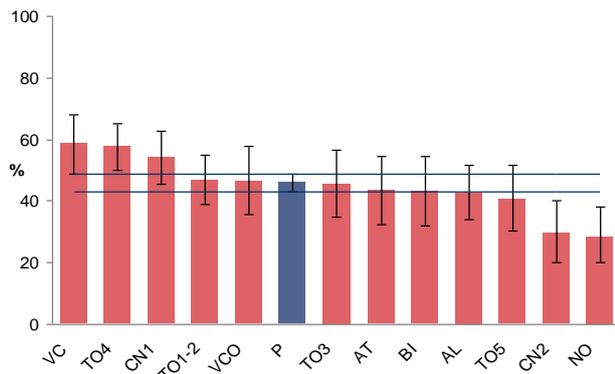
- Nell' ASL VCO il 58% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (33%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (25%).
- L'1% è sicuramente suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 41% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.
- Tra le ASL regionali, le ASL NO e CN1 hanno mostrato la più bassa percentuale di donne suscettibili alla rosolia o con stato sconosciuto (range dal 28% della ASL NO al 59% della ASL VC).

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) - % (IC95%) ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=209)

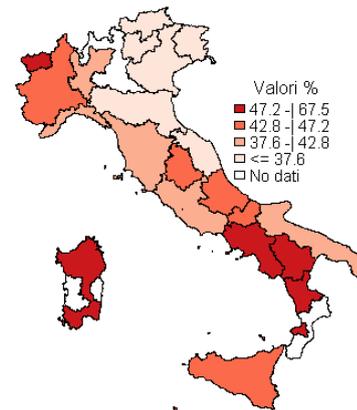
Caratteristiche	% (IC95%)
Immuni	57,9 (50,9-64,7)
Vaccinate	33,0
Non vaccinate, rubeotest positivo	24,9
Non vaccinate; rubeotest negativo	1,0
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	5,3
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	35,9

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione è pari al 44%.

Donne 18-49 anni suscettibili o con stato sconosciuto per la Rosolia Piemonte - PASSI 2009



Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia Pool PASSI 2009



Conclusioni e raccomandazioni

Nell'ASL VCO si stima che circa 4 donne in età fertile su 10 siano suscettibili alla rosolia; è pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

- Tra le ASL regionali, Biella, Novara e CN1 presentano valori significativamente più alti della media regionale per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, mentre le ASL TO4 e TO3 si differenziano significativamente in senso opposto (range dal 73% della ASL TO3 al 93% della ASL di Biella).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83%.

Quante persone sono ipertese?

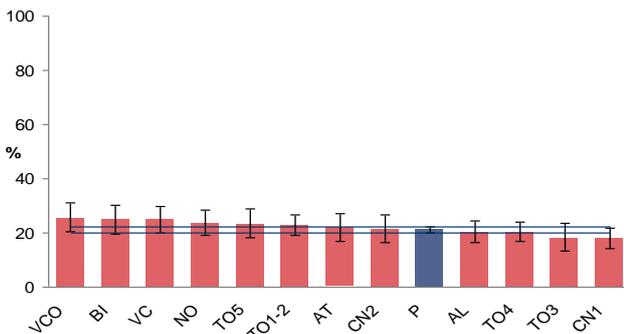
- Nella ASL VCO il 23% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- L'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - all'aumentare dell'età (42% in coloro con 50 e più)
 - nelle persone con livello istruzione basso
 - nelle persone in eccesso ponderale.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione* ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=659)

Caratteristiche	Ipertesi % (IC95%)
Totale	22,9 (19,8-26,4)
Classi di età	
18 - 34	3,9
35 - 49	13,8
50 - 69	42,3
Sesso	
uomini	21,5
donne	24,3
Istruzione**	
bassa	29,6
alta	17,0
Difficoltà economiche	
sì	21,0
no	25,0
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	13,3
sovrappeso/obeso	36,8

* tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa
 ** istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;
 istruzione alta: media superiore/laurea

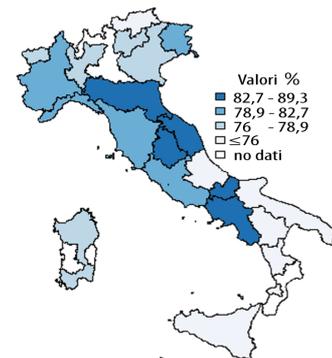
Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa (%) Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

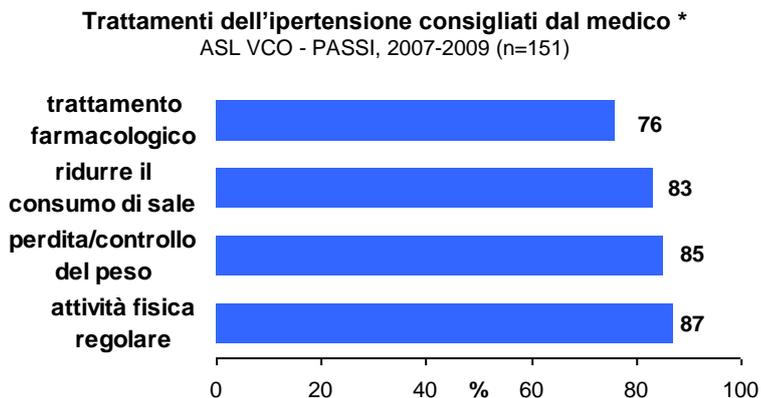
- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione varia dal 18% della CN1 al 26% della VCO, senza differenze significative.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 22%.

Persone a cui è stata misurata la
colesterolemia almeno una volta nella vita
pool Asl - Passi 2009 (%)



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

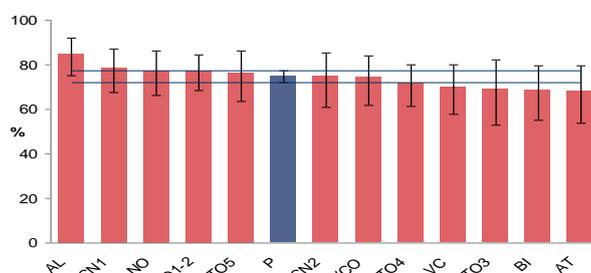
- Nella ASL VCO il 76 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (83%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (85%)
 - svolgere regolare attività fisica (87%).



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 68% della ASL AT all'85% della ASL AL).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci
Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Conclusioni e raccomandazioni

La sorveglianza PASSI stima che nell'ASL VCO più di una persona su cinque è ipertesa, proporzione che aumenta a due persone su cinque al di sopra dei 50 anni.

Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a quattro ipertesi su cinque.

I controlli regolari dei valori della pressione arteriosa sono raccomandati dalle linee guida internazionali come intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. La periodicità non deve essere superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale rimane determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi e per promuovere l'idea che l'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso per chi è in eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano le misure più efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità del trattamento farmacologico.

Colesterolo

L'alta concentrazione di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per cardiopatia ischemica. L'ipercolesterolemia è spesso legata ad alimentazione scorretta, a sovrappeso, fumo, sedentarietà, diabete; raramente deriva da alterazioni genetiche. La presenza di altri fattori di rischio aumenta il rischio cardiovascolare.

Si stima che riducendo del 10% la colesterolemia totale si riduca la probabilità di morire di malattie cardiovascolari del 20% e che una riduzione del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

Per ridurre la colesterolemia è necessaria un'alimentazione povera di grassi di origine animale e di sodio, ma ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

Quante persone hanno misurato il colesterolo almeno una volta nella vita?

- Nella ASL VCO l'82% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
 - il 57 % nel corso dell'ultimo anno
 - il 17 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
 - il 9 % da oltre 2 anni.
- Il 17 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo aumenta all'aumentare dell'età (dal 66 % della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni)

Colesterolo misurato almeno una volta nella vita
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=700)

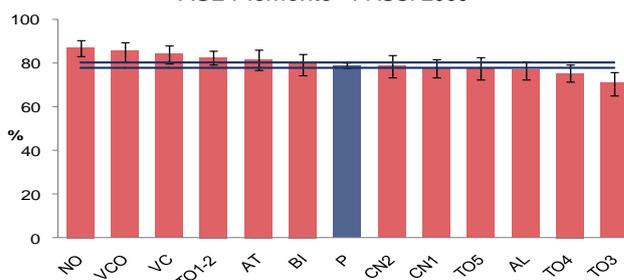
Caratteristiche	Colesterolo misurato % (IC95%)
Totale	82,4 (79,4-85,1)
Classi di età	
18 - 34	65,7
35 - 49	82,1
50 - 69	93,4
Sesso	
uomini	81,2
donne	83,7
Istruzione*	
bassa	82,1
alta	82,7
Difficoltà economiche	
sì	82,5
no	82,5

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

- Tra le ASL regionali la percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia varia, con differenze significative, dal 71% della ASL TO3 all'87% della ASL NO.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 79%.

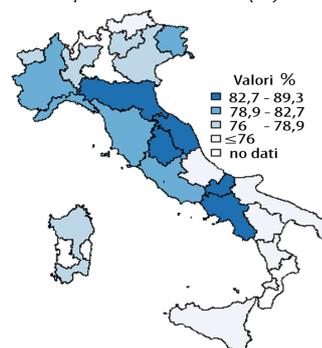
Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)

ASL Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita
pool Asl - Passi 2009 (%)



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Ipercolesterolemia riferita*
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n= 577)

- Nella ASL VCO il 22% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo riferisce di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle persone con basso livello di istruzione.

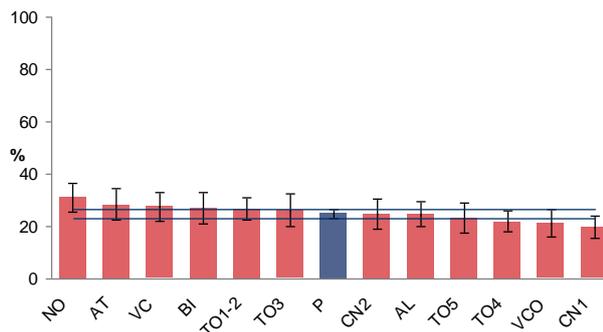
Caratteristiche	Ipercolesterolemia % (IC95%)
Totale	22,2 (18,9-25,8)
Classi di età	
18 - 34	7,0
35 - 49	15,9
50 - 69	34,1
Sesso	
uomini	20,8
donne	23,6
Istruzione**	
bassa	26,7
alta	18,4
Difficoltà economiche	
sì	21,5
no	22,9
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	16,3
sovrappeso/obeso	30,4

* tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

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

- Tra le ASL regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue anche per la limitata numerosità delle osservazioni (range dal 19% della ASL CN1 al 31% della ASL NO).

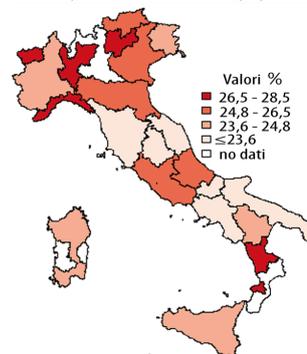
Persone con ipercolesterolemia riferita (%)
Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

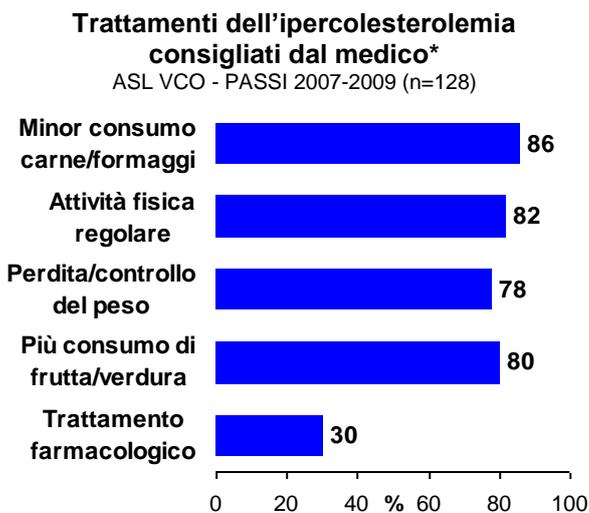
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%. Le differenze interregionali sono statisticamente significative, sia per la misurazione della colesterolemia almeno una volta nella vita sia per la diagnosi riferita di ipercolesterolemia..

Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche pool Asl - Passi 2009 (%)



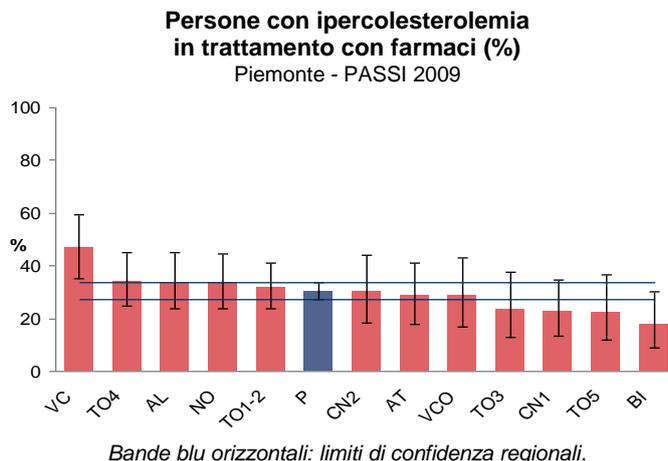
Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASL VCO il 30% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia riferiscono di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (86%)
 - svolgere regolare attività fisica (82%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (78%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (80%).



* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL piemontesi la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci varia dal 18% della ASL BI al 47% della ASL VC, unica a differenziarsi in modo significativo dal valore regionale (30%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 29%.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL VCO, nella fascia d'età 18-69 anni, più di una persona su cinque abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra ai 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su sei non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa 3 su 10 riferiscono di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

A circa 4 ipercolesterolemici su 5 sono state consigliate da un medico misure dietetiche e comportamentali.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi che consentono al medico per stimare la probabilità che un proprio paziente possa sviluppare un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione per i medici di medicina generale.

Per determinare il punteggio si utilizzano sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) che forniscono un valore numerico rappresentativo del rischio del paziente: il calcolo del punteggio si può ripetere nel tempo, per valutare variazioni del rischio per terapie farmacologiche o a cambiamenti degli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche per promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

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

- Nella ASL VCO solo il 3% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:
 - nelle classi d'età più elevate
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n= 509)

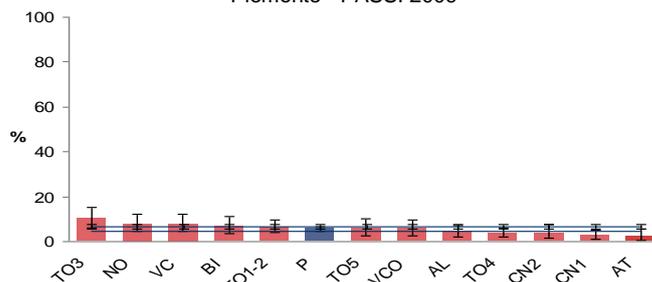
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato % (IC95%)
Totale	3,3 (2,0-5,4)
Classi di età	
35 - 39	1,1
40 - 49	4,2
50 - 59	6,4
60 - 69	6,4
Sesso	
uomini	5,0
donne	4,5
Istruzione*	
bassa	5,1
alta	4,4
Difficoltà economiche	
sì	4,6
no	4,9
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare°	
sì	5,9
no	0,9

° fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

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

- In tutte le ASL regionali la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è molto bassa (range dal 2% della ASL AT al 10% della ASL TO3).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 7%.

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Piemonte - PASSI 2009



Bande blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Sintomi di depressione

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

Le patologie mentali sono in aumento a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione sarà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero 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
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad un punteggio da 0 a 6; coloro che ottengono un punteggio uguale o maggiore di 3 sono considerati "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

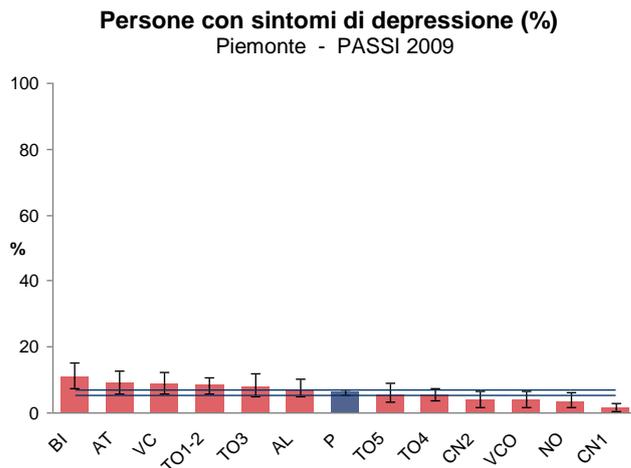
- Nella ASL VCO circa il 4% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.

Sintomi di depressione	
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=695)	
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)
Totale	4,0 (2,7-5,8)
Classi di età	
18 - 34	1,7
35 - 49	2,8
50 - 69	6,6
Sesso	
uomini	1,7
donne	6,4
Istruzione*	
bassa	6,0
alta	2,4
Difficoltà economiche	
sì	4,7
no	3,3
Stato lavorativo	
lavora	2,2
non lavora	7,5
Patologie severe	
almeno una	9,9
nessuna	3,3

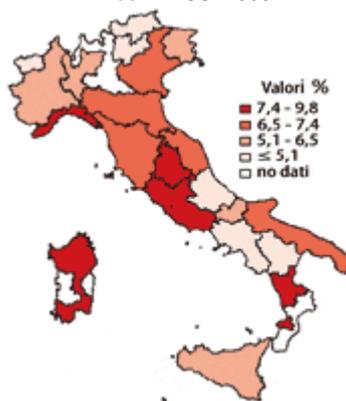
° punteggio PHQ-2 uguale o maggiore di 3

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

- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione è significativamente più bassa nella ASL CN1 e significativamente più alta nella ASL BI: si passa dall'1,2% della ASL CN1 al 10,7 della ASL BI.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 9%.



Persone con sintomi di depressione (%)
Pool PASSI 2009

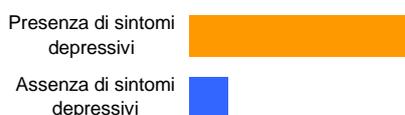


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non li hanno riferiti:
 - il 36% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 73% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Media giorni in cattiva salute e sintomi di depressione
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=694)

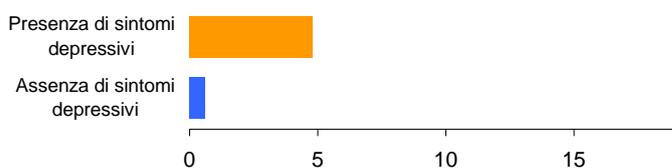
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



Giorni con limitazione di attività

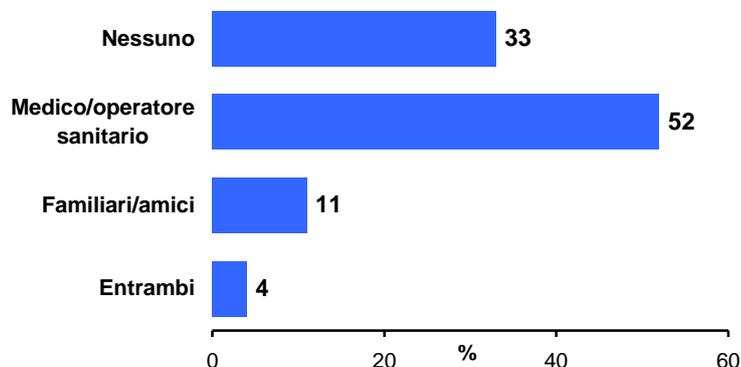


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione

ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=27)

- Il 67% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (52%), a familiari/amici (11%) o ad entrambi (4%).



Conclusioni e raccomandazioni

La sorveglianza PASSI utilizza un test validato senza finalità diagnostiche ma che serve per quantificare la presenza del disturbo depressivo nella popolazione e a valutare quale parte di essa non riceve ancora aiuto.

Nella ASL VCO si stima che circa 4 persone su 100 abbiano sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, tra le persone con basso livello di istruzione, senza lavoro e con patologie severe.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (una persona su tre).

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una parte importante del carico assistenziale complessivo nei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo uterino

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna. In Italia rappresenta il 2% di tutti i tumori maligni femminili e, sia l'incidenza che la mortalità, mostrano un calo rilevante. Secondo i dati del Registro Tumori di Torino nel periodo 2004-2006 ogni 100.000 donne residenti ci sono stati meno di 8 casi e circa 2 decessi. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 55% (66% a livello nazionale).

In Italia, il Ministero della Salute raccomanda l'esecuzione di screening di popolazione, nei quali le donne nella fascia d'età a rischio vengono invitate a intervalli regolari per fare il Pap test. Alcune donne eseguono, comunque, il Pap test su iniziativa personale in ambiti diversi.

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età compresa tra 25 e 64 anni. Il test è gratuito per garantire equità di accesso a tutte le donne.

Nel 2008 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state circa 12 milioni; l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Piemonte il programma di screening ("Prevenzione Serena") per il Pap-test è a regime in tutte le ASL dal 1996; nel 2008 sono state circa 400.000 le donne invitate con un'adesione che, anche se con un leggero aumento, continua a rimanere inferiore al 50%.

Quante donne hanno eseguito il Pap-test in accordo con le linee guida?

- Nella ASL VCO, circa l'87% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi 3 anni, come raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

- L'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è significativamente maggiore nelle donne coniugate o conviventi.

- In Piemonte le donne che riferiscono di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi tre anni variano dall'89% dell'ASL VCO al 71% dell'ASL CN1, unica a differenziarsi dal valore medio regionale (82%).

- Le donne che riferiscono di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi tre anni nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale sono il 73%, dato inferiore a quello piemontese (82%).

Hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni (25-64 anni)^o

ASL VCO – PASSI 2007-2009 (n=289)

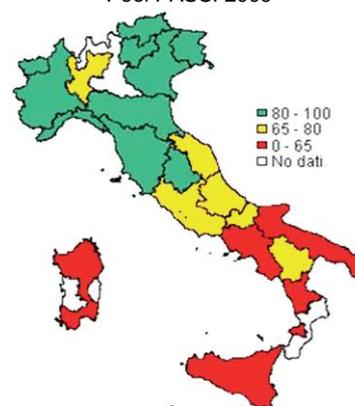
Caratteristiche	% (IC95%)
Totale	87,2 (82,8-90,8)
Classi di età	
25 – 34	89,1
35 - 49	90,1
50 - 64	82,7
Stato civile	
coniugata	90,4
non coniugata	80,4
Convivenza	
convivente	90,0
non convivente	80,0
Istruzione*	
bassa	85,2
alta	89,0
Difficoltà economiche	
sì	85,4
no	89,3

^o in assenza di segni o sintomi

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

Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)

Pool PASSI 2009

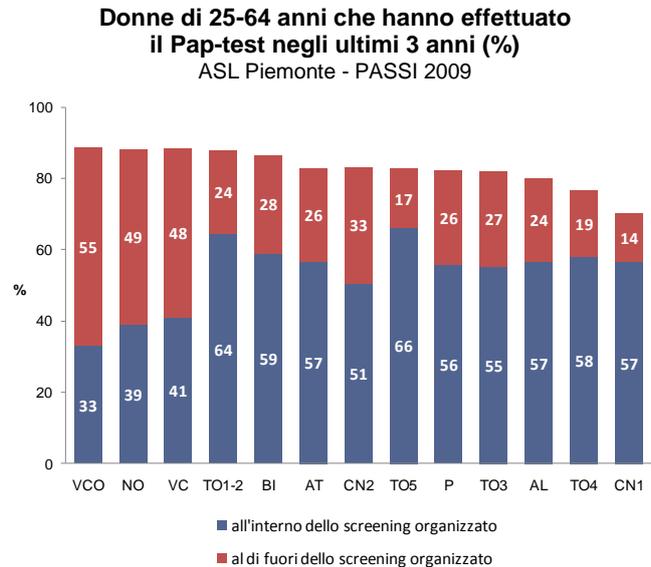


Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

Vengono considerate aderenti al programma di screening le donne che dichiarano di non avere pagato l'ultimo Pap-test mentre viene considerata prevenzione individuale l'effettuazione del test pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

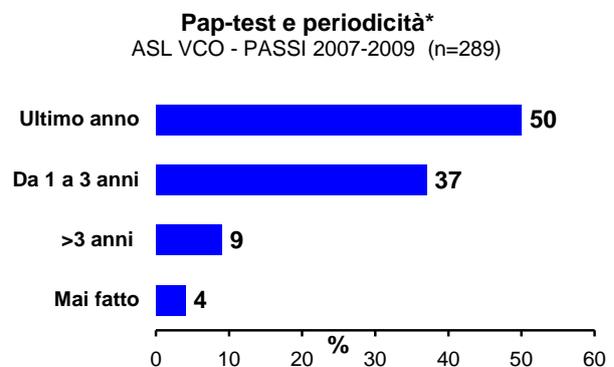
Tra le donne intervistate di 25-64 anni nella ASL VCO, il 33% ha effettuato il Pap-test nello screening organizzato, mentre il 54% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

- Tra le ASL del Piemonte la prevenzione individuale del tumore del collo dell'utero è maggiormente diffusa nelle ASL VCO, NO e VC, mentre è particolarmente limitata nella ASL CN1.



Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 50% delle donne di 25-64 anni riferisce l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 37% da uno a tre anni
 - il 9% da più di tre anni
- Il 4% delle donne riferisce di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.



* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.

Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

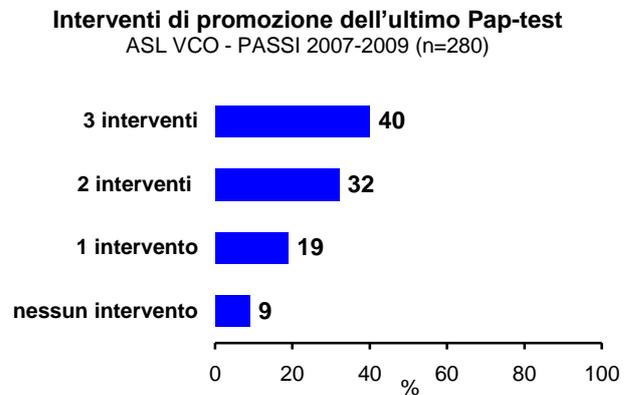
Nella ASL VCO:

- Il 60% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 75% riferisce di aver visto o sentito una campagna informativa promozionale del Pap-test
- il 64% riferisce di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero



- Tra le ASL regionali si osservano differenze statisticamente significative relative a:
 - lettera d'invito (range dal 64% dell'ASL VC al 93% dell'ASL CN1);
 - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 56% dell'ASL CN1 all'85% dell'ASL VC);
 - campagna informativa (range dal 63% dell'ASL TO1-2 all'85% dell'ASL TO5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 53% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 61% il consiglio dell'operatore sanitario e il 65% ha visto una campagna informativa.
- Nell'ASL VCO il 40% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 32% da due interventi ed il 19% da un intervento; il 9% delle donne riferisce di non aver ricevuto nessun intervento di promozione.



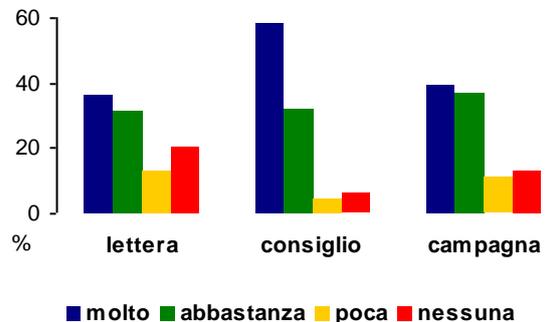
Quanto influiscono gli interventi di promozione del Pap-test sulla sua effettuazione?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:
 - il 67% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (36% molta e 31% abbastanza)
 - il 13% poca influenza
 - il 11% nessuna influenza.

Tra le ASL regionali la percezione dell'influenza positiva della lettera varia dal 54% dell'ASL VC al 90% dell'ASL TO4.

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - il 90% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (58% molta e 32% abbastanza)
 - il 4% poca influenza
 - il 6% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 76% dell'ASL AT al 99% dell'ASL TO5.

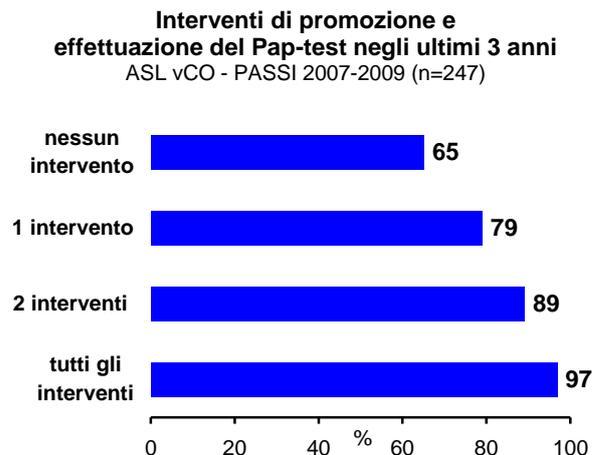
Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009



- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 76% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (39% molta e 37% abbastanza)
 - il 11% poca influenza
 - il 13% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 67% dell'ASL BI al 94% dell'ASL TO4.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, le donne che riferiscono un'influenza positiva degli interventi di promozione del Pap-test sulla sua effettuazione sono:
 - il 70% per la lettera di invito;
 - l'83% per il consiglio dell'operatore sanitario;
 - il 70% per la campagna informativa.

Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nella ASL VCO la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è del 65% tra le donne non raggiunte da interventi di promozione; del 97% tra le donne raggiunte da tutti e 3 gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva un andamento analogo che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se all'interno dei programmi organizzati.



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

- Nella ASL VCO il 13% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (4%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (9%).
- La non effettuazione dell'esame è legata a molti fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 44% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (13%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL VCO la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (87%) raggiunge e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura sia delle donne che hanno effettuato l'esame in un programma di screening organizzato (33%) sia della quota di adesione spontanea (54%).

I programmi organizzati si confermano correlati ad una buona adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: un'alta percentuale di donne li giudica importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame è quasi totale (97%).

La non effettuazione dell'esame pare associata a molti fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra essere il più importante.

1 donna su 2 riferisce di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (1 su 3); esiste quindi una quota di donne che effettua l'esame con frequenza superiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è il tumore maligno più frequente del sesso femminile sia come incidenza (25% dei tumori) sia come mortalità (17% dei decessi neoplastici).

In Italia è la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi annui, un'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

In Piemonte si stimano 803 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno (corrispondenti a 123 casi per 100.000 donne) e 223 decessi (29 per 100.000 donne).

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è dell'83% come a livello nazionale.

Lo screening biennale mediante mammografia, consigliato dal Ministero della Salute nelle donne di 50-69 anni, rende gli interventi di chirurgia meno invasivi e riduce nettamente la mortalità.

Nel 2009 in Piemonte il programma "Prevenzione Serena" per lo screening mammografico ha invitato oltre il 70% ed esaminato quasi il 50% delle donne tra 50 e 69 anni).

Il programma prevede l'inserimento, con mammografie annuali, anche di donne tra 45 e 49 anni che ne facciano richiesta.

Esecuzione gratuita e offerta attiva favoriscono l'accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate.

Quante donne hanno eseguito una mammografia?

- Nella ASL VCO circa il 73% delle donne tra 50 e 69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) negli ultimi 2 anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

- L'età media alla prima mammografia è di 45 anni.

- Nella fascia tra i 40 ed i 49 anni, il 61% delle donne riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima mammografia è 40 anni.

- Tra le ASL piemontesi le donne che riferiscono di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi due anni variano dal 53% dell'ASL AL all'87% dell'ASL NO, con differenze significative.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni, con evidenti differenze territoriali.

Donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni° (50-69 anni)

ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=132)

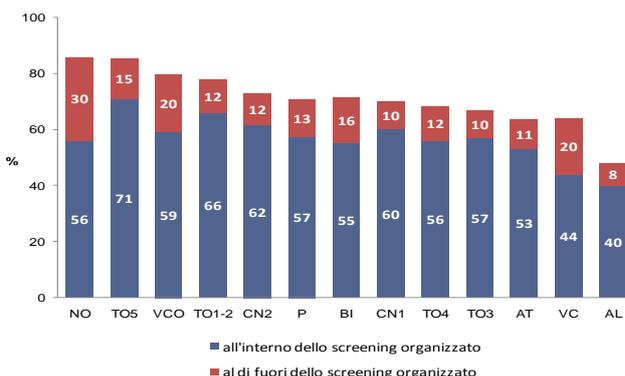
Caratteristiche	% (IC95%)
Totale	73,5 (65,1-80,8)
Classi di età	
50- 59	76,8
60 -69	69,8
Stato civile	
coniugata	73,7
non coniugata	72,7
Convivenza	
convivente	73,3
non convivente	74,1
Istruzione*	
bassa	75,8
alta	68,3
Difficoltà economiche	
sì	72,6
no	74,6

° in assenza di segni o sintomi

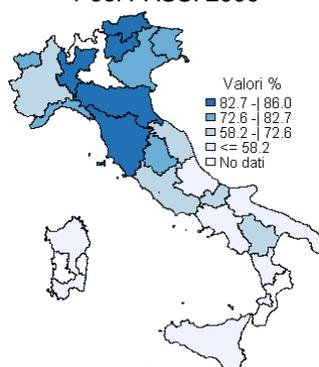
* istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni (%)

ASL Piemonte - PASSI 2009



Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia negli ultimi due anni (%)
Pool PASSI 2009

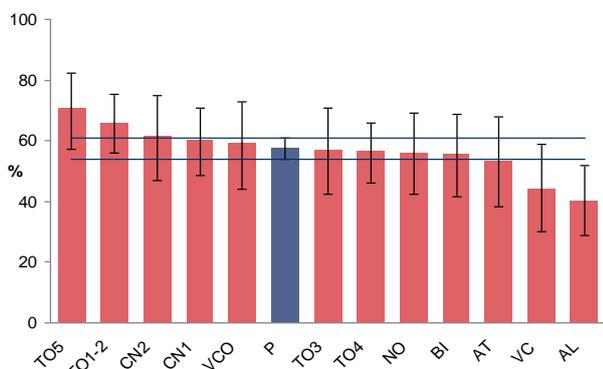


Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

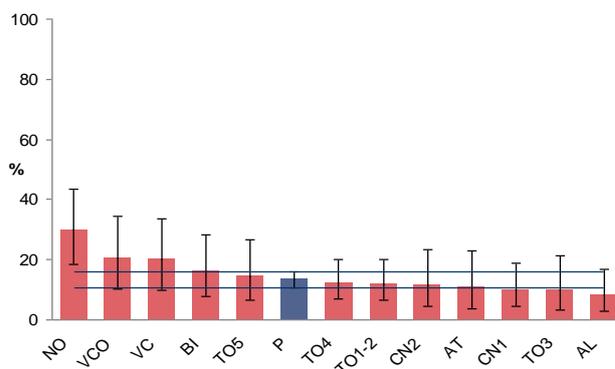
Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Tra le donne di 50-69 anni, il 58% ha effettuato la mammografia in un programma di screening organizzato, mentre il 15% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia in un programma di screening (%)
Regione Piemonte - PASSI 2009



Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la mammografia come prevenzione individuale (%)
Regione Piemonte - PASSI 2009

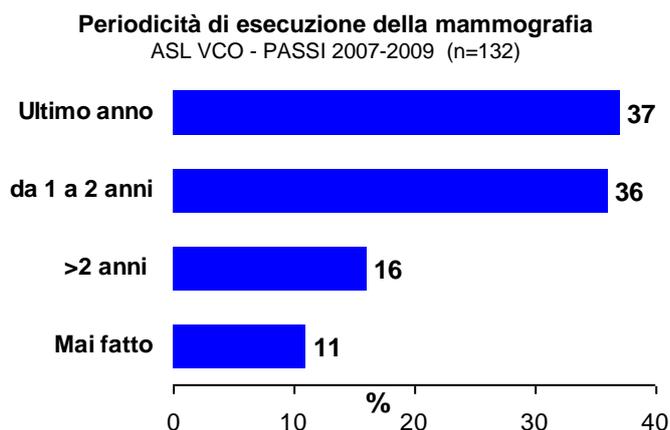


- Solo l'ASL AL si differenzia dal valore medio regionale per diffusione della mammografia come programma di screening organizzato (range dal 40% dell'ASL AL al 71% dell'ASL TO5).
- Solo l'ASL NO si differenzia significativamente dal valore medio regionale per diffusione della mammografia al di fuori di un programma di screening organizzato (range dall'8% dell'ASL AL al 30% dell'ASL NO).

Qual è la periodicità di esecuzione della mammografia*?

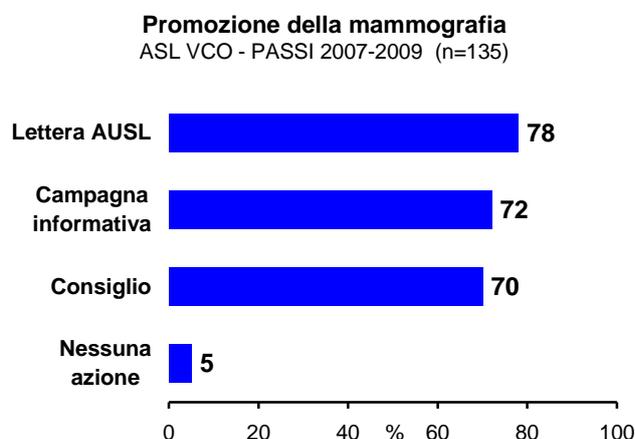
- Rispetto all'ultima mammografia effettuata:
 - il 37% delle donne di 50-69 anni riferisce l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 36% da uno a due anni
 - il 16% da più di due anni
- L'11% riferisce di non aver mai eseguito una mammografia preventiva.

* La campagna di screening prevede la mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.



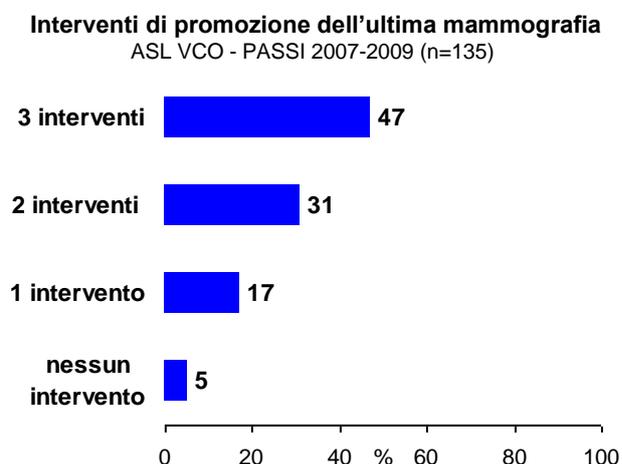
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL VCO:
 - il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 72 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 70% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.



- Tra le ASL piemontesi si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
 - lettera d'invito (range dal 57% dell'ASL VC al 94% dell'ASL CN2);
 - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 54% dell'ASL BI all'89% dell'ASL NO).
 Non si sono rilevate differenze significative relative a campagne informative (range dal 65% dell'ASL TO3 all'86% dell'ASL TO5).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 63% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 64% il consiglio dell'operatore sanitario e il 70% ha visto o sentito una campagna informativa.

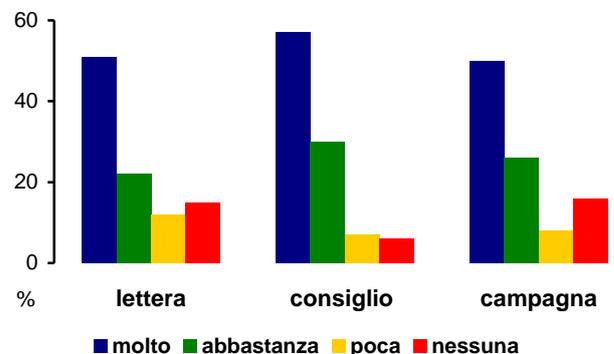
- Il 47% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 31% da due interventi ed il 17% da uno solo; il 5% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente dell'83%, 74%, 53% e 27%.



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia?

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL:
 - per il 73% la lettera ha influenzato positivamente la scelta di effettuare la mammografia (51% molta e 22% abbastanza)
 - per il 12% poco
 - per il 15% per nulla.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della lettera varia, anche per la scarsa numerosità del campione, dal 54% dell'ASL VC al 90% dell'ASL TO4.
- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - per il 86% il consiglio ha influenzato positivamente la scelta di effettuare la mammografia (57% molta e 29% abbastanza)
 - per il 13% poco
 - per il 12% per nulla.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 76% dell'ASL AT al 99% dell'ASL TO4.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
 - 80% per la lettera di invito;
 - 88% per il consiglio dell'operatore sanitario;
 - 75% per la campagna informativa.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL VCO - PASSI 2007-2009

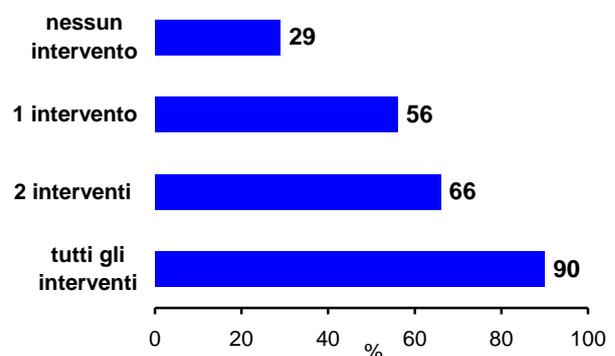


- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - per il 66% la campagna ha influenzato positivamente la scelta di effettuare la mammografia (34% molta e 32% abbastanza)
 - per il 16% poco
 - per il 18% per nulla.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 67% dell'ASL BI al 94% dell'ASL TO4.

Quale efficacia degli interventi di promozione della mammografia?

- Nella ASL VCO la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la mammografia negli ultimi due anni è del 29% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; del 85% tra le donne raggiunte da tutti e 3 gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, soprattutto se all'interno dei programmi organizzati.

Interventi di promozione e effettuazione della mammografia negli ultimi 2 anni
ASL VCO - PASSI 2007-2009

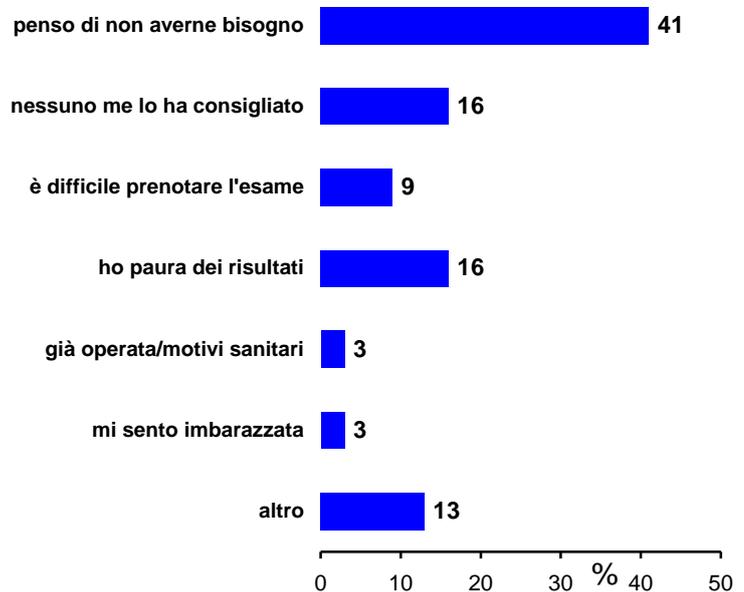


Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL VCO il 27% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuata la mammografia (11%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (16%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata a diversi fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 41% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida

ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=32)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (24%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL VCO il 73% delle donne di 50-69 anni effettua la mammografia nei tempi previsti dalle linee guida; il 58% all'interno del programma regionale di screening "Prevenzione Serena", il 15% spontaneamente.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una ottima adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative, ancor più se all'interno di programmi di screening, sono gli strumenti più efficaci: la metà delle donne li giudica molto importanti per l'esecuzione della mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame aumenta significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata a diversi fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

L'età media della prima mammografia è di 45 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Il cancro del colon-retto provoca in Italia più di 18.000 decessi all'anno, l'11% di tutti i decessi per tumore maligno.

Il rischio di avere una diagnosi di tumore del colon-retto nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 50,9‰ fra i maschi (1 caso ogni 20 uomini) e di 31,3‰ fra le femmine (1 caso ogni 32 donne), mentre il rischio di morire è di 17,3‰ fra i maschi e 10,0‰ fra le femmine.

Il tumore del colon mostra una tendenza all'aumento dell'incidenza mentre la mortalità è in riduzione in entrambi i sessi. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è circa del 58% in entrambi i sessi.

La mortalità per cancro del colon retto può essere ridotta di circa il 20% identificando precocemente le forme invasive di tumore effettuando lo screening con il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di positività, viene poi effettuato un approfondimento con endoscopia. In questo modo è possibile individuare e rimuovere anche adenomi che potrebbero rappresentare precursori del tumore.

In Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle ASL di organizzare programmi di screening di popolazione. In Piemonte il programma regionale prevede l'offerta della sigmoidoscopia (FS) una tantum a 58 anni con possibilità, per chi la rifiuta di effettuare la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT) e l'offerta biennale del FOBT alla popolazione di età compresa tra 59 e 69 anni. Questi programmi, avviati nel 2003, non sono ancora attivi in tutte le ASL del territorio regionale. Nel 2008 la sigmoidoscopia risulta estesa a oltre metà della popolazione target con un'adesione di circa una persona su quattro.

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

- Nella ASL VCO circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni riferisce di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali.
- L'8,2% riferisce di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata tra le persone con 60 anni ed oltre.
- Il 13% riferisce di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata tra le persone con 60 anni ed oltre.

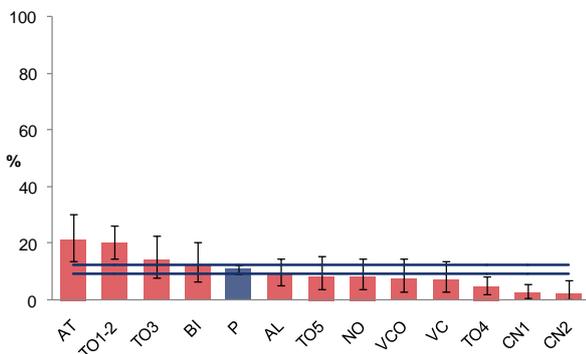
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto secondo le Linee Guida (50-69 anni) ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=266)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale [°] % (IC95%)	Colonscopia [°] % (IC95%)
Totale	8,2 (5,2-12,3)	12,7 (9,0-17,3)
Classi di età		
50 – 59	5,2	8,6
60 - 69	11,7	17,2
Sesso		
uomini	9,2	11,1
donne	7,3	14,4
Istruzione *		
bassa	7,7	15,0
alta	9,1	9,0
Difficoltà economiche		
sì	7,6	12,2
no	8,9	13,3

[°] in assenza di segni o sintomi

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

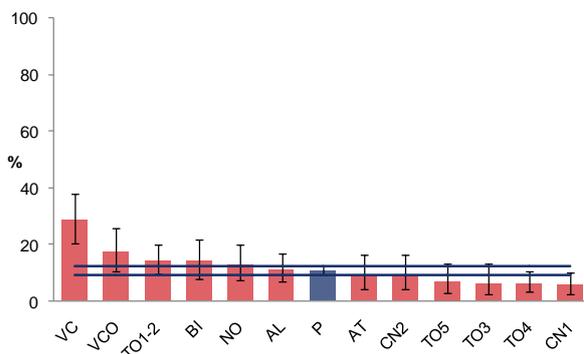
- Tra le ASL piemontesi, la percentuale di persone di 50-69 anni che riferiscono di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni presenta differenze statisticamente significative e varia dal 2% delle ASL CN1 e CN2 al 21% dell'ASL AT.
- Anche le persone che riferiscono di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni mostrano differenze statisticamente significative (range dal 5% dell'ASL CN1 al 28% dell'ASL VC).

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

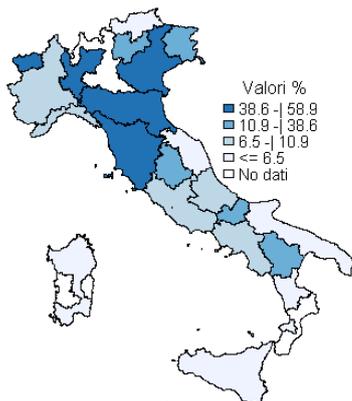
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una colonscopia negli ultimi cinque anni (%)
ASL Piemonte - PASSI 2009



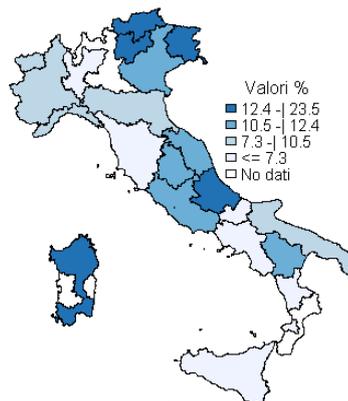
Righe blu orizzontali: limiti di confidenza regionali.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 23% delle persone di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 10% la colonscopia, con differenze territoriali.

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni (%)
Pool PASSI 2009



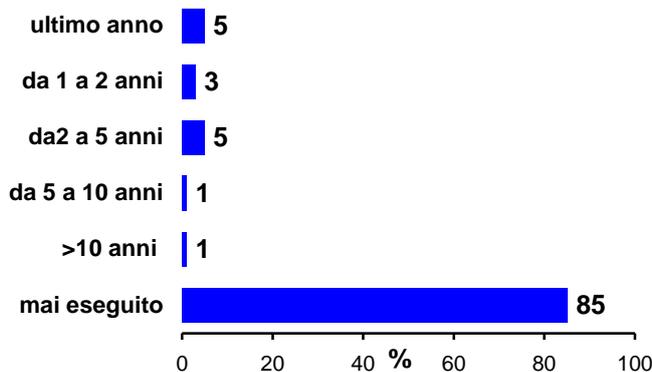
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una colonscopia negli ultimi cinque anni (%)
Pool PASSI 2009



Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali?

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
 - il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 3% da uno a due anni
 - il 5% da due a cinque anni
 - l'1% da cinque a dieci anni
 - l'1% da più di dieci anni
- L'85% riferisce di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

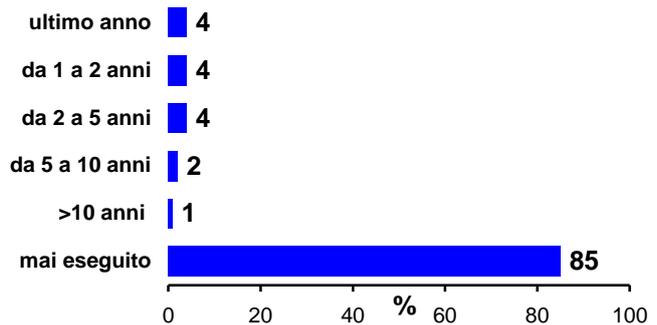
Sangue occulto e periodicità* (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=255)



* La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 50-69 anni.

- Rispetto all'ultima colonscopia:
 - il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 4% da uno a due anni
 - il 4% da due a cinque anni
 - il 2% da cinque a dieci anni
 - l'1% da più di dieci anni.
- L'85% riferisce di non aver mai eseguito il test.

Colonscopia e periodicità* (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=267)

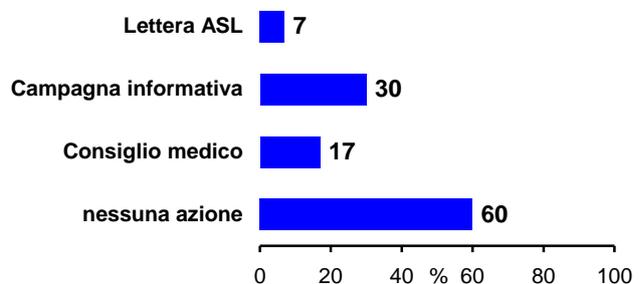


* La campagna di screening prevede l'esecuzione della colonscopia ogni 5 anni nella fascia d'età di 50 -69 anni.

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

- Nella ASL VCO:
 - il 7% delle persone di 50-69 anni riferisce di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 30% riferisce di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 17% riferisce di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

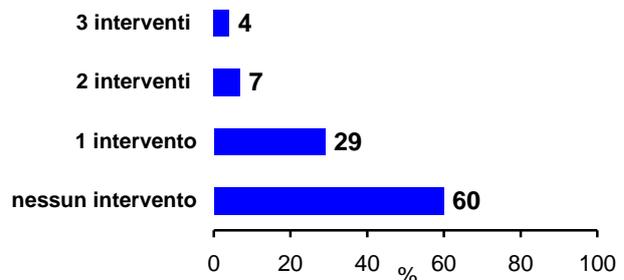
Promozione dello screening coloretale
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=273)



- Tra le ASL piemontesi si osservano differenze statisticamente significative:
 - per la lettera d'invito con un range che varia dallo 0% dell'ASL TO5 al 34% dell'ASL TO1-2);
 - per il consiglio dell'operatore sanitario (range dall'11% dell'ASL CN1 al 41% dell'ASL VC) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 13% dell'ASL TO4 al 52% delle ASL CN2 e VC).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 29% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 26% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41% ha visto una campagna informativa.

- Il 4% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 7% da due interventi di promozione ed il 29% da un solo intervento; il 60% non riferito alcun intervento di promozione.

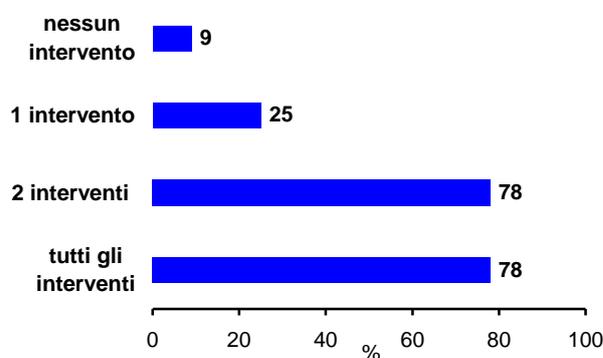
Interventi di promozione dell'ultimo screening coloretale (%)
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=273)



Sono efficaci gli interventi di promozione dello screening coloretale?

- Nella ASL VCO la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato lo screening coloretale nei tempi raccomandati è del 9% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione, del 25 tra coloro raggiunti da 1 intervento, del 78% tra coloro raggiunti da 2 interventi e del 78% tra coloro raggiunti da tutti e 3 gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva un andamento analogo a conferma dell'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se all'interno di programmi organizzati.

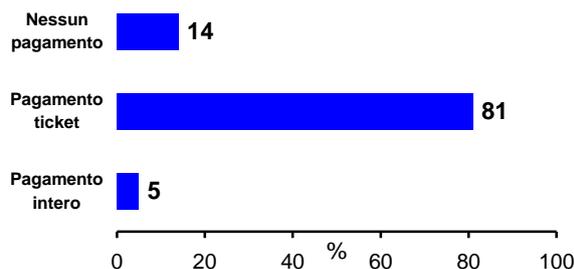
Interventi di promozione ed effettuazione dello screening coloretale nei tempi raccomandati
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=273)



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

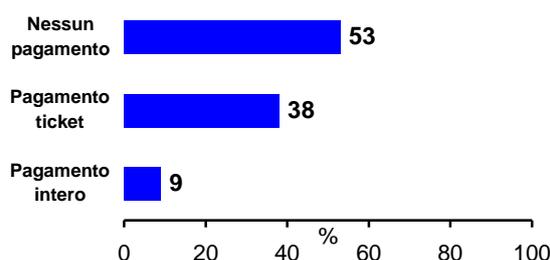
- Nella ASL VCO il 14% delle persone riferisce di non aver pagato per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 5 anni; l'81% ha pagato il ticket ed il 5% l'intero costo dell'esame.

Costi della ricerca di Sangue occulto
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=21)



- il 53% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 38% ha pagato il ticket ed il 9% l'intero costo dell'esame.

Costi della Colonscopia
ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=34)

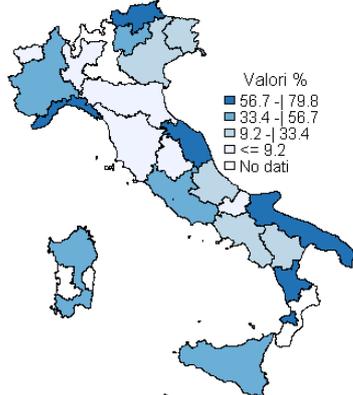


- Tra le ASL del Piemonte le persone di 50-69 anni che riferiscono di avere pagato la ricerca del sangue occulto variano dallo 0% delle ASL BI e CN1 al 100% delle ASL CN2 e VCO.

- Le persone di 50-69 anni che riferiscono di avere effettuato una colonscopia a pagamento variano dal 27% dell'ASL BI al 92% dell'ASL TO4.

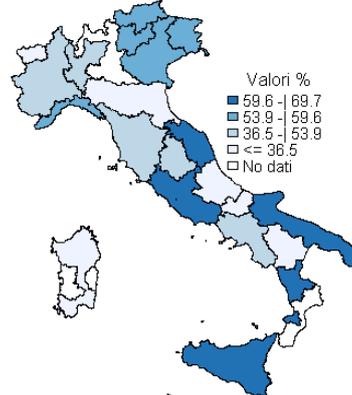
Persone di 50-69 anni che riferiscono di aver pagato per la ricerca di sangue occulto (%)

Pool PASSI 2009



Persone di 50-69 anni che riferiscono di aver pagato per la colonscopia preventiva (%)

Pool PASSI 2009

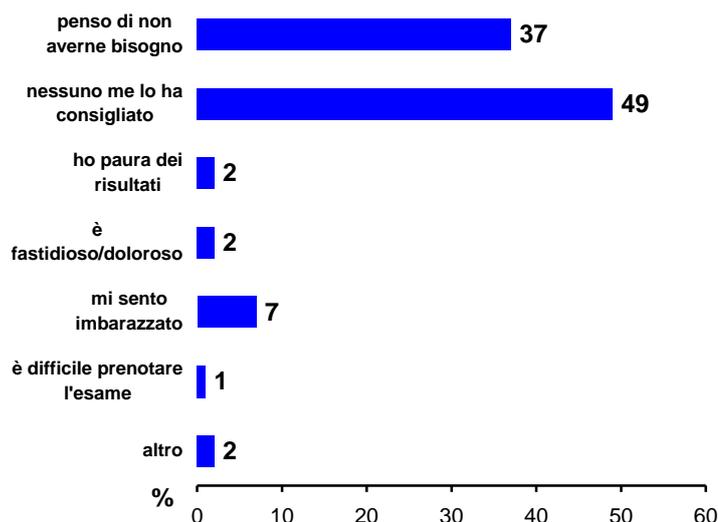


Perché non sono stati effettuati esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo?

- Nella ASL VCO il 70% delle persone di 50-69 anni non risulta coperta per la diagnosi precoce del tumore coloretale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame è associata a molti fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo importante: il 37% ritiene infatti di non averne bisogno.
- Il 49% delle persone non ha eseguito lo screening per mancanza di consiglio preventivo.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto (%)

ASL VCO - PASSI 2007-2009 (n=189)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (n=99)

Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte lo screening organizzato del colon-retto si rivolge a persone sopra i 58 anni e, infatti, vi è una maggior diffusione tra i 60 e i 69 anni (28%) rispetto alla fascia di età 50-59 (13%).

Esiste ancora un ampio margine di miglioramento: quasi 9 persone su 10 tra i 50 e i 69 anni non si sono sottoposte alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

Nella ASL VCO non si è raggiunto il livello di copertura "accettabile" nella popolazione target: il 70% delle persone tra 50 e 69 anni non ha mai eseguito nessuno dei 2 esami previsti.

I programmi di screening organizzati prevedono a livello locale campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di Medici di Medicina Generale e degli operatori di Sanità Pubblica per incrementare l'adesione della popolazione invitata.

La non effettuazione di almeno un test è associata soprattutto al fatto di non avere mai ricevuto indicazioni a farlo.

L'estensione del programma "Prevenzione Serena" insieme ai consigli degli operatori sanitari dovrebbero permettere di migliorare rapidamente i risultati fin qui raggiunti.

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; 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; 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; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004). 16. Italia. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.
16. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_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; 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&lingua=italiano> =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 scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionalecreening.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; 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; 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; 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; 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; 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; 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; 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; ultima consultazione:30/08/2007.
70. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN Notiziario ISS 2006;19(9); v–vi.
71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo:http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf; 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; 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–Kiukaanniemi 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; 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– Alcolologia 2002;14 (2–3):109–17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/ofad/cont/SINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; 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; ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo:<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo:<http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.

100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Søgaard J. The total lifetime costs of smoking. *Eur J Public Health* 2004;14:94–100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947–9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). *L'epidemia del fumo in Italia*. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1–11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, ZuccaroP. I giovani e il fumo. *Indagine Doxa* 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. *Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf; 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; ultima consultazione: 30/08/2007.
111. Taggi F. (Ed.). *Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – Il rapporto)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20I%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20I%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; ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. *Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003–2010)*. Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. *Piano nazionale per la sicurezza stradale*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iacone 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/rap/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; ultima consultazione: 30/08/2007.
120. Sheps DS, Sheffield D. *Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective*. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12–6. *psychiatric and medical comorbidity*. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903–10.
121. Commission of the European Communities. *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. *Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD–WMH*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1–100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. *The Sesto Fiorentino Study: point and one year–prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers*. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. *Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews*. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. *La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. *Recognition, management, and outcomes of depression in primary care*. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. *Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness*. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. *Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study* *JAMA*; 1994;272:1749–56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial*. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. *The case for psychological treatment centres*. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen

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. Giuffra 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 an 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, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine–induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
154. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(4):vii–viii.
155. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat; 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/1999/1_046/1_04619990220it00010005.pdf (l'ultimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc; ultima consultazione: 30/08/2007.
163. Carrozzi 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.