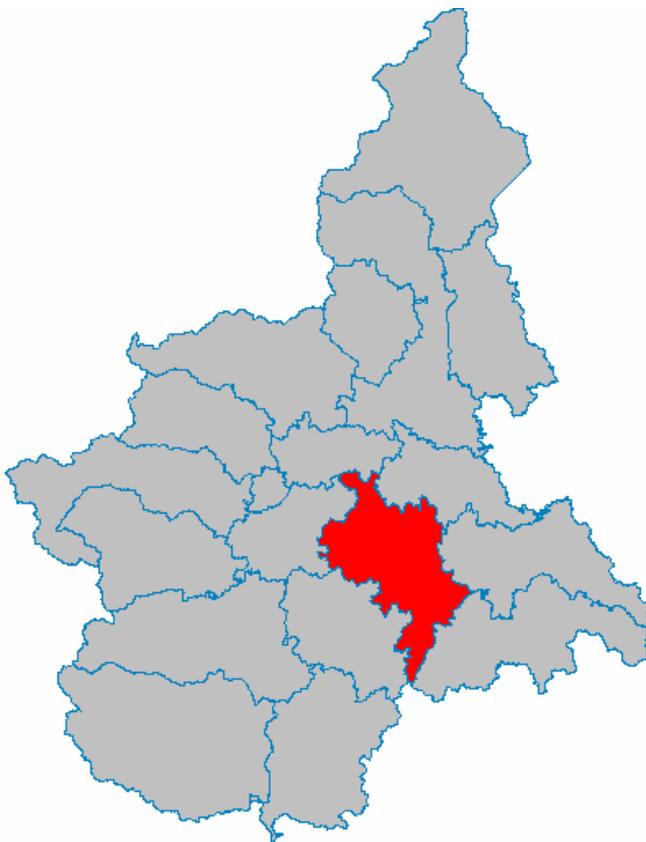


# La Sorveglianza PASSI ASL AT – ASTI

*Rapporto aziendale  
anni 2008-2011*





**A cura di:**

**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 Carrozzi (Dipartimento di sanità pubblica - AUSL, Modena); Angelo D'Argenzio (Dipartimento di prevenzione - ASL Caserta 2, Caserta); Pirus Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadigroma, Roma).

**- a livello regionale:**

Donatella Tiberti, Daniela Lombardi, Pierangela Ferrero (SeREMI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL AL) - Maria Chiara Antoniotti, Andrea Nucera, Orietta Mariani (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara)

**- a livello aziendale:**

**Campionamento**

*Servizi e Tecnologie Informatiche ASL AT:*  
Luca Figundio

**Organizzazione e conduzione delle interviste**

Coordinatori: Daniela Rivetti, Maurizio Oddone

Intervistatori: Nadia Abate, Mutton Mariuccia, Lucia Iannuzzi, Vittoria Iannuzzi, Anna Maria Musso

**Elaborazione dati**

Nadia Abate, Maurizio Oddone, Daniela Rivetti

***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.



## Premessa

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

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

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

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

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

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



## **Indice**

---

<b>SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE</b>	<b>4</b>
<b>OBIETTIVI</b>	<b>7</b>
<b>METODI</b>	<b>10</b>
<b>DESCRIZIONE DEL CAMPIONE</b>	<b>12</b>
<b>PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE</b>	<b>18</b>
<b>ATTIVITA' FISICA</b>	<b>22</b>
<b>L'ABITUDINE AL FUMO</b>	<b>26</b>
<b>SITUAZIONE NUTRIZIONALE</b>	<b>37</b>
<b>IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA</b>	<b>42</b>
<b>IL CONSUMO DI ALCOL</b>	<b>44</b>
<b>SICUREZZA STRADALE</b>	<b>49</b>
<b>SICUREZZA DOMESTICA</b>	<b>53</b>
<b>VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE</b>	<b>55</b>
<b>VACCINAZIONE ANTIROSOLIA</b>	<b>58</b>
<b>RISCHIO CARDIOVASCOLARE</b>	<b>61</b>
<b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>	<b>63</b>
<b>COLESTEROLEMIA</b>	<b>67</b>
<b>DIAGNOSI PRECOCE NELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO</b>	<b>71</b>
<b>DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA</b>	<b>77</b>
<b>DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON RETTO</b>	<b>82</b>
<b>SINTOMI DI DEPRESSIONE</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>90</b>



## ***Sintesi del rapporto aziendale***

---

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

#### ***Descrizione del campione aziendale***

Nella ASL AT, tra il 2008 e il 2011, è stato intervistato un campione casuale di 1094 persone, selezionato dalla lista dell'anagrafe sanitaria dell'ASL. Il campione risulta ugualmente suddiviso tra uomini e donne, con età media di 44 anni. Un po' più della metà ha un livello di istruzione alto e il 56% dichiara di avere un lavoro regolare (66% nella Regione Piemonte). Circa la metà del campione si dichiara esente da difficoltà economiche, mentre ben il 15% dichiara di averne molte, con prevalenza di sesso femminile. I determinanti di tipo sociale (istruzione e benessere economico) si sono dimostrati costantemente associati ad una maggior frequenza di fattori di rischio noti: sedentarietà, sovrappeso, stili di vita scorretti, minor adesione agli screening, peggiore percezione del proprio stato di salute, maggiore presenza di sintomi di depressione.

#### ***Percezione dello stato di salute***

Oltre due terzi (69%) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute. La percezione positiva del proprio stato di salute risulta associata alla giovane età, all'elevata istruzione e all'assenza di difficoltà economiche. Mediamente, nel campione, i giorni in cui l'attività è limitata per motivi di salute sono 1,6 al mese. Le donne lamentano più giorni di malessere rispetto agli uomini. Le persone con minore istruzione e maggiori difficoltà economiche sono quelle che lamentano in assoluto il maggior numero di giorni in cattivo stato di salute sia per motivi fisici che psicologici e di conseguenza un maggior numero di giorni con limitazioni delle attività quotidiane (6 in media al mese).

#### ***Attività fisica***

È completamente sedentario il 27% del campione e solo il 31% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. La sedentarietà è più frequente fra le persone socialmente svantaggiate. La percezione di adeguatezza dell'attività fisica svolta è scarsa: circa il 16% dei sedentari ritiene di fare sufficiente attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta e la consigliano solo in un terzo dei propri pazienti.

#### ***Abitudine al fumo***

Il 26% degli intervistati si dichiara fumatore e il 18% ex fumatore. Fumano di più i maschi e le persone socialmente svantaggiate. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli, il 37% dei fumatori ha cercato di smettere nell'ultimo anno, ma solo 1 su 10 ci è riuscito. Non sempre il medico curante si informa sull'abitudine al fumo dei suoi pazienti: il 30% circa dei fumatori non è stato interpellato circa l'abitudine al fumo e circa il 40% non ha ricevuto consiglio di smettere. Circa il 90% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare sia sempre rispettato sul luogo di lavoro e nei locali pubblici. Non è consentito fumare nelle case di oltre il 69% degli intervistati, la percentuale sale in presenza di minori di 14 anni sino al 76%.

#### ***Situazione nutrizionale e abitudini alimentari***

Il 36% del campione ASL AT risulta essere in eccesso ponderale: il 26% è in sovrappeso mentre gli obesi sono il 10%. L'eccesso ponderale è più frequente nelle classi sociali più disagiate e nel sesso maschile. Il sovrappeso è trattato nel 33% dei casi con dieta e il 36% ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario. Il rischio per la salute connesso al sovrappeso non pare correttamente percepito.

Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 17% del campione aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumarne cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.



### **Consumo di alcol**

Il 56% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 15% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 4% beve fuori pasto, il 9% è bevitore "binge" e il 5% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol nel 21% dei casi, ma solo il 6% dei bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio di moderarne il consumo.

### **Sicurezza stradale**

L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora migliorabile: 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 33% degli intervistati. L'87% dei motociclisti ha dichiarato di usare sempre il casco.

### **Infortuni domestici**

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, è scarsa: il 91% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Il 7.3% degli intervistati ha subito un infortunio domestico per il quale è dovuto ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o in ospedale.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

Il 51% degli intervistati tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinato lo scorso anno. Il valore è tuttavia ancora inferiore a quello raccomandato (75%).

### **Vaccinazione antirosolia**

Più della metà delle donne tra 18 e 49 anni risulta immune alla rosolia per aver fatto la vaccinazione o superato la malattia, ma il 43% non conosce il proprio stato immunitario. Occorre pertanto mantenere alta l'attenzione dei servizi sanitari verso tale target.

### **Rischio cardiovascolare**

Si stima che il 5% della popolazione ASL tra i 18 e 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa. Tra coloro che l'hanno misurata circa il 22% riferisce di essere iperteso e il 73% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.

Il 18% degli intervistati dichiara di non aver mai controllato il colesterolo. Tra coloro che hanno fatto l'esame, circa un quarto (26%) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi ultimi, il 28% dichiara di essere in trattamento farmacologico.

Solo il 4% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare attraverso l'uso del "punteggio" o della "carta del rischio", nonostante tale strumento rappresenti un semplice ed importante mezzo per la comunicazione del rischio.

### **Screening neoplasia del collo dell'utero**

L'84% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test negli ultimi tre anni, ma il 10% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. Il 54% delle candidate intervistate ha dichiarato di aver ricevuto la convocazione tramite lettera della ASL. Una donna su quattro ha eseguito il Pap test fuori del programma di screening.

### **Screening neoplasia della mammella**

Il 71% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva negli ultimi due anni, come raccomandato; l'esame è eseguito di più dalle donne di condizione socioeconomica più agiata. L'8% non ne ha mai fatta una nel corso della sua vita e la principale motivazione consiste nel ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione





secondaria o nel non avere ricevuto il consiglio. L'11% di donne ha eseguito la mammografia al di fuori del programma regionale.

### **Screening tumore del colon retto**

Il programma organizzato di screening per il tumore del colon retto è di recente attivazione. Per scopo preventivo, solo il 40% degli ultracinquantenni riferisce di avere eseguito un esame per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto (ricerca del sangue occulto nelle feci o flessosigmoidoscopia o colonscopia).

### **Sintomi di depressione**

Il 7% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne, le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. Il 42% di coloro che riferiscono sintomi di depressione, per questi problemi non chiede l'aiuto di nessuno



# Obiettivi

---

## Obiettivo generale

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

## Obiettivi Specifici

### 1. Aspetti socio-demografici

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

### 2. Salute e qualità di vita percepita

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

### 3. Attività fisica

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

### 4. Abitudine al fumo

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

### 5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;



- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

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

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

#### **7. Consumo di alcol**

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

#### **8. Sicurezza stradale**

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

#### **9. Infortuni domestici**

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

#### **10. Vaccinazione antinfluenzale**

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

#### **11. Vaccinazione antirosolia**

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

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

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



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

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

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

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



## Metodi

---

### **Tipo di studio**

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

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

### **Popolazione di studio**

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale AT, aggiornate al 31.12.2010 (complessivamente 136.295 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della ASL AT e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

### **Strategie di campionamento**

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente estratto dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Nella ASL AT nel 2008 sono state effettuate 272 interviste, 274 nel 2009, 273 nel 2010 e 275 nel 2011.

### **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. In alcuni casi si è provveduto ad informare anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 20 minuti.

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; Alcuni intervistatori hanno utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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



### ***Analisi delle informazioni***

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1.

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

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2008/2011 ("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 138.600 residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASL AT.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, nella Azienda AT sono state intervistate 1094 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie. Dato l'elevato tasso di risposta il campione può essere considerato rappresentativo della popolazione aziendale.

### Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

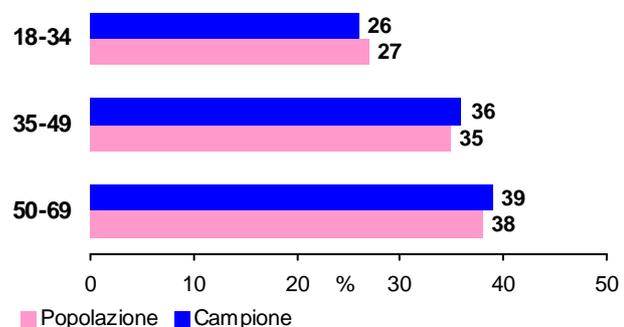
#### Principali indicatori di monitoraggio del campione per anno

	PASSI 2008	PASSI 2009	PASSI 2010	PASSI 2011
Numerosità	272	274	273	275
Tasso di risposta	83.8	86.8	87.6	88.1
Tasso di rifiuto	12.5	10.4	11.1	11.9

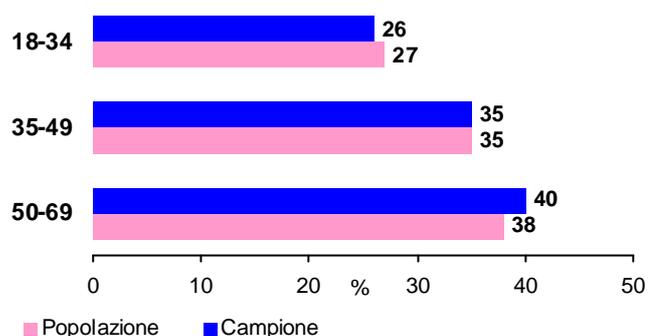
#### L'età e il sesso

- Nella ASL AT, il campione intervistato (1094 persone) è composto in maniera sovrapponibile da donne (50.5%) e uomini (49.5%); l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il campione è costituito per:
  - il 26.6% da persone nella fascia 18-34 anni (25,6% maschi e 25,5% femmine)
  - il 35.3% da persone nella fascia 35-49 anni (35,6 maschi e 34,9% femmine)
  - il 38.1% da persone nella fascia 50-69 anni. (38,8%maschi e 39,7%femmine)
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.
- La distribuzione per sesso ed età è simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello regionale e nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI  
ASL AT - PASSI 2008-11 (n=553)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE  
ASL AT - PASSI 2008-11 (n=541)

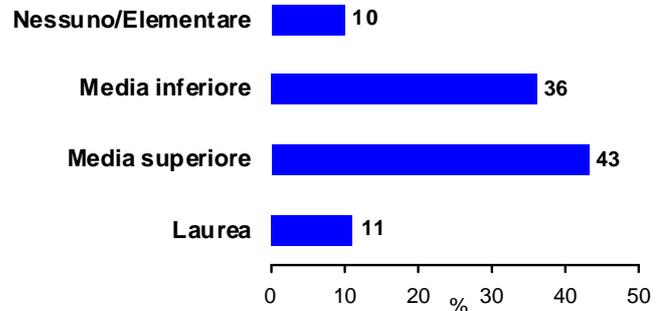


### Il titolo di studio

- Nella ASL AT il 10% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 36% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 11% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.
- L'istruzione è fortemente età - dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (regressione logistica).
- Nel pool di ASL PASSI 2008-11 la scolarità medio-bassa è distribuita in maniera eterogenea sul territorio.

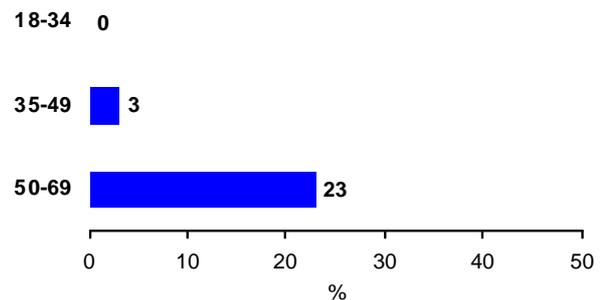
**Campione per titolo di studio**

ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1093)



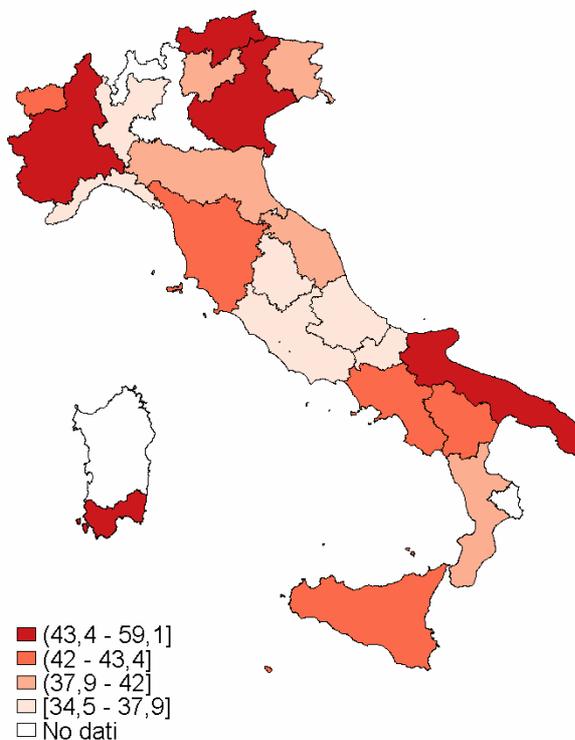
**Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età**

ASL AT PASSI 2008-11 (n=1093)



**Prevalenza di scolarità medio-bassa**

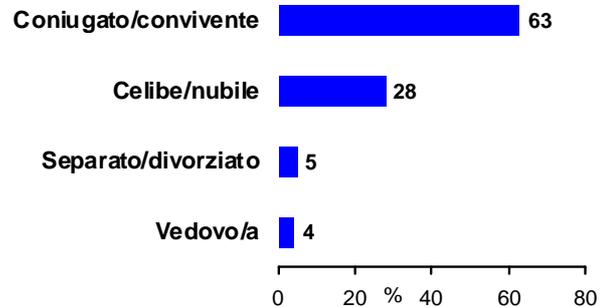
Pool PASSI 2008-11



## Lo stato civile

- Nella ASL AT i coniugati/conviventi rappresentano il 63.4% del campione, i celibi/nubili il 28.2%, i separati/divorziati il 4.9% ed i vedovi il 3.4%.

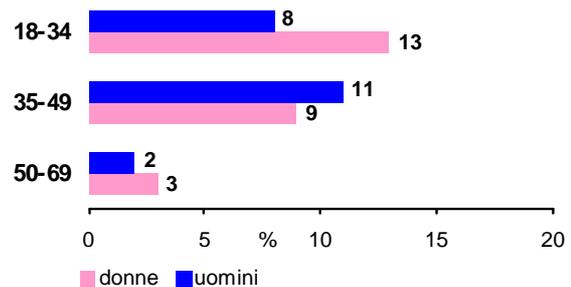
**Campione per categorie stato civile**  
ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1094)



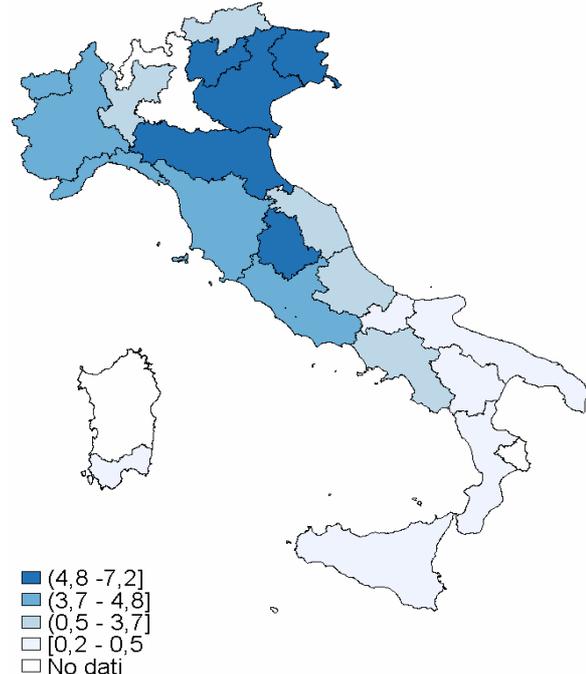
## Cittadinanza

- Nella ASL AT il campione è costituito dal 92.6% di cittadini italiani, 7.2% di stranieri e 0.2% con doppia nazionalità. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: in particolare nella fascia 18-34 anni il 12.7% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese.
- Nella regione PIEMONTE nel periodo 2008-11, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 4.3 % degli intervistati, mentre nel pool di ASL nello stesso periodo gli stranieri sono il 4.0%, con una distribuzione eterogenea sul territorio.

**% di stranieri\* per sesso e classi di età**  
ASL AT - PASSI 2008-11



**% di stranieri\***  
Pool PASSI 2008-11



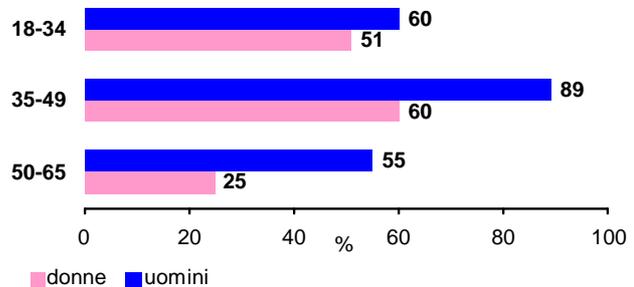
\* Sono stati esclusi dall'analisi i cittadini con doppia nazionalità



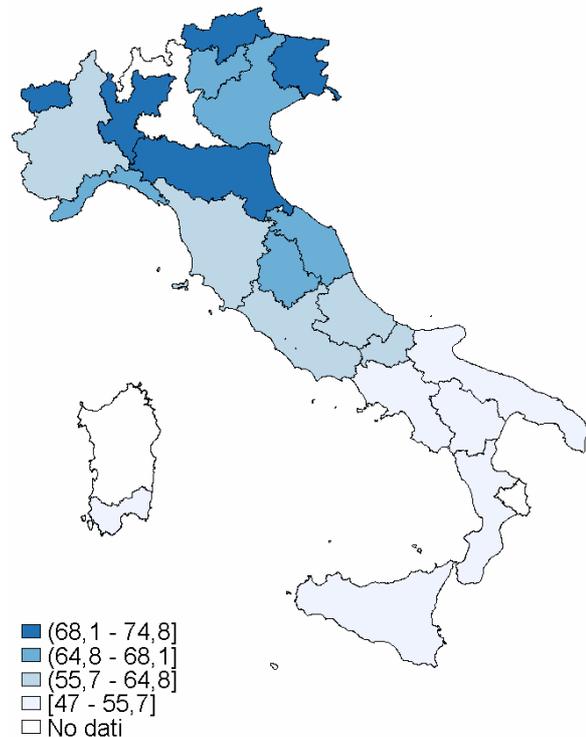
## Il lavoro

- Nella ASL AT il 56% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (45.7% contro 69.1%). Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.
- Nel periodo 2008-11 nella regione Piemonte la percentuale di lavoratori regolari nella fascia di età 18-65 anni è del 66%, mentre nel pool di ASL PASSI è del 61%, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ASL AT - PASSI 2008-11



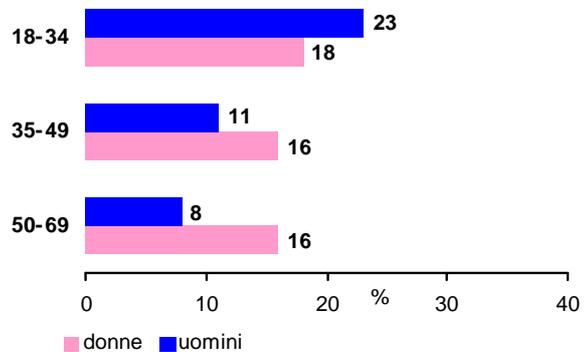
**% di lavoratori regolari**  
Pool PASSI 2008-11



## Difficoltà economiche

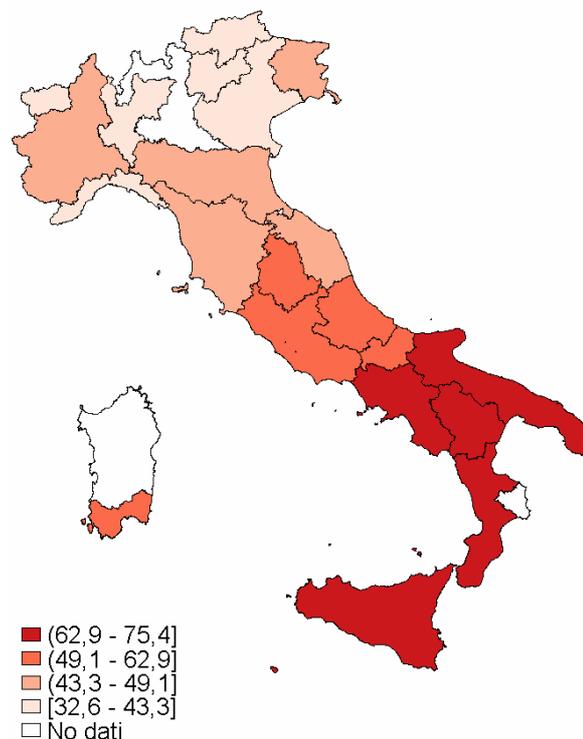
- Nella ASL AT:
  - il 52.5% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
  - il 32.8% qualche difficoltà
  - il 14.7% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (17% contro 13%), solo nella classe 18-34 anni, gli uomini hanno più difficoltà (23% contro 18%).

**% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età**  
ASL AT - PASSI 2008-11



- Nel periodo 2008-11 nella regione Piemonte, il 52.5% degli intervistati ha riferito di non avere difficoltà economiche, il 36.9% qualche difficoltà, il 10.6% molte difficoltà.
- Inoltre la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche mostra un rilevante gradiente territoriale; si passa dal 15.2% dell' ASL VC al 2.7% dell'ASL VCO.

**% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche**  
Pool PASSI 2008-11



## Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e la bassa percentuale di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, grazie 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.

La buona sovrapposibilità fra le caratteristiche del campione intervistato e quelle dell'intera popolazione aziendale depone per una buona rappresentatività del campione, consentendo pertanto di estendere le stime ottenute dall'indagine alla popolazione della ASL AT.

Il buon livello di istruzione e la tranquillità economica riguarda circa la metà del campione, mentre ben il 15% delle persone intervistate dichiara di avere molte difficoltà economiche. La situazione occupazionale (dichiarata) nell'ASL AT sembrerebbe inoltre peggiore rispetto alla media regionale (56% della ASL AT contro il 66% della Regione) e inoltre in peggioramento negli ultimi anni: dai dati PASSI 2005 e 2007, rispettivamente il 64% e 67% del campione dichiarava di avere un lavoro regolare.

I determinanti di tipo sociale (istruzione e benessere economico) si sono dimostrati costantemente associati ad una maggior frequenza di fattori di rischio noti: sedentarietà, sovrappeso, stili di vita scorretti, minor adesione agli screening, peggiore percezione del proprio stato di salute, maggiore presenza di sintomi di depressione. Si conferma quindi la necessità e l'impellenza di interventi a protezione delle garanzie sociali e, per quanto attiene il ruolo specifico della Sanità, di prestare grande attenzione all'equità del sistema.



# Percezione dello stato di salute

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

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



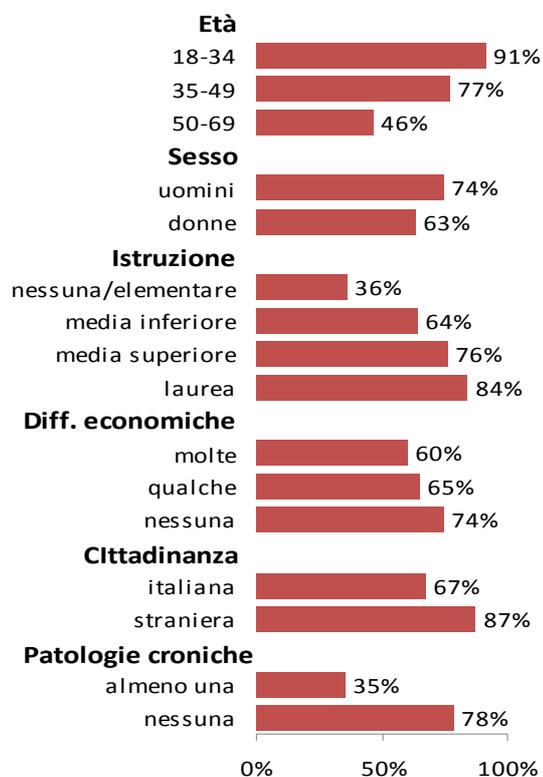
## Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

### Stato di salute percepito positivamente<sup>1</sup>

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL AT 2008-11

**Totale: 68.9%** (IC 95%: 66.1%-71.6%)

- Nella ASL AT, il 69% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 27% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
  - i giovani nella fascia 18-34 anni
  - gli uomini
  - le persone con alta istruzione
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe
  - i cittadini stranieri.



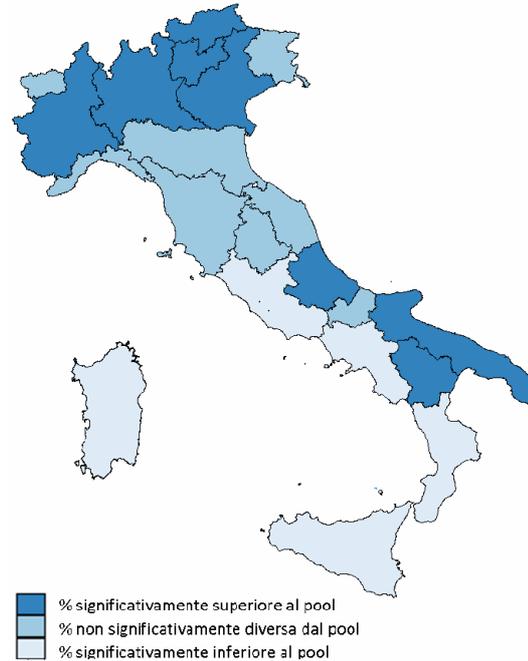
<sup>1</sup> persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

<sup>2</sup> almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.



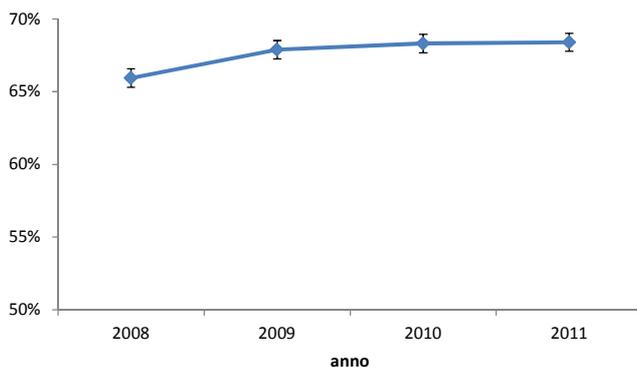
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 67% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

**Stato di salute percepito positivamente**  
 Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
 Totale: 67,4% (IC95%: 67,1%-67,7)



### Confronto su pool omogeneo nazionale

**Stato di salute percepito positivamente**  
 Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



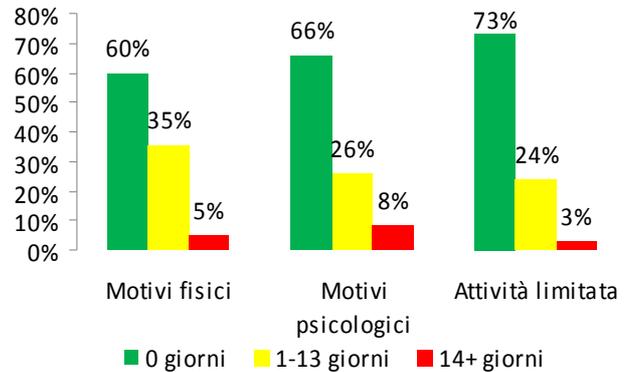
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo, tra il 2008 e il 2009, della percentuale di persone che percepiscono positivamente il proprio stato di salute a cui fa seguito una stabilizzazione dell'indicatore.



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

- Nella ASL AT la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (59.7% in buona salute fisica, 55.9% in buona salute psicologica e 73.2% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (5.4%), per motivi psicologici (7.7%) e con limitazioni alle attività abituali (3.3%).

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
ASL AT - PASSI 2008-11



**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**  
ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1094)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	<b>2.7</b>	<b>3.0</b>	<b>1.6</b>
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	1.4	1.9	1.0
35 - 49	2.1	2.6	1.4
50 - 69	4.0	4.2	2.6
<b>Sesso</b>			
uomini	1.6	1.9	1.0
donne	3.8	4.3	2.4
<b>Istruzione*</b>			
bassa	9.5	8.1	6.4
alta	3.0	5.0	2.7
<b>Difficoltà economiche</b>			
sì	8.4	8.9	5.6
no	1.6	2.0	1.0
<b>Patologie croniche</b>			
almeno una	5.6	5.2	4.0
assente	1.9	2.5	1.0

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1.5 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie croniche.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Oltre due terzi (69%) delle persone intervistate a livello aziendale ha riferito la percezione di essere 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 basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe. Ma le persone con peggiore condizione sociale sono quelle che lamentano in assoluto il maggior numero di giorni in cattivo stato di salute sia per motivi fisici che psicologici e di conseguenza un maggior numero di giorni con limitazioni delle attività quotidiane (circa 6 al mese rispetto all'1,6 dell'intero campione).

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

La misura dello stato di salute percepito e in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) a cui forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.



## Attività fisica

L'attività fisica, se 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 quelle cardiovascolari: per 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.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.



Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 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 Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma Guadagnare Salute si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

### Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1093)

Livello di attività fisica	% (IC95%)
Attivo <sup>1</sup>	30.7 (28.0-33.6)
parzialmente attivo <sup>2</sup>	42.4 (39.4-45.4)
sedentario <sup>3</sup>	26.9 (24.3-29.7)

<sup>1</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

<sup>2</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2008-11, nella ASL AT il 31% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 27% è completamente sedentario.

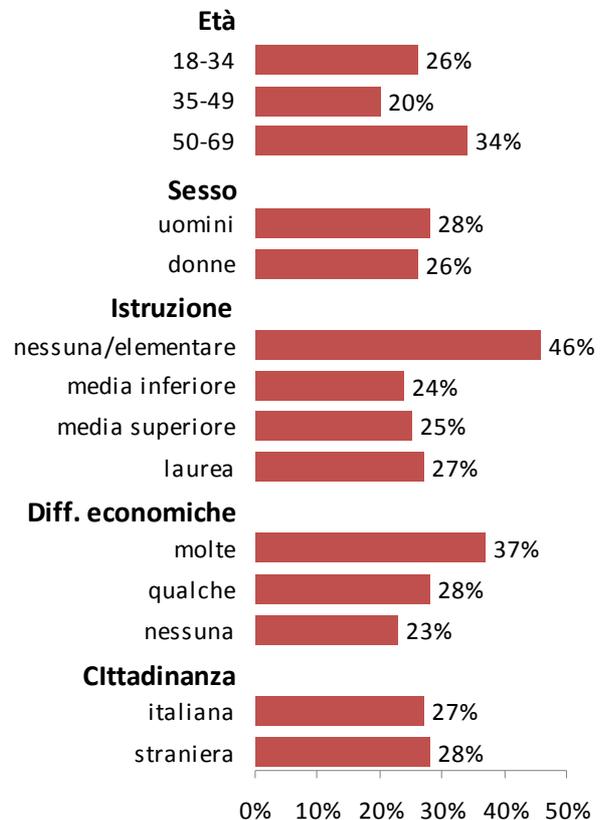


- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne

### Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

**Totale: 26.9%** (IC 95%: 24.3%-29.7%)



### Sedentari

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-2011  
Totale: 29%



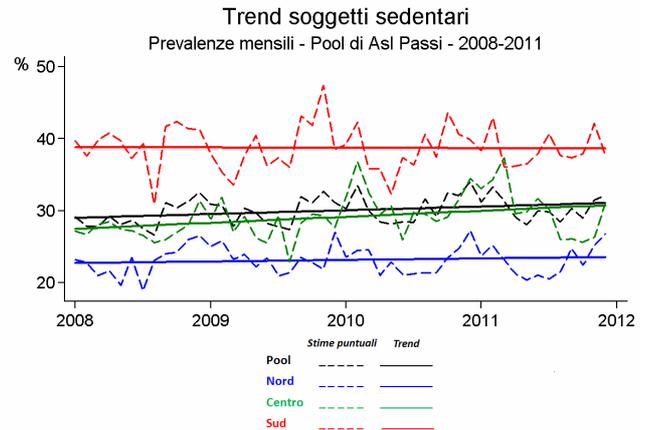
■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool  
 In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 29%
- Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).



## Analisi di trend sul pool di ASL

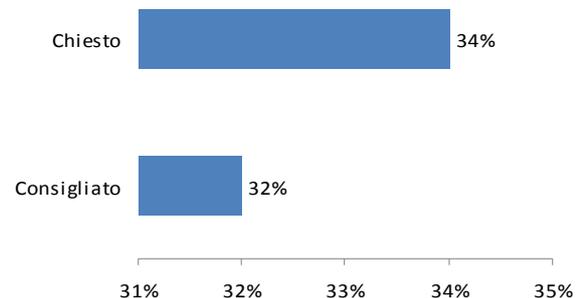
- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di sedentarietà, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.



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

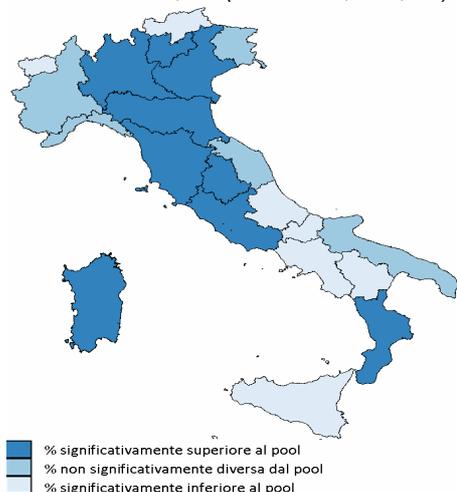
- Nella ASL AT solo il 33.8% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 31.9% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

**Attenzione degli operatori sanitari**  
% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica  
% intervistati che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica  
ASL AT PASSI 2008-11



### Persone a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica

Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2008-2011  
Pool di Asl: 31,4% (IC95%: 31,1-31,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

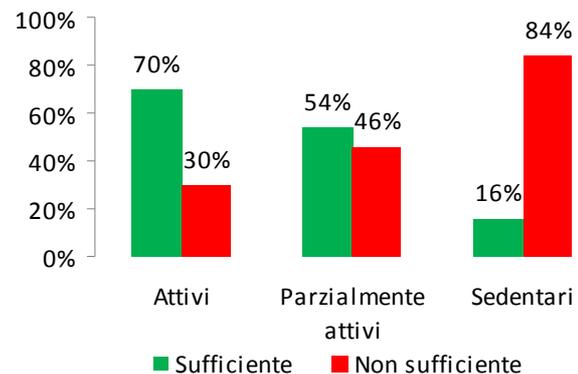


- Nel pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'attività fisica è del 31.4%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (23%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (39%).

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

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 29.5% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 54.2% delle persone parzialmente attive ed il 16.2% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

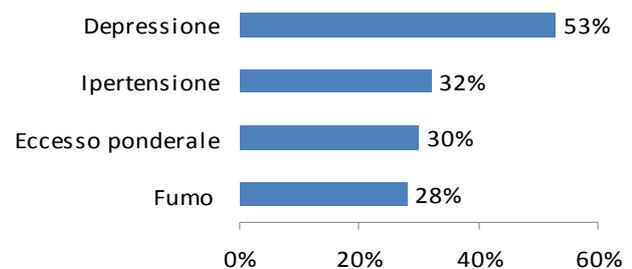
**Autopercezione del livello di attività fisica praticata**  
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica  
ASL AT PASSI 2008-11



## Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
  - il 53.2% delle persone depresse
  - il 32.5% degli ipertesi
  - il 29.5% delle persone in eccesso ponderale.
  - Il 28.3% dei fumatori

**Sedentari e altri fattori di rischio**  
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio  
ASL AT PASSI 2008-11 (n=1093)





### **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL AT si stima che solo una persona adulta su tre pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 27% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su sei ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, 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 è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 80 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.



Abitudine al fumo di sigaretta – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1094)	% (IC95%)
Non fumatori <sup>1</sup>	56.2 (53.2-59.2)
Fumatori <sup>2</sup>	25.9 (23.4-28.7)
<i>in astensione</i> <sup>3</sup>	1.3 (0,7-2.2)
<i>occasional</i> <sup>4</sup>	0.4 (0.1-1.0)
<i>quotidiani</i> <sup>5</sup>	24.2 (21.8-26.9)
Ex -fumatori <sup>6</sup>	17.8 (15.6-20.3)

1 Non fumatore = soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

2 Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

3 Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi .

4 Fumatore occasionale = fumatore che non fuma tutti i giorni.

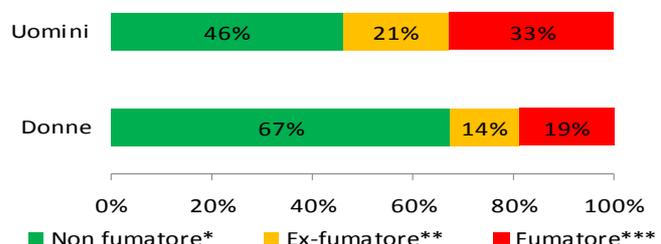
5 Fumatore quotidiano = fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

6 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

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

- Più della metà degli intervistati (il 56,2%) è non fumatore
- Il 17.8% è classificabile come ex fumatore
- La percentuale di fumatori nel 2008-11 è del 26%.
- Coloro che hanno dichiarato di fumare tutti i giorni sono il 24.2% e gli occasionali il 0.4%.
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 19%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67.1% versus 45.6%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso  
ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1094)



\*Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

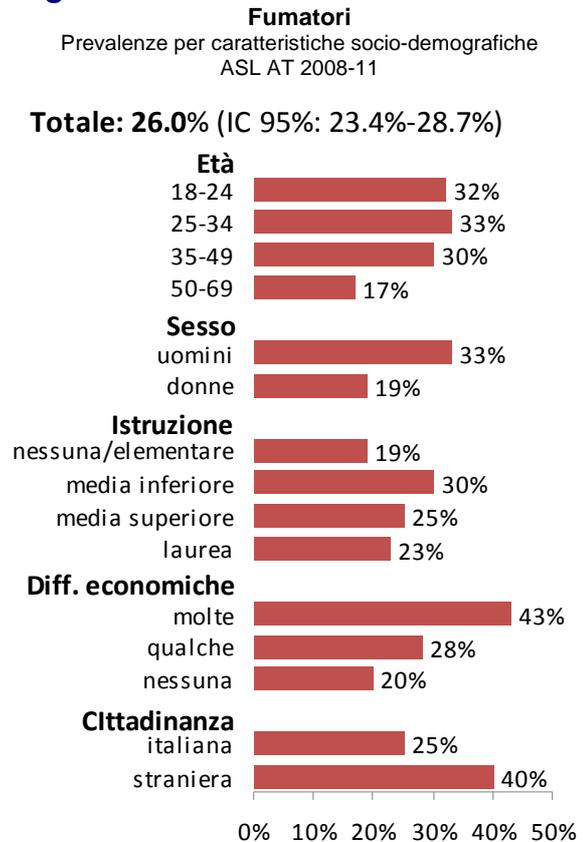
\*\*Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

\*\*\*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi



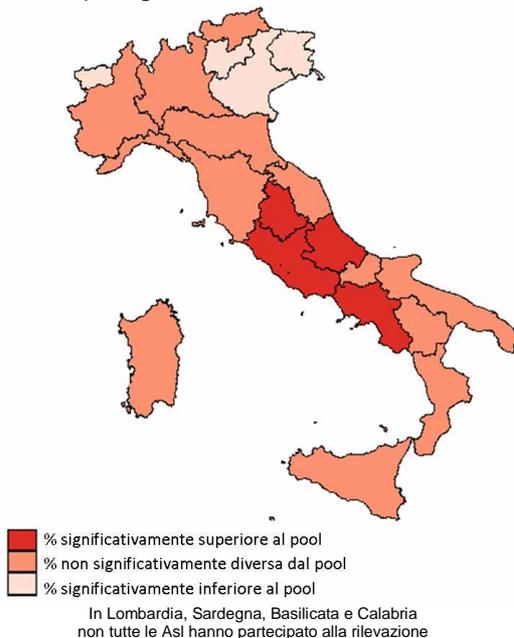
## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente.
- Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (meno di una su quattro) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche, notevole è anche la differenza per cittadinanza.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno. Tra questi, il 9.7% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).



### Fumatori

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



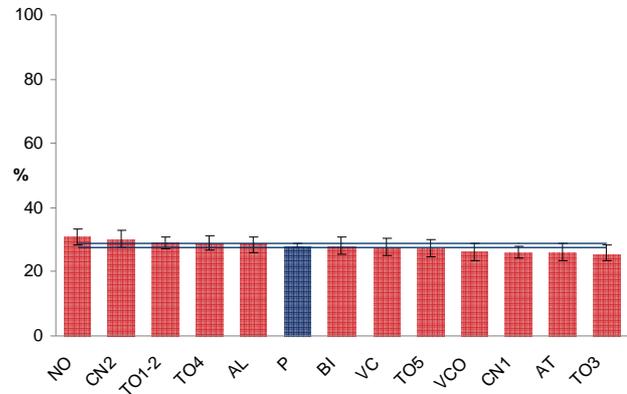
- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 28.1% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 19% è ex fumatore e il 52% è non fumatore.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 25% del Veneto e della P.A. di Trento al 32% di Abruzzo, Lazio e Umbria.



- Tra le ASL regionali, l' ASL NO si differenzia per una percentuale più alta 30.9% e la TO 5 più bassa 27.1%.

### Fumatori

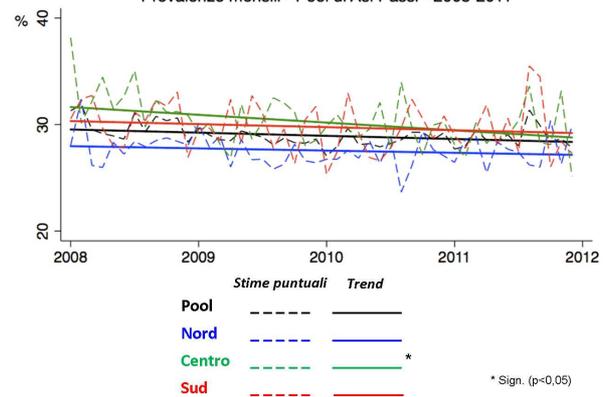
Prevalenze per ASL di residenza – Regione Piemonte 2008-11



### Analisi di trend sul pool di ASL

- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva una riduzione significativa della prevalenza di fumatori solo per le Asl del Centro d'Italia, per le quali il valore medio passa dal 31,6% al 28,8%.

Trend dei fumatori  
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011



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

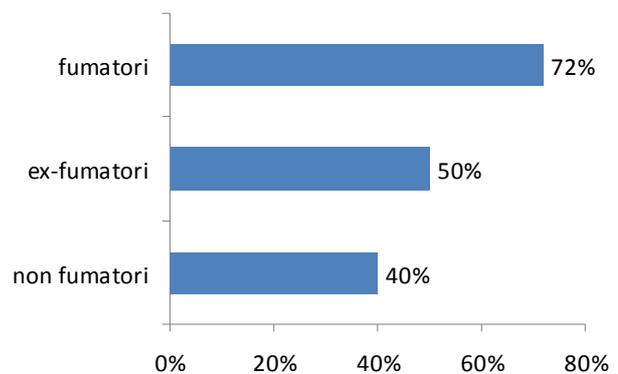
**Attenzione degli operatori sanitari – Regione AT - PASSI 2008-11 (n= 860)**

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo <sup>1</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	50.5 (47.1-53.9)

- Circa il 50.5% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare, è stato chiesto a:
  - il 72.4% dei fumatori
  - il 49.7% degli ex fumatori
  - il 40.2% dei non fumatori.

**Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo**

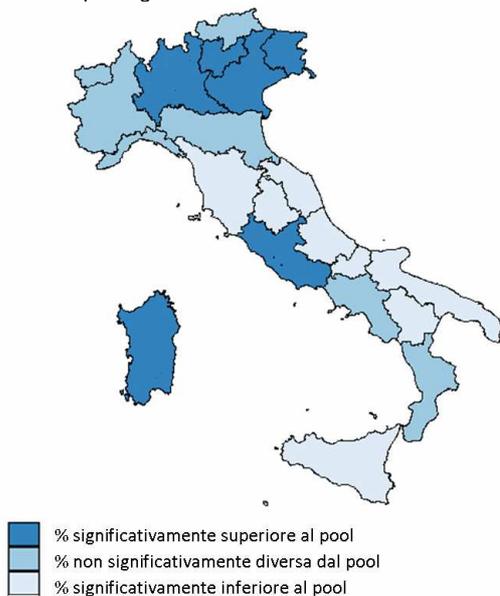
ASL AT - PASSI 2008-11 (n=860)\*



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

**Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo**

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2008-11 è pari al 41%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% dell'Abruzzo al 57% della Sardegna.



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

Attenzione degli operatori sanitari – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=206)

	% (IC95%)
Consiglio del medico operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali <sup>1</sup> (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	61.7 (54.6-68.3)

- Tra i fumatori, il 61.7% ha riferito di aver 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 (24.8 %).

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

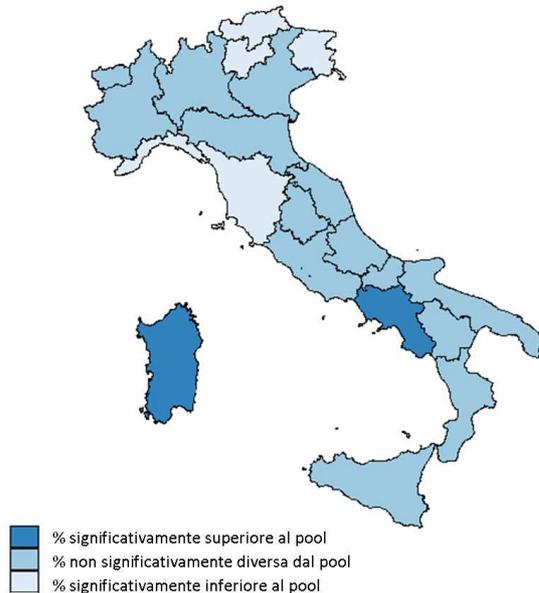
ASL AT - Passi 2008-11 (n=206)\*



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

### Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 56.5%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 41% della P.A. di Bolzano al 67% della Sardegna.



## Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2008-11, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 37.1% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

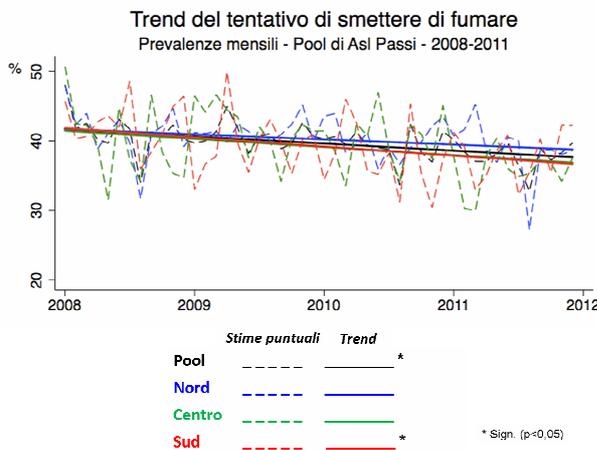
- il 78% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- il 12.8% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 9.2% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi  
ASL AT - Passi 2008-11 (n=109)



## Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno analizzato per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si nota un decremento significativo. A livello nazionale, si passa in media dal 41% al 38%. Stratificando per macroarea, si conferma il decremento solo per il Sud per il quale il valore medio decresce dal 42% al 37%.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 91% l'ha fatto da solo, il 6.4% ha fatto uso di farmaci e l'0.9% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.



## Fumo passivo

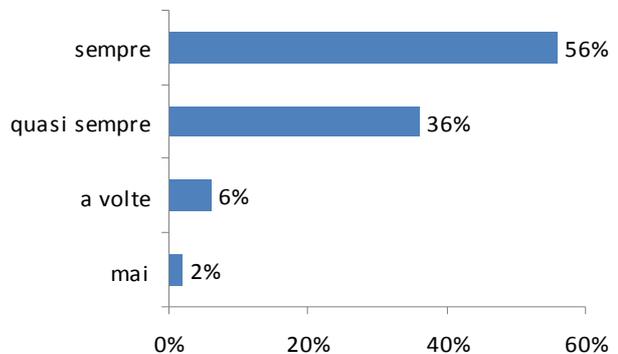
Fumo passivo – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=9.19)	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	92.2 (90.2-93.8)
<i>sul luogo di lavoro</i>	90,0 (87.3-92.2)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	69.0 (66.2-71.7)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	75.7 (70.2-80.8)

## Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Nel periodo 2008-11 il 92.0% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (55.9%) o quasi sempre (36.1%).
- Il 7.9% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è raramente (5.9%).

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

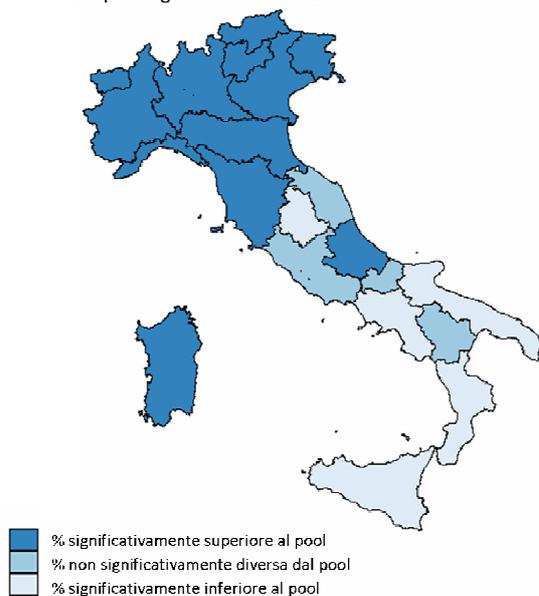
ASL AT – Passi 2008-11\* (n=919)



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

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

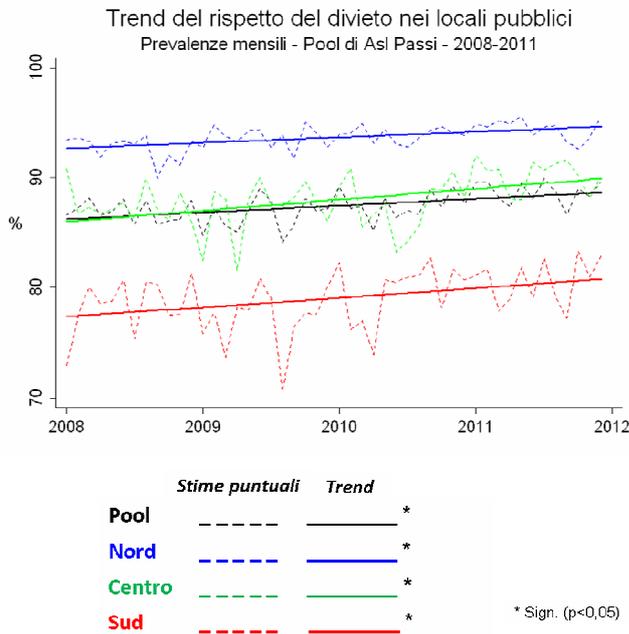


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2008-11 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell' 94.33% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 67% delle Asl della Calabria al 95% del Friuli-Venezia Giulia.



## Analisi di trend sul pool di ASL



- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e per tutte e tre le macroaree: il valore medio di pool passa da 87% a 89% e per il Nord da 93% a un 95%, per il Centro 86% a 90%, per il Sud 77% a un 81%.

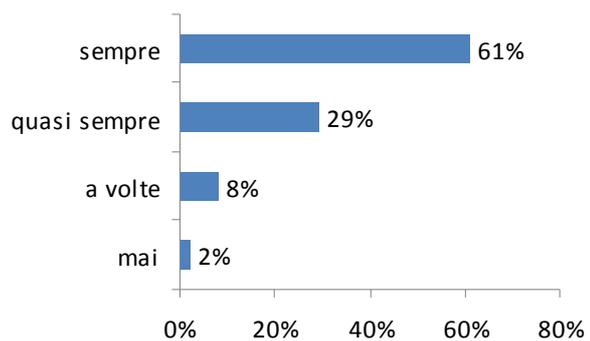
## Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Tra i lavoratori intervistati nel 2008-11, il 90% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (60.9%) o quasi sempre (29.1%).

Il 10% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (8%) o lo è a volte (2%).

### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASL AT – Passi 2008-11 (n= 622)\*

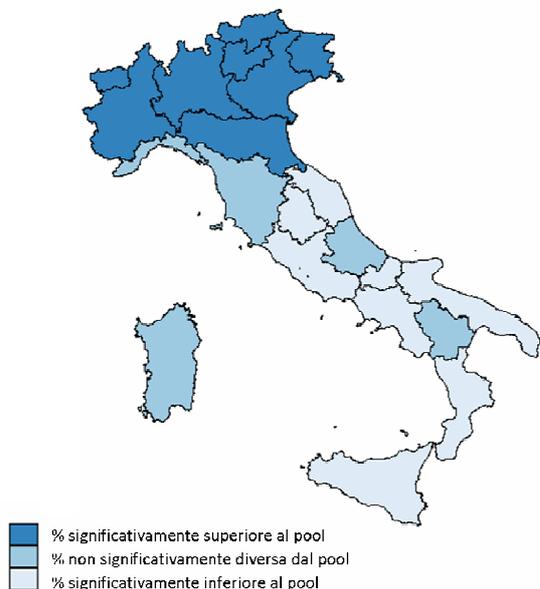


\*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)



### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11

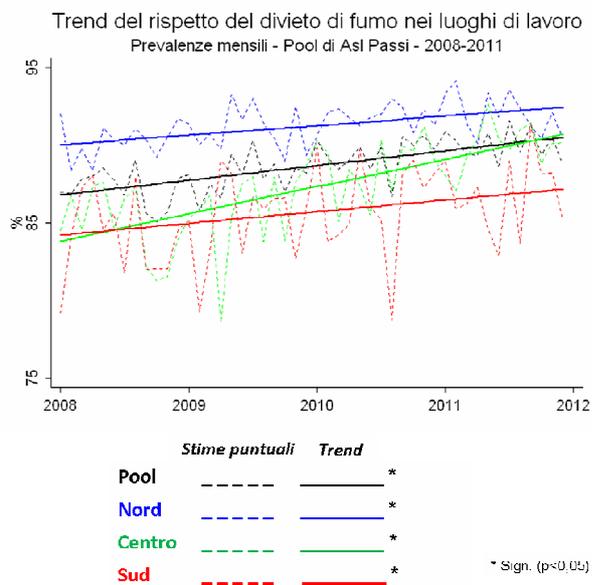


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell' 91.7% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 79% delle ASL del Molise e della Calabria al 95% della P.A. di Bolzano.

### Analisi di trend sul pool di ASL



Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il dato nazionale e tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 87% a 90%, per il Nord da 90% a un 92%, per il Centro 84% a 91%, per il Sud 84% a un 87%.



## L'abitudine al fumo in ambito domestico

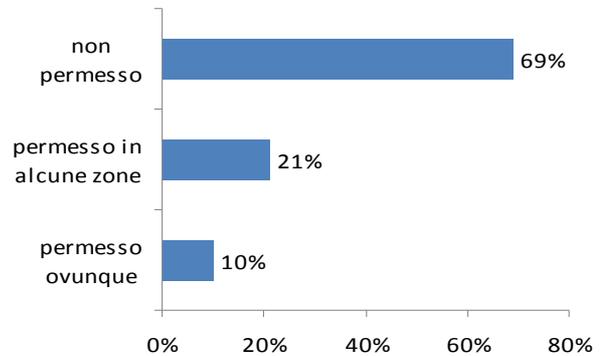
Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella ASL AT, nel periodo 2008-11:

- il 69.0% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 20.8% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 10.1% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 75.7 degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

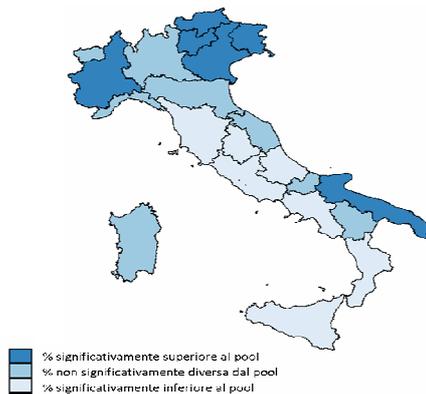
### Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

ASL AT - Passi 2008-11 (n=268)



### Divieto di fumo in casa

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



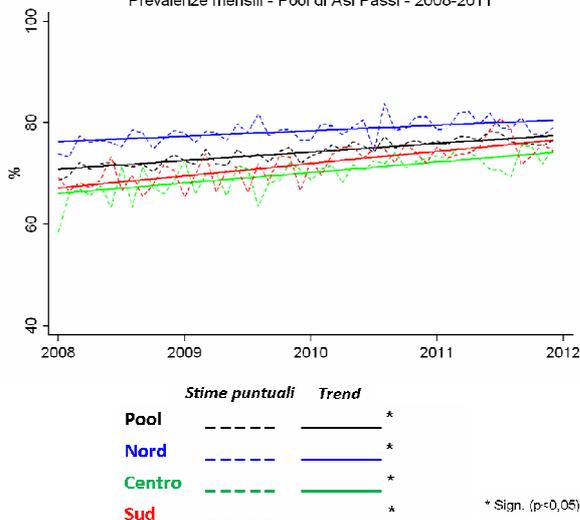
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% delle Asl di Abruzzo, Umbria e Sicilia all' 88% per quelle del Veneto.

## Analisi di trend sul pool di ASL

Trend del divieto di fumo in casa  
Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011



- Osservando il fenomeno per mese nel periodo 2008-11, a livello di pool di Asl omogeneo, si osserva un aumento significativo della prevalenza per il pool di Asl e per tutte e tre le macroaree: il valore medio del pool passa da 72% a 77%, per il Nord da 76% a un 81%, per il Centro da 66% a 74%, per il Sud da 67% a 77%.



## **Conclusioni**

Nella ASL AT, nel periodo 2008-11, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore.

Sebbene le stime ottenute con piccoli campioni debbano essere interpretate con cautela, nella ASL AT le interviste PASSI sembrerebbero indicare una tendenza all'incremento nell'abitudine al fumo (20% di prevalenza di fumatori nel 2005, 24% dai dati 2007-2008 e 26% nell'attuale report) in entrambi i sessi.

L'abitudine al fumo continua ad essere più frequente nel sesso maschile (33% versus 19%), nei giovani e adulti (fascia di età 18-49 anni), tra le persone socialmente svantaggiate e tra gli stranieri.

Quasi due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

Il 37% dei fumatori ha cercato di smettere nell'ultimo anno, ma solo 1 su 10 è riuscito nel tentativo.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL regionali.

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



## Situazione nutrizionale

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).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").



### Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1094)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> <sup>1</sup>	26.4 (23.8-29.2)
<i>obesi</i> <sup>2</sup>	9.5 (7.9-11.4)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario <sup>3</sup>	
<i>sovrappeso</i>	52.3
<i>obesi</i>	78.9
Adesione al <i>five-a-day</i>	17.1 (14.9-19.5)

<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

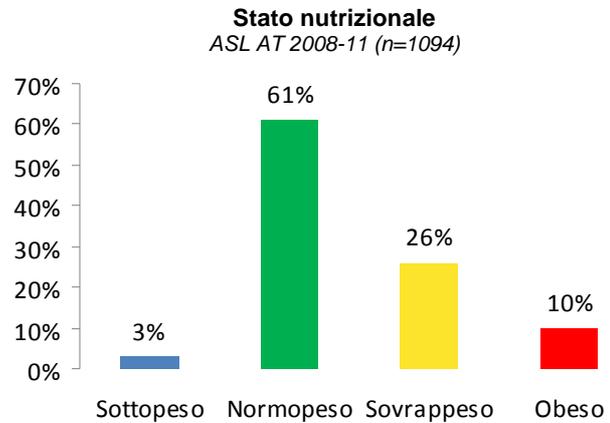
<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

<sup>3</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi



### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL AT il 3.3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 60.8% normopeso, il 26.4% sovrappeso e l'9.5% obeso.
- Complessivamente si stima che il 35.9% della popolazione presenta un eccesso ponderale.

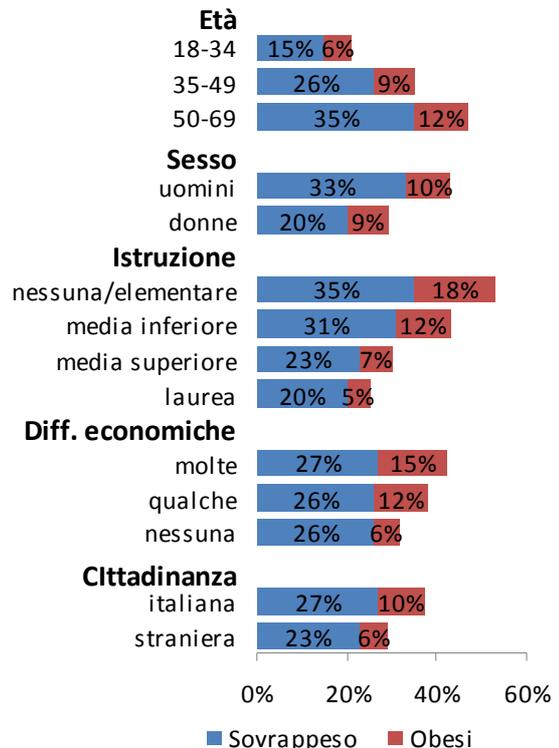


### Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
  - col crescere dell'età
  - negli uomini (43% vs 29%)
  - nelle persone con basso livello di istruzione

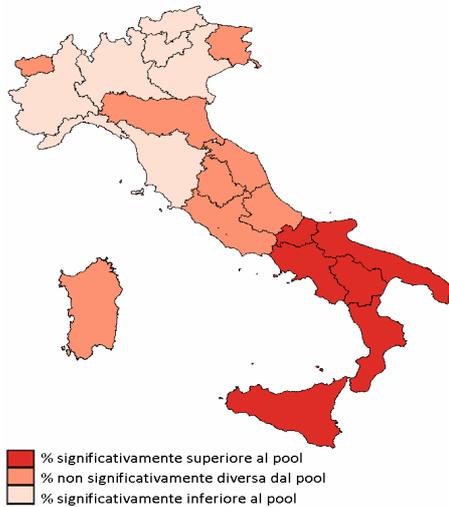
**Eccesso ponderale**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11 (n=1094)

**Totale: 35.9% (IC 95%: 33.1%-38.9%)**



### Eccesso ponderale

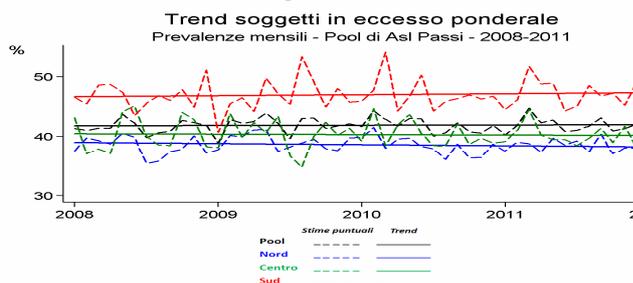
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
 Totale: 42,0% (IC95%: 41,6-42,3%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 37,1%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le Asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%).

### Analisi di trend sul pool di ASL

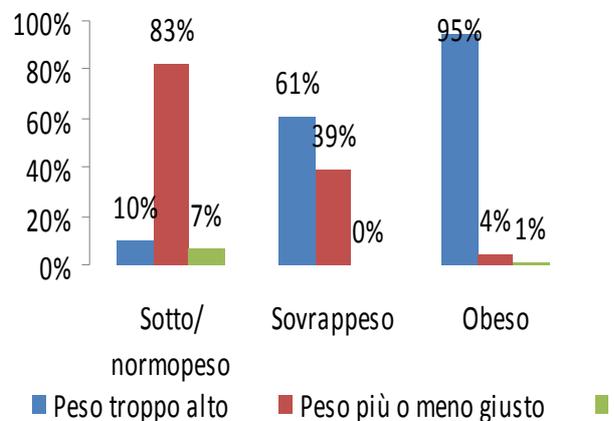


- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-11 a livello di pool di Asl omogeneo, non si registra una variazione significativa della prevalenza di eccesso ponderale, in nessuna delle tre ripartizioni geografiche.

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

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (95%) e nei normopeso (83%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 39% ritiene il proprio peso giusto e il 61% troppo alto
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'80% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'89% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 34% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 43% degli uomini.

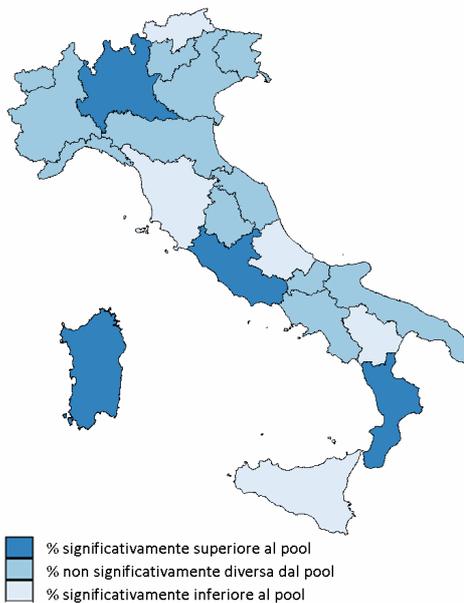
Autopercezione del proprio peso corporeo  
 Prevalenze per stato nutrizionale – ASL AT 2008-11 (n=1091)



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

- Nella ASL AT il 60% delle persone in eccesso ponderale ha riferito 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 52.3% delle persone in sovrappeso e 79% delle persone obese.

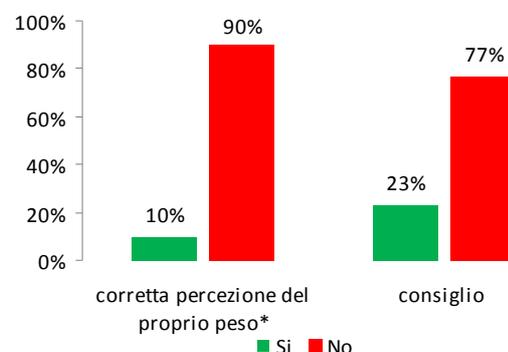
**Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
Totale: 54% (IC95%: 53,8-54,8%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di fare una dieta è del 54%.
- La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (33%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (63%).
- Il 33.3% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (30.8% nei sovrappeso e 40.4% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (48% vs 24% negli uomini)
  - negli obesi (40% vs 31% nei sovrappeso)
  - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (44%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (10%)
  - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (42% vs 24%).

**Attuazione di una dieta**  
% di "sovrappeso" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso  
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario  
ASL AT 2008-11



\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=273)

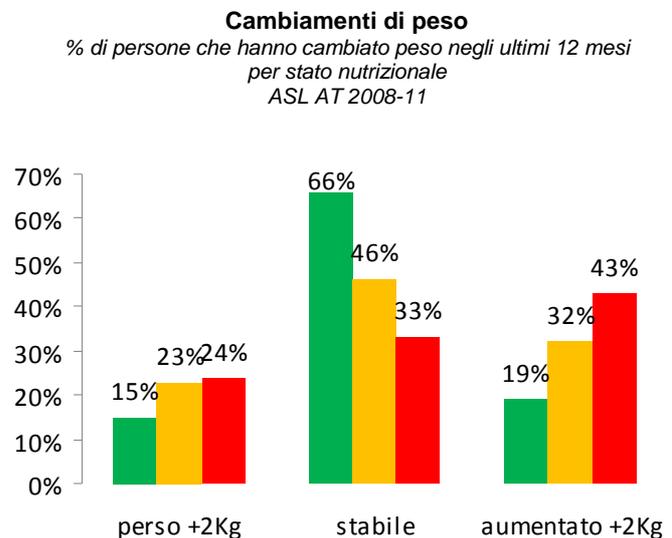


## Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASL AT il 29.5% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (26.3% nei sovrappeso e 38.5% negli obesi). Il 36% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 37.7% delle persone in sovrappeso e il 44.3% di quelle obese.
- Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

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

- Il 24.5% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nella fascia 35-49 anni (29% vs 21% 18-34 anni e 23% 50-69 anni)
  - nelle persone già in eccesso ponderale (43% obesi e il 32% sovrappeso vs 19% normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti tra donne (27%) e uomini (21%).



## Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, circa una persona adulta su tre presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: circa una persona in sovrappeso su tre percepisce il proprio peso come "giusto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e quasi una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 33.3% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (37.4%).

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre 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.



# Abitudini Alimentari: il consumo di frutta e verdura

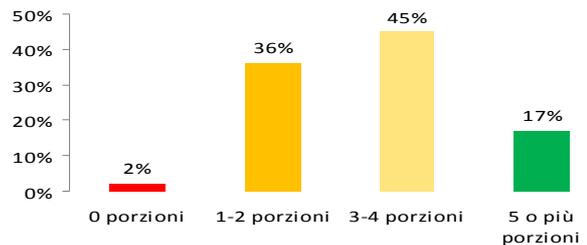
Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 20% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque porzioni al giorno; il 48% comunque ne consuma 3-4 porzioni al giorno.



La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita, non sempre però coincide con il BMI (Body Mass Index) calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati.

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

**Consumo di frutta e verdura**  
Prevalenze per porzioni consumate  
ASL AT 2008-11 (n=1094)

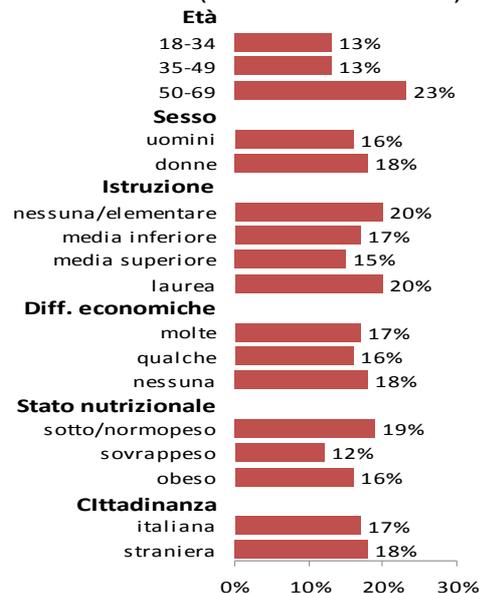


- Nella ASL AT il 36% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 44.6% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 17.1% le 5 porzioni raccomandate.

## Adesione al five-a-day

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11 (n=1094)

**Totale: 17.1% (IC 95%: 14.9%-19.5%)**



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
  - nelle persone sotto i 50 anni
  - nelle donne
  - nelle persone sotto/normopeso



### Adesione al *five-a-day*

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11  
 Totale: 9,8% (IC95%: 9,6-10,0%)



■ % significativamente superiore al pool  
 ■ % non significativamente diversa dal pool  
 ■ % significativamente inferiore al pool

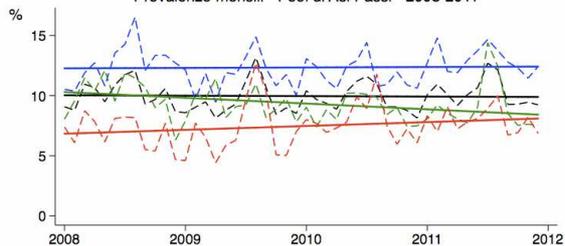
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le ASL hanno partecipato alla rilevazione

- Nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 10.9%.
- La mappa riporta le prevalenze, per Regione di residenza, dell'adesione al five a day nel periodo 2008-11. Si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (18%).

### Analisi di trend sul pool di ASL

#### Trend consumo '5 a day'

Prevalenze mensili - Pool di Asl Passi - 2008-2011



Stime puntuali    Trend

Pool    - - - -    ————

Nord    - - - -    ————

Centro    - - - -    ————

Sud    - - - -    ————

- L'analisi dei trend conferma l'assenza di variazioni significative nell'adesione al five a day, in tutte le tre ripartizioni geografiche.

### Conclusioni e raccomandazioni

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



## Consumo di alcol

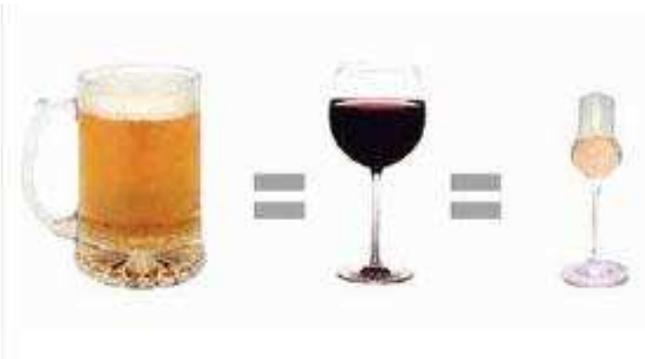
L'alcol contribuisce a determinare molteplici effetti nocivi (dalla fetopatia alcolica nei neonati agli incidenti stradali, dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie cardiovascolari alla neoplasia).

L'abuso di alcol porta più frequentemente a conseguenze negative (quali ad esempio guida pericolosa di veicoli, comportamenti sessuali a rischio, inadempienze, ecc.) che si estende pertanto alle famiglie e alla collettività. Secondo la definizione dell'OMS, le persone a maggior rischio per l'alcol sono i forti consumatori (più di 2 per gli uomini e più di 1 per le donne) e le persone che consumano grandi quantità alcoliche (*binge drink*).



L'**unità alcolica** corrisponde a:

- un boccale di birra (33 cc) oppure
- un bicchiere di vino (20 cc) oppure
- un bicchierino di liquore (5 cc)



### Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1089)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	55.6 (52.5-58.5)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	3.9 (2.9-5.3)
Consumo abituale elevato <sup>1</sup>	5.3 (4.1-6.9)
Consumo binge (2010-2011) <sup>2</sup>	8.6 (6.5-11.4)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) <sup>3</sup>	14.8 (12.0-18.2)

<sup>1</sup> più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);

più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

<sup>2</sup> 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010)

<sup>3</sup> consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti



Nel periodo 2008-11, la percentuale di consumatori di alcol nella Asl AT è risultata pari al 55.6%, mentre il consumo fuori pasto era del 3.9% e il consumo abituale elevato del 5.3%.

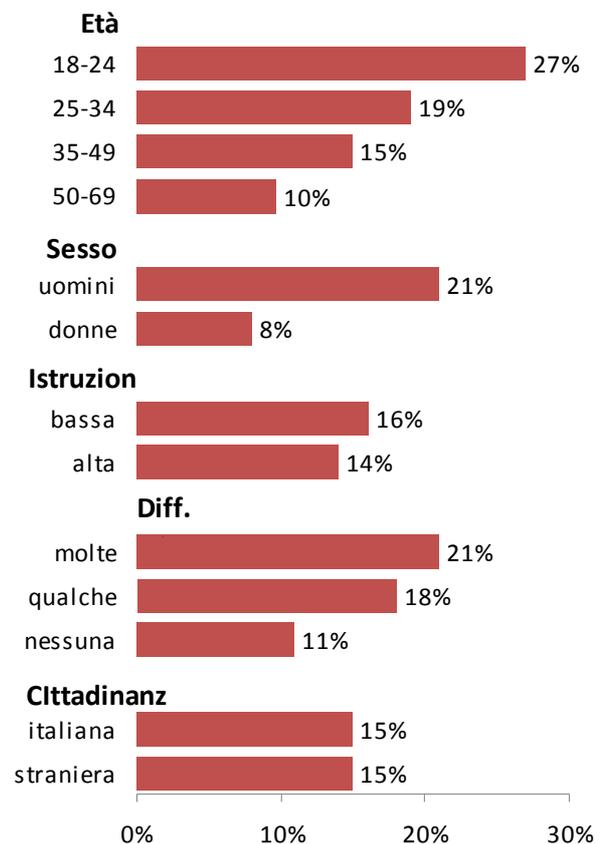
Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del biennio 2010-11, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (8.6%) e del consumo a maggior rischio (14.8%), relative al periodo 2010-11.

### Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2010-11 nell’Azienda AT, il 14.8% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione bassa e quelle che non hanno difficoltà economiche, mentre non c’è differenza per la cittadinanza.

**Consumo a maggior rischio**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2010-11

**Totale: 14.8%** (IC 95%: 12.0%-18.2%)

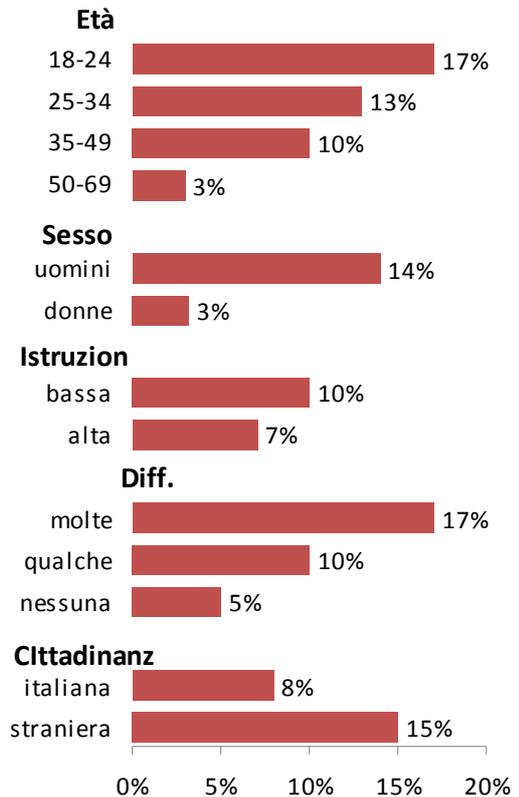


## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2010-11 nell'Azienda AT, il 8.6% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche e di cittadinanza straniera.

### Consumo binge Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL AT 2010-11

**Totale: 8.6%** (IC 95%: 6.5%-11.4%)



## Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo.

### Attenzione al consumo alcolico – ASL AT - PASSI 2008-11 (n=849)

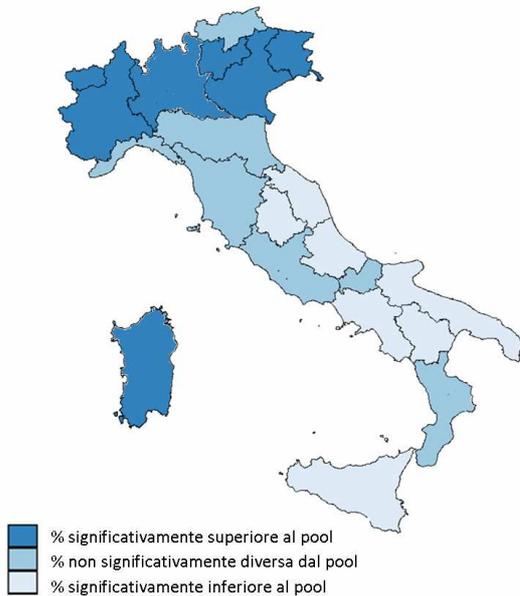
	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sanitario sul consumo <sup>1</sup> (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sul consumo alcolico)	21.4 (18.8-24.4)
Consigliato dal medico – nel caso di consumo a maggior rischio - di ridurre il consumo (2010-2011) <sup>1</sup> (% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	6.2 (2.0-13.8)

<sup>1</sup> Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2008-11, nella Azienda AT, solo il 21.4% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol.



**Consumo di alcol chiesto dal medico**  
*Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11*  
 Totale: 15,2% (IC95%: 14,9%-15,4%)

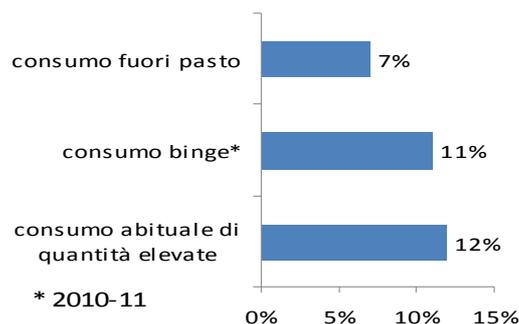


In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- A livello regionale, nel periodo 2008-11, questa percentuale nell' ASL AT è risultata del 21.4%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo è del 17.4%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 10% delle Asl della Basilicata e della Campania al 25% della Sardegna.

Nel periodo 2008-11, nella Azienda AT, solo il 6.2% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche.

**Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario**  
 Percentuali per tipo di consumo – ASL AT 2008-11



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 7% (dato 2008-11), nel caso delle persone con consumo binge sale all'10.6% (dato 2010-11) e in quelli con consumo abituale elevato al 12.1% (dato 2008-11).

## **Conclusioni**

Quasi metà della popolazione dell' ASL AT non beve alcol (44%) e il 38% beve moderatamente. Tuttavia, si stima che il 18% abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più di uno su cinque e, tra i più giovani, uno su quattro.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con molte difficoltà economiche e bassi livelli di istruzione.

In base alle indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

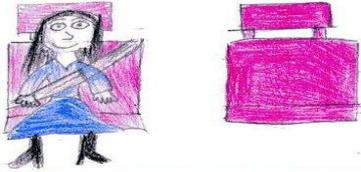
Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.



# Sicurezza stradale



Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2010 sono stati registrati in Italia 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammonta a 302.735. Rispetto al 2009, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

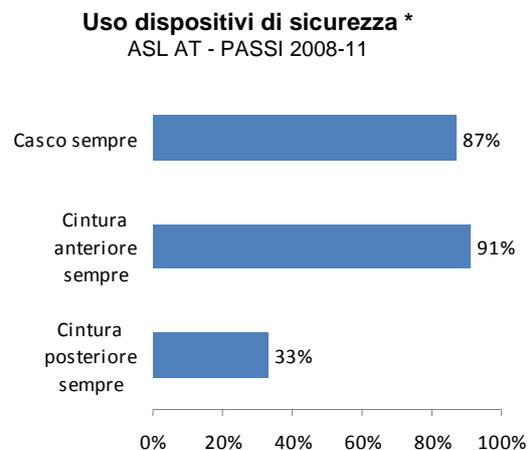
Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Gli indicatori con cui Passi misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.



## L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Nel periodo 2008-11, nella ASL AT la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (90.7%) e il casco (87.2%).
- L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 33.5% degli intervistati, infatti, la usa sempre.



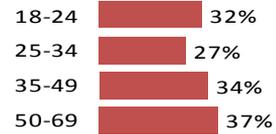
\*Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto



**Utilizzo sempre delle cinture posteriori**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

**Totale: 33.5%** (IC 95%: 30.4%-36.9%)

**Età**



**Sesso**



**Istruzione**



**Diff. economiche**



**Cittadinanza**

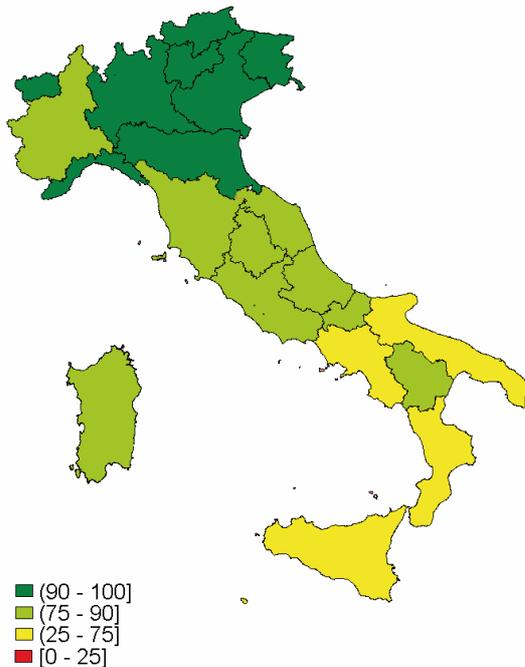


0% 20% 40% 60%

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

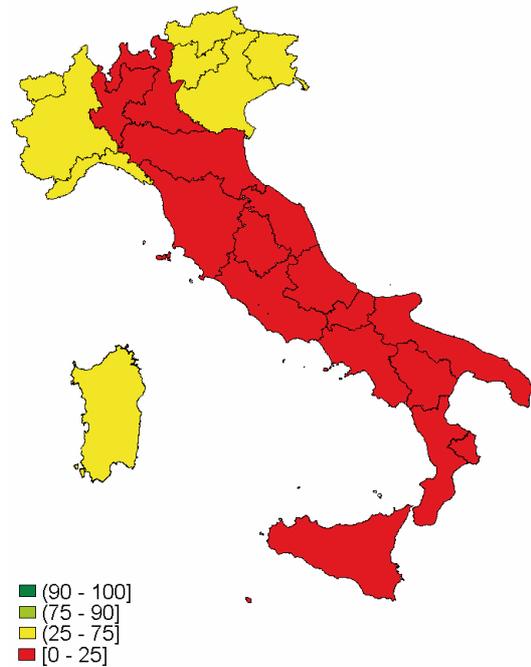
**Uso della cintura anteriore sempre**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 83,1% (IC95%: 82,9%-83,4)

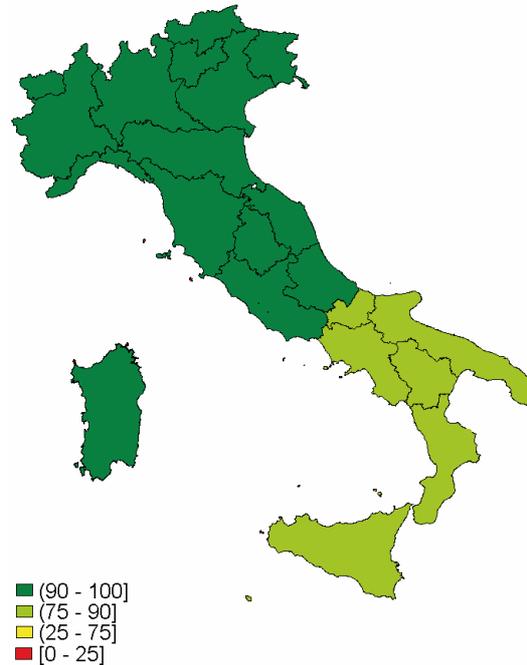


**Uso della cintura posteriore sempre**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 19,1% (IC95%: 18,9%-19,4)



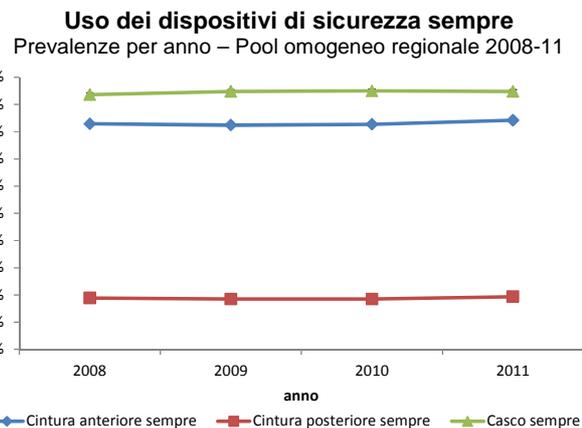
**Uso del casco sempre**  
 Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
 Totale: 94,3% (IC95%: 93,9%-94,6)



- È presente un gradiente territoriale (Nord-Sud) statisticamente significativo nell'uso dei dispositivi di sicurezza.

**Confronto su pool omogeneo nazionale**

- Anche a livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni statisticamente significative delle percentuali di utilizzo della cintura anteriore, quella posteriore del casco.



## Conclusioni

I dati Passi sull'uso di cinture, casco e seggiolini di sicurezza misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da Passi, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

La maggior parte degli intervistati nella ASL AT fa uso della cintura anteriore e del casco, anche se esistono margini di miglioramento. La situazione è peggiore per quanto riguarda l'uso della cintura sui sedili posteriori: solo una persona su quattro la usa.

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono stati documentati. Sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le forze dell'ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza. Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il sistema sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come Passi o Ulisse.

Il Piano nazionale della prevenzione ha consentito un netto miglioramento delle conoscenze sulle prove scientifiche relative all'efficacia di questi interventi: è indispensabile quindi continuare gli sforzi per mettere in comunicazione il mondo della prevenzione con gli Organi che operano per aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza.



# Sicurezza domestica



Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Al contrario, gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Passi rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

A partire dal 2012 PASSI misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

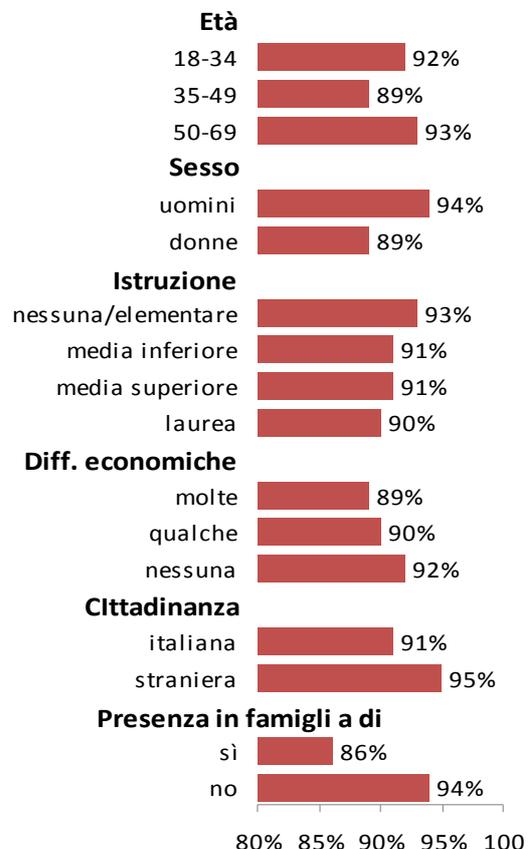
## Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico<sup>1</sup>

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

- Nella ASL AT la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 91% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
  - gli uomini
  - le persone senza difficoltà economiche
  - con cittadinanza straniera
- La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

**Totale: 91.2%** (IC 95%: 89.3%-92.8%)



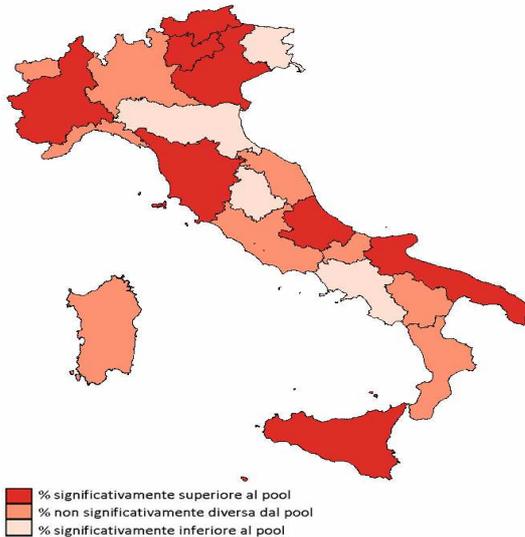
<sup>1</sup> Persone che hanno valutato "bassa" o "assente" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare



### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11

Totale: 93,1% (IC95%: 93,0%-93,3)

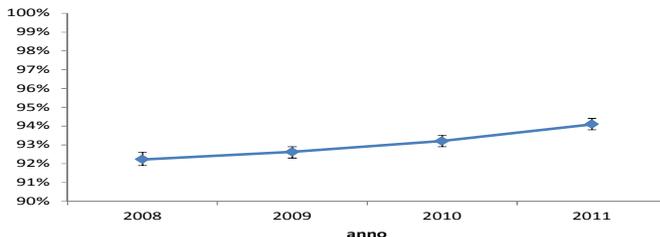


- Nel pool di Asl PASSI 2008-11 la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 93.7%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

### Confronto su pool omogeneo nazionale

#### Bassa percezione del rischio di infortunio domestico

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva un aumento statisticamente significativo della percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico.

### Quanti hanno subito un infortunio domestico per il quale son dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale?

Nel periodo 2010-11, nella ASL AT, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 7.3%.

Nel pool di Asl PASSI, nello stesso periodo, questa percentuale è del 3,7% (IC95%: 3,5%-3,8%).

### Conclusioni e raccomandazioni

Le persone intervistate hanno una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni: condizioni e situazioni, queste, in cui il rischio tende ad aumentare e in cui bisognerebbe quindi agire in modo preventivo.

Esistono programmi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani, individuati dal Sistema nazionale linee guida (Snlg), e anche degli infortuni dei bambini e di quelli legati al lavoro domestico. Inoltre le Regioni e le Aziende sanitarie sono impegnate nel Piano nazionale di prevenzione degli incidenti domestici.



# Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia 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: mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali. La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

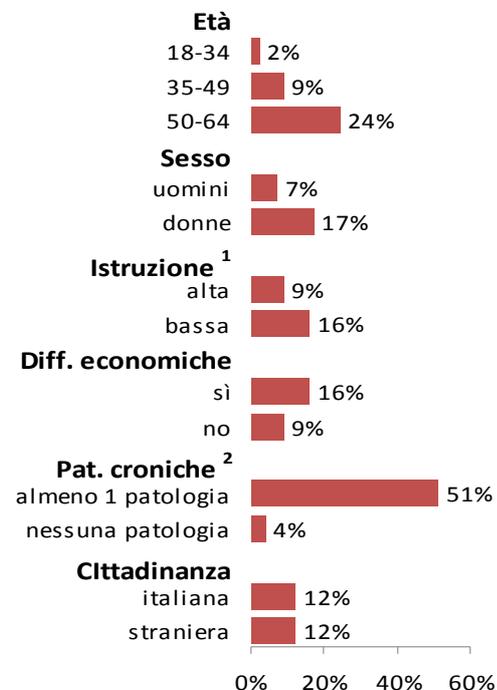
## Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante le ultime quattro campagne antinfluenzali (2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11)?

- Nella ASL AT il 12.2% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime quattro campagne antinfluenzali.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 51%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è più elevata:
  - nella fascia 50-64 anni
  - nelle persone con basso livello d'istruzione
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate durante le ultime quattro campagne contro l'influenza è risultata del 12%.

### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

**Totale: 12.2%** (IC 95%: 9.4%-15.6%)



<sup>1</sup> istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

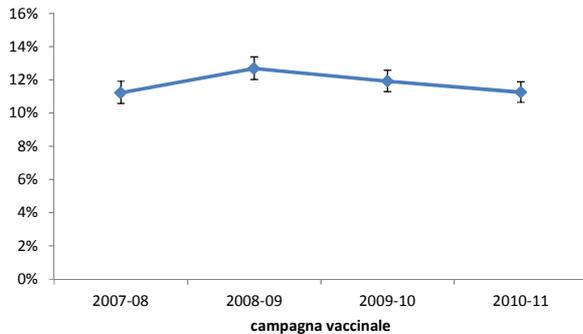
<sup>2</sup> almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato



## Confronto su pool omogeneo nazionale

### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Prevalenze per anno  
Pool omogeneo nazionale ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11

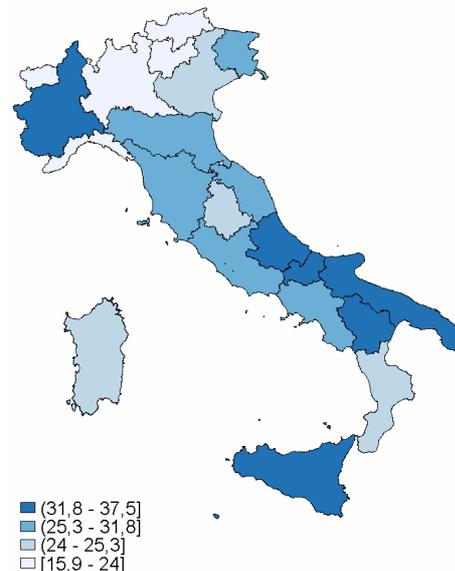


- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dalla prima campagna del 2007/08 all'ultima del 2010/11 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale tra i portatori di almeno una patologia cronica è risultata del 29%, con un rilevanti differenze tra regioni.
- Questa percentuale varia in base al tipo di patologia diagnosticata:
  - basse coperture tra le persone affette da tumori (26%), da patologie respiratorie croniche (28%) e da insufficienza renale (28%) e malattie croniche del fegato (26%); dato riferito alle campagne 2009/10, 2010/11);
  - poco più elevati i valori tra le persone con malattie cardiovascolari (38%) e diabete (40%).

### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali in persone con patologie croniche (18-64 anni)

Prevalenze per regione di residenza  
Pool di ASL 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11  
Totale: 29,2% (IC95%: 28,1%-30,3%)



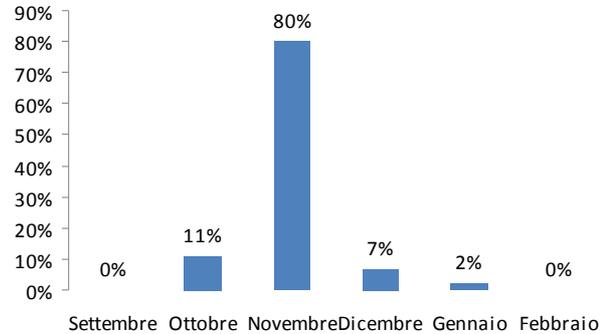
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione



- Nella ASL AT, la maggior parte (80%) degli intervistati hanno riferito di essere stati vaccinati durante il mese di Novembre (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

#### Vaccinazione antinfluenzale nelle ultime quattro campagne antinfluenzali (18-64 anni)

Distribuzione per mese di vaccinazione  
ASL AT 2007/08, 2008/09, 2009/10, 2010/11



### Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Piemonte hanno permesso di raggiungere quasi i due terzi degli ultrasessantacinquenni (59% nella campagna 2006/07, 60% nella campagna 2007/08 secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale) ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente. La copertura vaccinale antinfluenzale, specie nei gruppi a rischio, deve essere, pertanto, ancora migliorata. Si ritiene importante integrare l'attuale strategia, che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, con programmi di offerta attiva ai gruppi target in collaborazione con i medici specialisti ed altre istituzioni territoriali.



# Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

In Italia, nel 2011 è stato approvato il nuovo [Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita](#), che fissa per il 2015 l'eliminazione dei casi di rosolia endemica e la riduzione dell'incidenza dei casi di rosolia congenita a <1 caso ogni 100 mila nati vivi. Il documento definisce inoltre la sorveglianza del Piano, raccomandando a ogni Regione un'analisi di contesto in cui stimare annualmente la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse messe a disposizione.

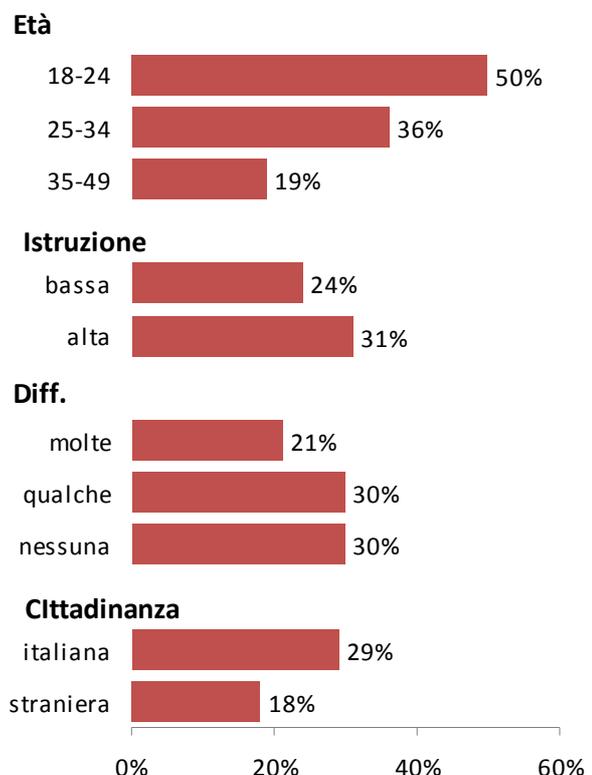
Con le stime di copertura vaccinale nelle donne in età fertile, la prevalenza delle donne tuttora suscettibili alla rosolia e la quota delle donne ignare del proprio stato immunitario, Passi misura i progressi effettuati per la protezione della salute riproduttiva dai rischi di rosolia in gravidanza.

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL AT il 28.3% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne:
  - più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (50%)
  - con alto livello d'istruzione
  - con qualche o senza difficoltà economiche
  - con cittadinanza italiana

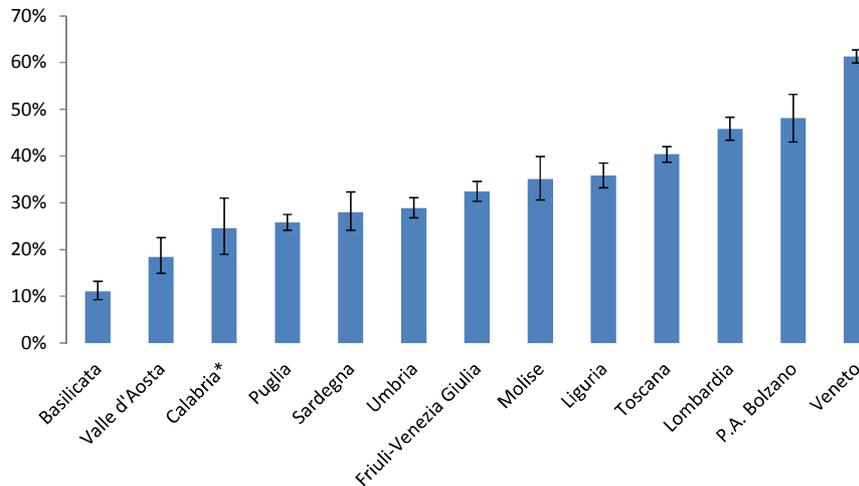
**Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

**Totale: 28.3%** (IC 95%: 22.8%-34.4%)



## Confronto fra alcune Regioni/P.A.

**Donne 18-49 anni vaccinate per la rosolia**  
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11\*



\*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- Il modulo del questionario PASSI sulla vaccinazione antirosolia è un modulo opzionale, somministrato continuativamente nel quadriennio 2008-11 soltanto nelle 13 Regioni rappresentate nel grafico sopra.
- Si osserva chiaramente che le percentuali di copertura vaccinale variano in maniera statisticamente significativa nelle diverse Regioni, con valori che vanno dall'11% della Basilicata al 61% del Veneto.

## Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

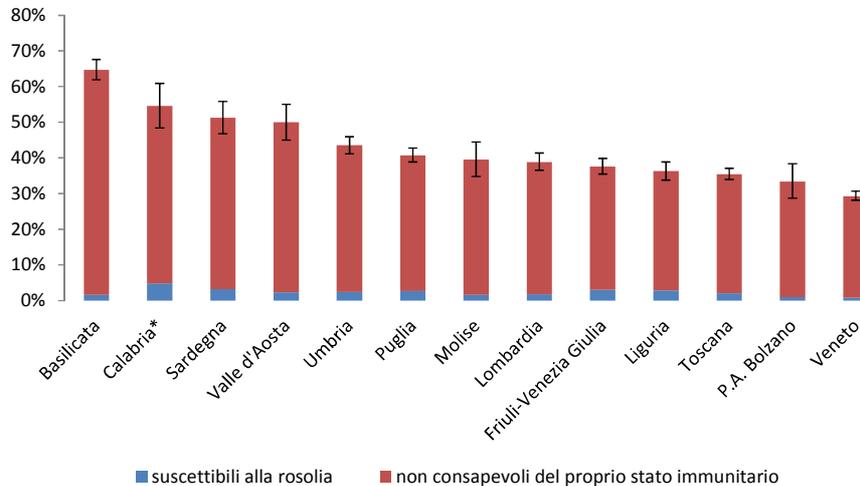
- Nella ASL AT il 55.9% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia perché:
  - ha effettuato la vaccinazione (29%)
  - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (28%).
- Il 0.8% delle donne risultata suscettibile alla rosolia perchè non ha effettuato la vaccinazione e riferisce di aver effettuato un rubeotest con risultato negativo
- Il rimanente 43.3% delle donne non è consapevole del proprio stato immunitario, sono donne non vaccinate che:
  - non hanno o non sanno/ricordano di aver effettuato un rubeotest (41.3%)
  - hanno effettuato un rubeotest ma non ne conoscono/ricordano il risultato (2%)

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) ASL AT – 2008-11 (n=247)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
<b>Immuni</b>	<b>55.9</b>	<b>(49.4-62.2)</b>
Vaccinate	28,3	(22.8-34.4)
Non vaccinate (con rubeotest positivo)	27,5	(22.1-33.6)
<b>Suscettibili</b>		
Non vaccinate (con rubeotest negativo)	<b>0.8</b>	<b>(0.1-2.9)</b>
<b>Immunità non nota</b>	<b>43.3</b>	<b>(37.1-49.8)</b>
Non vaccinate (senza rubeotest/non so)	41.3	(35.1 -47.7)
Non vaccinate (con rubeotest dal risultato non noto)	2,0	(0.7-4.07)



## Confronto fra alcune Regioni/P.A.

**Donne 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario**  
Confronto tra Regioni – PASSI 2008-11\*



\*In Calabria i risultati fanno riferimento al periodo 2009-11

- La percentuale di donne suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario varia in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, con percentuali che vanno dal 65% della Basilicata al 29% del Veneto.

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT si stima che circa il 0.8% delle donne in età fertile sia suscettibile alla rosolia, perché non è stata vaccinata e riferisce di aver eseguito un rubeotest dal risultato negativo; Accanto a questa percentuale modesta c'è una quota non trascurabile, 43.3%, di donne in età fertile che ignora il proprio stato immunitario nei riguardi della rosolia; è presumibile che la gran parte di queste donne abbiano comunque sviluppato un'immunità naturale (come dimostrano i risultati di molti studi di siero prevalenza) e che la reale proporzione fra loro di suscettibili sia contenuta. Nella ASL AT sono state implementate strategie di offerta attiva dei vaccini che coinvolgono ginecologi ed ostetriche per la vaccinazione nel post partum delle donne negative al rubeotest.

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.



# Rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.



I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte a i Medici di Medicina Generale. Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente. Il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

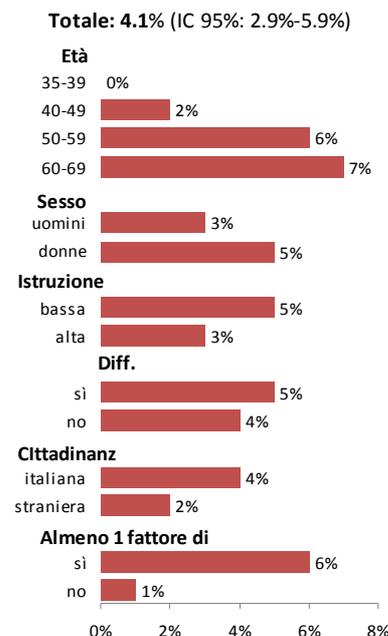
Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

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

- Nella ASL AT, solo il 4.1% 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:
  - nella classe di età più adulta;
  - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

### Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare (persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari)

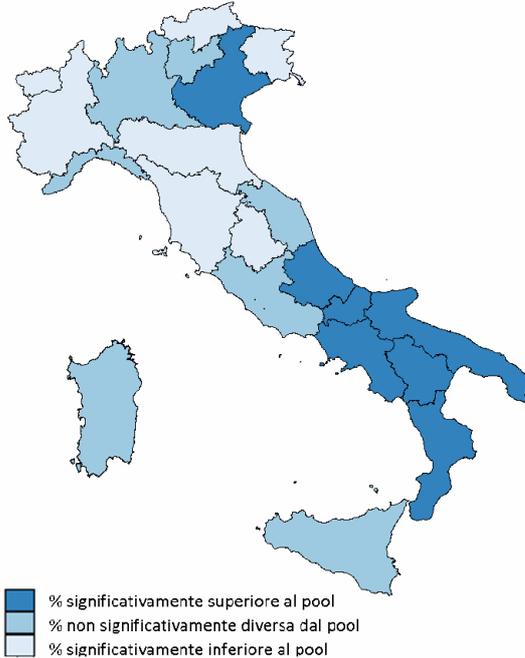
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL AT 2008-11



\* Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete



**Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare  
(persone 35-69 anni, senza patologie cardiovascolari) (%)**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



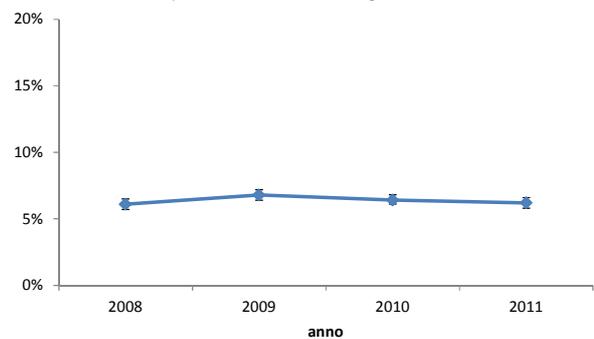
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 5.3%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.

**Confronto su pool omogeneo nazionale**

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni**  
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



**Conclusioni e raccomandazioni**

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici. Nella ASL AT, come pure in ambito nazionale, questi strumenti appaiono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.



## Iperensione arteriosa



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

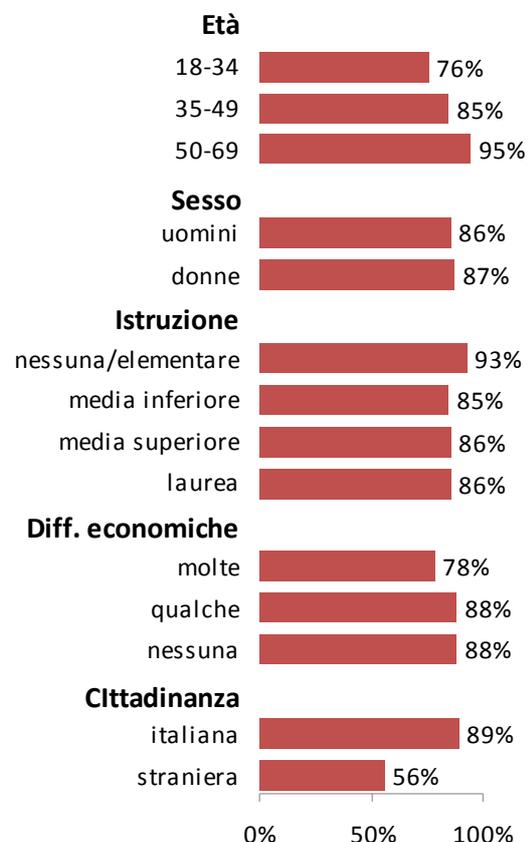
In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

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

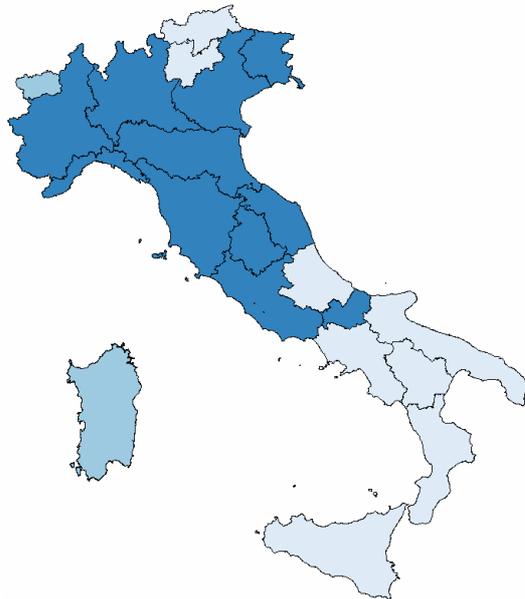
- Nella ASL AT, il 86.4% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 8.8% più di 2 anni fa, mentre il restante 4.8% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:
  - nelle fasce d'età più avanzate
  - nelle persone con livello istruzione molto basso
  - nei cittadini italiani

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

**Totale: 86.4%** (IC 95%: 84.2%-88.3%)



**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

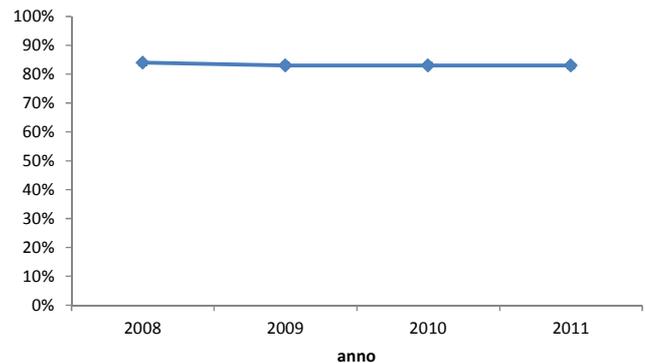
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'84.2%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.

**Confronto su pool omogeneo nazionale**

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) una chiara stabilità dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni**  
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



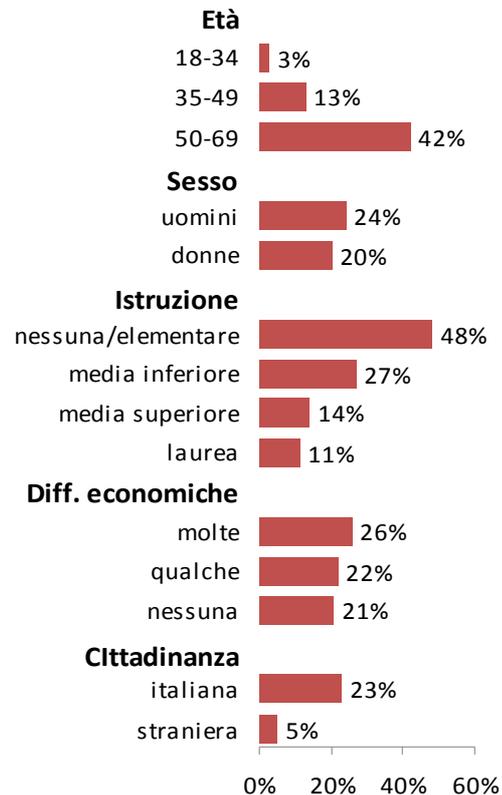
### Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL AT, il 21.9% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:
  - al crescere dell'età (42% nella fascia 50-69 anni)
  - nelle persone con livello istruzione molto basso
  - nelle persone con difficoltà economiche
  - nelle persone con eccesso ponderale (37% sovrappeso/obeso contro 13.4% sotto/normopeso).
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione è pari al 21%.

#### Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL AT 2008-11

**Totale: 21.9%** (IC 95%: 19.4%-24.6%)



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

- Nella ASL AT, il 72.8 % 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 (86%)
  - ridurre o mantenere il peso corporeo (77%)
  - svolgere regolare attività fisica (75%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel periodo 2008-11 la percentuale di ipertesi in trattamento farmacologico è pari al 76%.

#### Trattamenti consigliati dal medico

ASL AT PASSI 2008-11 (n=228)





## ***Conclusioni e raccomandazioni***

Si stima che nella ASL AT, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino al 42% nelle persone al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline.

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa due ipertesi su tre.



# Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione.

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

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

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

- Nella ASL AT, l'82.4% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

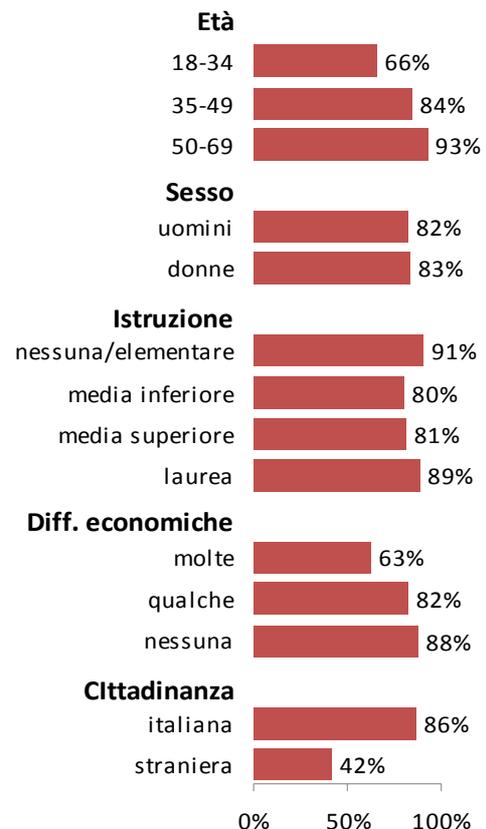
- il 54.3% nel corso dell'ultimo anno
- il 18.3% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 9.9% da oltre 2 anni.

Il 17.6% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

- La misurazione del colesterolo è più frequente:
  - al crescere dell'età (dal 66% della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni)
  - nelle donne
  - nelle persone con basso livello di istruzione
  - nelle persone senza alcuna difficoltà economica
  - nei cittadini italiani

**Personae a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

**Totale: 82.4%** (IC 95%: 80.0%-84.6%)



**Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita (%)**  
Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2008-11



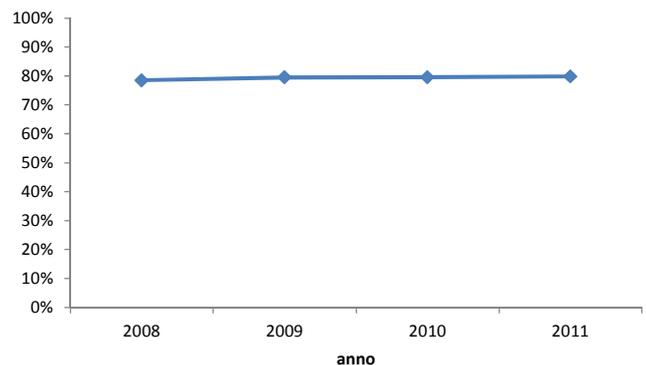
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79.1%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.

**Confronto su pool omogeneo nazionale**

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) non si osservano variazioni dell'indicatore negli anni.

**Persone a cui è stata misurata la colesterolemia almeno una volta nella vita**  
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11

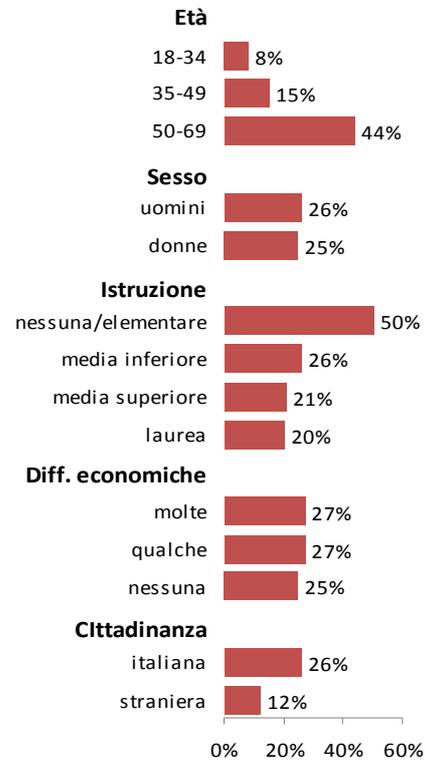


## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

### Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL AT 2008-11

**Totale: 25.8%** (IC 95%: 23.0%-28.8%)

- Nella ASL AT, il 25.8% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito 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.
  - nelle persone sovrappeso/obese (33% contro 21%)
- Nel pool PASSI 2008-11, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 24%, con un evidente gradiente territoriale.



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

- Nella ASL AT, il 28% 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 hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di carne e formaggi (88%)
  - svolgere regolare attività fisica (77%)
  - ridurre o controllare il proprio peso (75%)
  - aumentare il consumo di frutta e verdura (81%).
- Nel periodo 2008-11 nel pool di ASL PASSI, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata del 29%.

### Trattamenti consigliati dal medico ASL AT PASSI 2008-11 (n=233)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella ASL AT, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro 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 una su cinque ha riferito 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.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra il 70% e l'80% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; la variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.



## Diagnosi precoce nelle neoplasie del collo dell'utero

---

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti sufficienti ormai prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (*HTA Report Ricerca del dna di papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino in Epidemiologia e Prevenzione, 2012*). L'Italia nei prossimi anni si avvia ad essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.



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

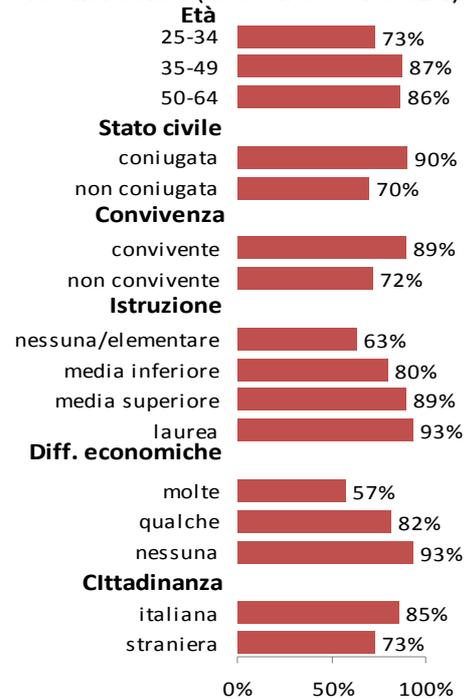
- Nella ASL AT, l' 83.8% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.
- In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - nella fascia 35-49 anni
  - con alto livello d'istruzione
  - senza rilevanti difficoltà economiche
  - con cittadinanza italiana.

### Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni

#### Donne 25-64 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche ASL AT 2008-11

**Totale: 83.8%** (IC 95%: 80.0%-87.1%)



### Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni

#### Donne 25-64 anni

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)



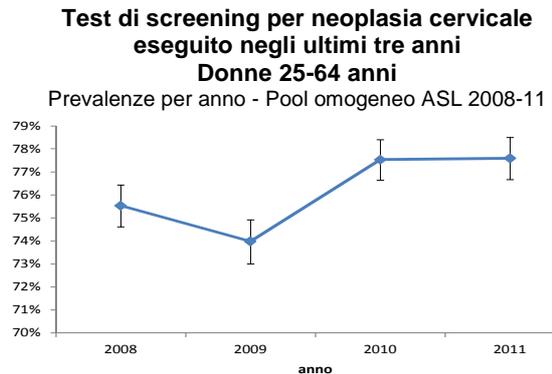
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.
- Nel POOL della Regione Piemonte l'83.9% ha riferito di aver effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni.



## Confronto su pool omogeneo nazionale

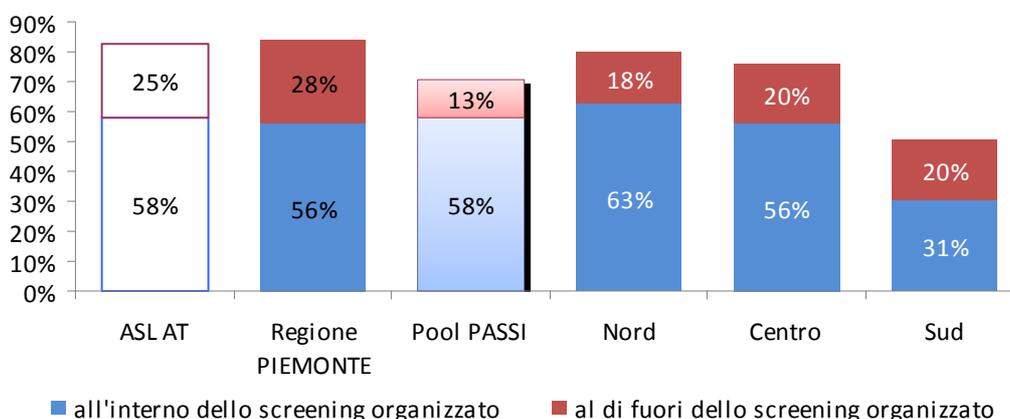
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.



## Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

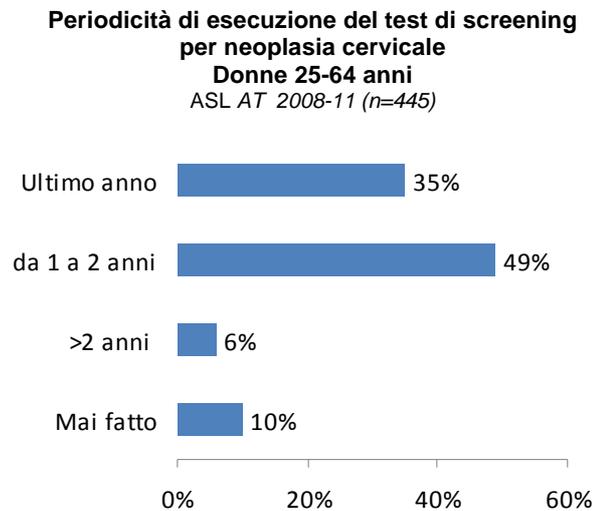
- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di donne che effettuano il test per iniziativa individuale, anche su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.
- Nella ASL AT, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 57.6% ha dichiarato di aver eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 25.4% l'ha eseguito come iniziativa individuale.
- Nella Regione Piemonte, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 55.7% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 27.9% l'ha eseguito come iniziativa individuale.
- Nel Pool di ASL si stima infatti che solo il 13% delle donne abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato

**Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato**  
**Donne 25-64 anni**  
 Prevalenze per ASL, Regione, Pool di ASL e macroarea geografica 2008-11



### Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

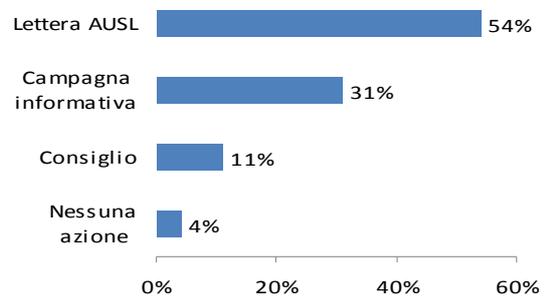
- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Circa il 35% delle donne 25-64enni ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno.



### Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- Il 54% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 31% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
- il 11% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

**Promozione del test di screening per neoplasia cervicale\***  
**Donne 25-64 anni**  
 ASL AT 2008-11 (n=438)

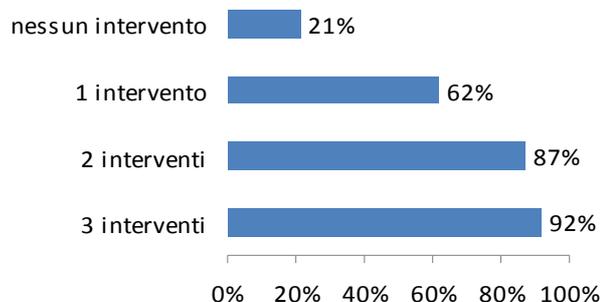


\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 10% delle donne non è stata raggiunta da alcun intervento.

**Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening\***

**Donne 25-64 anni**  
 ASL AT 2008-11 (n=437)



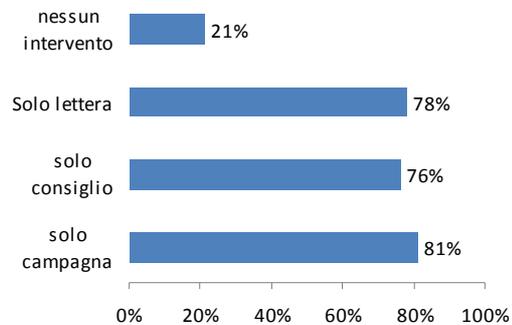
\*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero



### Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- A livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore sanitario come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

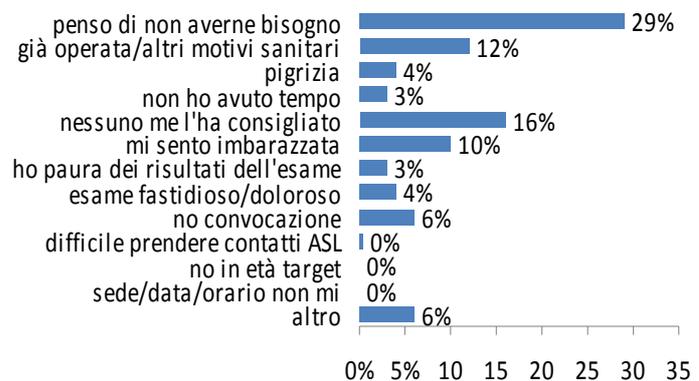
**Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida**  
**Donne 25-64 anni**  
 ASL AT 2008-11



### Perché non è stato eseguito il test di screening?

- Nella ASL AT il 16.1% 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 eseguito un test di screening (10.3%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (5.8%).
- La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 29% ritiene infatti di non averne bisogno.

**Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida**  
**Donne 25-64 anni**  
 ASL AT 2008-11



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (8%)



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL AT, l'83.8% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.

Il 25.4%, tuttavia, l'ha eseguito come iniziativa individuale, e solo il 57.6% ha dichiarato di aver eseguito il test all'interno di un programma organizzato.

Inoltre solo il 54% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.

I dati rilevati dalle interviste PASSI non sono perfettamente sovrapponibili a quelli rilevati dal sistema di monitoraggio dello screening organizzato. Quasi metà delle donne intervistate hanno dichiarato di non aver ricevuto la lettera di invito, a fronte invece di una copertura da "inviti" molto più elevata registrata dai flussi regionali.

La discrepanza merita approfondimento, soprattutto alla luce di criticità già segnalate nel funzionamento del sistema di convocazione attiva (disallineamento delle anagrafi, lettere non recapitate, ecc.). La lettera di invito rappresenta uno strumento importante dal momento che, fra le donne che non hanno fatto il test, una su 5 ha dichiarato di non averlo fatto perché disinformata.

Sono molte le donne che hanno eseguito il test al di fuori del programma organizzato; il risultato trova comunque conferma nella percezione degli operatori dello screening: molte donne preferiscono rivolgersi al ginecologo di fiducia.

Infine appaiono rilevanti le disuguaglianze rispetto alla partecipazione: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano la copertura al test, come pure la cittadinanza straniera.

Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su Epidemiologia e Prevenzione, lo screening cervicale attraversa un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nelle donne nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (*beneficio a livello di comunità*); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target; l'estensione del programma organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora minore nel Sud (dati ONS).

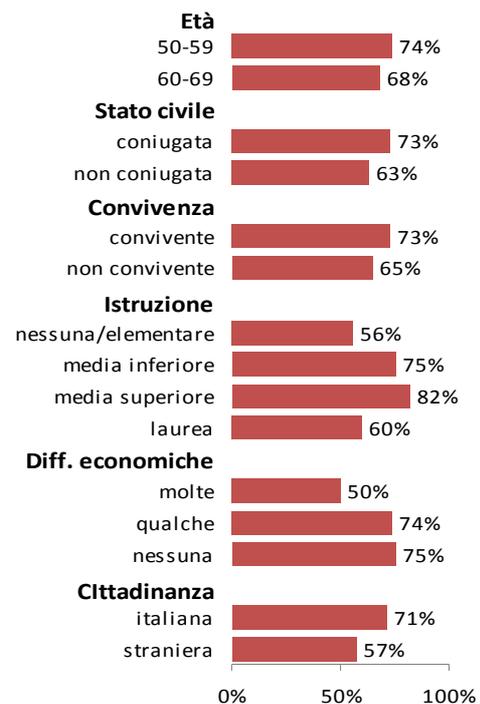
## Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

- Nella ASL AT circa il 70.7% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - nella fascia 50-59 anni
  - senza rilevanti difficoltà economiche
  - con cittadinanza italiana.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 59.4% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 41 anni.

### Mammografia eseguita negli ultimi due anni Donne 50-69 anni

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

**Totale: 70.7%** (IC 95%: 64.0%-76.9%)



**Mammografia eseguita negli ultimi due anni  
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



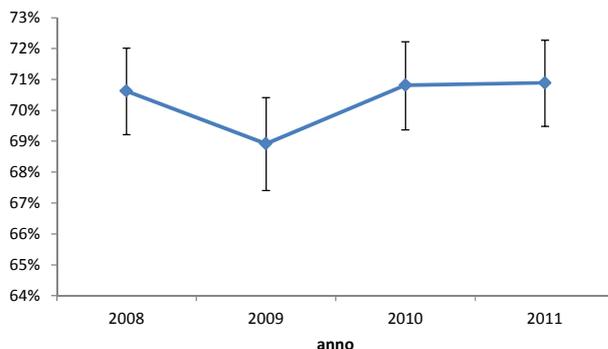
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

**Confronto su pool omogeneo nazionale**

**Mammografia eseguita negli ultimi due anni  
Donne 50-69 anni**

Prevalenze per anno – Pool omogeneo ASL 2008-11



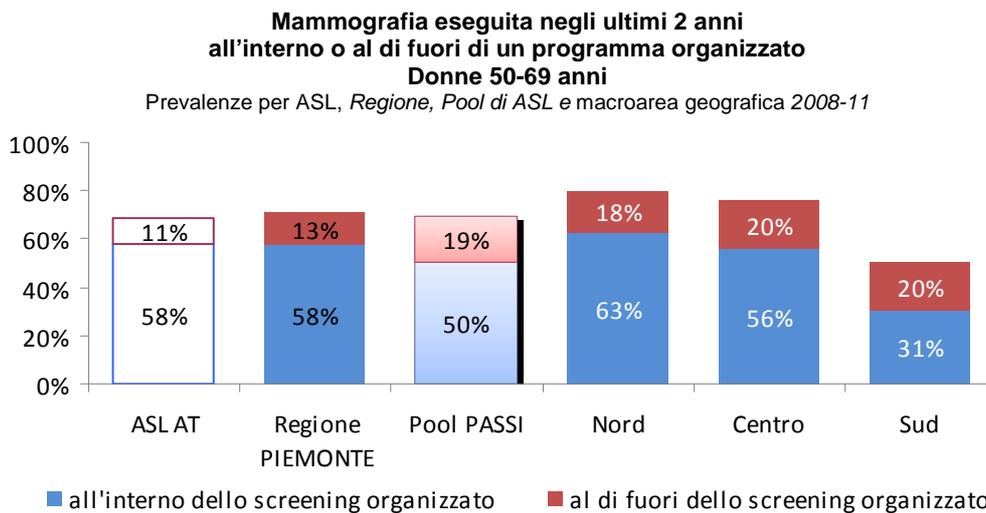
- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

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

- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di donne che effettuano la mammografia per iniziativa individuale, anche su consiglio del medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

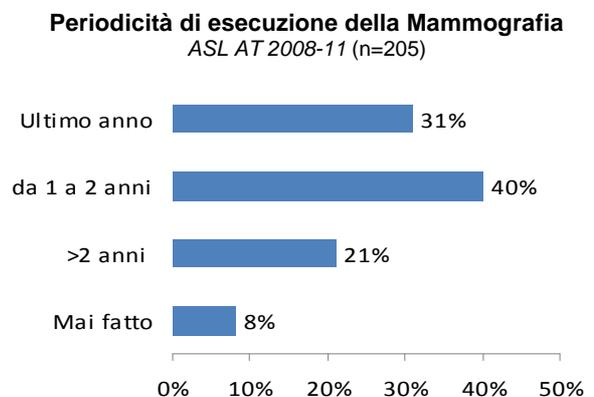


- Nella ASL AT, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 58.2% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 11.2% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nella Regione PIEMONTE il 58.2% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 13.4% l'ha eseguita come prevenzione individuale.
- Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.



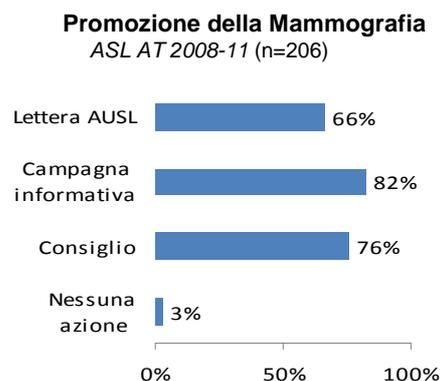
### Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- Circa un terzo delle donne 50-69enni (31%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, in linea con quanto atteso.
- Il 8% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.



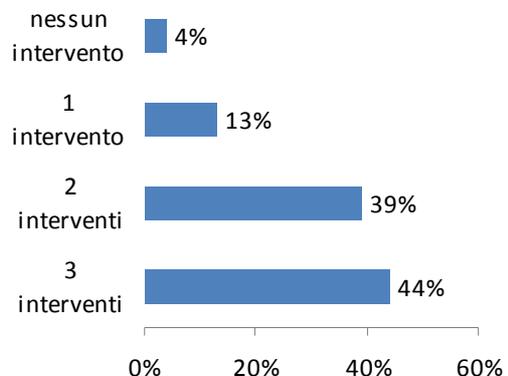
### Quale promozione della Mammografia?

- il 66% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 82.5 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 75.7% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia.



- Il 44% 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 39% da due interventi ed il 13% da uno solo; il 4% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.

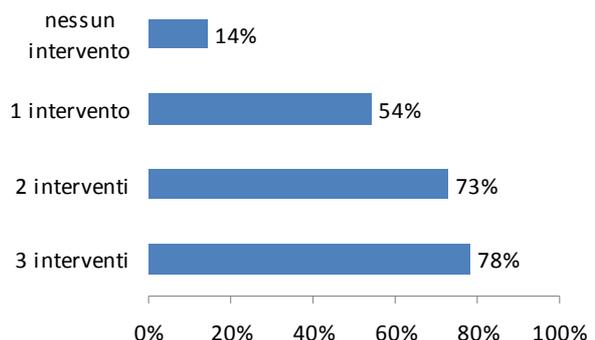
**Numero di interventi di promozione ricevuti per la Mammografia**  
ASL AT 2008-11 (n=206)



### Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

**Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni**  
ASL AT 2008-11

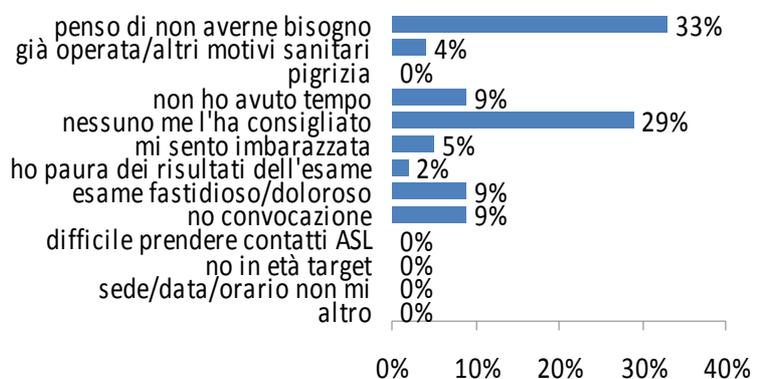


### Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

- Nella ASL AT, il 28.3% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (8.3%) o l'ha eseguita da oltre due anni (21%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 33% ritiene infatti di non averne bisogno.

**Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida**

ASL AT 2008-11 (n=55)



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (0%)





## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL AT circa il 70.7% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali e l'11.2% l'avrebbe eseguita al di fuori dello screening organizzato. I risultati delle interviste PASSI concordano abbastanza con quelli dei flussi regionali.

Non coincide invece il numero di donne raggiunte dalla lettera di invito: 66% delle donne intervistate e più del 90%, invece, in base ai flussi regionali.

Valgono a questo proposito le osservazioni già espresse sulla necessità di verifiche.

Infine anche nel caso dello screening per il tumore della mammella si confermano rilevanti le disuguaglianze rispetto alla partecipazione: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test, come pure la cittadinanza straniera.



## ***Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto***

---

Secondo i registri tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare nel 2010 circa 30.000 nuovi casi l'anno negli uomini e 19.000 nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. Gli esami di screening infatti sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Nella maggioranza dei casi il test utilizzato per lo screening coloretale, specificato dalle raccomandazioni europee, è il test per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) rivolto alle persone di 50-69 anni con periodicità biennale; sono inoltre attivi programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia (Regione Piemonte e Asl di Verona).

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

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

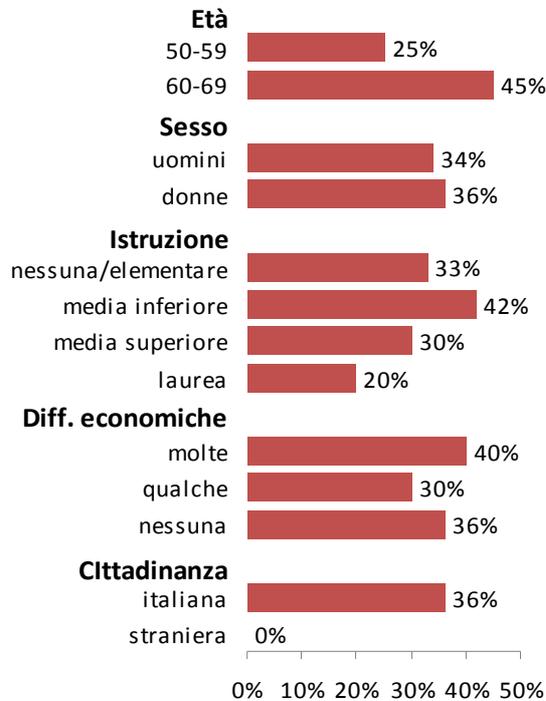
- Nella ASL AT circa il 40% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, in accordo con le linee guida
- Il 34.9% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone senza difficoltà economiche.
- Il 17.3% ha riferito di aver effettuato un esame endoscopico a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni.



**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni  
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

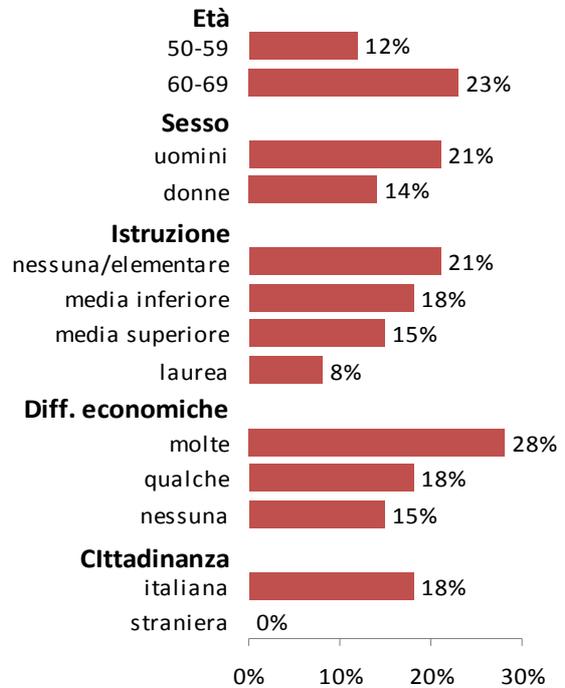
**Totale: 34.9%** (IC 95%: 30.3%-39.7%)



**Esame endoscopico negli ultimi cinque anni  
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11

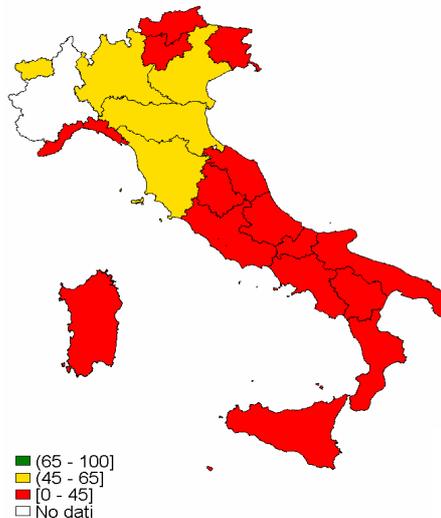
**Totale: 17.3%** (IC 95%: 13.8%-21.4%)



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.

**Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni  
Persone 50-69 anni**

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11\*  
Totale: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

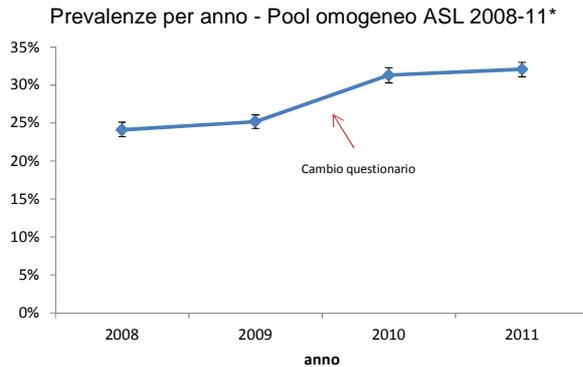
\*Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.



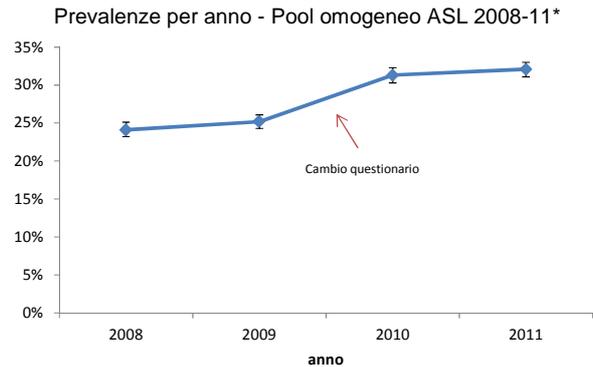
## Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale\*, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

### Ricerca del sangue occulto negli ultimi due anni Persone 50-69 anni



### Colonscopia negli ultimi cinque anni Persone 50-69 anni



\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

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

- Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:
  - il 19% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 15.9% da uno a due anni
  - il 06.8% da più di 2 anni
  - Il 58.3% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo
- Relativamente all'ultima endoscopia eseguita:
  - il 7.5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 9.7% da uno a cinque anni
  - il 01% da cinque a dieci anni
  - lo 0.5% da più di dieci anni.
- Il 81.3% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

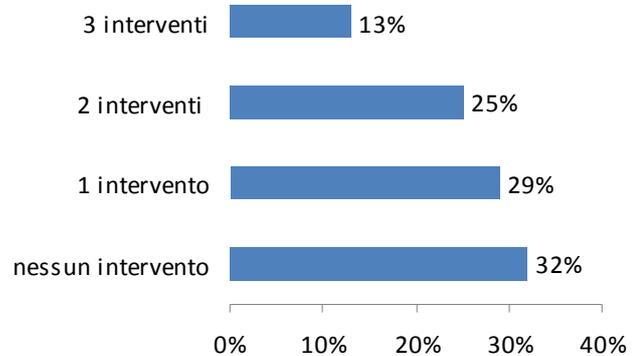


### Quale promozione ed efficacia per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

- il 32.1% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
- il 45.9% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 42.1% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.

#### Promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci Persone 50-69 anni

ASL AT 2010-11 (n=209)



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale\*, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

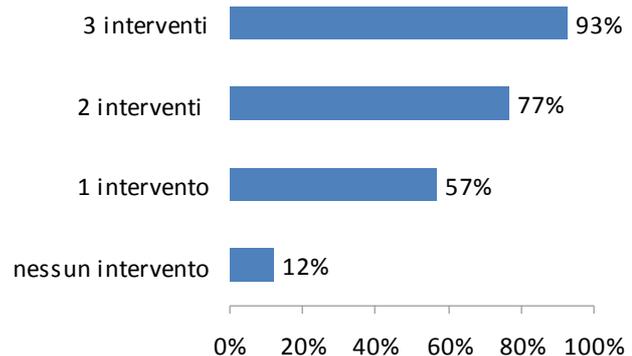
\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

- Il 92.9% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 77.4% da due interventi di promozione ed il 57.4% da un solo intervento; il 11.9% non ha riferito alcun intervento di promozione.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale\*, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.

#### Interventi di promozione dell'ultima ricerca di sangue occulto nelle feci Persone 50-69 anni

ASL AT 2010-11 (n=209)



\* Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.



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

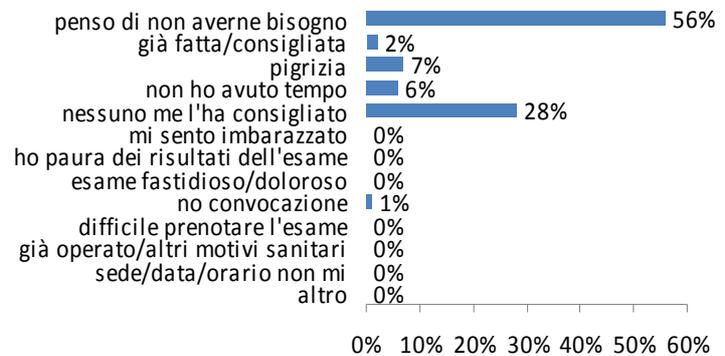
- Nella ASL AT il 55.1% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 43% ha pagato solamente il ticket e l'2.2% l'intero costo dell'esame
- Il 38.6% ha riferito di non aver dovuto pagare per la endoscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 42.9% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 18.6% l'intero costo dell'esame.

### Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (56%) e il fatto di non aver ricevuto consigli in merito. Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro colon rettale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

#### Motivazione della non effettuazione della ricerca di sangue occulto nelle feci\* Persone 50-69 anni

ASL AT 2010-11 (n=209)



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (10%)

### Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT circa il 40% delle persone intervistate nella fascia di 59-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o esame endoscopico). Il dato concorda con quello dei flussi regionali.

Di nuovo non coincide l'informazione sul numero di persone raggiunte dalla lettera di invito e si confermano le osservazioni già espresse sulla necessità di verifiche.

Fra gli screening organizzati quello per il tumore del colon retto è di più recente introduzione; il livello delle performance è pertanto migliorabile

Inoltre, l'uso della rettosigmoidoscopia come test di 1° livello rappresenta una specificità della Regione Piemonte.



# Sintomi di depressione



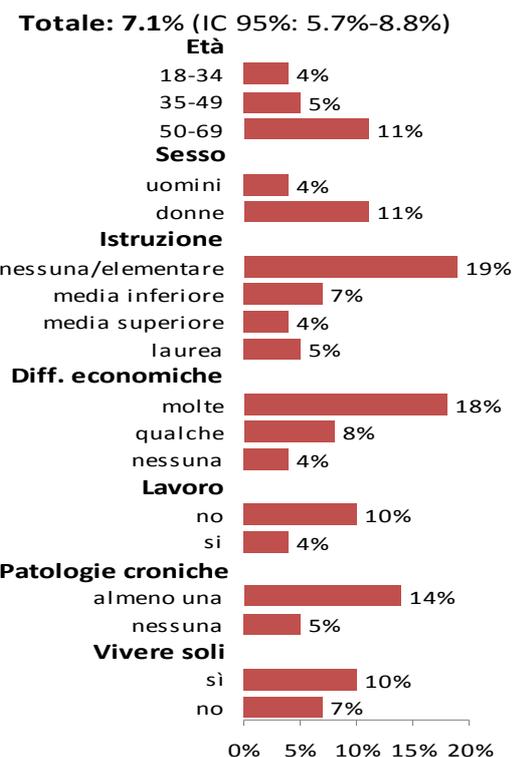
Il Disturbo Depressivo Maggiore è un disturbo che si presenta con tono dell'umore particolarmente basso per un periodo abbastanza lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura del proprio aspetto e della propria igiene, riduzione e peggioramento delle relazioni sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, peggioramento del rendimento. In Europa, il solo Disturbo Depressivo Maggiore rende conto del 6% del carico (burden) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica, quindi, il Disturbo Depressivo Maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Passi pone sotto sorveglianza i sintomi depressivi fondamentali (i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività) utilizzando un test validato, il Patient Health Questionnaire-2 (Phq-2).

## Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL AT, circa il 7.1% 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 con difficoltà economiche
  - nelle persone senza un lavoro continuativo
  - nelle persone con almeno una patologia cronica
  - nelle persone che vivono sole.

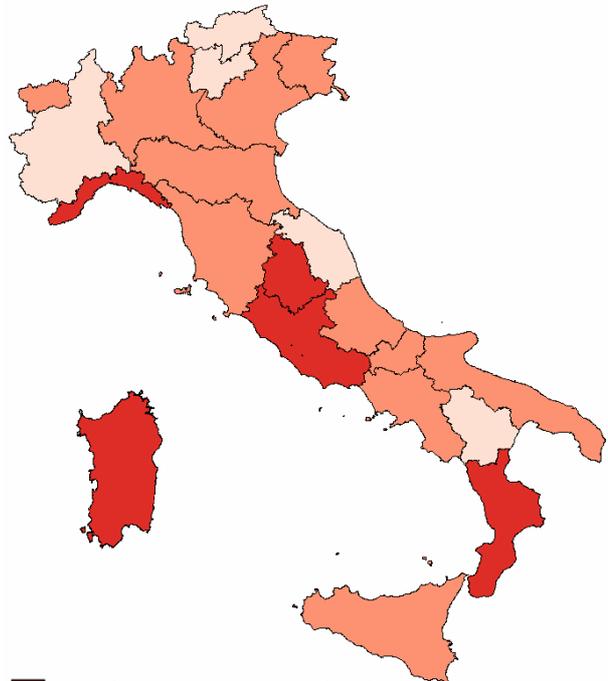
**Sintomi di depressione**  
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
ASL AT 2008-11



- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista è del 6.1%.
- Emergono differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni.

### Sintomi di depressione

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11  
Totale: 6,8% (IC95%: 6,7%-7,1)



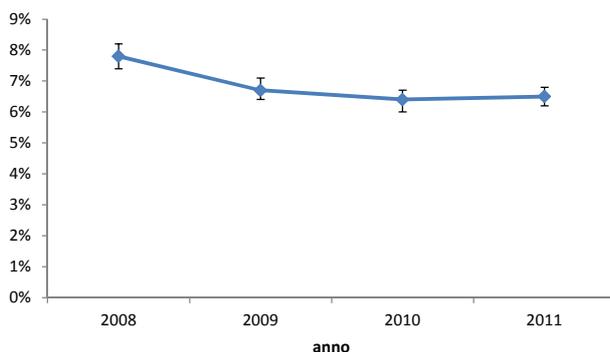
■ % significativamente superiore al pool  
■ % non significativamente diversa dal pool  
■ % significativamente inferiore al pool

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

### Confronto su pool omogeneo nazionale

#### Sintomi di depressione

Prevalenze per anno - Regione Piemonte (pool omogeneo) 2008-11



- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si osserva una riduzione della percentuale di persone che dichiarano sintomi di depressione tra il 2008 e il 2009, dopodiché l'indicatore rimane stabile nel tempo.

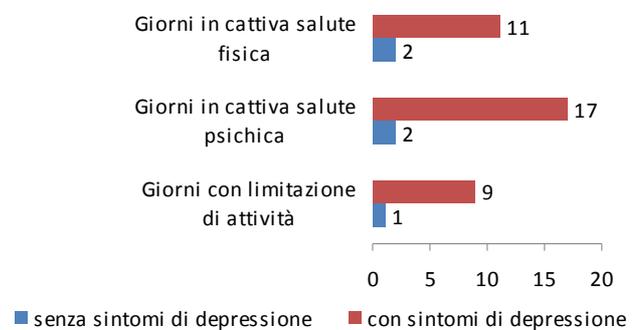


## Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- Nella ASL AT, le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
  - il 32.5% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono” rispetto al 71.8% 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.

### Qualità di vita percepita e sintomi di depressione

ASL AT - PASSI 2008-11 (n=1087)

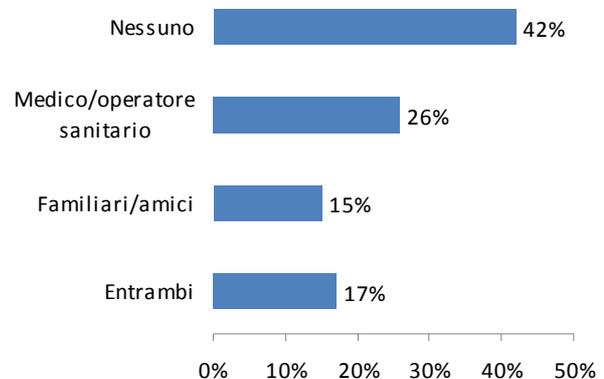


## A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 58.3% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per affrontare questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (26.4%), a familiari/amici (15.3%) o ad entrambi (16.7%).
- Il 42% delle persone con sintomi di depressione non si è rivolta a nessuno

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

ASL AT - PASSI 2008-11 (n=72)



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT si stima che circa il 7.1% degli intervistati abbia sintomi depressivi con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone 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 (quasi una persona su due).

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



## Bibliografia

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



20. World Health Organization Europe. Gaining Health the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva: WHO; 2006 Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E89306.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
21. Italia. Ministero della Salute. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
22. Pope, J. Chronic disease and associated risk factors information and monitoring system: the results of an audit of Australian data collections and policies and a review of the international experience. Victoria: National Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
27. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
28. Lever F, Rivoltella PC, Zancacchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai-Eri. 2002.
29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
30. Liam R, O'Fallon, Dearry 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/CCMDettagliInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingu=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007
39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE – Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) – Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083-93.
42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79-85.



43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:235–9.
44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*. Milano: Inferenze scarl; 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp\\_introduzione.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
46. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_556\\_allegato.pdf](http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
47. Istituto Nazionale di Statistica. *La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002*. Roma: ISTAT; 2004.
48. AIRT Working Group. *I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori*. *Epidemiologia & Prevenzione* 2006(30) suppl. 2.
49. 12. Centers for Disease Control and Prevention. *The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment*. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano\\_prev\\_attiva2004\\_2006.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. *Prevenzione del tumore del collo dell'utero*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
52. National Cancer Institute. *Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence*. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional); ultima consultazione: 30/08/2007.
53. 16. Italia. Regione Piemonte. *Prevenzione del tumore della mammella*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
54. National Cancer Institute. *Colorectal Cancer (PDQ®): Screening*. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional); ultima consultazione: 30/08/2007.
55. Task Force on Community Preventive Services. *Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening*. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
56. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*; 2005. p. 42–57
57. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996–2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*; 2005. p 28–41.
58. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). *Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening*; 2005. p. 58–71.
59. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. *BEN–Notiziario ISS* 2005;18 (11):i–ii.
60. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S):73–107.



61. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):97–72.
62. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/costs among Medicare recipients. *Obesity Research* 2005 13, 1450–7.
63. Fifty–Seventh World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
64. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, *JAMA*. 2003;289:2913–6.
65. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793
66. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
67. Unione Europea. Public Health Programme 2003–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
68. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003–2005.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
69. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
70. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN Notiziario ISS 2006;19(9); v–vi.
71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv\\_fv.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
73. World Health Organization. Prevenire le malattie croniche un investimento vitale. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/Overview\\_Italian.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
74. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999–2000 Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” Anno 2003 Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003; Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005;54:RR–10.
79. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London: BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne–Parikka P, Keinanen–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. Pomerlean J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto “De Iuventute”, Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519–30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all’indirizzo: [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all’indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– Alcologia 2002;14 (2–3):109–17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all’indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all’indirizzo: [http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report\\_Alcol\\_Ue\\_2006\\_it.1153401953.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L’uso e l’abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all’indirizzo: [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20060420\\_00/testointegrale.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L’uso e l’abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all’indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L’esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all’indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all’indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. Eur J Public Health 2004;14:94–100.



102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947–9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). *L'epidemia del fumo in Italia*. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2000;49(RR12):1–11.
105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modiglioni G, Zuccaro P. I giovani e il fumo. *Indagine Doxa 2003*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/i%20giovani%20e%20il%20fumo%20doxa%202003.1153401091.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
106. Pacifici R. Rapporto Nazionale sul Fumo 2005. Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
107. Ministero della Salute. Piano di Applicazione del Divieto di Fumo nei Locali Chiusi. *Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute*. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna\\_effetti\\_fumo\\_passivo.pdf](http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio “PASSI”. *Inserto BEN* 2006;19(1):i–ii. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
109. Taggi F. et al “Sicurezza stradale: verso il 2010” in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>; ultima consultazione: 30/08/2007.
110. ISTAT. *Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003–2004)*. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013\\_00/Incidenti\\_stradali\\_0304\\_ed\\_provvisoria.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
111. Taggi F. (Ed.). *Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – Il rapporto)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20Il%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20Il%20(1–18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
112. World Health Organization. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
113. Task Force on Community Preventive Services. *Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza*. (Traduzione italiana). *Epidemiologia e Prevenzione* 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
114. World Health Organization. *A 5–year WHO strategy for road traffic injury prevention*. Geneva:WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/world–health–day/2004/en/final\\_strat\\_en.pdf](http://www.who.int/world–health–day/2004/en/final_strat_en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. *Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003–2010)*. Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. *Piano nazionale per la sicurezza stradale*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iascone P, Maturano P. *Il Sistema “Ulisse” per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005)* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007) .
118. Ustun TB, Ayuso–Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. *Global burden of depressive disorders in the year 2000*. *Br J Psychiatry* 2004;184:386–92.
119. World Health Organization. *World health report 2004 statistical annex*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.



120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12–6. psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903–10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD–WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1–100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year–prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749–56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
132. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
133. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
134. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol* 1992;135:1411–22.
135. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
136. Kroenke K. Comunicazione personale.
137. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
138. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
139. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
140. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
141. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
142. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate to 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](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 multiscope sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003*. Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
157. Taggi F. (Ed.) *La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community-based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999–2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l\\_046/l\\_04619990220it00010005.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf) (ltimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_345\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc); ultima consultazione: 30/08/2007.



163. 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.

