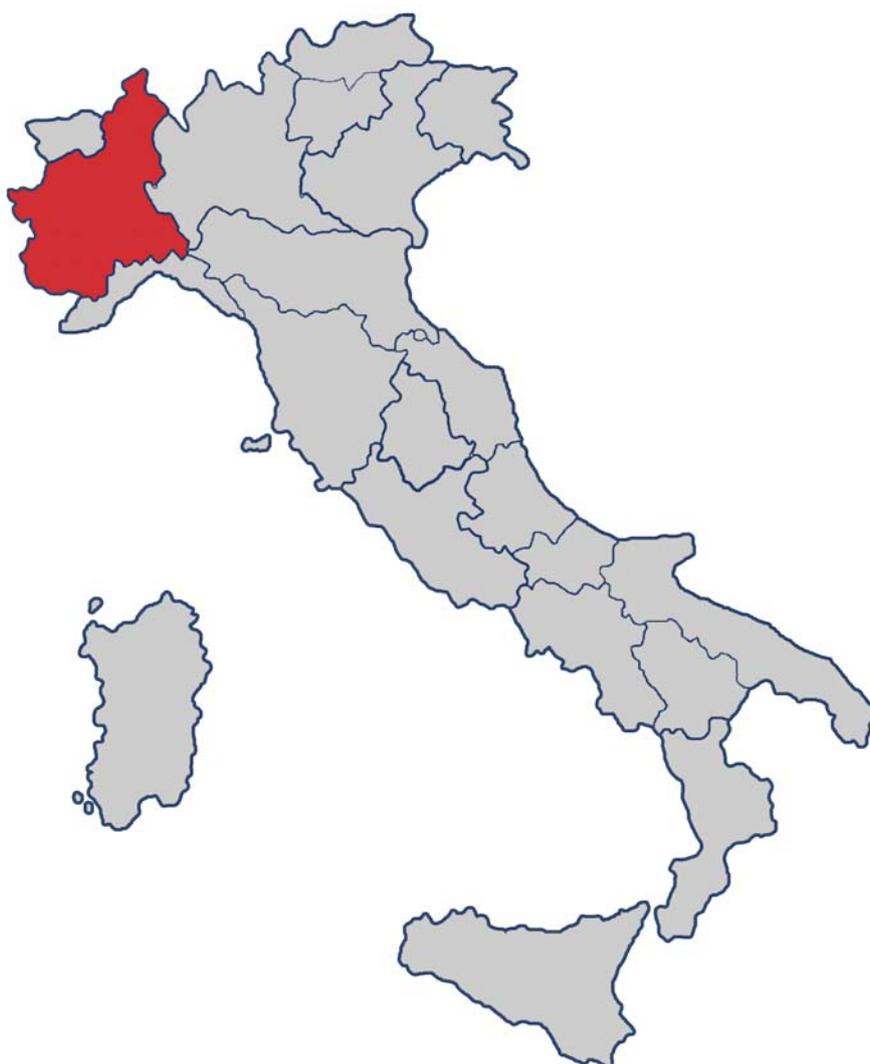


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2007

Piemonte



A cura di:

Maria Chiara Antoniotti – coordinatore regionale PASSI
Andrea Nucera
(Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara)

Donatella Tiberti – referente regionale PASSI
(Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Alessandria)

Paolo Ferrari
(Struttura semplice di Epidemiologia - ASL VCO)

Revisione grafica

Orietta Mariani
(Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL Novara)

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

Eleonora Artesio
(Assessore alla Tutela della salute e Sanità Regione Piemonte)

Vittorio Demicheli
(Direttore Sanità Regione Piemonte)

Renata Magliola
(Coordinatore regionale prevenzione)

Michela Audenino
(Dirigente Settore Igiene e Sanità Pubblica Regione Piemonte)

Daniela Lombardi
(vicecoordinatore regionale PASSI)

Pierangela Ferrero
(supporto amministrativo)

- a livello aziendale:

Intervistatori e Collaboratori

ASL di Torino_1-4	<i>Coordinatore:</i> Meda Margherita; <i>Vice Coordinatore:</i> Modolo Giorgiana; <i>Coordinatore Intervistatori:</i> Vizzani Giovanna; <i>Intervistatori:</i> Bassi Piera, Calamia Anna Maria, Capocefalo Roberto, Ciquera Anna Maria, Corvasce Annunziata, Costa Rosa, Cuccia Rosa, Fracchia Piera, Masucci Ada, Piras Manuela, Scati Simone, Strippoli Angela, Suozzo Vincenza, Villani Carmelita, , Vurchio Rosanna.
ASL di Rivoli_5	<i>Coordinatore:</i> Gallone Angela; <i>Intervistatori:</i> Albis Germana, Forno Lorella, Ghimenti Sabrina, Miletto Flora, Paoletti Silvana, Rigotti Doriana, Ruiu Giovannina.
ASL di Ciriè_6	<i>Coordinatore:</i> Stanzione Stefano; <i>Intervistatori:</i> Alicastro Francesco, Guerzoni Lorella, Gullo Giuseppe Alessandro, Incalza Vincenzo, Smania Paolo.
ASL di Settimo T.se_7	<i>Coordinatore:</i> Greco Domenica; <i>Intervistatori:</i> Francone Carla, Fassino Anna, , Moro Raffaella, Principiano Alessia, Villa Paola; <i>Supporto amministrativo:</i> Cavallo Claudia
ASL di Chieri_8	<i>Coordinatore:</i> Valenza Giuseppe; <i>Intervistatori:</i> Boscolo Lodovica, Brotto Renata, Castagno Paolo, Della Valle Giovanna, Destradis Anna, Gentile Marisa, Giuliano Anna Maria, Ponte Laura.
ASL di Ivrea_9	<i>Coordinatore:</i> Alibrandi Maria Pia; <i>Intervistatori:</i> Anselmo Eva, Baracco Paola, Compagno Annalisa, Reviglio Gisella, Ruschi Marco, Scarcia Maria Grazia.
ASL di Pinerolo_10	<i>Coordinatore:</i> Laurenti Paolo; <i>Vice Coordinatore:</i> Paltrinieri Giovanna; <i>Intervistatori:</i> De Luca Elena, Garzino Antonella, Gramaglia Marilena, Marchisio Franca, Meia Bruna, Salusso Valter.
ASL di Vercelli_11	<i>Coordinatore:</i> Bagnasco Gabriele; <i>Intervistatori:</i> Leone Paola, Longhi Michelina, Novella Luisa, Spada Lorenzina, Ubertalli Mirella.
ASL di Biella_12	<i>Coordinatore:</i> Giacomini Adriano; <i>Intervistatori:</i> Andreone Simona, Busato Anna, Musso Anna, Vercellino Piercarlo.
ASL di Novara_13	<i>Coordinatore:</i> Moia Edoardo; <i>Intervistatori:</i> Boeddu Maria Rosa; Cianfrocca Laura; Frizzarin Laura; Palermo Cristina; Preti Claudia Angela;
ASL di Omegna_14	<i>Coordinatore:</i> Ferrari Paolo; <i>Intervistatori:</i> Betlamini Elvadia; Corvi Vilma, Primatesta Ezio; Silveri Regina Rosa.
ASL di Cuneo_15	<i>Coordinatore:</i> Orione Lorenzo; <i>Intervistatori:</i> Calcagno Lucia; Favole Denise; Marchio' Vanda; Rimondot Monica.
ASL di Mondovì_16	<i>Coordinatore:</i> Puglisi Maria Teresa; <i>Intervistatori:</i> Adami Wilma, Botto Marilena, Rosso Carla, Sappa Cristina, Strazzarino Enrica
ASL di Savigliano_17	<i>Coordinatore:</i> Repposi Angelo; <i>Intervistatori:</i> Balestra Antonella, Barale Mariangela, Becchio Maria Teresa, , Cerrato Marina, Eandi Lorena, <i>Supporto amministrativo :</i> Bongiovanni Anna
ASL di Alba_18	<i>Coordinatore:</i> Marinaro Laura; <i>Vice Coordinatore:</i> Zorziotti Giuseppina; <i>Intervistatori:</i> Cagno Margherita, Dogliani Maria Grazia, Franco Carlevero Nadia, Giachino Giovanna, Leone Aldo, Marziani Natalina, Serventi Maria Gabriella.
ASL di Asti_19	<i>Coordinatore:</i> Rivetti Daniela; <i>Vice Coordinatore:</i> Oddone Maurizio; <i>Intervistatori:</i> Abate Nadia, Carelli Antonella, Iannuzzi Vittoria, Iannuzzi Lucia, Musso Anna Maria.
ASL di Alessandria_20	<i>Coordinatore:</i> Brezzi Maria Antonietta; <i>Vice Coordinatore:</i> Bracco Paola; <i>Intervistatori:</i> Bagna Enrica; Oleandro Rosa; Pagliarino Giorgio Ugo; Panizza Ornella; Susani Franca; <i>Collaboratore analista:</i> Rabagliati Claudio
ASL di Casale M.to_21	<i>Coordinatore:</i> Galiano Antonio; <i>Intervistatori:</i> Angelini Chiara; Casalone Francesca; Chiaraluce Valentina; De Angeli Marina; Peano Alessandro; Santolli Stefania; Varvello Barbara.
ASL di Novi Ligure_22	<i>Coordinatore:</i> Prospero Rossana; <i>Vice Coordinatore:</i> Fossati Fiorangela; <i>Intervistatori:</i> Fiori Carla; Lomolino Daniela; Simonelli Enrica; Solia Giacomina; <i>Supporto amministrativo :</i> Marengo Tiziana; Gamalero Pietro.

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.

Indice

Premessa	pag.	2
Sintesi del rapporto regionale	pag.	3
Obiettivi	pag.	5
Metodi	pag.	8
Descrizione del campione regionale	pag.	12
Percezione dello stato di salute	pag.	16
Attività fisica	pag.	19
Abitudine al fumo	pag.	23
Situazione nutrizionale	pag.	30
Diabete	pag.	35
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag.	37
Consumo di alcol	pag.	39
Sicurezza stradale	pag.	44
Infortuni domestici	pag.	47
Vaccinazione antinfluenzale	pag.	52
Vaccinazione antirosolia	pag.	54
Rischio cardiovascolare	pag.	57
Sintomi di depressione	pag.	66
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	69
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	75
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	81
Appendici: monitoraggio e pesature	pag.	86
Bibliografia	pag.	92

Premessa

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

Nel nostro Paese la proporzione di popolazione sopra i 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

Le malattie cronico degenerative (cardiovascolari e tumori per prime) assorbono una parte notevole delle spese sanitarie e la loro frequenza inoltre non può che aumentare con l'allungamento della vita media.

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.

Appare importante focalizzare l'attenzione verso la prevenzione e diventa 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 della Regione.

Tutte le ASL del Piemonte hanno aderito alla sperimentazione della sorveglianza PASSI e partecipano con costanza, fornendo un quadro aggiornato e continuo del proprio territorio e le informazioni utili per la costruzione dei profili di salute e per la programmazione degli interventi di prevenzione a livello locale, orientata alle strategie di sanità pubblica previste dal Piano Nazionale della Prevenzione. Consente di valutare i progressi nell'ambito della prevenzione, migliorando la sinergia con le attività svolte nella altre regioni.

Questo sistema di sorveglianza favorisce inoltre la crescita professionale del personale sanitario, fornendo metodi e strumenti per approfondire la conoscenza del territorio e della percezione delle persone, fondamentale per impostare oppure correggere gli interventi di prevenzione.

L'attività regolare e di qualità sono alla base di questo primo report della sorveglianza PASSI, che si riferisce ai dati raccolti nel primo semestre di attività e permette una iniziale visione delle caratteristiche della regione. L'attività di sorveglianza prosegue e altri rapporti seguiranno.

Il Direttore Regionale
Direzione Sanità
Vittorio DEMICHELÌ



Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale

In Regione Piemonte è stato intervistato un campione casuale di 3262 persone, selezionato dalla lista delle anagrafi sanitarie delle ASL. Il campione risulta ugualmente suddiviso tra uomini e donne, con età media di 44 anni. Più della metà ha un livello di istruzione alto e il 70% dichiara di avere un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute

Oltre due terzi (67%) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute, mentre questa condizione riguarda solo il 38% dei soggetti con almeno una patologia severa. La percezione positiva del proprio stato di salute risulta associata anche ad età, istruzione e difficoltà economiche.

Attività fisica

È completamente sedentario il 23% del campione e solo il 35% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Circa un terzo (31%) dei sedentari ritiene di fare sufficiente attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta e la consigliano solo ad un terzo dei propri pazienti.

Abitudine al fumo

Il 28% degli intervistati si dichiara fumatore e il 21% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori (95%) hanno smesso di fumare da soli e il 40% dei fumatori ha cercato inutilmente di smettere di fumare nell'ultimo anno. Oltre il 70% 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 l'80% dei non fumatori, ma neppure in quasi la metà delle case dei fumatori.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 30% del campione piemontese è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. L'eccesso ponderale è trattato nel 25% dei casi con dieta e nel 70% con la pratica di attività fisica almeno moderata. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumarne cinque porzioni al giorno, mentre quasi la metà (45%) non ne consuma più di due.

Diabete

In Piemonte circa il 5% delle persone intervistate riferisce di avere avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. La diffusione della patologia aumenta con l'età, con l'eccesso ponderale, ma anche con le difficoltà economiche riferite.

Consumo di alcol

Il 68% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 19% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 10% beve fuori pasto, l'8% è bevitore "binge" e il 5% è forte bevitore). Per quanto riguarda i bevitori, gli operatori sanitari si informano in 2 casi su 10 sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol, ma consigliano a quelli a rischio di moderarne il consumo in meno di 1 caso su 10.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: il 92% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 28% degli intervistati. Il 15% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e l'11% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortunati domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, in Piemonte è scarsa: il 92% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Meno di un terzo degli intervistati (27%) ha ricevuto, principalmente da mass media e opuscoli, informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Tra i soggetti informati, il 27% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo il 24% 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.

Vaccinazione antirosolia

Oltre la metà delle donne tra 18 e 49 anni è immune alla rosolia, ma 4 donne su 10 non conoscono il proprio stato immunitario, facendo pertanto ritenere che il numero di donne suscettibili sia ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita.

Rischio cardiovascolare

Si stima che l'8% della popolazione piemontese tra i 18 e 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa. Tra coloro che l'hanno misurata circa un quinto riferisce di essere iperteso ed il 71% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.

Una persona su quattro (26%) 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 24% 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".

Sintomi di depressione

In Piemonte l'8% 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. Quasi la metà di coloro che riferiscono sintomi di depressione, per questi problemi non chiede l'aiuto di nessuno.

Screening neoplasia del collo dell'utero

In Piemonte l'80% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test negli ultimi tre anni, ma l'11% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. Ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria è il principale motivo riferito per non effettuare il Pap test nei tempi previsti dal programma di screening.

Screening neoplasia della mammella

Il 70% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva; anche in questo caso però l'11% non ne ha mai fatta una nel corso della sua vita e la principale motivazione consiste nel ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria.

Screening tumore del colon retto

In Piemonte il programma organizzato di screening per il tumore del colon retto è di recente attivazione ed è ancora in fase di implementazione. Per scopo preventivo, solo il 9% degli ultracinquantenni riferisce di avere eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e l'8% una flessosigmoidoscopia o una colonscopia.

Obiettivi

Obiettivo generale

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

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

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

2. Salute e qualità di vita percepita

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

3. Attività fisica

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

4. Abitudine al fumo

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

5. Stato nutrizionale e abitudini alimentari

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

- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

6. Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

7. Consumo di alcol

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

8. Sicurezza stradale

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

9. Infortuni domestici

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

10. Vaccinazione antinfluenzale

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

11. Vaccinazione antirosolia

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

12. Fattori di rischio cardiovascolare

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

13. Diagnosi precoci delle neoplasie

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato almeno un Pap test e di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la

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

14. Sintomi di depressione

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

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita da persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 22 Aziende Sanitarie Locali della Regione (le 4 ASL di Torino vengono però considerate come unica ASL). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista telefonica (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'intervista.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età estratto dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna delle 22 ex ASL del Piemonte era di 25 unità.

Il campione, aggregato nell'anno a livello regionale, è stato di 3262 individui.

Il campione complessivo è risultato così suddiviso per ASL:

ASL	intervistati di 18-69 anni
TORINO	599
COLLEGNO	125
CIRIE'	121
CHIVASSO	149
CHIERI	116
IVREA	149
PINEROLO	139
VERCELLI	153
BIELLA	139
NOVARA	181
OMEGNA	150
CUNEO	180
MONDOVI'	150
SAVIGLIANO	172
ALBA	150
ASTI	150
ALESSANDRIA	150
CASALE MONFERRATO	139
NOVI LIGURE	150
TOTALE PIEMONTE	3262

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



Interviste

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

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

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

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori, attuata in tutte le regioni con modelli uniformi, e che ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; nel 2007 il 12,5% delle interviste risulta effettuata con metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi dei dati

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

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per le variabili principali. Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi.

Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato. Ulteriori approfondimenti sull'utilizzo della pesatura in fase di analisi sono riportati in appendice 2

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

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle

informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale.

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

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

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

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

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

Descrizione del campione regionale

In Piemonte tra giugno e dicembre 2007, sono state intervistate 3262 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle popolazioni degli iscritti alle anagrafi sanitarie di tutte le ASL del Piemonte.

Tutte le 22 ASL hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'83% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente (tasso di risposta); il tasso di sostituzione è stato quindi del 17%, con un tasso di rifiuto del 13%.

Ulteriori informazioni sulla popolazione in studio e sulle strategie di campionamento sono riportate nel capitolo sui metodi, mentre altri indicatori di monitoraggio della sorveglianza sono illustrati in appendice 1.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

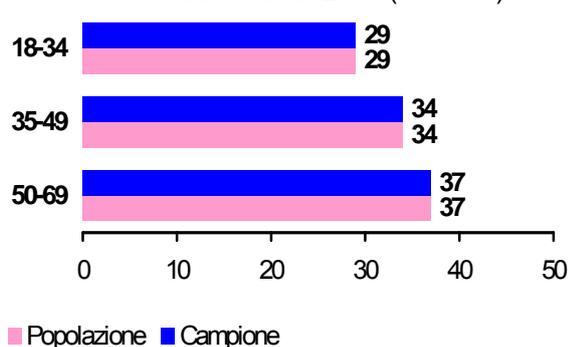
- Il campione intervistato in Piemonte è costituito da 3262 persone, suddiviso ugualmente fra donne e uomini.

- L'età media è di 44 anni (43,7 per gli uomini e 44,4 per le donne)

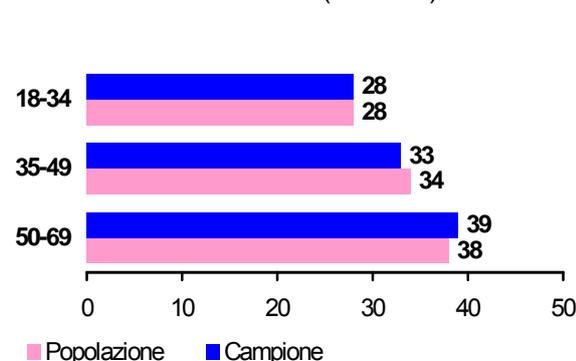
- Il 28% degli intervistati è compreso nella fascia di età 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 38% in quella 50-69.

- Il confronto con la popolazione ISTAT 2006 indica, in entrambi i sessi, una buona rappresentatività per classe di età del campione selezionato

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n= 1598)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n= 1664)

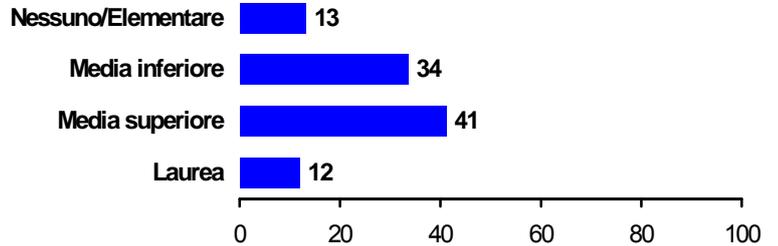


Il titolo di studio

- Il 13% del campione piemontese non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 34% la licenza media inferiore, il 41% la licenza media superiore e il 12% è laureato. Tra le donne sono significativamente più numerosi che negli uomini i soggetti con il livello di istruzione più basso, mentre la percentuale di laureati è uguale nei due sessi.

Campione per titolo di studio (%)

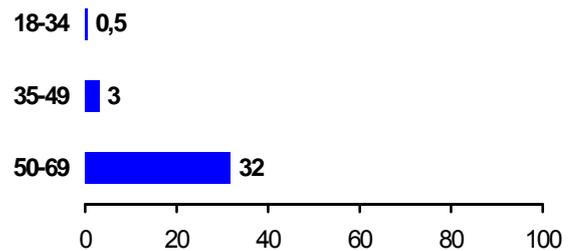
Piemonte - PASSI 2007 (n=3251)



- L'istruzione è fortemente dipendente dall'età; infatti nella classe con età più avanzata si ritrovano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Pertanto, i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto confondente dell'età mediante apposite analisi statistiche.

Scolarità bassa* (nessuna oppure licenza elementare) per classi di età (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n=3251)

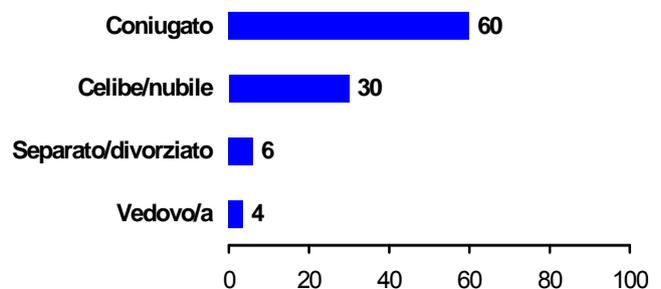


Lo stato civile

- In Piemonte i coniugati rappresentano più della metà (60%) del campione, i celibi/nubili il 30%. Il restante 10% del campione è costituito da separati o divorziati (6%) e da vedovi/e (4%).

Stato civile (%)

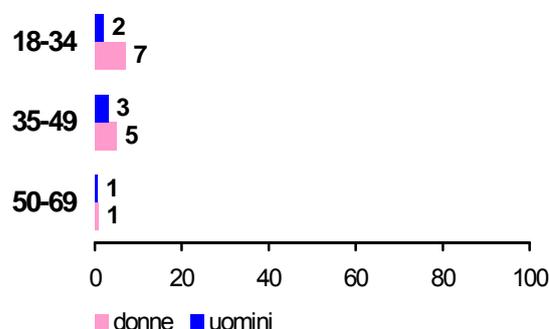
Piemonte - PASSI 2007 (n=3251)



Cittadinanza

- In Piemonte, il 97% del campione intervistato è italiano e il 3% di nazionalità straniera. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani: alla classe d'età 50-69 anni appartiene solo l'8% degli stranieri intervistati, rispetto al 38% degli italiani.
- Poiché il protocollo della sorveglianza prevede che gli intervistati siano in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano, PASSI fornisce informazioni sugli stranieri più integrati o che si trovano da più tempo nel nostro paese.

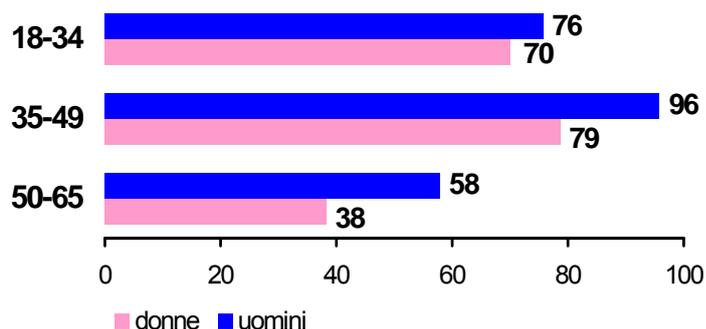
Stranieri
per sesso e classi di età (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=3252)



Il lavoro

- In Piemonte il 70% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare in modo regolare.
- Le donne regolarmente occupate risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (62% contro 77%).
- Sono gli intervistati di età compresa fra i 35 e i 50 anni, soprattutto uomini, a riferire di lavorare con regolarità con una percentuale maggiore. Si riscontrano infatti differenze di occupazione regolare statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.

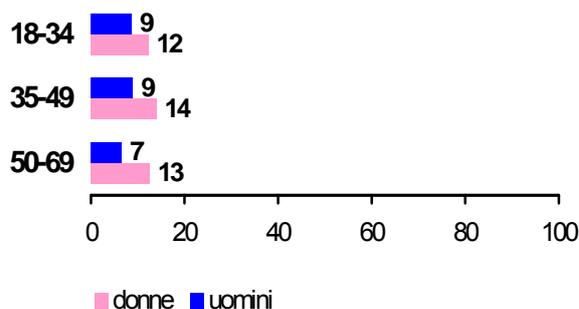
Lavoratori regolari
per sesso e classi di età (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=2990)



Difficoltà economiche

- Più della metà del campione piemontese (54%) riferisce di non avere difficoltà economiche, il 36% di averne qualcuna, il 10% di averne molte.
- Rispetto agli uomini, le donne dichiarano più spesso molte difficoltà economiche (13% contro l'8%); non si riscontrano importanti differenze fra le classi d'età tra i soggetti dello stesso sesso.

Intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=3234)



Conclusioni

Il campione del Piemonte è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione regionale.

L'osservazione dei dati socio-anagrafici del campione, oltre a fornire conferme sulla validità del campionamento effettuato, è indispensabile all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- In Piemonte il 67% degli intervistati ha risposto in modo positivo ("bene" o "molto bene") alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 30% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 3% ha risposto in modo negativo ("male" o "molto male").
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro 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.
- Queste differenze si confermano anche analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri.

Stato di salute percepito positivamente* Piemonte - PASSI 2007 (n=3257)

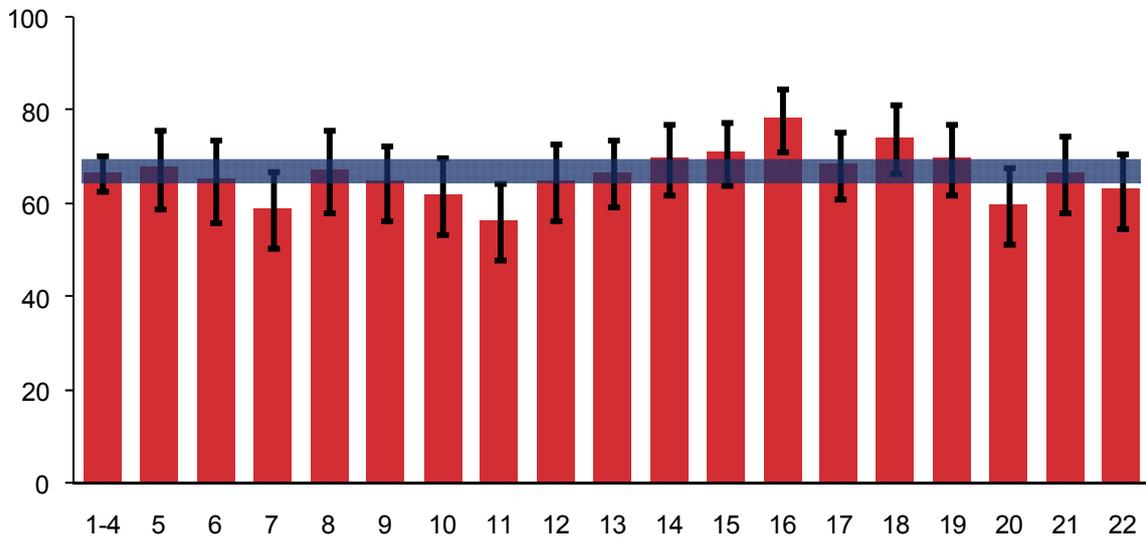
Caratteristiche	%
Totale	66,9 (IC95%: 65,2-68.6)
Classi di età	
18 - 34	85,4
35 - 49	72,0
50 - 69	48,5
Sesso	
uomini	73,8
donne	60,0
Istruzione	
nessuna/elementare	41,0
media inferiore	62,6
media superiore	74,1
laurea	82,5
Difficoltà economiche	
molte	47,1
qualche	62,7
nessuna	73,6
Patologia severa**	
presente	38,4
assente	73,3

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

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

Nelle ASL della Regione la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute varia dal 56% della ASL 11 al 78% della ASL 16, che risulta significativamente maggiore del dato regionale.

Persone che dichiarano salute buona o molto buona per ASL (%)
Piemonte – PASSI 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

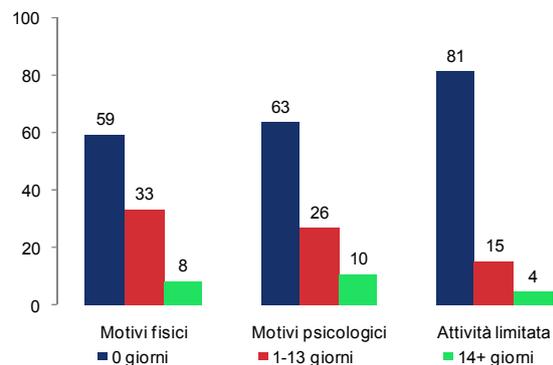
Dal pool PASSI le persone che si dichiarano in salute buona o molto buona sono il 66.7%

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

- In Piemonte la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essere stata bene tutti gli ultimi 30 giorni (59% in buona salute fisica, 63% in buona salute psicologica e 81% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Per più di 14 giorni nell'ultimo mese, l'8% degli intervistati ha riferito malessere fisico, il 10% malessere psicologico e il 4% ha riferito di non aver potuto svolgere le abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n= 3242)



- Il numero medio di giorni in cattiva salute o con attività abituali limitate, come atteso, aumenta con l'età.
- Rispetto agli uomini, le donne lamentano più giorni con limitazioni delle normali attività e in cattiva salute, sia per motivi fisici che per motivi psicologici.
- La media dei giorni in cattiva salute psicologica è significativamente diversa nei due sessi.

Giorni in cattiva salute percepita

Piemonte - PASSI 2007

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,2	3,7	1,6
Classi di età			
18 - 34	2,2	2,9	1,3
35 - 49	3,0	3,5	1,3
50 - 69	4,3	4,4	2,2
Sesso			
uomini	2,3	2,6	1,4
donne	4,2	4,8	1,9

Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Piemonte, l'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche dichiarate.

L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o che limitano le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita forniscono informazioni utili all'individuazione, attuazione e valutazione di interventi in particolare nelle ASL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

Attività fisica

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

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

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

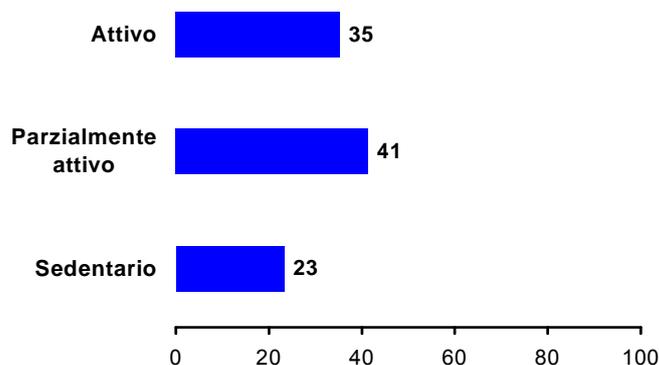
È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono essere utili per incrementarla l'attività fisica sia nella popolazione generale che nei gruppi a rischio per alcune patologie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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- In Piemonte il 35,3 % delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e viene definito attivo.
- Il 41,4% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo).
- Il 23,3% è completamente sedentario.
- A livello di pool di ASL, il 33% della popolazione è attivo, il 39% parzialmente attivo e il 28% è sedentario, valore significativamente superiore a quello piemontese.

Livello di attività fisica* (%)

Piemonte – PASSI 2007 (n=3235)



*

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

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

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

Chi sono e quali caratteristiche hanno i sedentari?

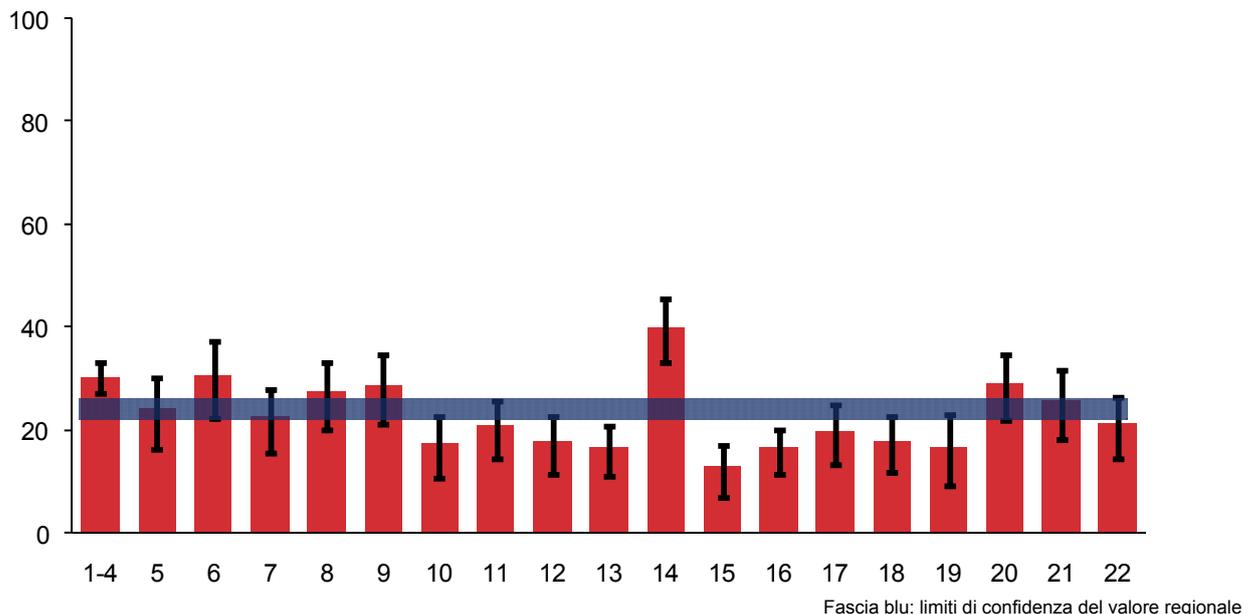
- Sedentari risultano soprattutto i meno giovani, le donne, le persone con basso livello di istruzione e quelle con difficoltà economiche.
- Analizzando insieme classi di età, sesso, istruzione e condizioni economiche con una analisi multivariata si conferma che la sedentarietà aumenta in modo significativo all'aumentare dell'età.

Sedentari	
Piemonte - PASSI 2007 (n=3235)	
Caratteristiche	%
Totale	23,3 (IC95%: 21,7-25,0)
Classi di età	
18 - 24	11,4
25 - 34	20,7
35 - 49	24,7
50 - 69	26,4
Sesso	
uomini	21,5
donne	25,1
Istruzione	
nessuna/elementare	27,6
media inferiore	27,0
media superiore	20,9
laurea	16,5
Difficoltà economiche	
molte	26,4
qualche	27,9
nessuna	19,6

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

Sedentari per ASL (%)

Piemonte - PASSI 2007

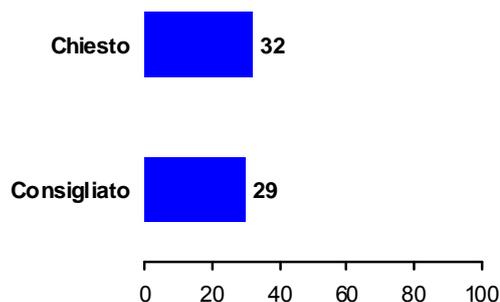


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- In Piemonte, il 32% degli intervistati, che si sono recati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno, riferisce che il medico o l'operatore si è informato se svolge attività fisica e il 29% riferisce che ha ricevuto il consiglio di svolgerla regolarmente.
- Nel pool PASSI il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato ed il 30% ha consigliato di fare attività fisica regolare.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari (%)

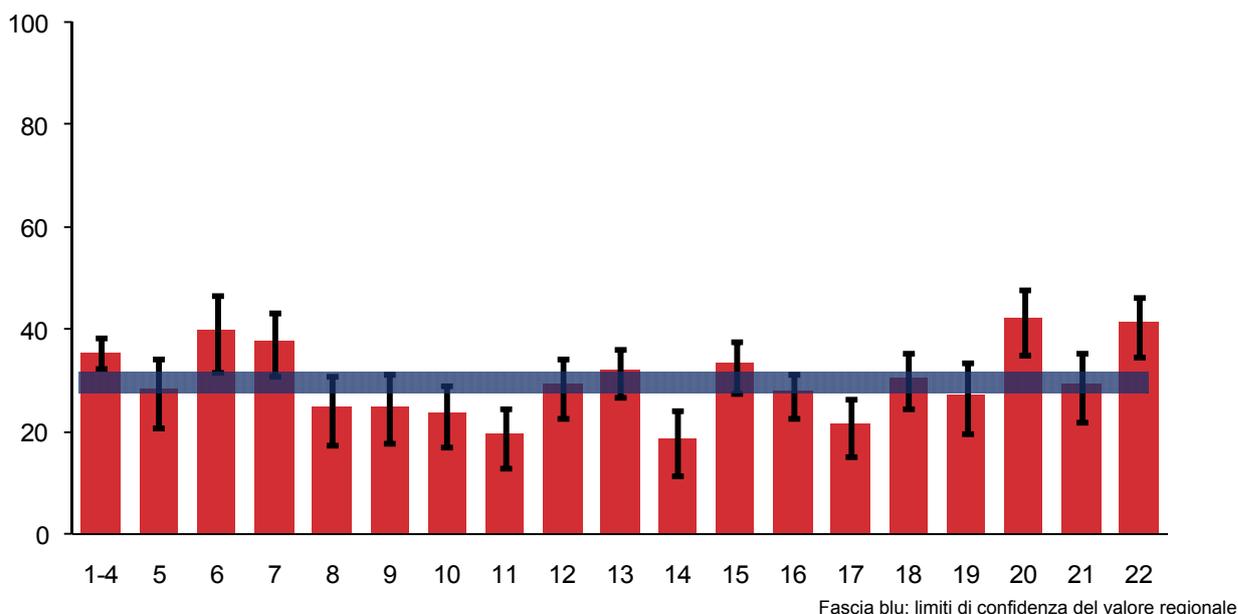
Piemonte – PASSI 2007 (n=1821)



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

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

Piemonte - PASSI 2007

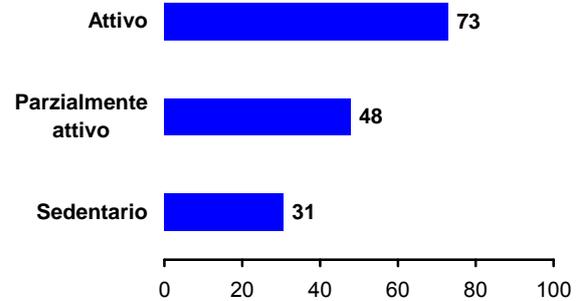


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- In Piemonte il 31% delle persone sedentarie ritiene che il livello della propria attività fisica sia sufficiente; tale percentuale è del 73% tra i soggetti attivi e del 48% tra i parzialmente attivi.
- A livello di pool di ASL il 26% delle persone sedentarie ritiene che il livello della propria attività fisica sia sufficiente.

Percezione di attività fisica sufficiente in relazione all'attività fisica praticata (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n=3181)



Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte la sorveglianza indica che solo un terzo (35%) della popolazione effettua un buon livello di attività fisica e che circa un quarto (23%) può essere considerato sedentario.

La sedentarietà aumenta con l'età e già dai 25 anni si osservano valori quasi doppi a quelli registrati tra le persone di 18-24 anni.

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

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

Abitudine al fumo

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

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni è cambiata: si è progressivamente ridotta tra gli uomini, tra i quali l'abitudine è stata storicamente più diffusa, mentre è aumentata tra le donne ed è in aumento anche tra i giovani.

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

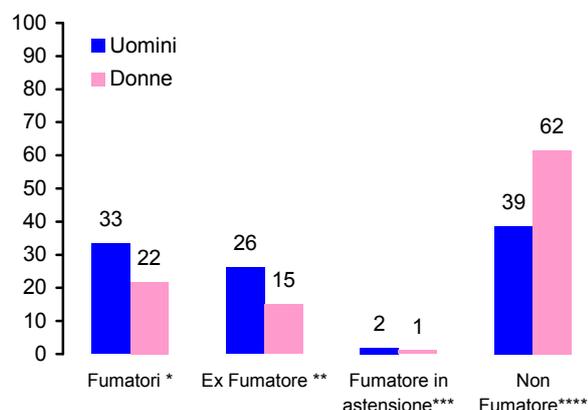
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

Quante sono le persone che fumano?

- In Piemonte il 28% degli intervistati riferisce di essere fumatore*, il 21% ex fumatore** e il 50% di non essere fumatore****. A questi si aggiunge una minima percentuale (36 intervistati) che possono essere considerati fumatori in astensione*** (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori secondo la definizione OMS).
- L'abitudine al fumo continua a risultare più alta tra gli uomini rispetto alle donne (33% versus 22%), così come tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono invece le donne (62% versus 39%).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di ex fumatori è del 19%, dei non fumatori è del 50%.

Abitudine al fumo di sigaretta (%)
Piemonte – Passi 2007 (n=3258)



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

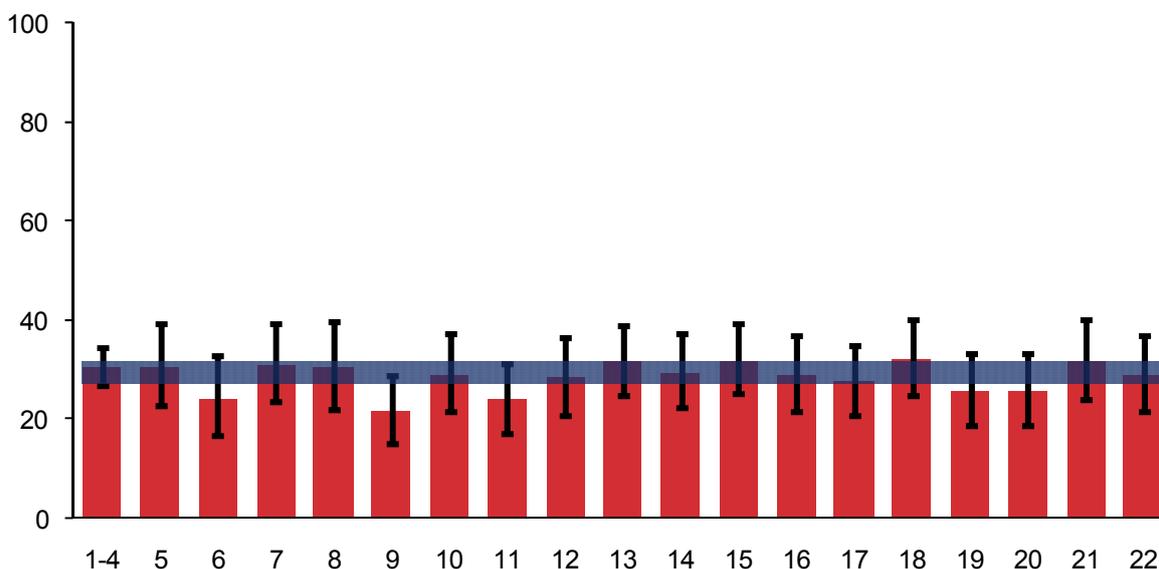
**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da più di 6 mesi

***Soggetto che attualmente non fuma da meno di 6 mesi

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

Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di fumatori (anche se il range va dal 21% dell'ASL 9 al 32% delle ASL 15 e 21). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

Persone che fumano per ASL (%)
Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori nei più giovani, negli uomini, nelle persone con livello di istruzione intermedio ed in quelle che dichiarano difficoltà economiche.
- Considerando insieme le caratteristiche demografiche con una analisi logistica si conferma la differenza per classi di età, sesso e difficoltà economiche dichiarate.
- I fumatori abituali consumano in media 13,5 sigarette al giorno, mentre i forti fumatori (coloro che consumano oltre 20 sigarette al giorno) sono il 10% di tutti i fumatori.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale i fumatori sono il 31% e risultano più numerosi tra gli uomini (35%), tra i giovani (18-24 anni: 37%; 25-34 anni: 35%) e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche (34%).

Fumatori*	
Piemonte - Passi 2007 (n=3258)	
Caratteristiche	%
Totale	29,0 (IC95%:27,3-30,7)
Classi di età	
18 - 24	39,1
25 - 34	39,3
35 - 49	30,7
50 - 69	20,0
Sesso	
uomini	35,2
donne	22,9
Istruzione	
nessuna/elementare	18,9
media inferiore	36,0
media superiore	28,7
laurea	21,8
Difficoltà economiche	
molte	44,0
qualche	31,5
nessuna	24,4

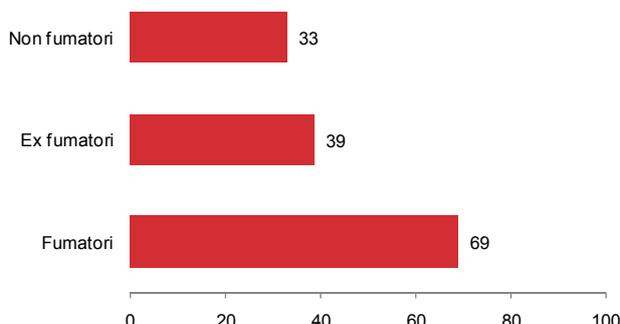
* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

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

- In Piemonte, il 45% degli intervistati che si sono recati dal medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno dichiara di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini rispetto al fumo.
- La richiesta è stata rivolta con frequenza diversa a seconda dell'abitudine al fumo del soggetto: al 69% dei fumatori, al 39% degli ex fumatori e al 33% dei non fumatori.

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

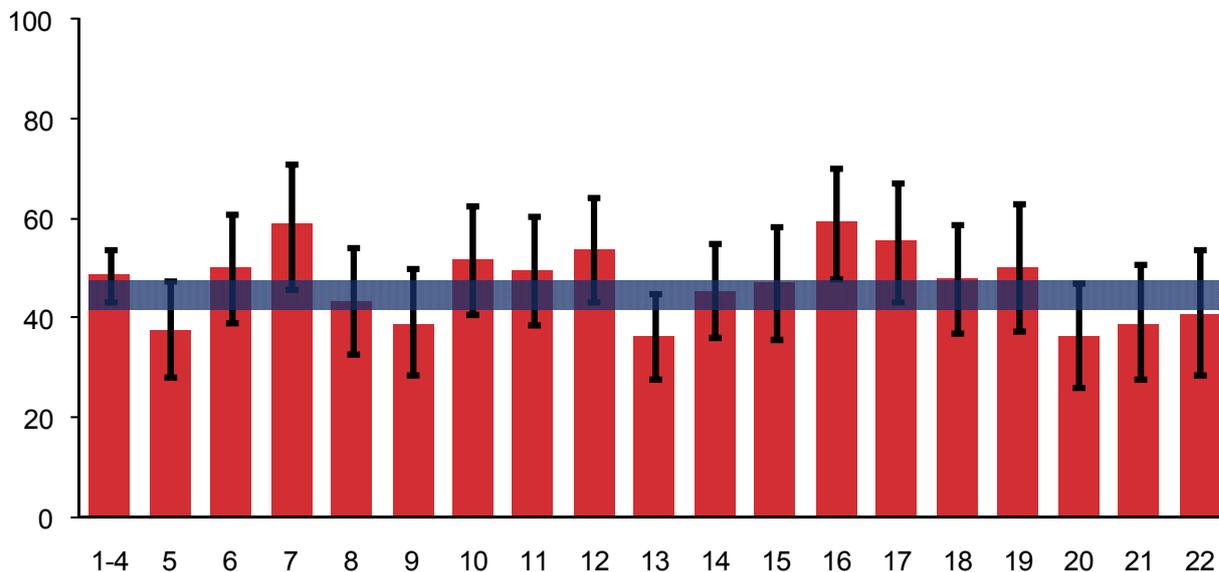
Piemonte – Passi 2007 (n=1909)



Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle abitudini sul fumo (range dal 36% delle ASL 13 e 20 al 59% delle ASL 7 e 16). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

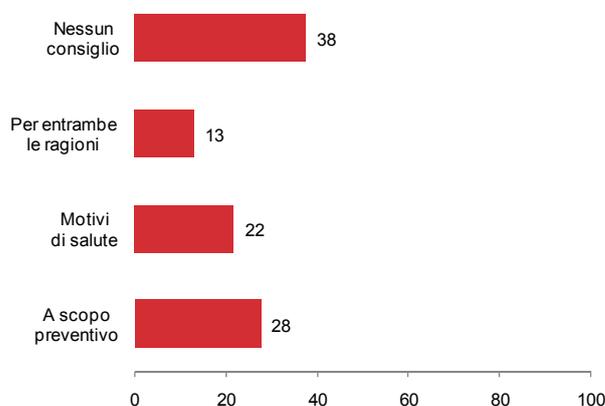
Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale degli intervistati che si è recato da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno ed ha ricevuto domande sulle proprie abitudini al fumo è del 42%; tra i fumatori la percentuale è del 65%.

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

- In Piemonte, il 62% degli intervistati fumatori ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Nel 28% dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 22% per motivi di salute.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di intervistati fumatori che dichiara di avere ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari è del 60%.

Consiglio di smettere di fumare e motivazione*

Piemonte – Passi 2007 (n=524)

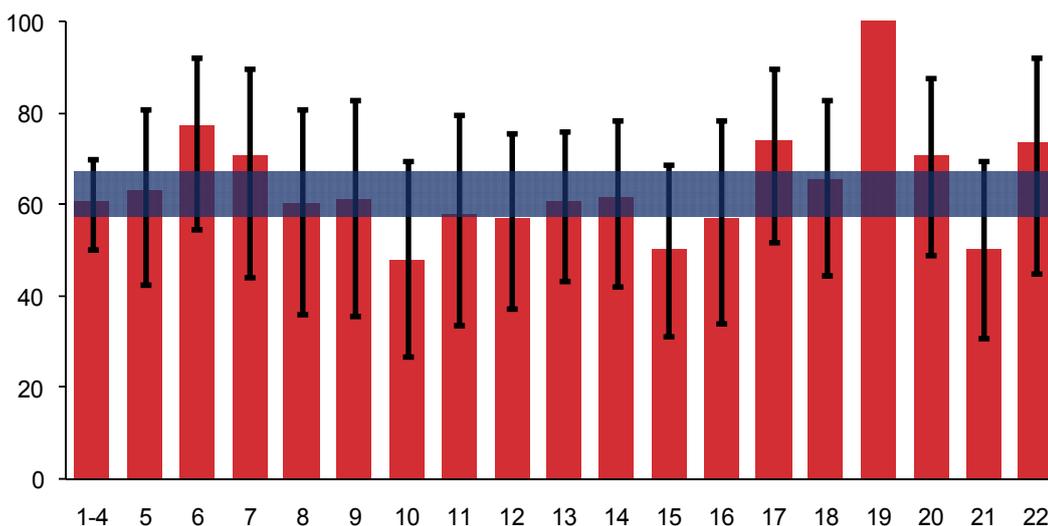


* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

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

Piemonte – Passi 2007

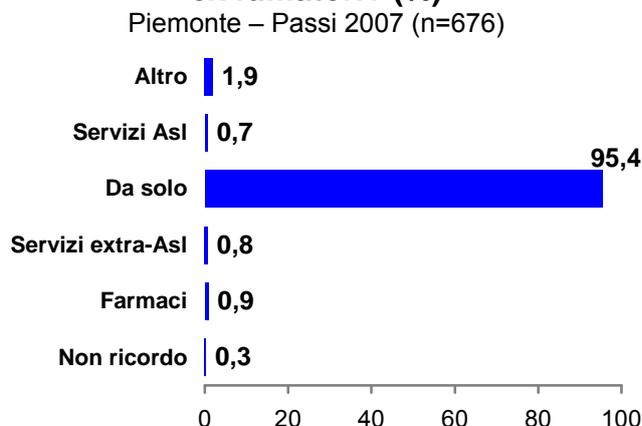


Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

- Fra gli ex fumatori, il 95% ha smesso di fumare da solo e solo lo 0,7% riferisce di aver fruito di servizi ASL.
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale coloro che dichiarano di avere smesso di fumare da soli sono il 96% degli ex fumatori.
- In Piemonte, come nelle ASL che partecipano alla sorveglianza a livello nazionale, il 41% degli attuali fumatori dichiara di avere tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno. In Piemonte, tra questi, il 93% ha tentato da solo; nessuno ha tentato con i servizi dell'ASL.

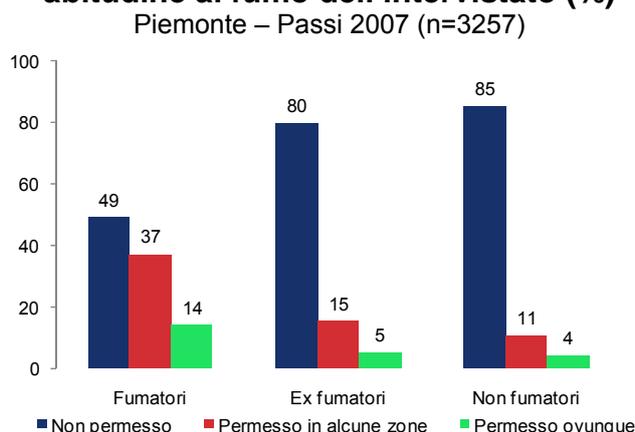
Come sono riusciti a smettere di fumare gli ex fumatori? (%)



Si può fumare in ambito domestico ?

- Il 73% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni.
- Nei restanti casi si fuma ovunque (7%) o in alcune zone della casa (19%).
- La proibizione a fumare in ambito domestico riguarda più frequentemente i non fumatori, ma è riferita anche da quasi la metà dei fumatori.

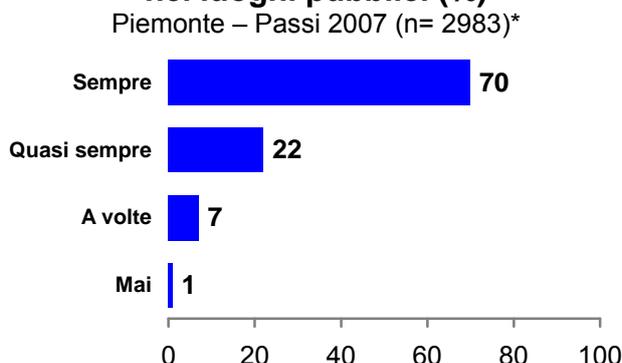
Possibilità di fumare in casa suddivisa per abitudine al fumo dell'intervistato (%)



Viene rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici?

- In Piemonte, il 92% delle persone intervistate ritengono che il divieto di fumare nei luoghi pubblici sia rispettato sempre (70%) o quasi sempre (22%).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici è dell'84%.

Percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici (%)



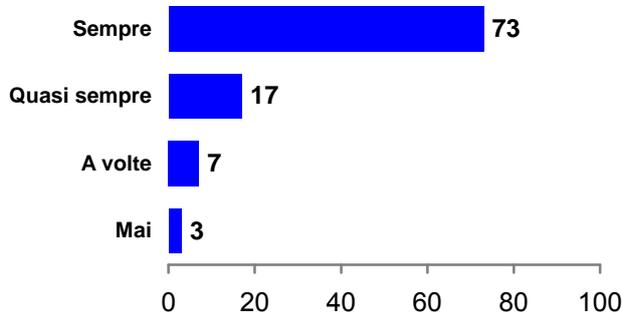
* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Viene rispettato il divieto di fumare sul luogo di lavoro?

- In Piemonte, il 90% delle persone intervistate che lavorano ritengono che il divieto di fumare nel luogo di lavoro sia rispettato sempre (73%) o quasi sempre (17%).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è dell'85%.

Percezione del rispetto del divieto di fumare sul luogo di lavoro (%)

Piemonte – Passi 2007 (n= 2032)*

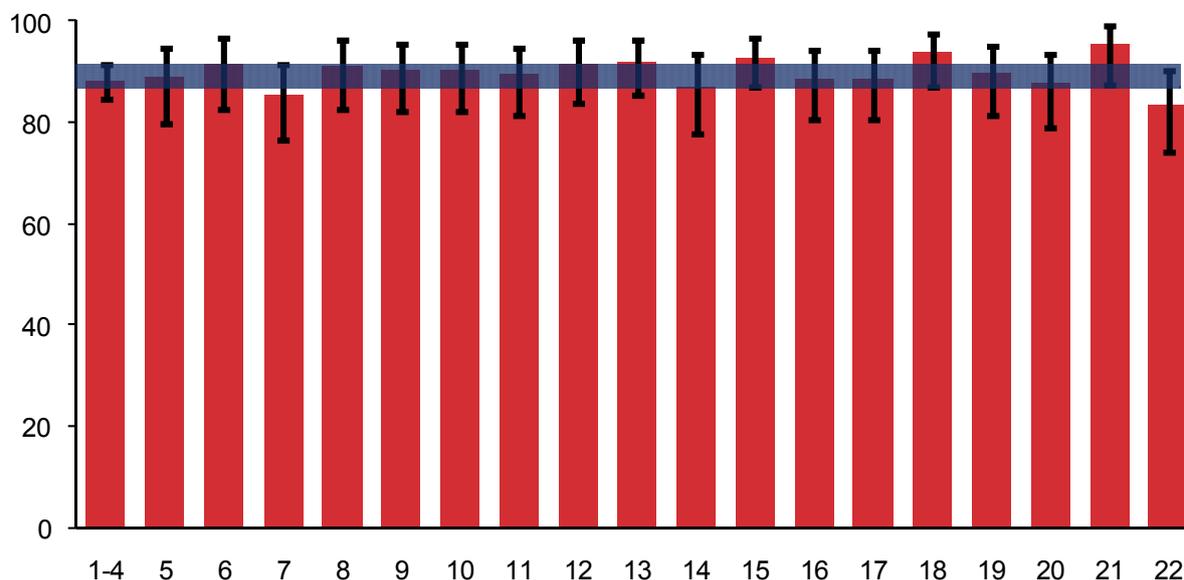


*chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Conclusioni e raccomandazioni

Anche in Piemonte l'abitudine al fumo continua ad essere diffusa (29%) e ad interessare più gli uomini (35%) che le donne (23%). Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata diffusione tra i più giovani (18-34 anni), tra i quali circa 4 persone su 10 riferiscono di essere fumatori; diffusione analoga si riscontra anche tra coloro che dichiarano difficoltà economiche.

L'interesse a questo fattore di rischio da parte degli operatori sanitari deve essere incrementato, dal momento che chiedono a meno delle metà delle persone viste nell'ultimo anno la loro abitudine al fumo. Le attività degli operatori sono comunque ben indirizzate poiché sono circa 2 su 3 i fumatori interrogati sull'argomento e quelli che hanno ricevuto il consiglio di smettere.

Mettere in atto azioni di sostegno alla disassuefazione è necessario e merita molta attenzione considerato che il 40% dei fumatori ha cercato, senza riuscirci, di smettere nell'ultimo anno e che attualmente quasi tutti gli ex-fumatori dichiarano di avere smesso da soli.

L'attenzione al fumo passivo associata all'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo ha sicuramente prodotto nei locali pubblici e sui luoghi di lavoro dei buoni risultati, che devono essere sostenuti nel tempo. La possibilità di fumare in ambito domestico è maggiore tra gli intervistati fumatori, anche se solo l'8% degli intervistati dichiara che è possibile fumare in qualsiasi stanza della propria abitazione.

Situazione nutrizionale

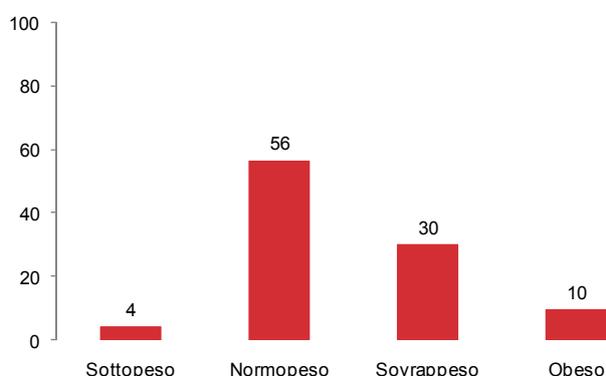
La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute; in particolare l'eccesso di peso accorcia la durata della vita e ne peggiora la qualità, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono state definite in relazione al valore dell'indice di massa corporea, IMC o BMI (*Body Mass Index*), che viene calcolato dividendo il peso in kg per il quadrato della statura in metri. In tal modo la popolazione viene suddivisa in quattro categorie: sottopeso (IMC < 18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- In Piemonte il 56% degli intervistati presenta uno stato nutrizionale normale; il 4% risulta sottopeso.
- Circa il 40% presenta un eccesso ponderale: il 30% è sovrappeso, il 10% è obeso.

Situazione nutrizionale della popolazione (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=3248)



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

- In Piemonte l'eccesso ponderale (sovrappeso e obeso) risulta più diffuso nelle classi di età più avanzate, tra gli uomini, in coloro che dichiarano un basso livello d'istruzione e difficoltà economiche.
- Le differenze osservate vengono confermate considerando insieme queste caratteristiche demografiche con una analisi logistica.

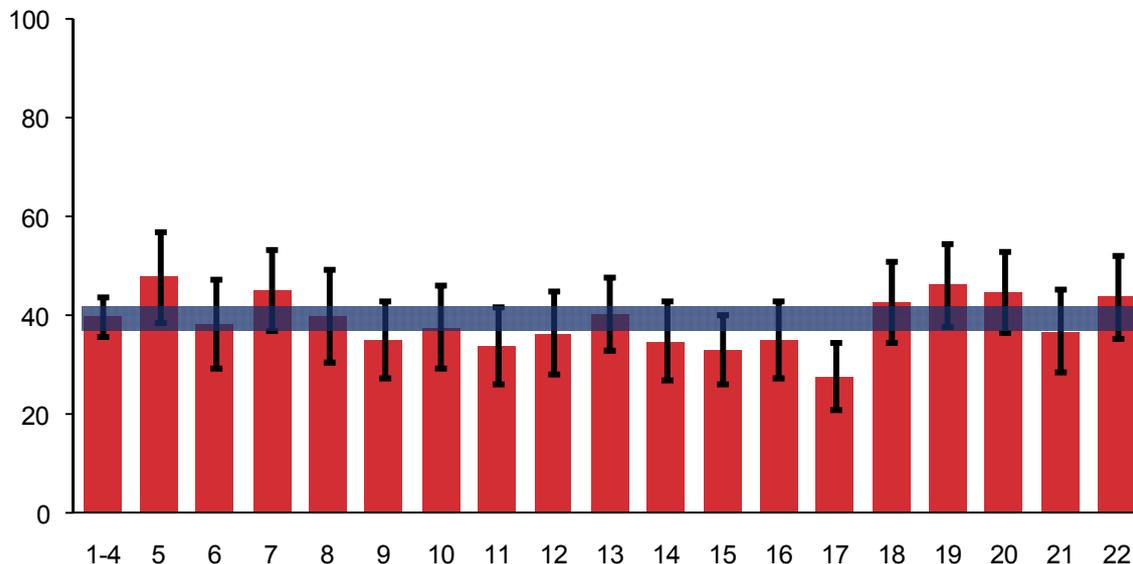
Popolazione in eccesso ponderale

Piemonte - PASSI 2007 (n=3248)

Caratteristiche	Sovrappeso %	Obesi %
Totale	29,8 (IC95% 28,1 – 31,6)	9,5 (IC95% 8,4 – 10,7)
Classi di età		
18 - 34	18,9	3,1
35 - 49	30,3	9,6
50 - 69	37,6	14,2
Sesso		
uomini	38,4	10,4
donne	21,2	8,7
Istruzione		
nessuna/elementare	40,4	16,4
media inferiore	33,0	12,5
media superiore	26,1	6,9
laurea	22,4	2,8
Difficoltà economiche		
molte	29,4	15,4
qualche	32,3	11,2
nessuna	28,2	7,2

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone in eccesso ponderale (range dal 48% dell'ASL 5 al 27% dell'ASL17 che mostra un'evidente differenza anche con i limiti regionali).

Persone in eccesso ponderale per ASL (%)
Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

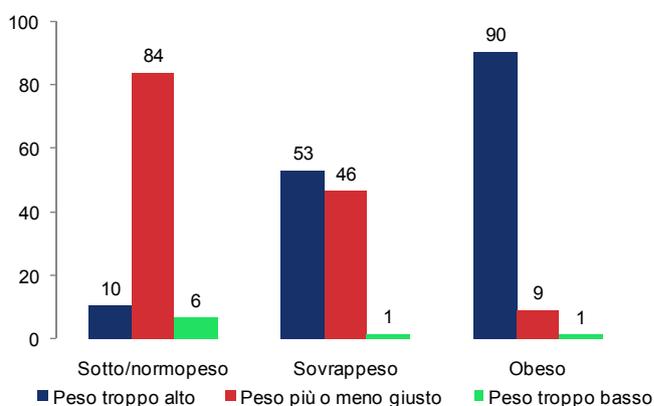
Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone in sovrappeso è risultata pari al 32%; l'11% è risultata obesa.

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante sul cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso e non sempre coincide con l'IMC calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (90%) e nei normopeso (84%), mentre tra le persone in sovrappeso solo il 53% ha una percezione corretta.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso anche in relazione al sesso: tra i normopeso si considerano tali l'80% delle donne e l'88% degli uomini; la situazione di sovrappeso viene invece riconosciuta solo dal 40% degli uomini contro il 76% delle donne.

Percezione della propria situazione nutrizionale (%)

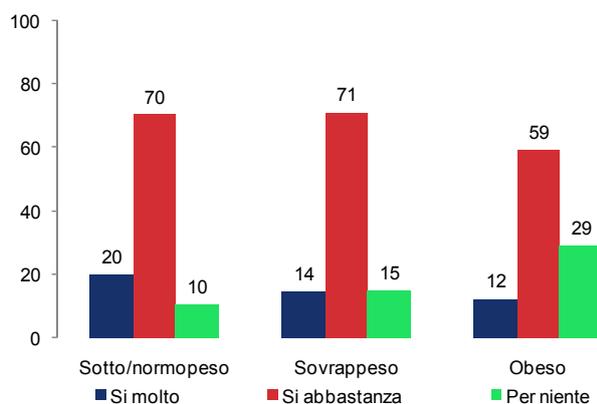
Piemonte - PASSI 2007 (n=3220)



Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- In Piemonte mediamente l'87% degli intervistati ritiene che quello che mangia faccia "abbastanza" o "molto" bene alla propria salute.
- L'associazione positiva tra la propria alimentazione e la propria salute si modifica in relazione all' IMC: dal 90% tra i sottopeso/normopeso, si scende all'85% tra i sovrappeso e al 71% tra gli obesi.

Quello che mangia fa bene alla sua salute? (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=3214)



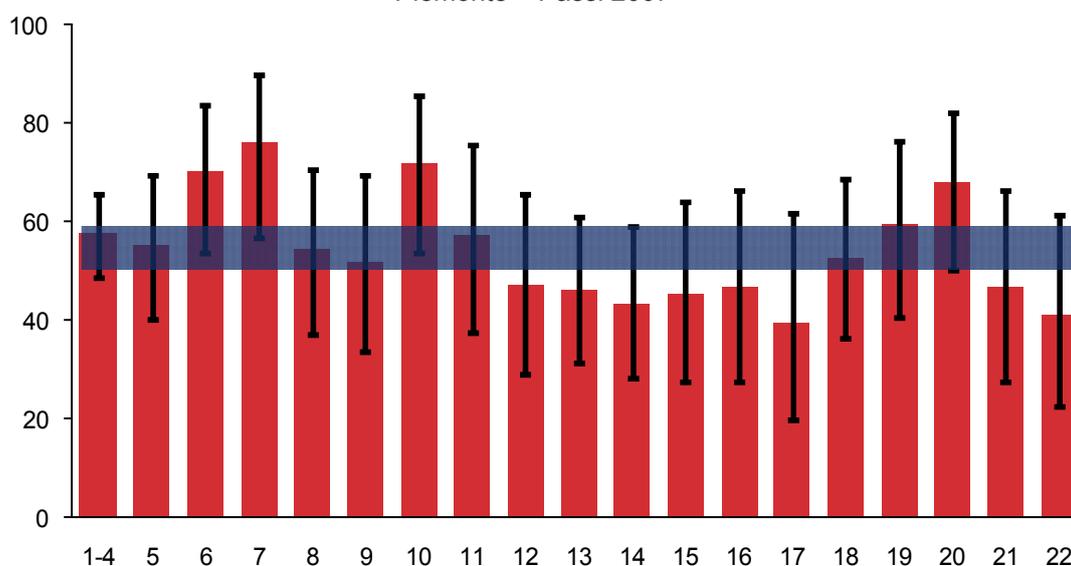
Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Piemonte il 55% delle persone in eccesso ponderale che si sono recate da un medico o da un altro operatore sanitario nell'ultimo anno, riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 45% delle persone in sovrappeso e l'81% delle persone obese.

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

Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di dimagrire da parte di un operatore sanitario per ASL (%)

Piemonte - Passi 2007



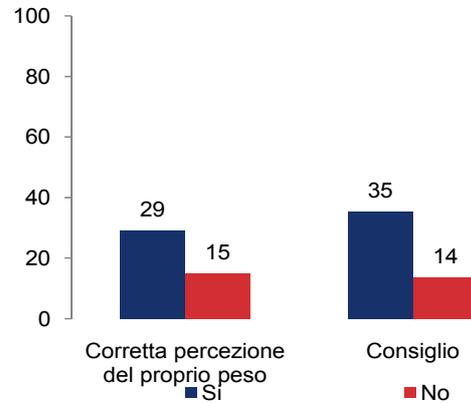
Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

- Il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (37% rispetto al 17% degli uomini)
 - negli obesi (33% rispetto al 22% dei sovrappeso)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (35% rispetto al 14%).
 - nelle persone in sovrappeso che percepiscono il proprio peso come “troppo alto” (29% rispetto al 15% di coloro che ritengono il proprio peso “giusto”)

Dieta in soggetti in eccesso ponderale in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n=1255)



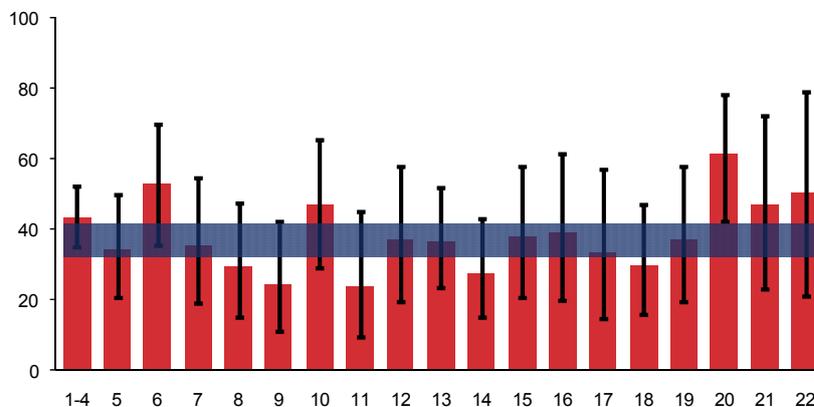
Quante persone in eccesso ponderale ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- In Piemonte il 29% delle persone in eccesso ponderale riferisce di essere sedentario: gli obesi lo sono in maniera significativamente superiore ai soggetti in sovrappeso (35 % rispetto al 27%).
- Il 37% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario; in particolare il consiglio è stato ricevuto più dalle persone obese (55%) che dalle persone in sovrappeso (30%).
- Tra coloro in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, il 70% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 71% di chi non l'ha ricevuto.

Tra le ASL del Piemonte si osserva un'ampia variabilità relativa alla percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 24% delle ASL 9 e 11 al 61% dell'ASL 20); tuttavia le differenze vanno anche considerate con cautela per la bassa numerosità del campione.

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

Piemonte – Passi 2007



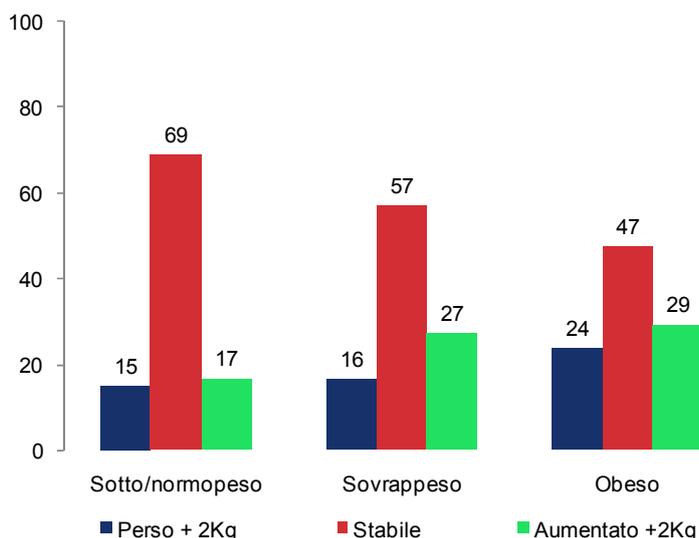
Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Piemonte un cambiamento di peso di almeno 2 Kg negli ultimi 12 mesi ha interessato il 37% degli intervistati (31% dei normopeso; 43% dei sovrappeso e 53% degli obesi)
- Il 21% ha riferito di essere aumentato, il 16% di essere diminuito di peso di almeno 2 kg nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - nella fascia d'età di 18-34 anni (25%, rispetto al 20% della classe 35-49 ed al 18% della classe 50-69)
 - nelle persone in eccesso ponderale (29% negli obesi e il 27% nei sovrappeso contro il 17% dei normopeso)
 - nelle donne (24% contro il 18% degli uomini).

Cambiamenti di peso negli ultimi 12 mesi (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=3212)



Conclusioni e raccomandazioni

Anche in Piemonte l'eccesso ponderale costituisce un problema di salute pubblica rilevante: aumenta con l'età, è più diffuso tra gli uomini, tra le persone con basso livello di istruzione e tra coloro che dichiarano di avere difficoltà economiche. Nonostante ciò interessa circa 1 persona su 5 di età tra 18 e 34 anni, una su 4 tra i laureati ed una su 3 tra le donne e tra coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche.

Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese (che rappresentano 1 persona su 10 della popolazione tra 18 e 69 anni), particolare attenzione va posta anche ai programmi preventivi verso le persone in sovrappeso (che rappresentano 3 persone su 10 della popolazione tra 18 e 69 anni).

Tra i sovrappeso solo il 53% percepisce "troppo alto" il proprio peso, una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno e la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 25% delle persone in eccesso ponderale; mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (72%).

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

I risultati ottenuti indicano la necessità di:

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

Diabete

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo e destinata ad aumentare con il progressivo invecchiamento della popolazione. In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia circa del 4% di cui il 90% è rappresentato dal tipo 2 e il 10% dal tipo 1.

È una patologia particolarmente rilevante soprattutto per le numerose complicanze, quali la retinopatia diabetica, maggiore causa di cecità fra gli adulti, e la nefropatia diabetica, principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi.

Il diabete è una patologia con un costo sociale molto elevato: si stima infatti che il 6,7% dell'intera spesa sanitaria nazionale sia assorbita dalla popolazione diabetica. A questo si deve aggiungere una conseguente riduzione della qualità della vita.

Recentemente sono stati realizzati importanti progressi per il trattamento del diabete e la prevenzione delle sue complicanze. Tuttavia, l'adesione degli operatori sanitari alle raccomandazioni per il corretto trattamento della malattia varia notevolmente e non sempre è adeguata.

Qual è la prevalenza di diabetici nella popolazione?

Prevalenza di diabete

Piemonte - Passi 2007 (n=3258)

- In Piemonte il 5% delle persone intervistate riferisce di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico.

- La prevalenza di diabete risulta più diffusa nelle classi di età più anziane, in coloro che hanno un titolo di studio basso e che dichiarano di avere molte difficoltà economiche. Inoltre, il diabete sembra moderatamente più diffuso fra gli uomini e aumenta al crescere dell'IMC.

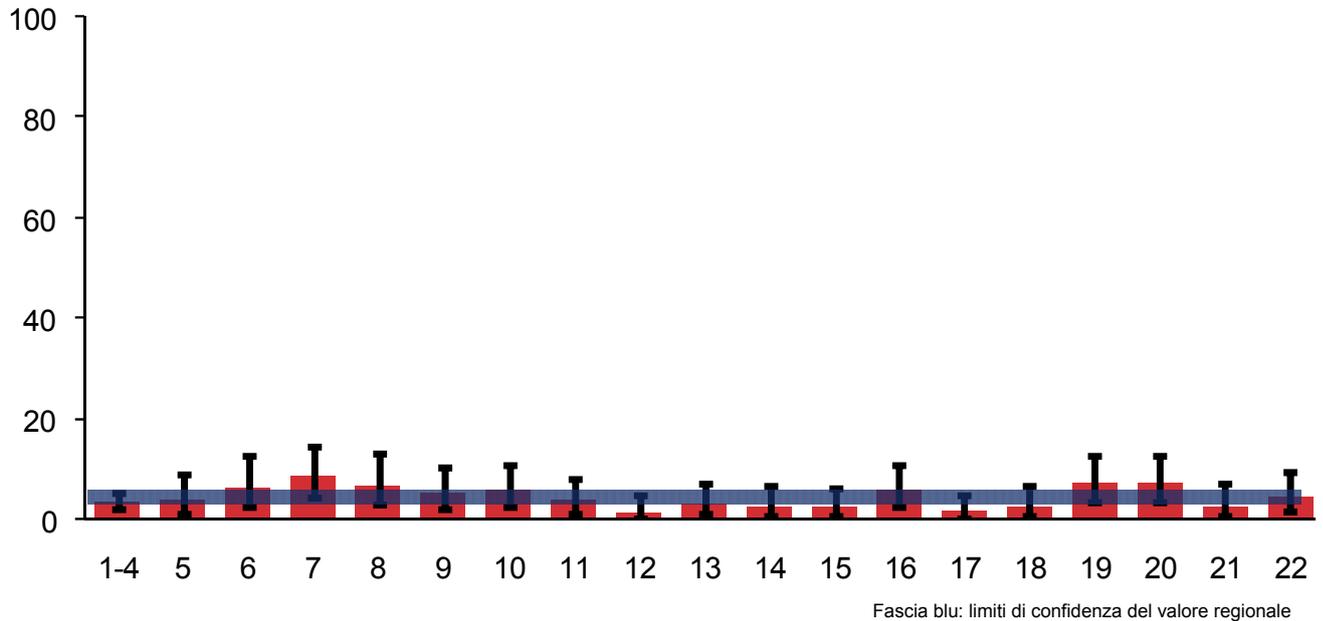
- Considerando contemporaneamente queste caratteristiche con una analisi logistica, si confermano le differenze riscontrate tra le classi di età, tra le difficoltà economiche riferite e tra i livelli nutrizionali.

Caratteristiche		%
Totale		4,5 (IC95%:3,7-5,3)
Classi di età		
	18 - 34	0,9
	35 - 49	1,5
	50 - 69	10,0
Sesso		
	uomini	5,2
	donne	3,9
Istruzione		
	nessuna/elementare	11,5
	media inferiore	4,8
	media superiore	2,4
	laurea	3,8
Difficoltà economiche		
	molte	9,0
	qualche	4,2
	nessuna	4,0
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	1,9
	sovrappeso	6,5
	obeso	15,6

Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone con diabete (range dal 1,4% dell'ASL 12 al 8,7% dell'ASL 7). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

Persone con diabete per ASL (%)

Piemonte – Passi 2007



Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale il 4,9% delle persone riferisce di aver avuto diagnosi di diabete.

Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte circa il 5% della popolazione tra i 18 e i 69 anni riferisce di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. Dai risultati si conferma la tendenza all'aumento di questa patologia con l'età e con la condizione di eccesso ponderale, ma emerge anche una sua maggiore diffusione tra coloro che riferiscono difficoltà economiche.

Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

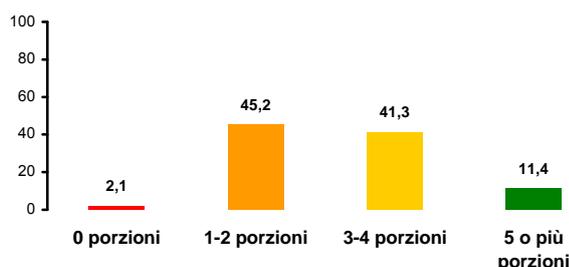
Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute; l'eccesso alimentare ed una dieta sbilanciata sono tra le cause di morbosità e mortalità più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione e diabete mellito non insulino-dipendente.

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo contro l'insorgenza di alcune di queste malattie: è ormai evidente per esempio che un elevato consumo di frutta e verdura si associa ad una protezione nei confronti di alcune neoplasie. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

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

- In Piemonte il 98% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'11% degli intervistati aderisce alle raccomandazioni riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, mentre il 41% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- Il consumo ottimale di frutta e verdura risulta più diffuso tra gli ultracinquantenni (15%) e tra le donne (14%), mentre non emergono differenze tra le persone con diverso livello d'istruzione, difficoltà economica o indice di massa corporea.
- Attraverso un'analisi multivariata con modello logistico, l'adesione al "5 a day" si conferma significativamente associata all'età superiore ai 50 anni, al sesso femminile, ma anche a livelli elevati di istruzione.
- Malgrado le differenze riscontrate, questa abitudine risulta ancora troppo poco diffusa nella popolazione.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%) Piemonte - PASSI 2007 (n=3257)



Adesione al "5 a day" * Piemonte - PASSI 2007 (n=3257)

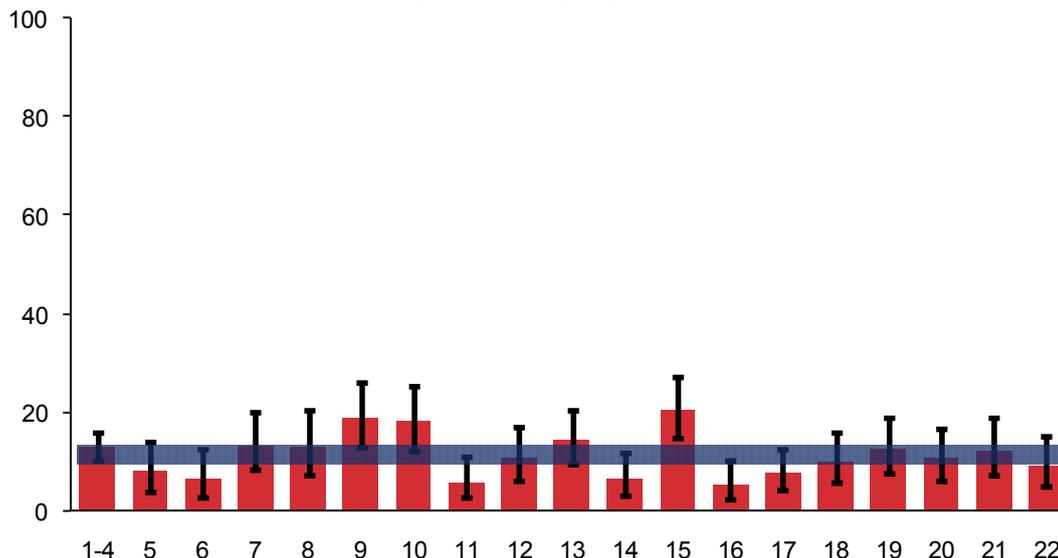
Caratteristiche	(%)
Totale	11,4 (IC95% 10,2-12,6)
Classi di età	
18 - 34	8,0
35 - 49	9,7
50 - 69	15,4
Sesso	
uomini	8,8
donne	13,9
Istruzione	
nessuna/elementare	11,2
media inferiore	10,8
media superiore	11,8
laurea	11,9
Difficoltà economiche	
molte	10,2
qualche	10,8
nessuna	12,0
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	12,0
sovrappeso	10,2
obeso	11,5

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

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Conclusioni e raccomandazioni

Anche se quasi tutta la popolazione consuma giornalmente frutta e verdura, solo l'11% dichiara di assumere le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione di alcune neoplasie.

Le differenze riscontrate nella diffusione di questa abitudine non devono far dimenticare che il consumo di frutta e verdura è ancora insufficiente.

Devono quindi essere messe in atto azioni di promozione di questa abitudine che potrebbero essere più difficili verso la metà della popolazione che attualmente non consuma più di due porzioni di frutta e verdura al giorno.

Consumo di alcol

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

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

Secondo l'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, i forti consumatori, ovvero coloro che consumano più di 3 unità alcoliche al giorno se maschi o di più di 2 se donne, e le persone che consumano almeno una volta al mese 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, ovvero consumatori "binge". Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

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

Quante persone consumano alcol?

Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese

Piemonte – Passi 2007 (n=3231)

- In Piemonte il 68% degli intervistati riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese.
- Il consumo di alcol risulta più diffuso nelle classi di età più giovani, tra gli uomini, in coloro che hanno un titolo di studio elevato e che dichiarano di non avere difficoltà economiche.
- Considerando queste caratteristiche demografiche insieme con una analisi logistica, si confermano le differenze per sesso e titolo di studio.
- Il 59% delle persone che consumano alcol, lo fa durante tutta la settimana, mentre il 41% prevalentemente durante il fine settimana.

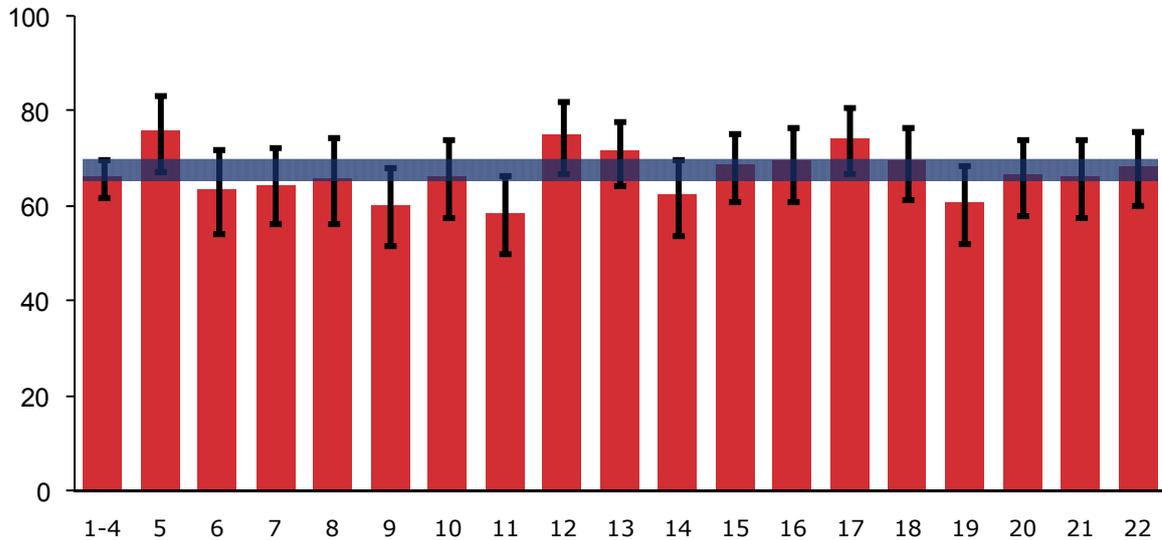
Caratteristiche	(%)
Totale	67,7 (IC95%:65,9-69,4)
Classi di età	
18 - 24	72,0
25 - 34	72,0
35 - 49	67,0
50 - 69	65,0
Sesso	
uomini	80,8
donne	54,6
Istruzione	
nessuna/Elementare	59,3
media inferiore	64,1
media superiore	71,0
laurea	75,3
Difficoltà economiche	
molte	56,2
qualche	64,9
nessuna	71,9

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

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese (range dal 58% dell'ASL 11 al 76% dell'ASL 5). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.

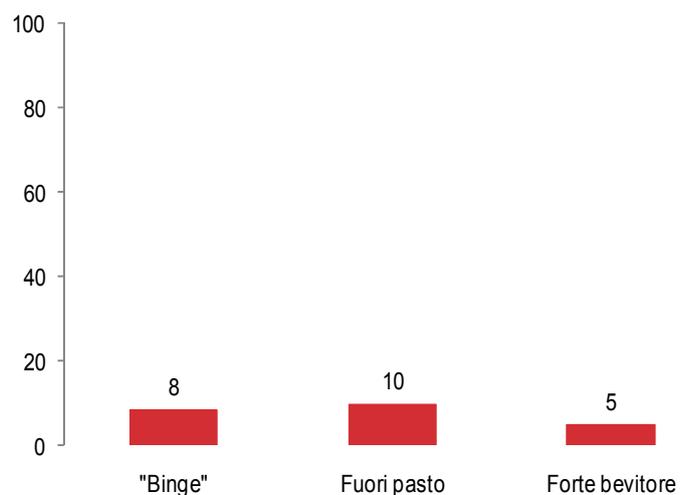
Quanti sono i bevitori a rischio?

- L'8% degli intervistati può essere considerato un bevitore "binge" (cioè ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 10% degli intervistati riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 5% degli intervistati può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

Poiché alcuni soggetti appartengono a più di una categoria ("fuori pasto", "forte bevitore", "binge"), complessivamente gli intervistati che possono essere ritenuti bevitori a rischio sono il 19%.

Bevitori a rischio per categorie (%)

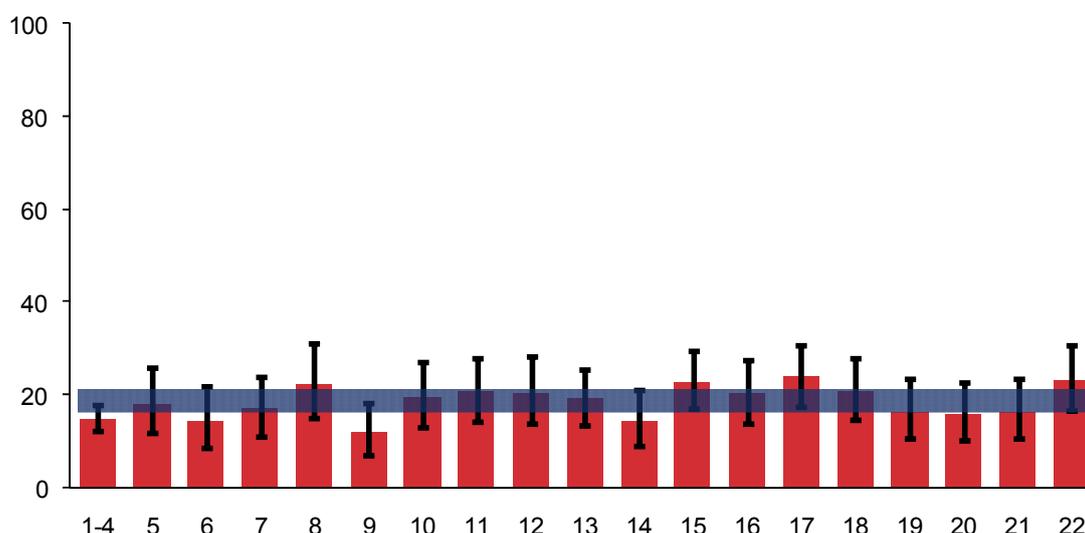
Piemonte – Passi 2007



Tra le ASL del Piemonte il range relativo alla percentuale di bevitori a rischio varia dal 12% dell'ASL 9 al 24% dell'ASL 17. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

Bevitori a rischio per ASL (%)

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (consumo forte: 4%; consumo binge: 7%; consumo fuori pasto: 8%)

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

Bevitori "binge"* (ultimo mese)

Piemonte – Passi 2007 (n=3202)

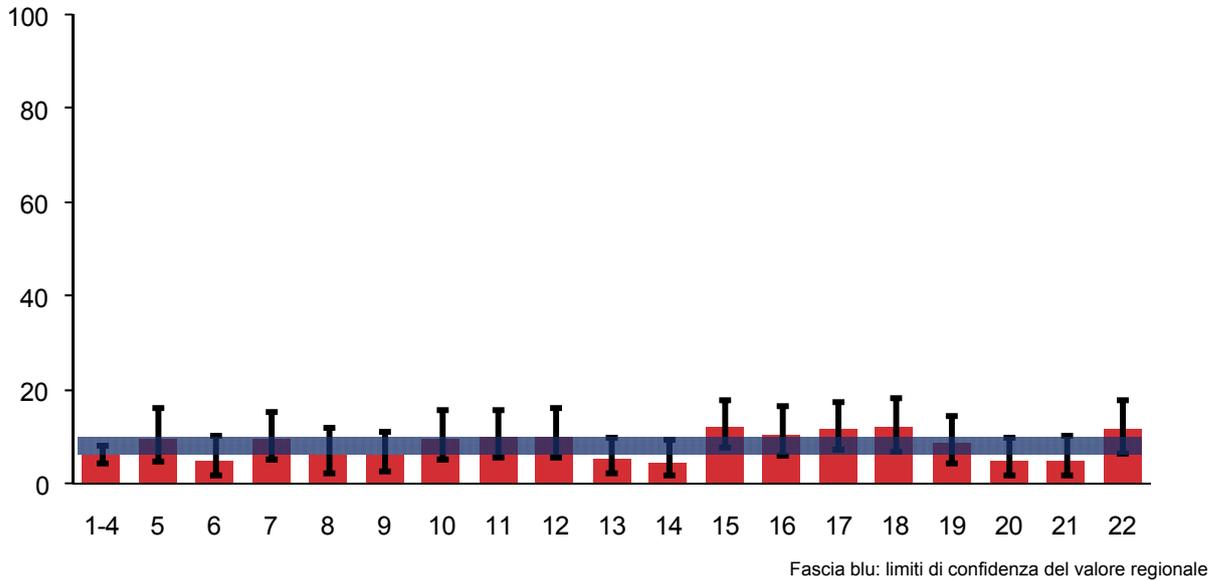
- Il consumatore "binge" rappresenta l'8% degli intervistati, e risulta significativamente più diffuso nei giovani e negli uomini.
- E' anche evidente un aumento della percentuale dei bevitori binge all'aumentare del livello di istruzione anche se non risulta alcuna differenza statisticamente significativa.
- Considerando insieme le caratteristiche demografiche con una analisi logistica si conferma che il consumo "binge" è significativamente più elevato nelle fasce d'età più basse (18-34) e negli uomini.

Caratteristiche	(%)
Totale	8,4 (IC95%:7,3-9,5)
Classi di età	
18 - 24	12,5
25 - 34	11,8
35 - 49	6,8
50 - 69	7,2
Sesso	
uomini	15,1
donne	11,0
Istruzione	
nessuna/elementare	7,7
media inferiore	8,2
media superiore	8,7
laurea	12,9
Difficoltà economiche	
molte	6,3
qualche	6,7
nessuna	10,1

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

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

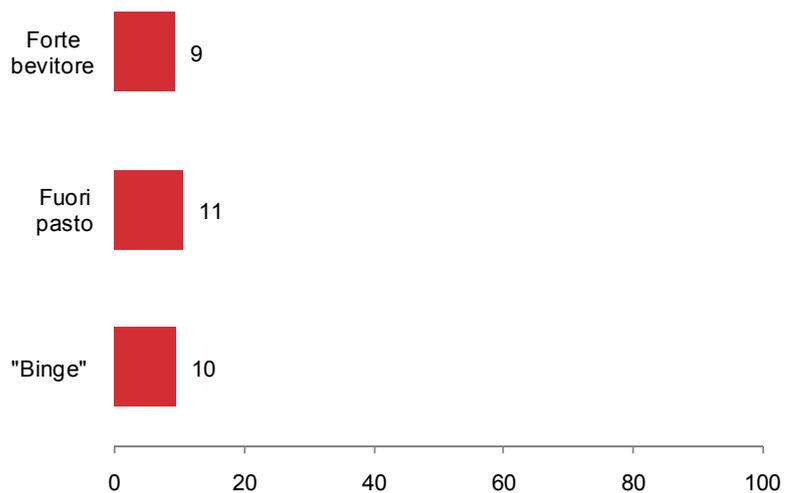
Bevitori “binge” per ASL (%)
Piemonte – Passi 2007



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

Bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (%)
Piemonte – Passi 2007

- In Piemonte tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico o da un operatore sanitario il 21% riferisce di aver ricevuto domande sul consumo di alcol.
- Complessivamente il 9% dei consumatori a rischio ha ricevuto il consiglio di smettere da parte del medico o di un operatore sanitario, in particolare il 10% dei bevitori “binge”, l’11% di coloro che bevono fuori pasto e il 9% dei forti bevitori.

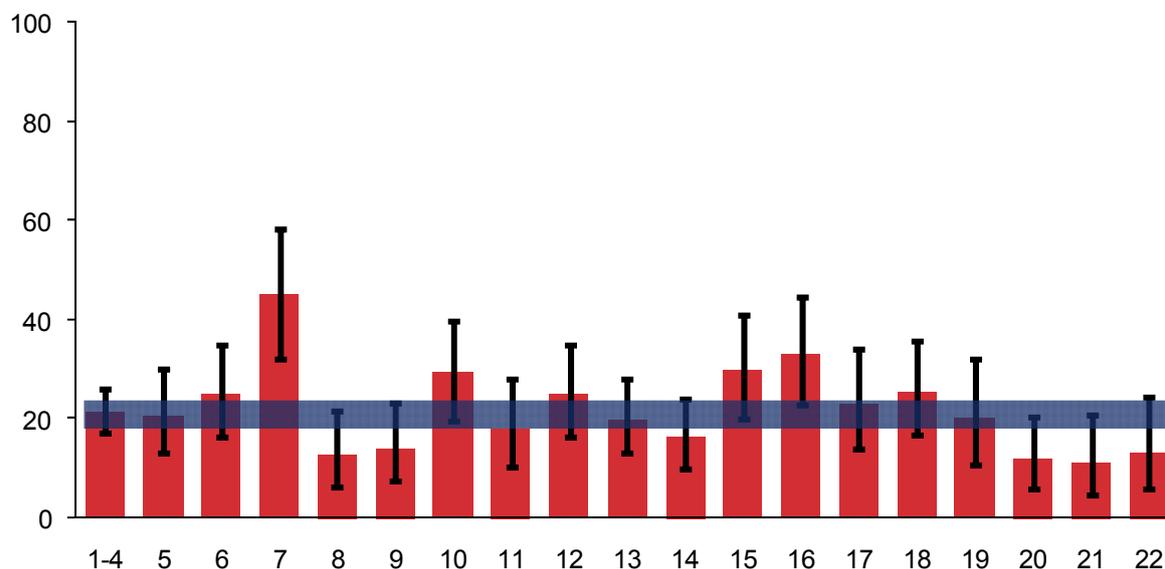


* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore).

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte si stima che circa due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio, si tratta di livelli di consumo che tuttavia non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI 2005.

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

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

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

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

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese in quanto sono la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni. Nel 2006 si sono verificati in Italia oltre 238.124 incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti con circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità (fonte ISTAT, 2007).

Nel 2006 si sono verificati in Piemonte 14871 incidenti stradali con 404 morti e 22047 feriti (fonte ISTAT, 2007).

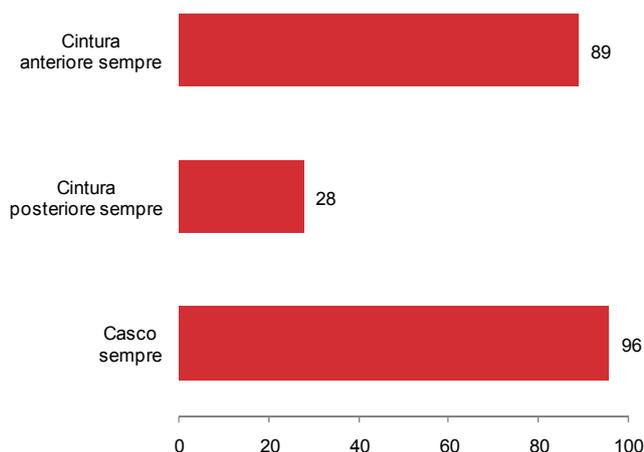
Gli incidenti stradali sono spesso correlati all'abuso di bevande alcoliche: in Italia, si stima che oltre un terzo della mortalità per incidenti stradali sia legata a guida in stato di ebbrezza. La prevenzione deve basarsi su un approccio integrato orientato, tra l'altro, a ridurre la guida sotto l'effetto dell'alcol e al miglioramento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.

Quanto sono utilizzati i dispositivi di sicurezza?

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'89%.
- L'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (28%).
- Il 96% delle persone che vanno in moto o in motorino riferisce di usare sempre il casco.

Uso dei dispositivi di sicurezza

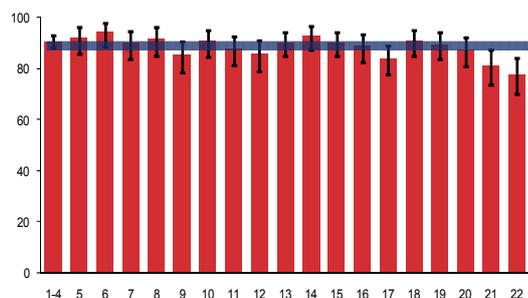
Piemonte - PASSI 2007



Tra le ASL del Piemonte si osservano differenze anche statisticamente significative: per la cintura anteriore range dal 77% della ASL 22 al 94% della ASL 6, per quella posteriore range dal 16% della ASL 6 al 40% della ASL 10. Alcune ASL si differenziano significativamente dai valori regionali.

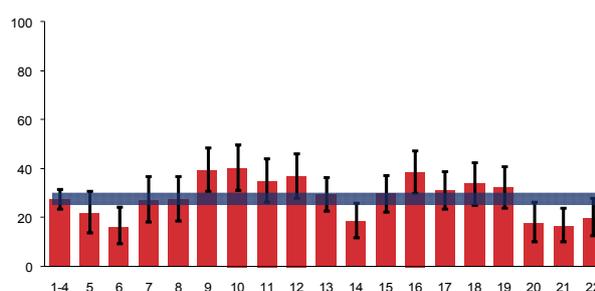
Persone che usano la cintura anteriore sempre per ASL (%)

Piemonte - PASSI 2007



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

Piemonte - PASSI 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione piemontese intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 10% dichiara che nell'ultimo mese ha guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato, la percentuale degli intervistati che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 15%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne.
- Analizzando assieme tutte le caratteristiche della tabella a fianco con una regressione logistica, si confermano le differenze tra uomini e donne.
- L'11% degli intervistati riferisce di essere stato trasportato da qualcuno che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol*

Piemonte - PASSI 2007 (n= 2084)

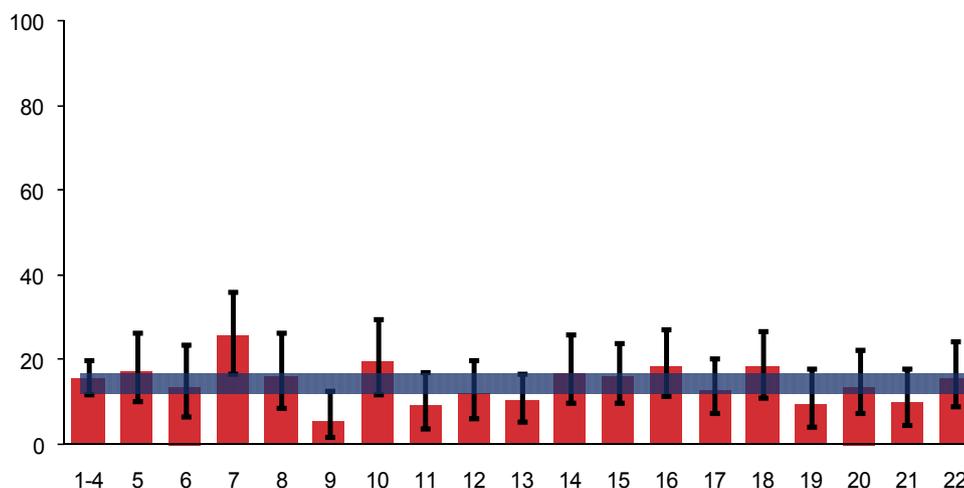
Caratteristiche	%
Totale	14,7 (IC95%: 13,0 - 16,4)
Classi di età	
18 - 24	14,6
25-34	16,8
35 - 49	12,7
50 - 69	15,5
Sesso	
uomini	20,8
donne	5,4
Istruzione	
nessuna/elementare	16,2
media inferiore	15,0
media superiore	13,8
laurea	15,2
Difficoltà economiche	
molte	15,1
qualche	14,0
nessuna	15,0

* coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica, tra coloro che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato

Tra le diverse ASL della Regione, emerge una differenza statisticamente significativa solo riguardo agli estremi dell'intervallo, che varia dal 6% della ASL 9 al 26% della ASL 7.

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

Piemonte - PASSI 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Nel pool PASSI la percentuale di persone che riferiscono di avere guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%.

Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte si registra un utilizzo dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente.

In particolare, l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è ancora basso e la guida sotto l'effetto dell'alcol costituisce un problema diffuso, soprattutto negli uomini, senza evidenti differenze legate all'età.

Dalla letteratura scientifica si evidenzia che gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine sono i più efficaci, soprattutto se focalizzati al controllo dell'uso della cintura posteriore ed al controllo dell'alcolemia. La collaborazione tra i Dipartimenti di Prevenzione e le autorità preposte al controllo appare di grande importanza.

Infortunati domestici

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

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

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

- In Piemonte, il 92% degli intervistati considera bassa o assente la possibilità di avere un infortunio in ambito domestico.
- In particolare gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, mentre non si evidenziano particolari differenze per classi di età e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ha meno difficoltà. La presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio, cioè bambini e anziani, aumenta la percezione del rischio.
- Analizzando assieme tutte le caratteristiche della tabella a fianco con una regressione logistica, la bassa percezione del rischio di infortunio domestico risulta associata significativamente al sesso maschile, alla presenza di difficoltà economiche e alla assenza in casa di persone potenzialmente a rischio.

Persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico*

Piemonte - PASSI 2007 (n=3251)

Caratteristiche	%
Totale	91,9 (IC 95%: 90,8-93,0)
Classi di età	
18 - 34	92,2
35 - 49	91,0
50 - 69	92,4
Sesso	
uomini	94,2
donne	89,6
Istruzione	
nessuna/elementare	92,7
media inferiore	92,3
media superiore	90,7
laurea	93,9
Difficoltà economiche	
molte	87,6
qualche	91,6
nessuna	92,9
Convivenza con persone a rischio**	
sì	91,1
no	92,3

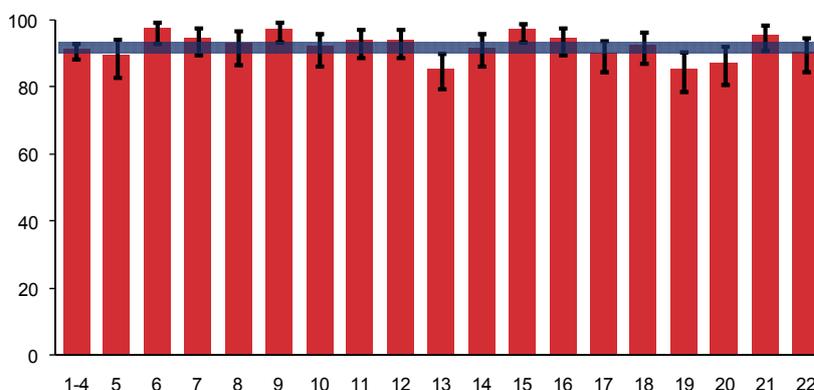
* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

** persone a rischio: anziani e/o bambini

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative per quanto riguarda la percezione del rischio di infortunio domestico (l'intervallo dei valori va dall'85% della ASL 19 al 98% della ASL 6). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

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

Piemonte - PASSI 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Nelle pool PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico risulta del 91%.

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

- In Piemonte solo il 27% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche nelle donne e tra coloro che non hanno alcuna istruzione o oppure istruzione elementare.
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche socio-demografiche con una regressione logistica, si osserva che l'aver ricevuto informazioni è associato significativamente sul piano statistico all'età (50-69 anni e 35-49 rispetto alla classe più bassa), alle donne rispetto agli uomini e alla presenza in casa di persone potenzialmente a rischio, mentre il livello di istruzione non mostra differenze significative.

Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici

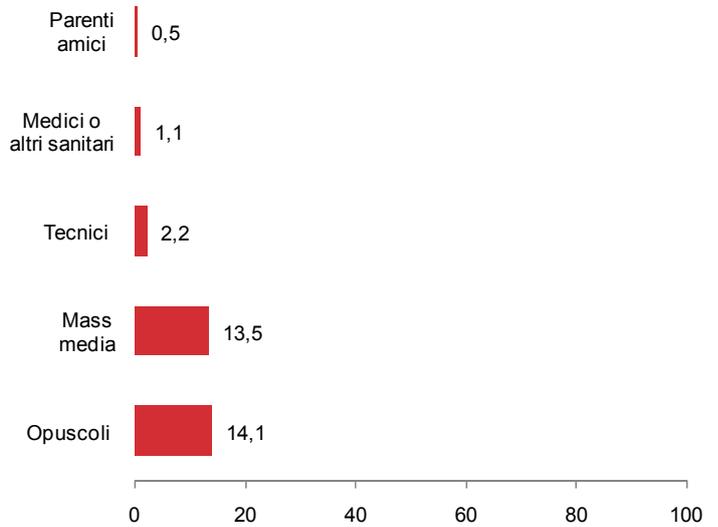
Piemonte - PASSI 2007 (n= 3250)

Caratteristiche	%
Totale	26,7 (IC 95%: 25,0-28,4)
Classi di età	
18 - 34	20,7
35 - 49	26,1
50 - 69	31,8
Sesso	
uomini	24,8
donne	28,7
Istruzione	
nessuna/elementare	29,1
media inferiore	25,4
media superiore	27,8
laurea	24,2
Difficoltà economiche	
molte	25,4
qualche	27,9
nessuna	26,3
Convivenza con persone a rischio*	
sì	26,8
no	26,5
Percezione del rischio*	
alta	36,4
bassa	25,9

*persone a rischio: anziani e/o bambini

Fonti di informazione (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=3250)

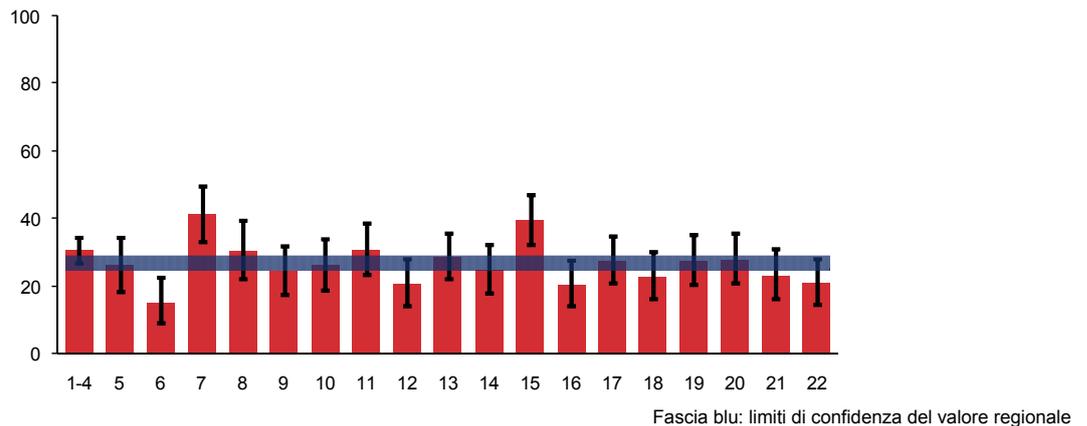
- Le principali fonti di informazione sulla prevenzione degli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (ciascuno per il 14% degli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici (3% in totale).



Tra le ASL del Piemonte emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 15% della ASL 6 al 51% della ASL 7).

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

Piemonte - PASSI 2007



Nel pool nazionale PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni è del 28%.

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

- Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, il 27% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra le donne, tra chi ha un livello d'istruzione elevato, tra coloro che hanno persone a rischio in famiglia e tra le persone con alta percezione del rischio.
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche della tabella a fianco con una regressione logistica, si osserva che l'aver adottato misure di sicurezza domestica è associato significativamente sul piano statistico all'alta percezione del rischio e alla presenza delle persone a rischio in famiglia.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione (%)

Piemonte - PASSI 2007(n=889)

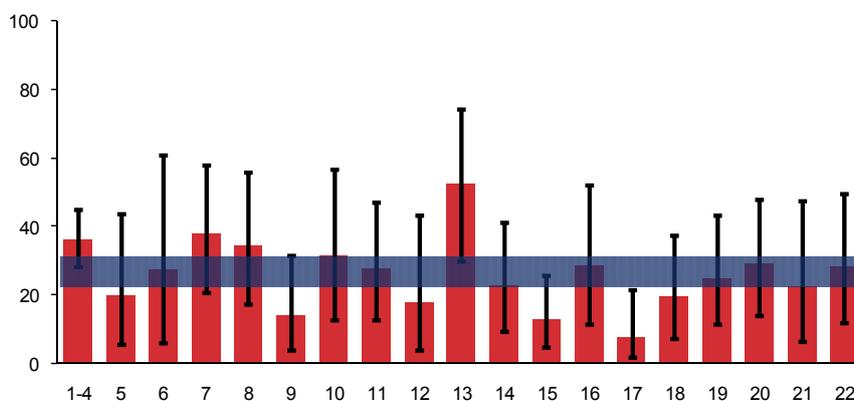
Caratteristiche	%
Totale	26,7 (IC 95%: 22,5 - 30,6)
Classi di età	
18 - 34	26,3
35 - 49	32,2
50 - 69	22,8
Sesso	
uomini	23,6
donne	29,3
Istruzione	
nessuna/elementare	24,7
media inferiore	29,7
media superiore	23,0
laurea	35,4
Difficoltà economiche	
molte	32,7
qualche	26,2
nessuna	25,6
Convivenza con persone a rischio*	
sì	35,1
no	22,5
Percezione del rischio	
alta	40,1
bassa	24,3

*persone a rischio: anziani e/o bambini

Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive, se non tra la ASL 17, quella con valore più basso (15%) e la ASL 13 (52%).

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

Piemonte - PASSI 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Nel pool PASSI la percentuale di persone che ha modificato il comportamento o adottato misure preventive in ambito domestico, dopo aver ricevuto informazioni, è del 30%.

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che le persone intervistate del Piemonte hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico.

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

Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, più di un quarto ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

I piani di prevenzione attiva, cui la regione Piemonte partecipa, prevedono lo sviluppo di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

Si stima, che, nei paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

Le complicanze e l'incremento dei casi di ospedalizzazione determinano forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia nell'ambito della comunità che per il singolo individuo.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più sicuro ed efficace per prevenire la malattia ed è mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale). E' raccomandata soprattutto a soggetti per i quali l'influenza si può rivelare particolarmente grave (anziani e soggetti affetti da determinate patologie croniche) e a particolari categorie di lavoratori.

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

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

- In Piemonte riferisce di essersi vaccinato nella precedente campagna di vaccinazione antiinfluenzale il 9% degli intervistati di età 18-64 anni, da aprile a settembre 2007.
- Emergono differenze legate all'età, al sesso, al livello di istruzione ed alle difficoltà economiche.
- L'analisi mediante un modello logistico indica che sono soprattutto le persone di età compresa tra i 50 ed i 64 anni e quelle affette da almeno una patologia cronica ad essersi sottoposte a vaccinazione antinfluenzale durante l'ultima stagione invernale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale (pool ASL PASSI) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni intervistate tra aprile e settembre 2007 è stata del 13%.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni) Piemonte - Passi 2007 (n=1238)

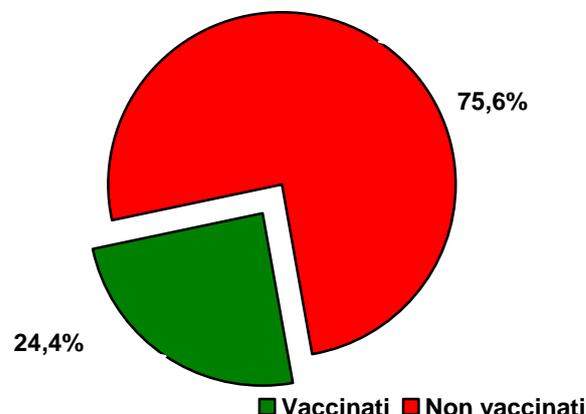
Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	9,3 (IC95%:7,6- 11,0)
Classi di età	
18-34	4,3
35-49	7,2
50-64	16,2
Sesso	
uomini	8,3
donne	10,4
Istruzione*	
bassa	11,3
alta	7,9
Difficoltà economiche	
sì	10,6
no	8,5

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

- In Piemonte tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, intervistati tra aprile a settembre 2007, il 24% dichiara di essersi vaccinato nella campagna antiinfluenzale precedente
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale questa percentuale è risultata il 28%.

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

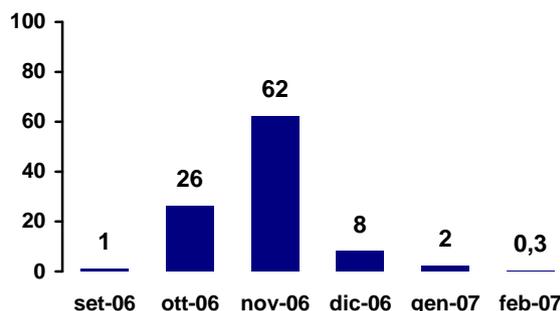
Piemonte - Passi 2007 (n=202)



Distribuzione mensile delle vaccinazioni antiinfluenzali (%)

Piemonte - Passi, 2007 (n=117)

- In Piemonte, la maggioranza (88%) dei vaccinati nella campagna antiinfluenzale precedente dichiara di avere ricevuto il vaccino nei mesi di ottobre e novembre dell'anno 2006. Quasi trascurabile la parte che si è vaccinata negli altri mesi.



Conclusioni e raccomandazioni

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

La copertura vaccinale antiinfluenzale, 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 ma, se contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, morte del feto o gravi malformazioni congenite (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, la prevenzione della rosolia congenita.

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

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

Quante donne sono vaccinate contro la rosolia?

- Il 29 % delle donne di 18-49 anni intervistate riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate diminuisce con l'età e con le difficoltà economiche dichiarate, mentre è maggiore tra le donne con istruzione elevata.
- Analizzando insieme con un'analisi multivariata queste caratteristiche, l'unica differenza confermata statisticamente è la minore vaccinazione delle donne oltre i 34 anni.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

Piemonte - Passi 2007 (n=1248)

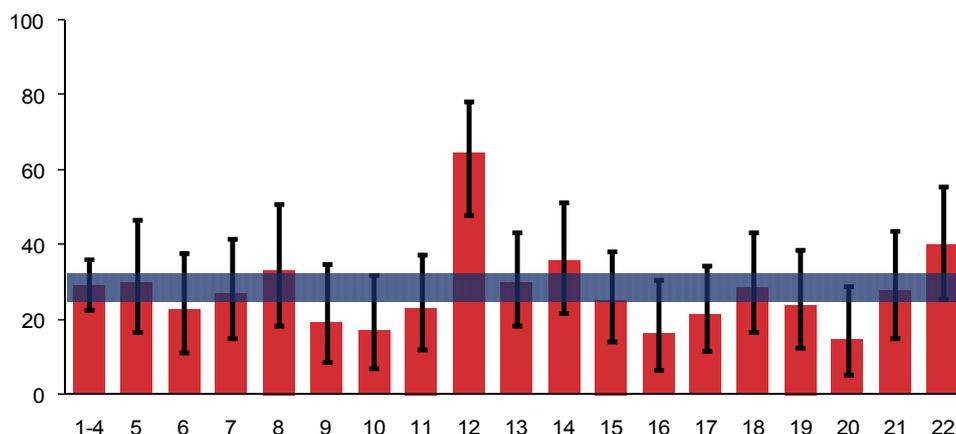
Caratteristiche	% Vaccinate
Totale	29,0 (IC95%: 25,8 – 32,1)
Classi di età	
18-24	45,0
25-34	34,9
35-49	21,4
Istruzione*	
bassa	21,9
alta	32,8
Difficoltà economiche	
molte	22,4
qualche	27,8
nessuna	31,9

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

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- In Piemonte il 55% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia, o per aver praticato la vaccinazione (29%) o per copertura naturale rilevata con un rubeotest positivo (26%).
- Il 3% delle donne è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 42% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.

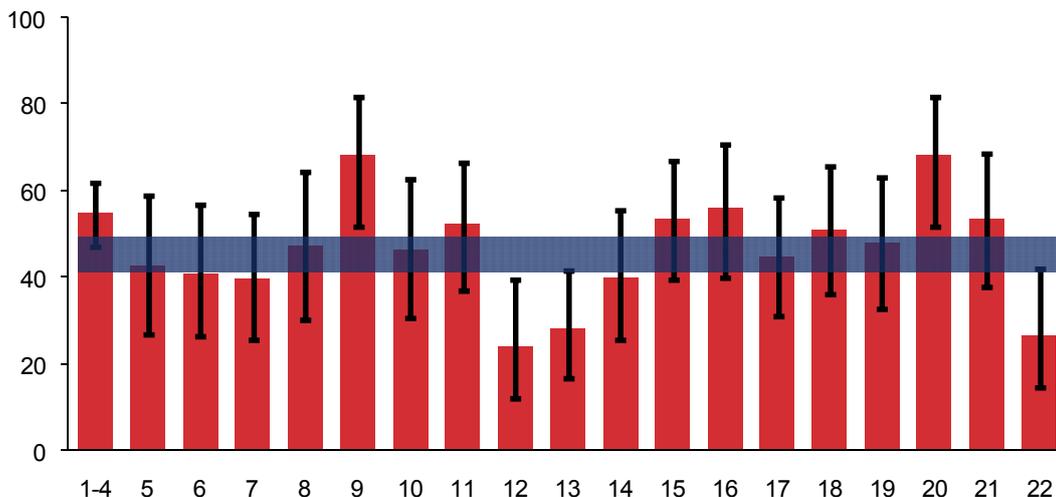
Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)

Piemonte - Passi 2007 (n=1006)		%
Immuni		54,7
Vaccinate		29,0
Non vaccinate con rubeotest positivo		25,7
Suscettibili/stato sconosciuto		45,3
Non vaccinate con rubeotest negativo		3,4
Non vaccinate con rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto		3,1
Non vaccinate con rubeotest non effettuato/non so se effettuato		38,7

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte meno di un terzo delle donne tra 18 e 49 anni di età riferisce di essere stata vaccinata contro la rosolia; come atteso il dato è influenzato soprattutto dall'età delle intervistate, ma anche nelle giovani tra 18 e 24 anni questa percentuale non supera il 50%.

Poco meno della metà (42%) delle donne tra 18 e 49 non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della rosolia e il 3% è sicuramente suscettibile alla malattia.

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

La messa in atto di tali interventi deve tenere conto delle significative differenze osservate a livello locale.

Rischio cardiovascolare

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

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica rivolti a specifici gruppi di popolazione, per stimolare modifiche negli stili di vita delle persone a rischio al fine di ridurre l'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

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

Ipertensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- L'85% degli intervistati riferisce di aver avuto misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 7% più di 2 anni fa e il restante 8% non ricorda o non l'ha avuta.
- Il controllo della pressione negli ultimi due anni risulta più diffuso nelle classi di età più avanzate, tra le donne, in coloro che hanno il livello di istruzione meno elevato.
- Considerando insieme le caratteristiche demografiche con una analisi logistica si conferma la differenza tra i sessi e tra le classi di età.

Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni

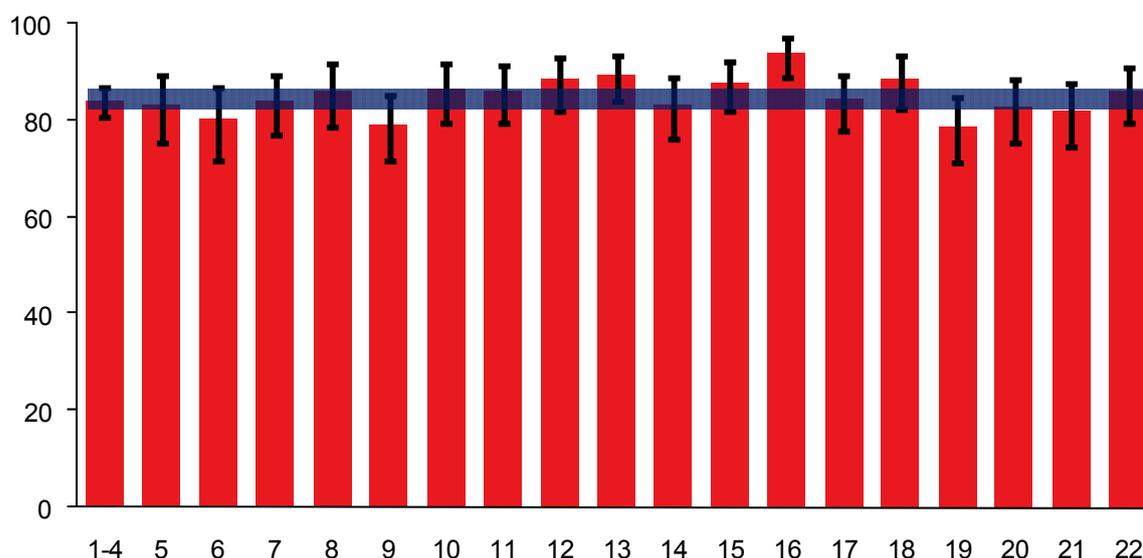
Piemonte - PASSI 2007 (n = 3254)

Caratteristiche	(%)
Totale	84,5 (IC95%: 83,1 - 85,9)
Classi di età	
18 - 34	78,1
35 - 49	82,1
50 - 69	91,5
Sesso	
uomini	82,2
donne	86,8
Istruzione	
nessuna/elementare	91,1
media	83,8
superiore	82,8
laurea	86,0
Difficoltà economiche	
molte	86,1
qualche	84,1
nessuna	84,9

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dal 79% dell'ASL 19 al 94% dell'ASL 16, che mostra una evidente differenza anche con i limiti regionali).

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 83%.

Quante persone sono ipertese?

- In Piemonte il 22% degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- L'ipertensione risulta più diffusa nelle classi di età più elevate (nel gruppo 50 - 69 anni quasi 4 persone su 10 riferiscono di essere ipertese), in coloro che hanno un titolo di studio basso, tra chi riferisce maggiori difficoltà economiche e tra chi è in eccesso ponderale (14% nei normopeso, 32% nei sovrappeso e 47% negli obesi. Considerando le caratteristiche demografiche con un'analisi multivariata, che include anche l'Indice di Massa Corporea, si conferma la differenza tra le classi di età, tra i livelli di istruzione, tra le difficoltà economiche dichiarate, nonché con il sovrappeso/obesità.

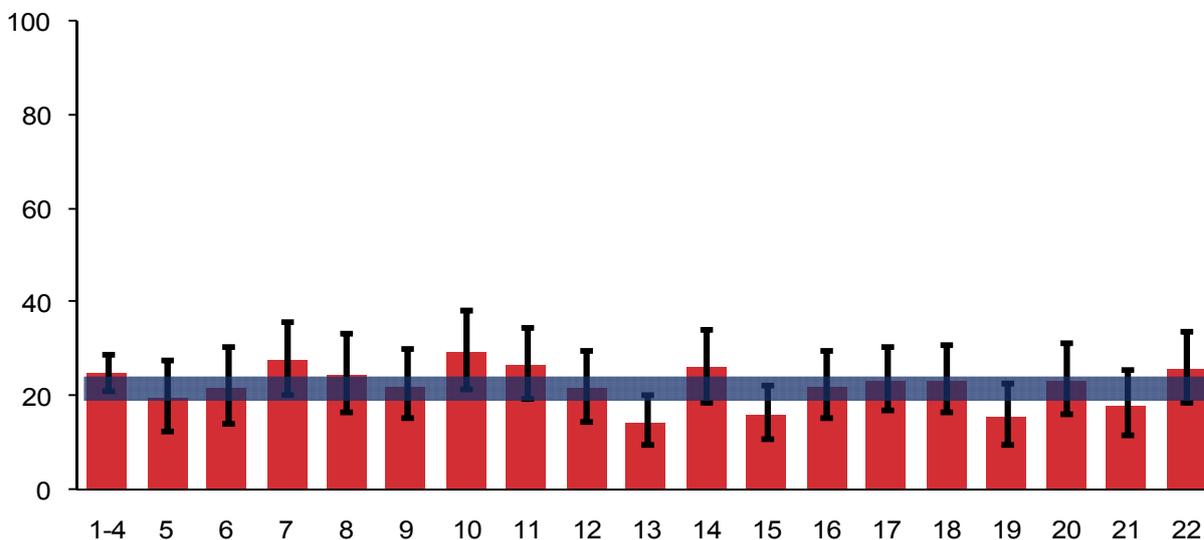
Diagnosi di ipertensione

Piemonte - PASSI 2007 (n = 2980)

Caratteristiche	(%)
Totale	21,6 (IC95%: 20,0 - 23,2)
Classi di età	
18 - 34	5,0
35 - 49	14,7
50 - 69	38,7
Sesso	
uomini	21,6
donne	21,6
Istruzione	
nessuna/elementare	45,1
media	22,0
superiore	16,6
laurea	11,5
Difficoltà economiche	
molte	28,7
qualche	21,8
nessuna	20,2

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di intervistati che hanno ricevuto diagnosi di ipertensione (range dal 14% dell'ASL 13 al 29% dell'ASL 10).

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)
Piemonte – Passi 2007



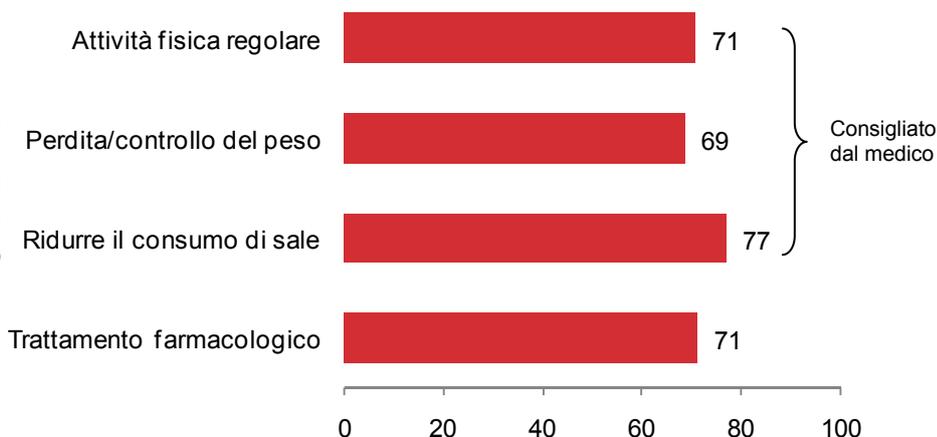
Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con diagnosi di ipertensione arteriosa sono il 22%.

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

- Il 71% dei 668 intervistati ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dalla assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (77%), di ridurre o mantenere il peso corporeo (69%) e di svolgere regolare attività fisica (71%).

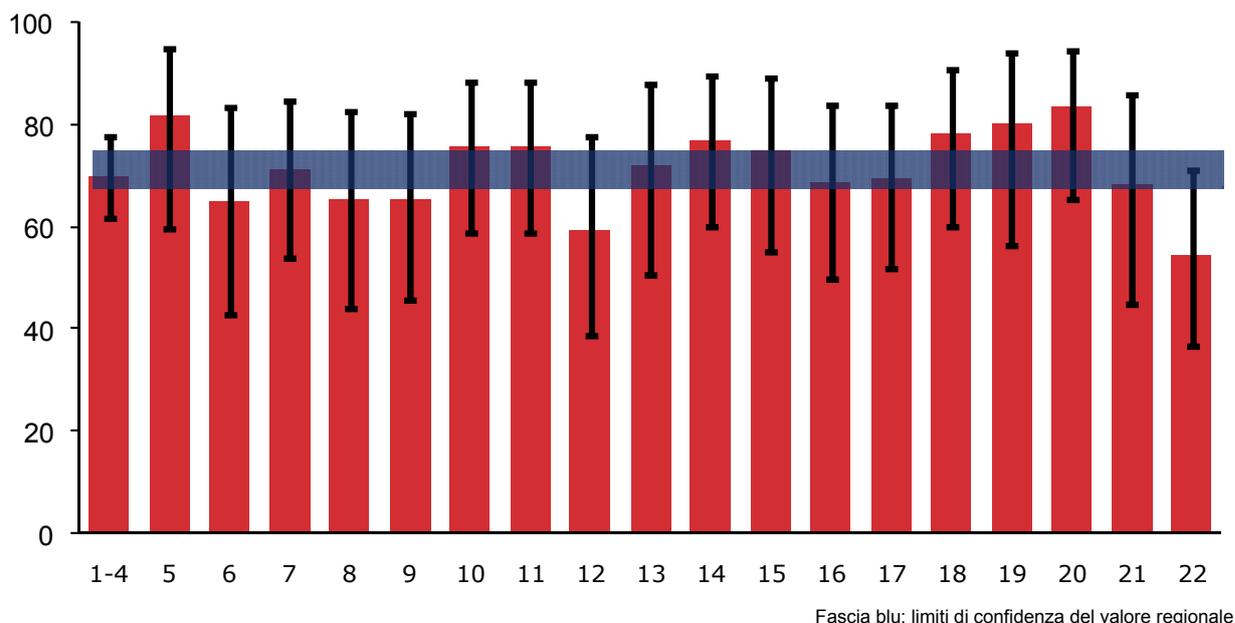
Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *
Piemonte – Passi 2007



* ognuno considerato indipendentemente

Tra le ASL del Piemonte la percentuale di intervistati ipertesi in trattamento con farmaci varia dal 54% dell'ASL 22 all'83% dell'ASL 20. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale, anche per le basse numerosità a livello aziendale.

Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci per ASL (%)
Piemonte – Passi 2007



Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale gli ipertesi in trattamento farmacologico sono il 71%.

Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte si stima che sia iperteso circa il 22% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 39% degli ultracinquantenni e il 5% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta (circa 15%) la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni); pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese.

In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo ma, per ciascuna di queste azioni, più di un quarto dei soggetti che si definiscono ipertesi riferisce che non gli sia stata suggerita dal medico. In altri casi per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica che non può essere, però, considerata sostitutiva di stili di vita corretti e che risulta seguita da circa il 70% della popolazione ipertesa.

Colesterolemia

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

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

- In Piemonte il 74% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, il 50% riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il 14% tra 1 e 2 anni fa, il 10% più di 2 anni fa, mentre il 26% non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo risulta più diffusa nelle classi di età più avanzate, nelle donne, in color che hanno un titolo di studio più basso e che dichiarano di non avere difficoltà economiche. Considerando insieme queste caratteristiche con una analisi multivariata, si confermano le differenze riscontrate per età e sesso.

Colesterolo misurato almeno una volta

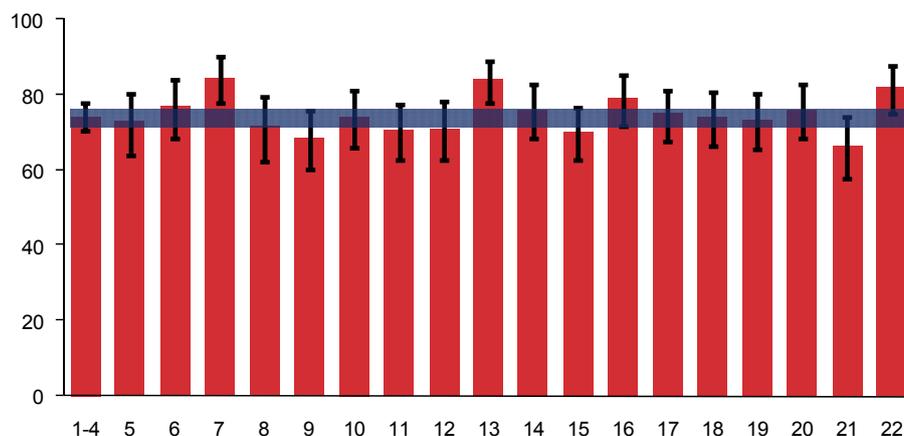
Piemonte - PASSI 2007 (n = 3255)

Caratteristiche	(%)
Totale	74,2 (IC95%: 72,6 - 75,8)
Classi di età	
18 - 34	54,6
35 - 49	73,9
50 - 69	89,2
Sesso	
uomini	69,3
donne	79,1
Istruzione	
nessuna/elementare	85,4
media	73,6
superiore	70,3
laurea	77,8
Difficoltà economiche	
molte	69,6
qualche	73,6
nessuna	75,9

Tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 66% dell'ASL 21 all'85% dell'ASL 7, che insieme all'ASL 13 si differenzia significativamente dal valore regionale).

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

Piemonte - Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 77%.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Il 26% di coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo riferisce di avere avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita risulta più diffusa nelle classi di età più avanzate, tra color che un titolo di istruzione più basso, che dichiarano molte difficoltà economiche e tra chi è in eccesso ponderale (21% tra i normopeso, 32% nei soprappeso e 36% negli obesi). Considerando insieme queste caratteristiche con una analisi logistica, che include anche l'Indice di Massa Corporea, si confermano le differenze riscontrate, tranne per il livello di istruzione.

Ipercolesterolemia riferita

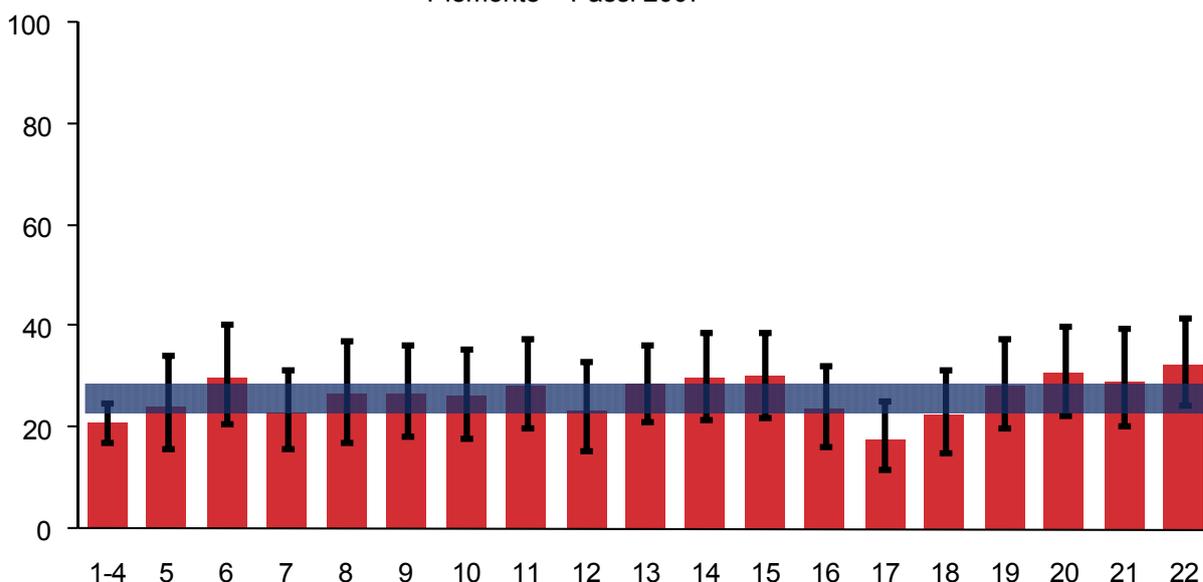
Piemonte - PASSI 2007 (n = 2433)

Caratteristiche	(%)
Totale	26,1 (IC95%: 24,1% - 28,0%)
Classi di età	
18 - 34	11,4
35 - 49	21,2
50 - 69	36,4
Sesso	
uomini	26,1
donne	26,0
Istruzione	
nessuna/elementare	40,7
media	26,6
superiore	22,5
laurea	17,5
Difficoltà economiche	
molte	34,8
qualche	28,1
nessuna	23,0

Tra le ASL del Piemonte non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 18% dell'ASL 17 al 33% dell'ASL 22).

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

Piemonte - Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

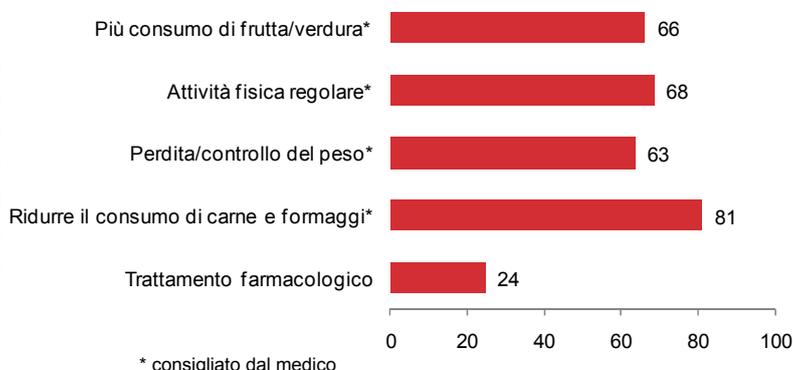
Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia sono risultate il 25%

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 24% dei soggetti con colesterolo elevato riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dalla assunzione di farmaci, gli ipercolesterolemici hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico di ridurre il consumo di carne e formaggi (81%), aumentare il consumo di frutta e verdura (66%), di ridurre o controllare il proprio peso corporeo (63%), di svolgere regolare attività fisica (68%).

Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico

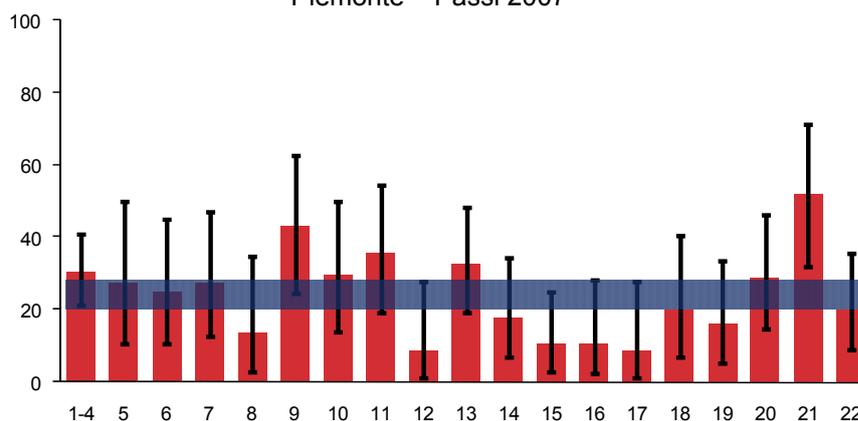
Regione Piemonte - PASSI 2007



Anche se va considerato con cautela per l'ampia variabilità dovuta alla bassa numerosità dei dati raccolti, tra le ASL del Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative relative alla percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci (range dal 9% delle ASL 12 e 17 al 52% dell'ASL 21 che mostra evidenti differenze anche con i livelli regionali).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento per ASL (%)

Piemonte - Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia in trattamento farmacologico sono il 25%

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 26% della popolazione di 18-69 anni della Regione Piemonte non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il 26% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 36% tra le persone di 50-69 anni.

Poco più di due terzi dei soggetti con ipercolesterolemia riferisce di avere ricevuto dal medico consigli per controllare questa condizione attraverso la dieta e l'attività fisica. Una rigida attenzione a questi comportamenti può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico, che attualmente è riferito dal circa un quarto del campione. La variabilità nei consigli e nella diffusione del trattamento farmacologico ricevuto dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte (44%).

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

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

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

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

- In Piemonte solo il 4% delle persone intervistate di età compresa tra i 35 e i 69 anni senza patologie cardiovascolari riferisce che gli sia stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare risulta più diffuso nelle classi d'età più elevate e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. Considerando insieme le caratteristiche demografiche con una analisi logistica si confermano le differenze riscontrate e si aggiunge la significatività per l'alto livello di istruzione.

Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

Piemonte - PASSI 2007 (n = 2253)

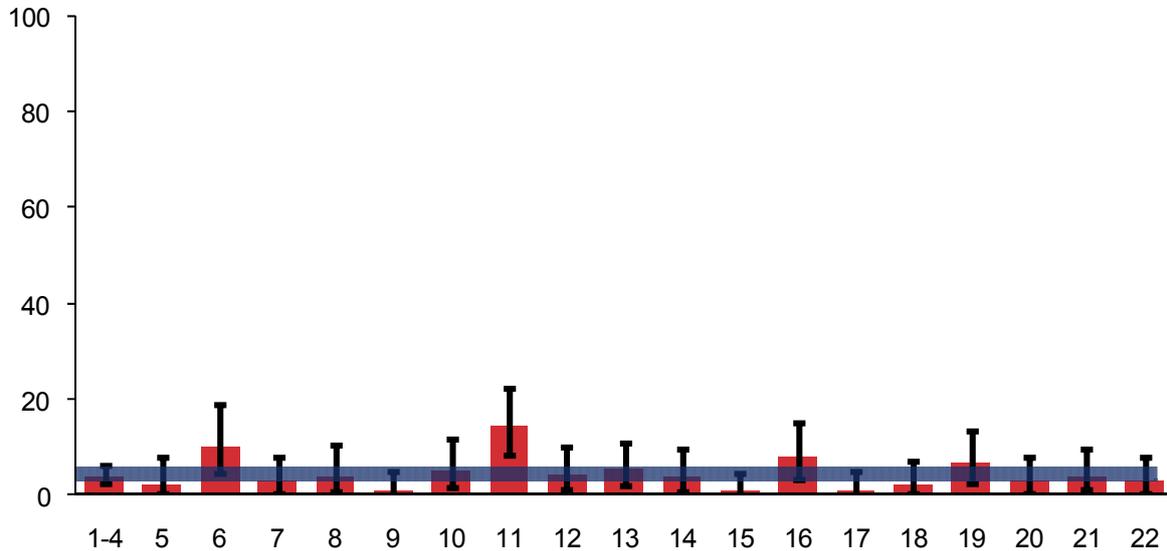
Caratteristiche	(%)
Totale	4,4 (IC95%: 3,4% - 5,3%)
Classi di età	
35 - 39	2,1
40 - 49	3,7
50 - 59	5,4
60 - 69	5,6
Sesso	
uomini	4,8
donne	3,9
Istruzione	
bassa	3,9
alta	4,8
Difficoltà economiche	
sì	4,5
no	4,2
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare*	
sì	5,3
no	1,8

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

Tra le ASL del Piemonte non emergono osservazioni statisticamente significative relative alla percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (range dall'1% delle ASL 9 e 15 al 14% del ASL 11 che mostra un'evidente differenza anche con i limiti regionali).

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

Piemonte - PASSI 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è pari al 7%.

Conclusioni e raccomandazioni

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

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

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

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

Sintomi di depressione

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

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

Per comprendere meglio l'entità del fenomeno a livello regionale e locale, si è deciso di aggiungere un breve modulo riguardante la depressione al questionario PASSI. Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2) che consiste in due quesiti di elevata sensibilità e specificità, scientificamente provati, per la tematica della depressione e comparabili con i criteri diagnostici internazionali. Si rileva il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi: (1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose e (2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze. Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi (1 e 2) vengono poi sommati e utilizzati per calcolare un punteggio che varia da 0 a 6.

Coloro che ottengono un punteggio maggiore o uguale a tre sono considerati depressi; una corretta diagnosi di questa condizione richiede, comunque, una valutazione clinica approfondita.

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

- In Piemonte, l'8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- In Piemonte, i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione; sono più colpite:
 - le donne (quasi due volte più degli uomini)
 - la classe d'età più alta,
 - le persone con un livello di istruzione basso,
 - le persone con molte difficoltà economiche,
 - le persone senza un lavoro regolare,
 - coloro che sono affetti da almeno una malattia cronica.
- Analizzando insieme tutte le caratteristiche con un'analisi multivariata, la probabilità di presentare sintomi di depressione rimane significativamente più elevata nelle donne, nelle persone con molte difficoltà economiche ed in coloro che soffrono di almeno una patologia cronica.

Persone con sintomi di depressione*

Piemonte - PASSI 2007 (n=3177)

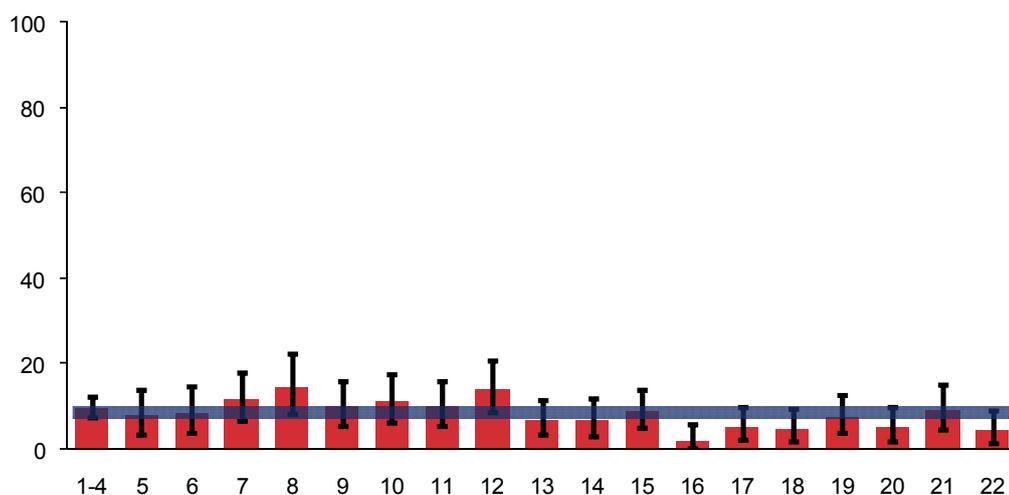
Caratteristiche	%
Totale	8,4 (IC95%: 7,3-9,5)
Classi di età	
18-34	6,0
35 - 49	7,7
50 - 69	10,8
Sesso	
uomini	5,2
donne	11,6
Istruzione	
nessuna/elementare	14,7
media inferiore	9,5
media superiore	6,6
laurea	4,8
Difficoltà economiche	
molte	23,0
qualche	10,0
nessuna	4,6
Lavoro regolare	
sì	6,4
no	12,3
Malattie croniche	
almeno una	16,7
nessuna	6,6

*score PHQ-2 ≥ 3

Tra le ASL del Piemonte, la percentuale di persone con sintomi di depressione va dal 2% della ASL 16 (significativamente inferiore al valore regionale) al 15% della ASL 8.

Persone con sintomi di depressione per ASL (%)

Piemonte - PASSI 2007



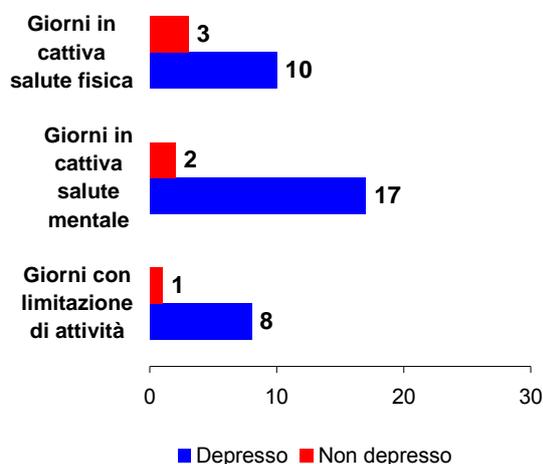
Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Dal pool PASSI risulta che il 9% degli intervistati mostra sintomi di depressione nelle ultime due settimane.

Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella vita di tutti i giorni?

- Fra coloro che riferiscono sintomi di depressione, il 34% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono", contro il 70% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche significativamente più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione.

Giorni in cattiva salute in media Piemonte - PASSI 2007

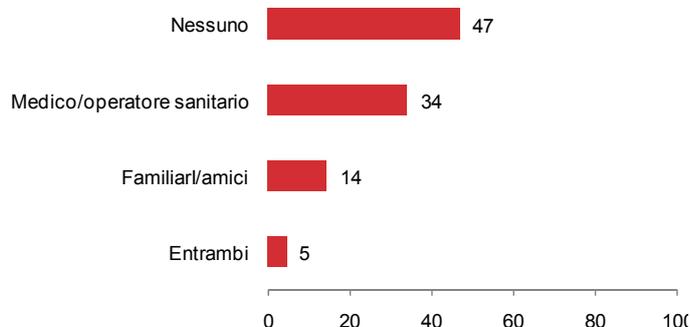


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Tra coloro che riferiscono di avere i sintomi di depressione, quasi la metà (47%) non ne ha mai parlato con nessuno.
- La percentuale di persone con sintomi di depressione che si sono rivolte ad un medico o ad un operatore sanitario è del 34% e quella di coloro che si sono rivolti ad un familiare o ad un amico corrisponde al 14%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione (%)

Piemonte - PASSI 2007



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano che i sintomi di depressione riguardano quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, tra le persone con malattie croniche e tra coloro che hanno molte difficoltà economiche. Quasi la metà di chi riferisce sintomi di depressione non richiede l'aiuto di nessuno: il trattamento dei disturbi mentali è, quindi, ancora insoddisfacente come l'utilizzo dei servizi sanitari e rimane grande la parte del bisogno non soddisfatto.

Considerando che i disturbi mentali costituiscono una parte importante del carico assistenziale dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura nell'assistenza delle persone con sintomi di depressione é di particolare importanza e rappresenta una delle attuali "sfide" dei Servizi Sanitari.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia ogni anno si stimano circa 3.400 nuovi casi e 370 morti, senza contare gli oltre 1700 decessi per carcinoma dell'utero a sede non specificata.

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

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

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

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

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

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

Donne che riferiscono di avere effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni* (25-64 anni)

Piemonte - PASSI 2007 (n=1343)

Caratteristiche	%
Totale	80,0 (IC95%:77,6-82,4)
Classi di età	
25 - 34	73,6
35 - 49	83,1
50 - 64	80,7
Stato civile	
coniugata	84,7
non coniugata	71,8
Convivenza	
convivente	84,5
non convivente	70,5
Istruzione	
nessuna/elementare	72,5
media inferiore	79,0
media superiore	83,1
laurea	80,9
Difficoltà economiche	
molte	70,5
qualche	79,0
nessuna	83,6

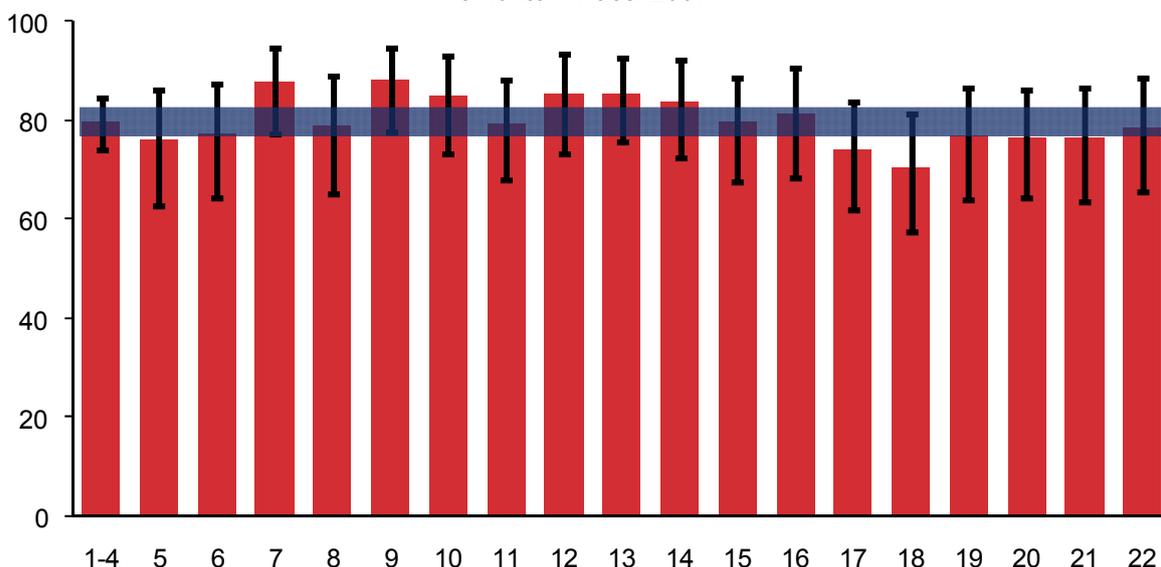
* chi ha eseguito il Pap test in assenza di segni o sintomi

- In Piemonte circa l'80% delle donne intervistate di età tra 25 e 64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, nel corso degli ultimi tre anni, come richiesto dal programma di screening "Prevenzione Serena".
- Il Pap test risulta più diffuso nelle classi di età più avanzate, tra le coniugate e tra coloro che non vivono da sole. Le donne con istruzione elementare o che riferiscono molte difficoltà economiche lo effettuano meno delle altre.
- Considerando insieme queste caratteristiche, con una analisi multivariata, si confermano le differenze dovute all'età, al fatto di vivere da sole e al livello di istruzione.

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

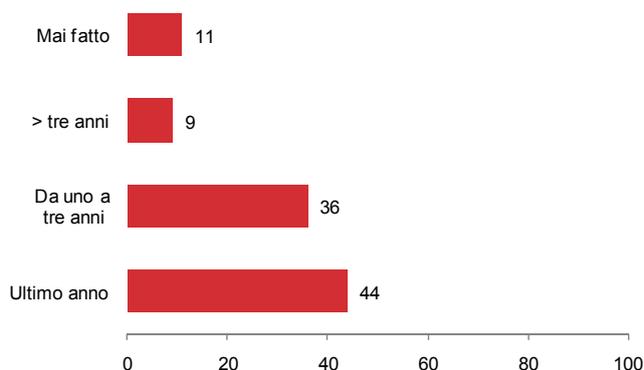
Tra le ASL che partecipano al sistema di sorveglianza a livello nazionale la percentuale di donne intervistate tra 25 e 64 anni che riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è del 73%.

Quando è stato effettuato l'ultimo Pap test?

- Lo screening prevede per le donne tra i 25 ed i 64 anni l'effettuazione del Pap test ogni tre anni.
- Tra le intervistate di età compresa tra i 25 ed i 64 anni di età:
 - l'11% riferisce di non avere mai eseguito un Pap test preventivo;
 - il 44 % riferisce di averlo effettuato nell'ultimo anno
 - il 36 % da uno a tre anni prima;
 - il 9 % da più di tre anni.

Quando l'ultimo Pap test (%)*

Piemonte - PASSI 2007 (n=1343)



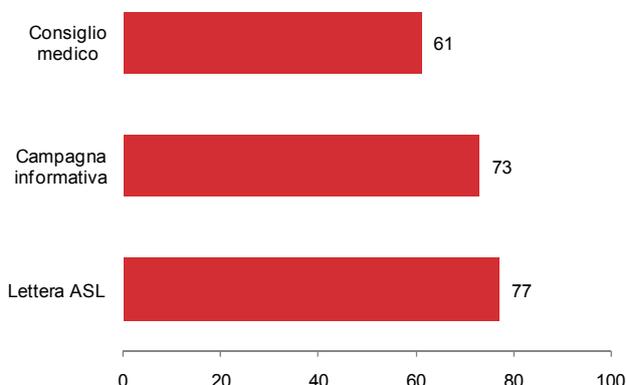
*Lo screening regionale prevede la ripetizione del Pap test ogni 3 anni.

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

- In Piemonte tra le donne di età tra i 25 ed i 64 anni (escluse le isterectomizzate*):
 - il 61% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test;
 - il 73 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa;
 - il 77% ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.

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

Promozione del Pap test (%)
Piemonte - PASSI 2007

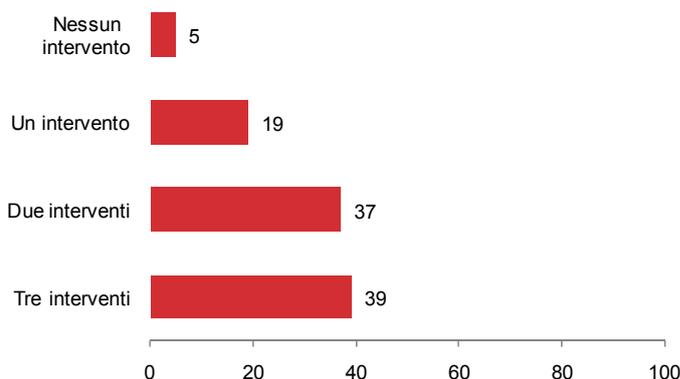


Anche se i dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali, tra le ASL del Piemonte si osserva una consistente variabilità nell'aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL (range dal 52% dell'ASL 14 al 94% dell'ASL 15), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 48% dell'ASL 18 al 77 % dell'ASL 13) e aver visto o sentito una campagna informativa (range 51% dell'ASL 1 al 85% dell'ASL 9).

Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale nel 2007, il 55% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 58% il consiglio dell'operatore sanitario e il 66% ha visto una campagna informativa.

- In Piemonte, il 39 % delle intervistate tra 25 e 64 anni, ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 37% due interventi di promozione, il 19% uno solo.
- A livello nazionale tra le Asl partecipanti alla sorveglianza il 28 % delle donne tra 25 e 64 anni, ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test, il 34% due ed il 28% uno solo
- Le intervistate di 25-64 anni che dichiarano di non avere ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati sono il 5% in Piemonte e l'11% a livello nazionale.

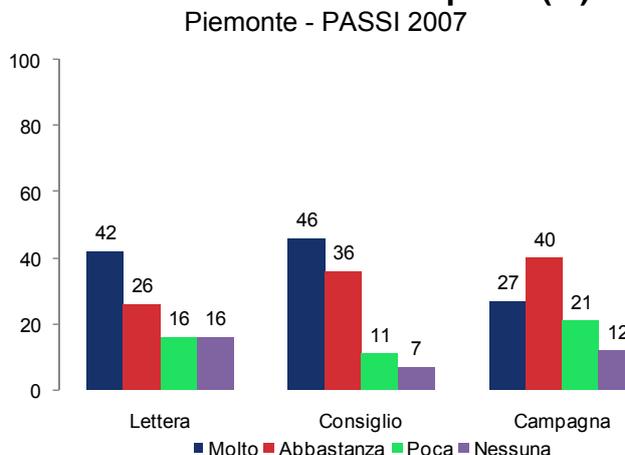
Numero di interventi di promozione del Pap test ricevuti (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=1314)



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

- In Piemonte l'83% delle intervistate che ha effettuato un Pap test negli ultimi tre anni ritiene che aver ricevuto il consiglio del medico abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare l'esame.
- L'influenza positiva della lettera è del 68% e quella della campagna informativa del 67%.
- Una donna su tre attribuisce poca o nessuna influenza per l'effettuazione del Pap test negli ultimi tre anni, all'aver ricevuto la lettera o avere visto o sentito la campagna informativa.

Influenza degli interventi di promozione sulla effettuazione del Pap test (%)



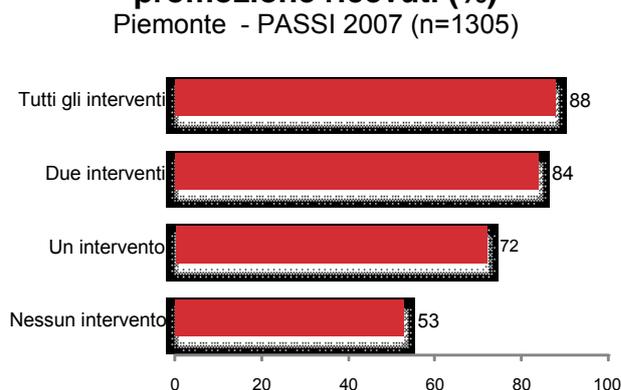
Tra le ASL del Piemonte la percezione dell'influenza positiva del consiglio di un operatore sanitario ha un range compreso tra il 65% dell'ASL 18 ed il 97% dell'ASL 9; l'influenza positiva della lettera va dal 54% dell'Asl 14 al 86% della ASL 7; per la campagna informativa si va dal 41% dell'ASL 14 all'80% dell'ASL 9. Questi dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali.

A livello nazionale tra le ASL partecipanti alla sorveglianza l'influenza positiva del consiglio dell'operatore sanitario è del 77%, quella della lettera dell'ASL è del 65% e quella della campagna informativa il 62%.

Quali risultati dagli interventi di promozione del Pap test?

- In Piemonte, ha comunque effettuato il Pap test nei tempi raccomandati il 53% delle donne che non ha ricevuto alcun intervento di promozione dell'esame.
- Questa percentuale sale al 72% tra le donne che dichiarano di aver ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'84% tra quelle che ne hanno ricevuti due e all'88% per quelle riferiscono di averli ricevuti tutti e tre.

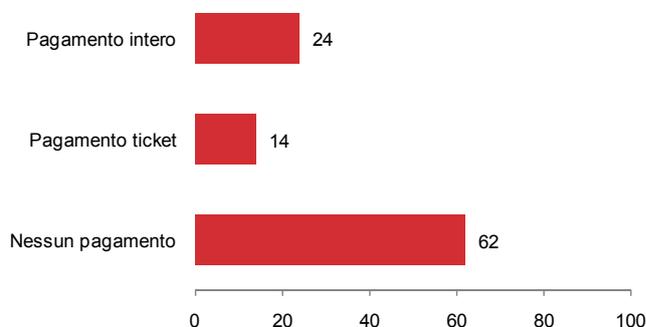
Effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni in relazione al numero di interventi di promozione ricevuti (%)



Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- In Piemonte il 62% delle intervistate che ha effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni, dichiara di non aver pagato nulla per l'ultimo esame eseguito, il 14% ha pagato solamente il ticket e il 24% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Poiché l'effettuazione del Pap test all'interno dei programmi di screening regionale è gratuita, le informazioni sul pagamento possono essere considerate indicative della diffusione di questo esame al di fuori dello screening organizzato: in strutture pubbliche o accreditate (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero)

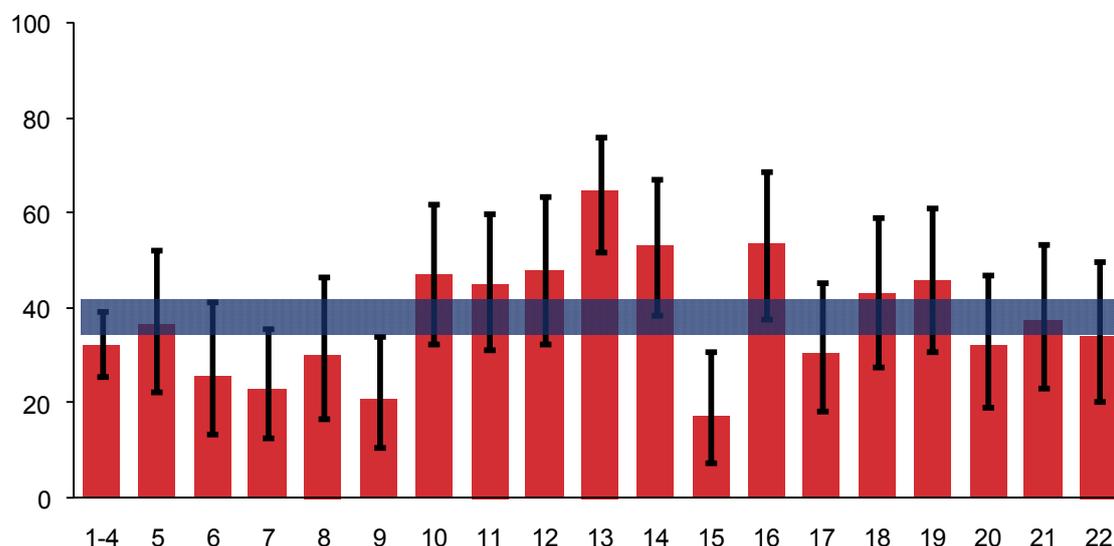
Costo dell'ultimo Pap test (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=1075)



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

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

Piemonte - Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

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

- In Piemonte l'11% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver mai effettuato il Pap test e l'8% di averlo effettuato da oltre 3 anni.
- Tra queste donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida il 19% risponde "non so/non ricordo" alla domanda che intende indagare i motivi di questa situazione.
- Tra le 217 rispondenti, più di un terzo (37%) risponde: "penso di non averne bisogno".
- Altri motivi rilevanti per la mancata esecuzione del Pap test secondo le linee guida risultano:
 - "nessuno me lo ha consigliato" (14%)
 - "ho paura dei risultati dell'esame" (13%)
- Poche donne non lo effettuano perché fastidioso o doloroso (3%) o perché è difficile prenotare l'esame (1%)

Motivi per cui il Pap test non è stato effettuato negli ultimi 3 anni (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n=217)



Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte la percentuale delle donne tra 25 e 64 anni che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo negli ultimi 3 anni è elevata anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

La copertura osservata (80%) comprende sia le donne che hanno effettuato l'esame gratuitamente all'interno del programma regionale di screening "Prevenzione Serena", che quelle che lo hanno fatto al di fuori del programma in strutture pubbliche o private. Questo ultimo tipo di attività rappresenta probabilmente un terzo del totale, considerato che il 24% delle donne paga interamente il costo del test ed il 14% paga solo il ticket.

Anche il fatto che il Pap test a scopo preventivo risulti eseguito nel corso dell'ultimo anno dal 44% delle donne intervistate, contro un atteso teorico del 33%, indica una attività svolta con frequenza superiore a quella del programma regionale di screening (ogni tre anni).

Le azioni di promozione di questa attività di prevenzione secondaria sono molto diffuse avendo coinvolto il 95% delle intervistate; la probabilità di effettuare lo screening aumenta all'aumentare del numero di interventi ricevuti, anche se più della metà delle donne che non hanno ricevuto interventi di promozione ha comunque effettuato il Pap test negli ultimi 3 anni.

Più di un terzo delle donne che non si sottopone all'esame per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero, lo fa perché pensa di non averne bisogno.

Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening Prevenzione Serena, questa azione di sanità pubblica potrebbe ulteriormente migliorare con interventi rivolti alle donne che non aderiscono al programma e al recupero dell'attività svolta fuori di esso.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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

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

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale. Nel 2006 in Italia il 78 % delle donne tra 50 e 69 anni risulta teoricamente inserito in un programma di screening per la diagnosi precoce delle neoplasie della mammella, ma quelle che hanno ricevuto una lettera di invito per l'effettuazione della mammografia preventiva sono state circa il 50%.

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

Quante donne hanno eseguito una mammografia negli ultimi 2 anni?

- Nel 2007 in Piemonte circa il 70% delle donne di 50-69 anni intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, come previsto nel programma Prevenzione Serena.
- Questo screening viene effettuato di meno dalle donne che vivono da sole, da quelle con basso livello di istruzione e da quelle con molte difficoltà economiche. Quest'ultima associazione permane analizzando insieme con un'analisi multivariata le caratteristiche della tabella a fianco.
- Per le intervistate di 50-69 anni, l'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere circa 45 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 59% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di circa 39 anni.

Donne che riferiscono di avere effettuato una mammografia* negli ultimi 2 anni (50-69 anni)

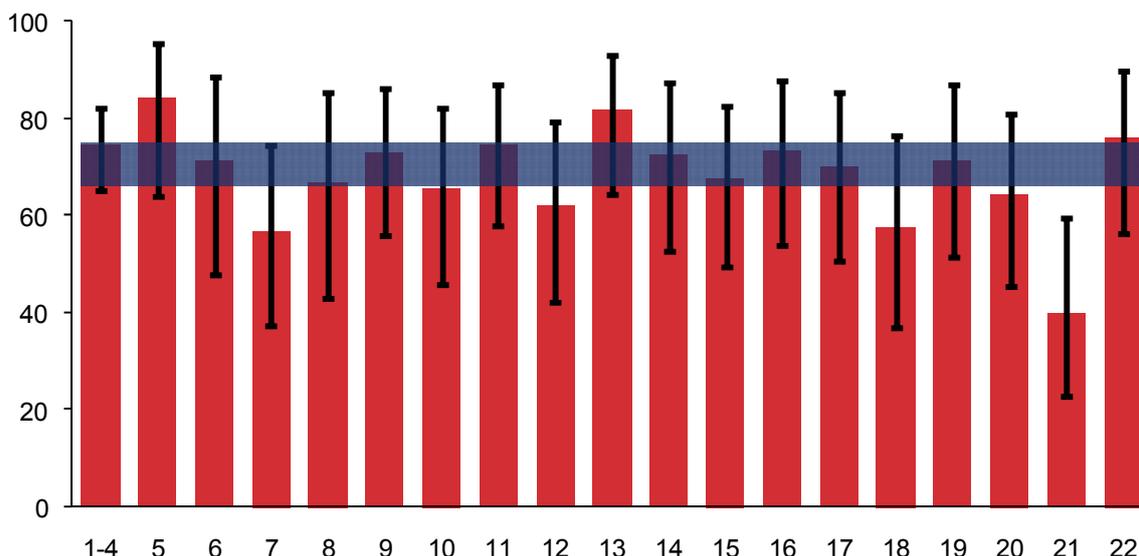
Piemonte - PASSI 2007 (n=642)

Caratteristiche	%
Totale	70,4 (IC95%:66,5-74,4)
Classi di età	
50- 59	69,6
60 -69	71,5
Stato civile	
coniugata	70,8
non coniugata	69,2
Convivenza	
convivente	73,3
non convivente	63,8
Istruzione	
nessuna/elementare	65,6
media inferiore	72,3
media superiore	73,8
laurea	77,7
Difficoltà economiche	
molte	58,8
qualche	68,3
nessuna	75,5

* chi ha eseguito la mammografia in assenza di segni o sintomi

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

Donne tra i 50 e i 69 anni che hanno eseguito una mammografia in accordo alle linee guida per ASL (%)
Piemonte – Passi 2007



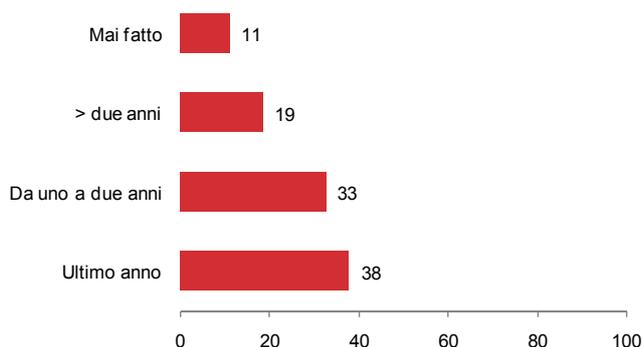
Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

Nel 2007, tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.

Quando è stata eseguita l'ultima mammografia?

- Il 38% delle donne tra 50 e 69 anni riferisce di avere effettuato l'ultima mammografia preventiva nell'ultimo anno, il 33% da uno a due anni prima dell'intervista, mentre il 18% l'ha effettuata da un tempo superiore a quello previsto dai programmi di screening.
- Più di una donna su dieci della popolazione target riferisce di non avere mai eseguito una mammografia preventiva.

Quando l'ultima mammografia?*(%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=642)

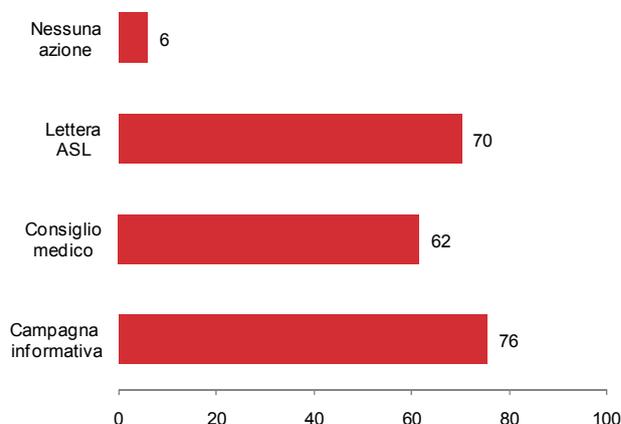


* Lo screening organizzato prevede la ripetizione del test ogni 2 anni per tutte le donne in età fra 50 e 69 anni

Quale promozione per lo screening delle neoplasie della mammella?

- Relativamente allo screening per la prevenzione del tumore della mammella, in Piemonte tra le donne intervistate di età compresa tra 50 e 69 anni:
 - il 76 % ha visto o sentito una campagna informativa;
 - il 70% ha ricevuto almeno una volta una lettera di invito della ASL per l'effettuazione della mammografia;
 - il 62% ha ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia.

Promozione della mammografia (%) Piemonte - PASSI 2007



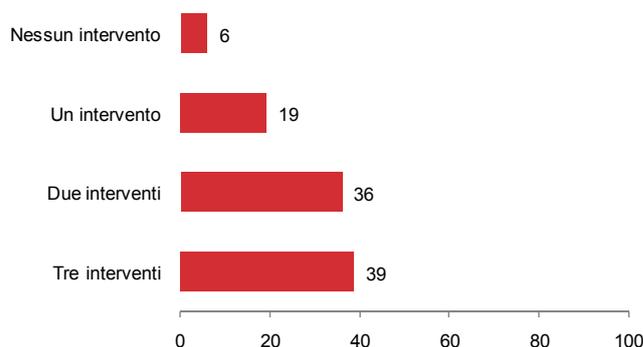
Tra le ASL della Regione si rilevano differenze importanti nell'aver ricevuto la lettera (range dal 40% dell'Asl 21 al 97% dell'Asl 9), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 40% dell'Asl 21 al 85% dell'Asl 13) e nell'aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 57% dell'Asl 21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

A livello nazionale nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza, il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto una campagna informativa.

- In Piemonte il 39% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto tutti e tre gli interventi di promozione della mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 36% due interventi di promozione, il 19% uno solo.
- In Piemonte, il 6% delle donne in età target non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Numero di interventi di promozione dell'ultima mammografia (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n=649)

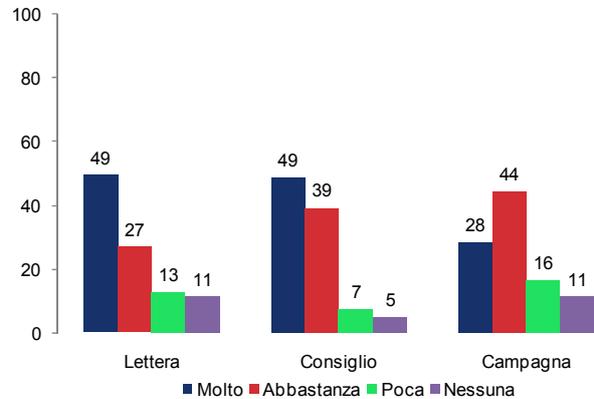


A livello nazionale nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza le donne che non hanno ricevuto interventi di promozione della mammografia sono l'8%, quelle che ne hanno ricevuto uno sono il 22%;due interventi di promozione della mammografia sono stati ricevuti dal 35% delle donne e tre interventi dal 34%.

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

- In Piemonte l'88% delle donne di 50-69 che riferiscono di avere avuto il consiglio del medico ed il 77% di quelle che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritengono che queste azioni abbiano avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia nei tempi previsti.
- L'influenza positiva della campagna informativa è di poco inferiore (73%) a quella degli altri 2 interventi ma la sua "forza" è diversamente distribuita ("abbastanza" influente è superiore a "molto" influente").

Influenza degli interventi di promozione sulla effettuazione della mammografia (%) Piemonte - PASSI 2007

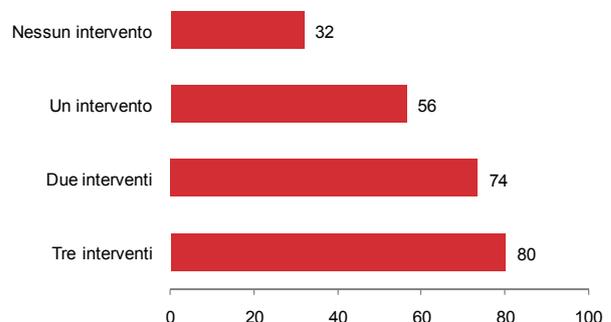


Relativamente alla percezione dell'influenza dei singoli interventi di promozione dello screening mammografico, tra le ASL del Piemonte si osservano notevoli differenze che sono da valutare con molta cautela per la numerosità ancora limitata delle osservazioni raccolte (influenza positiva degli interventi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

Quali risultati dagli interventi di promozione della mammografia?

- In Piemonte, il 32% delle donne di 50-69 che non ha ricevuto alcun intervento di promozione ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati.
- Questa percentuale sale al 56% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna informativa), al 74% con due interventi e all'80% con tutti e tre gli interventi.

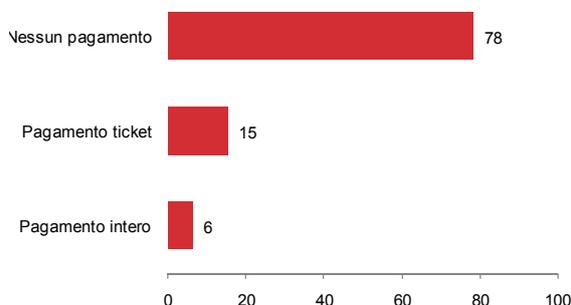
Effettuazione della mammografia negli ultimi 3 anni in relazione al numero di interventi di promozione ricevuti (%) Piemonte - PASSI 2007 (n=642)



Ha avuto un costo l'ultima mammografia?

- In Piemonte il 79% delle donne che ha effettuato lo screening negli ultimi 2 anni, ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima mammografia; il 15% ha pagato solamente il ticket e il 6% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Poiché l'effettuazione della mammografia all'interno del programma regionale di screening è gratuita, le informazioni sul pagamento possono essere considerate indicative della diffusione della mammografia preventiva al di fuori dello screening organizzato: in strutture pubbliche o accreditate (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

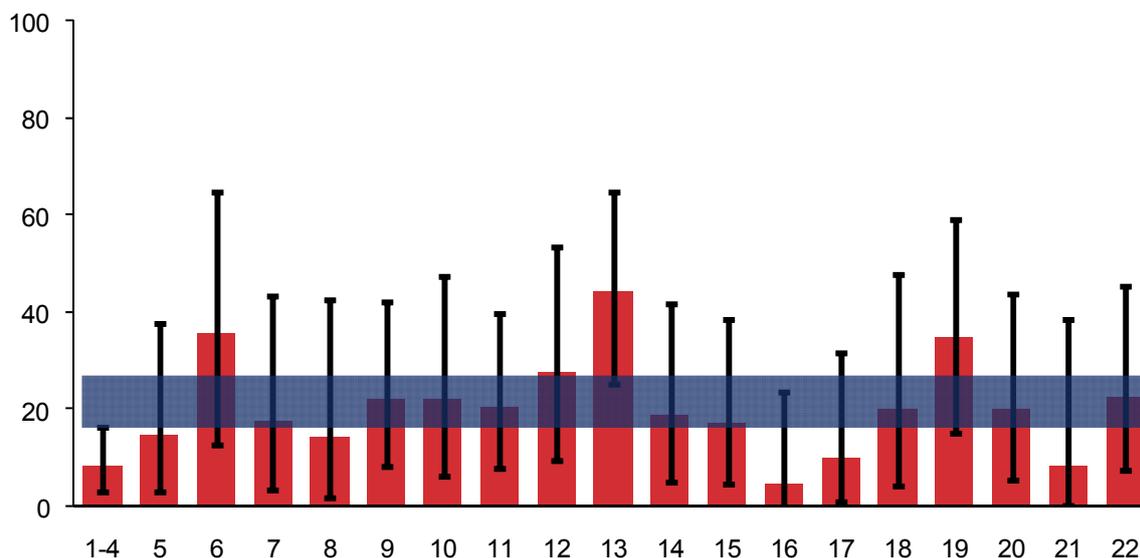
Costo dell'ultima mammografia (%)
Piemonte - PASSI 2007 (n=441)



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

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

Piemonte - Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

A livello nazionale nelle ASL partecipanti al sistema di sorveglianza le donne che hanno riferito di aver effettuato il pagamento per la mammografia preventiva sono il 27%.

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

- In Piemonte l'11% delle donne di 50-69 anni non ha mai effettuato la mammografia preventiva e il 18% l'ha effettuata da oltre due anni.
- Il 24% di queste donne che non hanno effettuato la mammografia secondo le linee guida risponde "non so/non ricordo" alla domanda che intende indagare i motivi di questa situazione.
- Tra le 145 rispondenti, poco meno della metà (41%) individua nel "non averne bisogno" il motivo per cui non ha effettuato la mammografia negli ultimi due anni; il 15% risponde che nessuno glielo ha consigliato.
- Il 9% ha paura dei risultati, l'8% non effettua la mammografia per il fastidio/dolore provocato dall'esame ed il 7% per motivi sanitari.

Motivi per cui la mammografia non è stata effettuata negli ultimi 2 anni (%)

Piemonte - PASSI 2007 (n=145)



Conclusioni e raccomandazioni

In Piemonte la percentuale delle donne di 50-69 anni che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta anche grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio; risulta infatti elevata (70%) la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni ed il 38% dichiara di averla effettuata nel corso dell'ultimo anno.

La necessità di estendere ulteriormente lo screening si evidenzia dall'osservazione che, in età target, una donna su 10 non ha mai effettuato questo intervento di prevenzione secondaria e che il 6% dichiara di non avere ricevuto alcun intervento di promozione per la sua esecuzione. Anche se il consiglio di un operatore sanitario è quello che ha maggiore influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia, sembra importante implementare tutte le azioni per la sua promozione in quanto all'aumentare del numero di interventi di promozione ricevuti, aumenta la probabilità che le donne effettuino questo esame.

Verificando le modalità di pagamento dell'ultima mammografia tra le donne che l'hanno effettuata negli ultimi due anni, si può stimare che il 20% di esse abbia eseguito questo esame al di fuori del programma regionale di screening "Prevenzione Serena".

L'opportunità di mettere in campo azioni volte a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni di prevenzione del tumore della mammella effettuate sul territorio regionale viene indicata anche da altri risultati: l'età media della prima mammografia a 45 anni ed il fatto che oltre la metà di donne tra 40 e 49 anni ha già effettuato una mammografia preventiva.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

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

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

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

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

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

Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- In Piemonte il 17% degli intervistati con età compresa tra 50 e 69 anni riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali.
- Il 9% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e l'8% aver di eseguito la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni.
- Non si osservano differenze significative per sesso, livello di istruzione e difficoltà economiche.
- L'unica differenza, confermata anche da una analisi multivariata, riguarda una maggiore effettuazione di colonscopia nei soggetti con 60-69 anni rispetto a quelli con 50-59 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni di età)

Piemonte – Passi 2007 (n=1254)

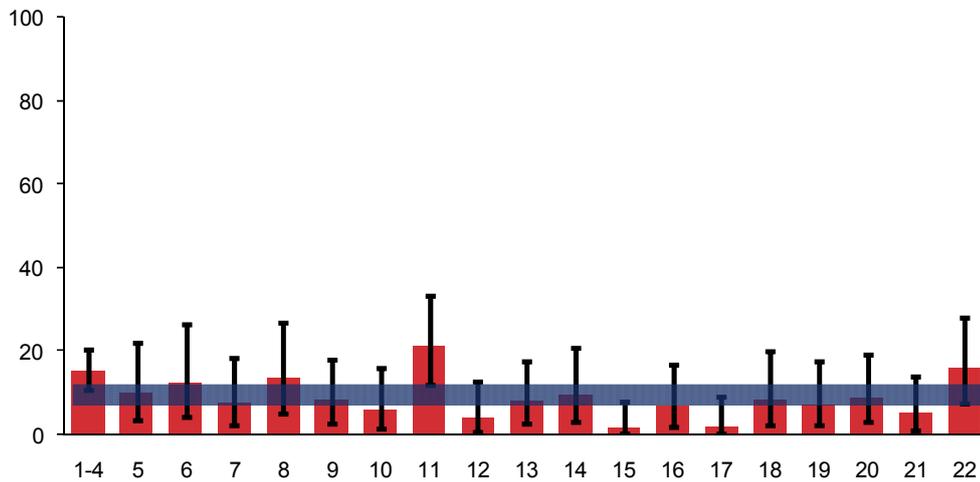
Caratteristiche	Ricerca sangue occulto nelle feci* negli ultimi 2 anni (%)	Colonscopia* negli ultimi 5 anni (%)
Totale	9,4 (IC95% 7,5 – 11,3)	7,9 (IC95% 6,3 – 9,5)
Classi di età		
50 - 59	7,8	5,0
60 - 69	11,4	11,3
Sesso		
uomini	10,1	9,0
donne	8,6	6,8
Istruzione		
nessuna/elementare	9,3	8,0
media inferiore	8,7	8,0
media superiore	10,8	6,3
laurea	7,9	12,5
Difficoltà economiche		
molte	10,1	7,3
qualche	7,4	7,2
nessuna	10,6	8,4

* eseguita in assenza di segni o sintomi

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

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

Piemonte – Passi 2007

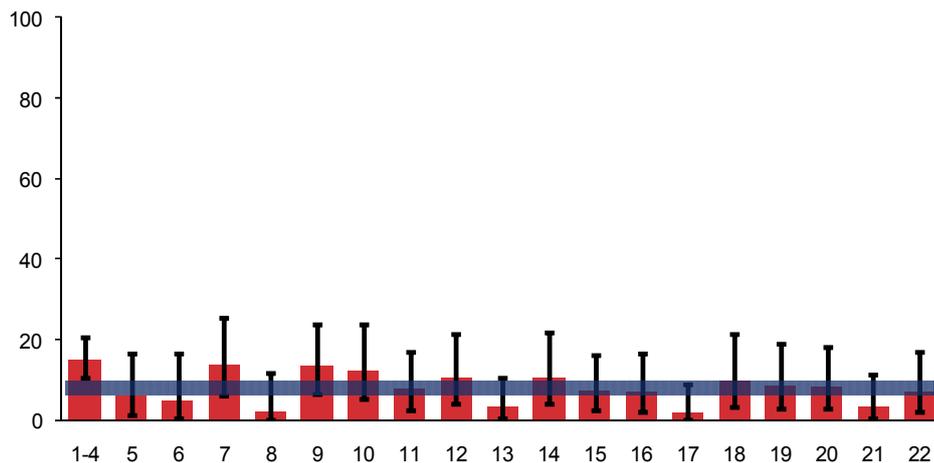


Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

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

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

Piemonte – Passi 2007



Fascia blu: limiti di confidenza del valore regionale

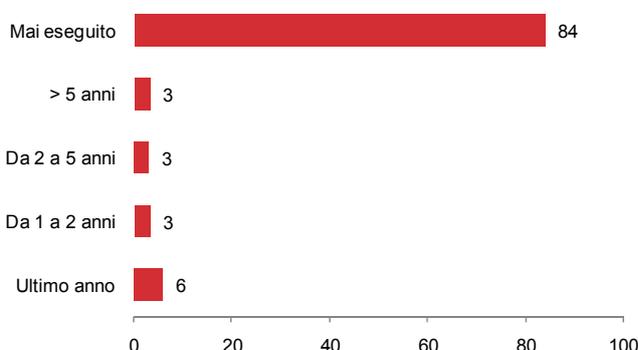
Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa 19% degli intervistati di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto ed il 8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

Quando è stato effettuato l'ultimo esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Rispetto alla ricerca del sangue occulto nelle feci:
 - l'84% delle persone intervistate con età compresa tra 50 e 69 anni non ha mai eseguito questo esame per la diagnosi precoce del tumore del colon retto;
 - il 6% ha effettuato l'esame nell'ultimo anno, il 3% da uno a due anni fa, il 3% da 2 a 5 anni fa ed il 3% più di 5 anni fa.

Quando l'ultima ricerca del sangue occulto? (%)

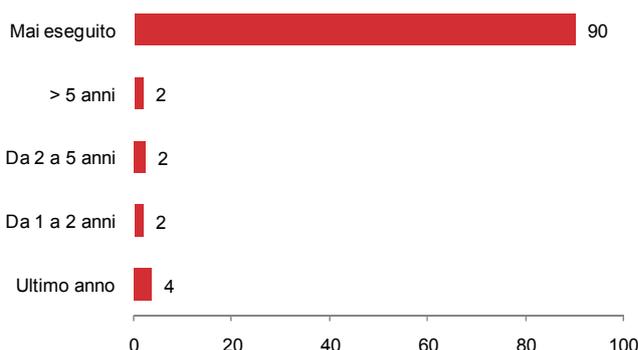
Piemonte – Passi 2007 (n=1213)



- Rispetto alla colonscopia:
 - salgono al 90% le persone con età compresa tra i 50 ed i 69 anni di età che riferiscono di non averla mai eseguita;
 - il 4% riferisce di averla fatta nell'ultimo anno, il 2% da uno a due anni fa, il 2% da 2 a 5 anni fa ed il 2% più di 5 anni fa.

Quando l'ultima colonscopia? (%)

Piemonte – Passi 2007 (n=1252)



Quale promozione per lo screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

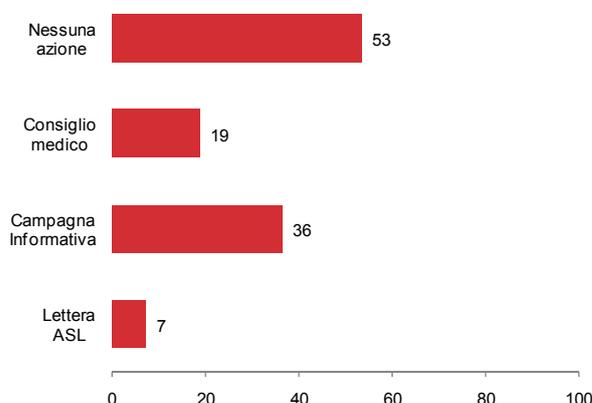
In Piemonte nel 2007, oltre la metà (53%) degli intervistati con 50 anni o più ha riferito di non aver ricevuto nessuna azione di promozione per la diagnosi precoce del tumore coloretale, mentre il 12 % riferisce di averne ricevuto più di uno.

In particolare:

- il 36% ha riferito di aver visto o sentito la campagna informativa;
- il 19% di aver ricevuto il consiglio del medico;
- solo il 7% di aver ricevuto la lettera dell'ASL.

Promozione dello screening coloretale (%)

Piemonte – Passi 2007



Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale, il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23% il consiglio di un operatore sanitario e il 42% ha visto o sentito una campagna informativa.

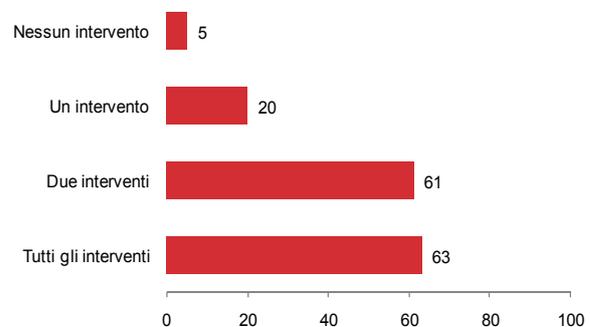
In considerazione dell'avvio ancora parziale dello screening sul territorio regionale, in Piemonte si osservano importanti differenze tra le ASL per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening coloretale (range dal 31% della ASL 1-4 allo 0% di sette ASL), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 5% di ASL 17 al 27% della ASL 1-4) e aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 18% della ASL 5 al 50% della ASL 13).

Quale risultati dagli interventi di promozione della diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- In Piemonte, tra gli intervistati di età compresa tra 50 e 69 anni, ha effettuato l'esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali nei tempi raccomandati:
 - il 63% (27 soggetti su 39) di coloro che hanno ricevuto tutti gli interventi di promozione (lettera, consiglio e campagna informativa);
 - il 61% (88 su 145) delle persone che hanno ricevuto due interventi tra i tre considerati;
 - il 20% (84/417) di coloro che hanno ricevuto un solo intervento;
 - il 5% (30/653) delle persone che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione.

Effettuazione dello screening colo rettale in relazione al numero di interventi di promozione ricevuti (%)

Piemonte – Passi 2007

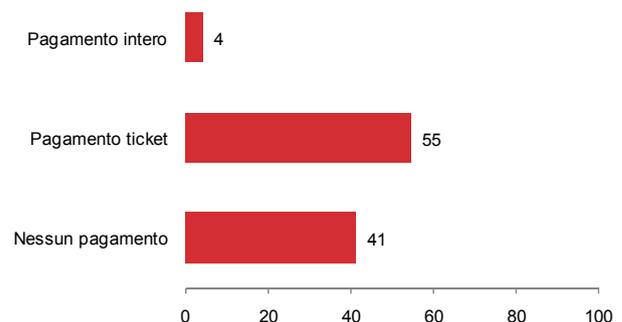


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato ?

- In Piemonte tra le persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni:
 - il 41% ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame;
 - il 54% ha pagato solamente il ticket;
 - il 5% ha pagato l'intero costo dell'esame.

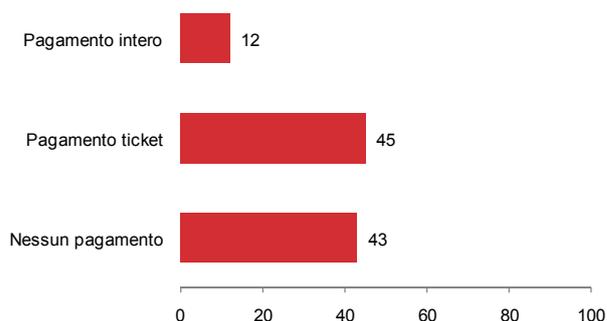
Costo della ricerca di sangue occulto (%)

Piemonte – Passi 2007 (n=115)



Costo della colonscopia (%) Piemonte – Passi 2007 (n=110)

- Tra le persone che hanno eseguito una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni:
 - il 43% non ha effettuato alcun pagamento;
 - il 45% ha pagato il ticket;
 - il 12% ha pagato l'intero costo dell'esame.



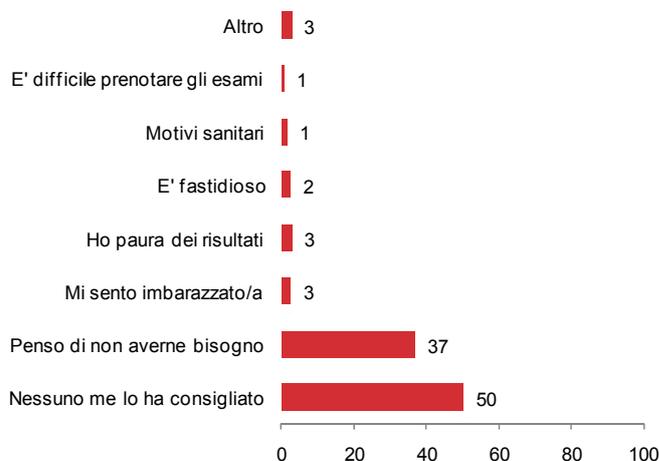
L'effettuazione degli esami all'interno del programma di screening organizzato è gratuita, quindi le informazioni sul pagamento possono indicare la diffusione della ricerca di sangue occulto e della colonscopia al di fuori dello screening organizzato: in strutture pubbliche o accreditate (solo ticket)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

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

- In Piemonte, il 75% delle persone di età compresa tra i 50 ed i 69 anni ha riferito di non avere mai effettuato per motivi preventivi la ricerca di sangue occulto, né la colonscopia.
- Circa il 4% di queste persone ha risposto "non so/non ricordo" alla domanda che voleva indagare i motivi della mancata effettuazione di questi esami.
- Tra le 878 persone che hanno risposto, le principali motivazioni sono state:
 - "nessuno me lo ha consigliato": 50%;
 - "penso di non averne bisogno": 37%.
- Ciascuna delle altre motivazioni riportate non ha ottenuto più del 3% delle risposte.

Motivi di mancata effettuazione di esami per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (%)

Piemonte – Passi 2007 (n=878)



Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le evidenze di efficacia dello screening per tumore del colon-retto nel ridurre la mortalità, in Piemonte sono poche (17%) le persone tra i 50 ed i 69 anni che si sottopongono ad esso a scopo preventivo.

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

APPENDICE 1. Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal sito internet di servizio agli operatori della sorveglianza PASSI (www.passidati.it):

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

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Piemonte e le singole ASL:

	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL di Torino	76,1	23,9	18,0	5,8	94,4
ASL di Collegno	92,6	7,4	6,7	0,7	94,4
ASL di Ciriè	89,0	11,0	8,8	2,2	94,3
ASL di Chivasso	89,2	10,8	8,4	2,4	95,3
ASL di Chieri	81,1	18,9	13,3	5,6	92,5
ASL di Ivrea	90,3	9,7	7,9	1,8	98,8
ASL di Pinerolo	80,3	19,7	13,9	5,8	94,8
ASL di Vercelli	95,0	5,0	3,1	1,9	100,0
ASL di Biella	78,1	21,9	18,0	3,9	92,9
ASL di Novara	82,3	17,7	12,7	5,0	95,0
ASL di Omegna	78,9	21,1	16,3	4,7	98,4
ASL di Cuneo	81,8	18,2	13,2	5,0	96,3
ASL di Mondovì	89,3	10,7	6,0	4,8	94,7
ASL di Savigliano	82,3	17,7	12,0	5,7	94,3
ASL di Alba	67,6	32,4	25,7	6,8	95,8
ASL di Asti	88,2	11,8	10,0	1,8	97,7
ASL di Alessandria	88,2	11,8	9,4	2,4	98,2
ASL di Casale Monferrato	87,4	12,6	4,4	8,2	99,3
ASL di Novi Ligure	83,8	16,2	11,2	5,0	93,9
Regione Piemonte	82,5	17,5	12,9	4,6	95,6
Pool ASL	85,0	15,0	11,0	4,1	95,3

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, si elencano definizioni e descrizioni degli indicatori utilizzati:

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano.
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nei comuni della ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.

- Non eleggibilità: le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè non residente nella ASL, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non a conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- Non reperibilità: si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni diversi della settimana).
- Rifiuto: è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non voglia essere intervistata, per cui deve essere registrata come "rifiuta l'intervista" e sostituita.
- Senza telefono intracciabile: di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- Sostituzione: coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili; devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato di popolazione (per sesso e classe di età).

• **Tasso di risposta**

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).
 Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RRI = \frac{n \text{ intervistati}}{n \text{ intervistati} - \text{rifiuti} - \text{non reperibili}} \cdot 100$$

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

• **Tasso di sostituzione**

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

$$S = \frac{\text{non rep} + \text{rifiuti}}{n \text{ int} - \text{rifiuti} - \text{non rep}} \cdot 100$$

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

• **Tasso di rifiuto**

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

$$REF = \frac{n \text{ rifiuti}}{n \text{ intervistati} - \text{rifiuti} - \text{non reperibili}} \cdot 100$$

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

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

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che quindi non ci siano grandi differenze di adesione, ad esempio tra uomini e donne, tra classi di età diverse, tra territori, ecc..

• **Tasso di non reperibilità**

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

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

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

• **Tasso di eleggibilità "e"**

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

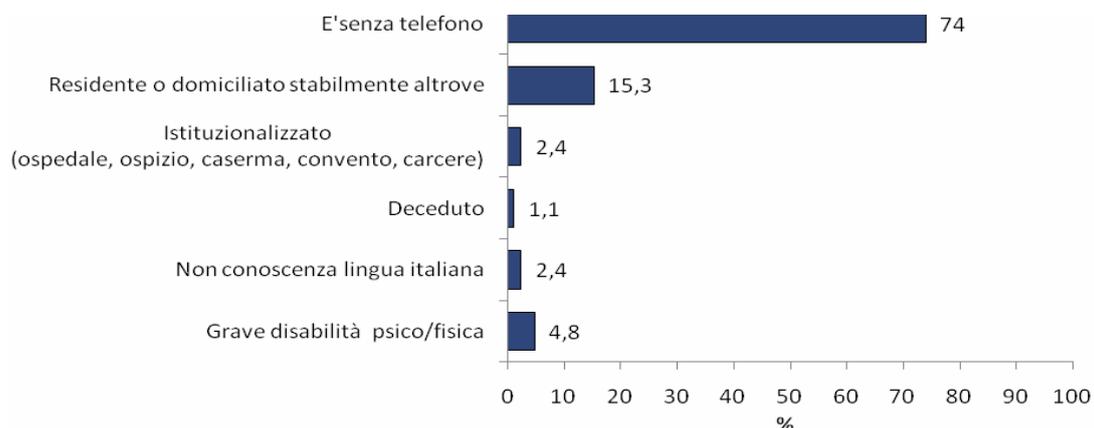
$$\frac{\text{n. int. - rif.}}{\text{n. int. - rif. - resid. altrove - istituz. - dec. - no telefono - disabili - fuori dal range di età}} \cdot 100$$

• **Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità**

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

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

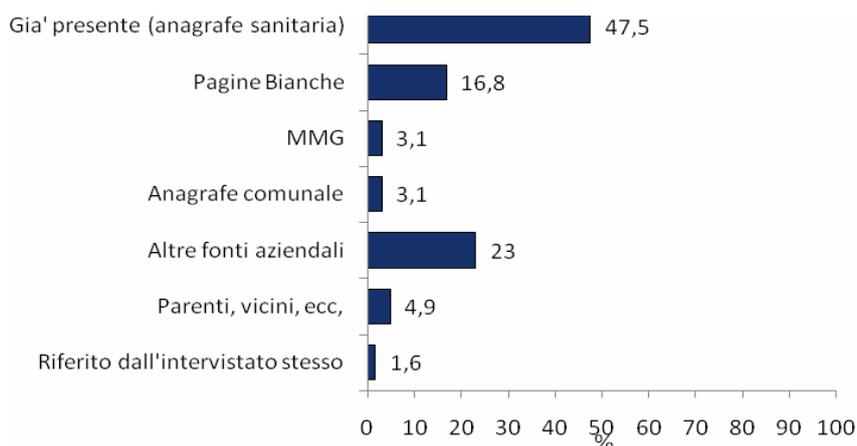
La distribuzione dei motivi di non eleggibilità nel 2007 per il Piemonte è presentata nel grafico seguente



• **Modalità di reperimento del numero telefonico**

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.

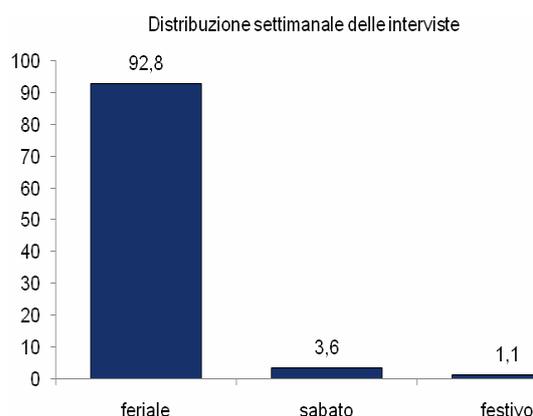
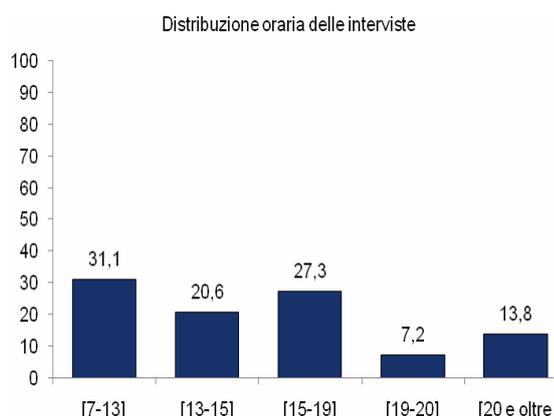
La distribuzione delle modalità di reperimento del numero di telefono nel 2007 per il Piemonte è presentata nel grafico seguente



• **Distribuzione delle interviste per orari/giorni**

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

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste nel 2007 per il Piemonte è presentata nel grafico seguente



APPENDICE 2. Utilizzo della pesatura

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

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

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

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

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

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

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

Il "Peso_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione ${}_i P_k$ (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2006) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte ${}_i \hat{p}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

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

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

e

$${}_i \hat{p}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-Reg}}$$

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

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}$$

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2007 in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali lo screening con il Pap-test, la vaccinazione antinfluenzale e la carta del rischio cardiovascolare, sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

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

Bibliografia

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

- Library of Australia Cataloguing in Publication data; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.latrobe.edu.au/aipc/projects/Surveillance/Audit.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
23. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2005 – 7 ottobre 2005; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop7ottobre2005.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
 24. Gruppo Profea/CNESPS – Workshop sui risultati dello studio trasversale PASSI 2006 – 11 ottobre 2006; Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/workshop11.asp>; ultima consultazione 30/08/07.
 25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR 1988;37(S-5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm>; ultima consultazione 30/08/2007.
 26. Perra A, Baldissera S, Binkin N. Il "salto" del PASSI da studio trasversale a sistema di sorveglianza di popolazione. BEN Notiziario ISS 2006;19(9). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/settembre/4.asp>; ultima consultazione 30/08/2007.
 27. Cheli E, Morcellini M. La centralità sociale della comunicazione. Da cenerentola a principessa. Milano: Franco Angeli; 2004.
 28. Lever F, Rivoltella PC, Zancchi A. La comunicazione. Il Dizionario di scienze e tecniche. Roma: LDC – Rai-Eri. 2002.
 29. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana., Roma: Astrolabio; 1971.
 30. Liam R, O'Fallon, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. Environmental health perspectives 2002;110, suppl. 2.
 31. Cattaneo C, Colitti S, De Mei B. Consapevole, competente, motivato. L'ABC dell'intervistatore. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;3:1-2.
 32. Perra A. La leadership per la sorveglianza PASSI: una sfida per ASL e Regioni. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI. 2007;3:3-4. Rapporti ISTISAN 07/30
 33. De Mei B. Attore protagonista il cittadino. PASSI-one La newsletter del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007;5:7-8.
 34. Zuanelli Sonino E. La competenza comunicativa. Torino: Boringhieri; 1981.
 35. Livosi M. Manuale di sociologia della comunicazione. Roma: La Terza; 2006.
 36. The American Association for Public Opinion Research. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 4th edition. Lenexa, Kansas: AAPOR; 2006.
 37. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001;50 (No. RR-13).
 38. Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute. Malattie cardiovascolari – Dimensioni del problema: fattori di rischio. Roma: CCM; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglioInterne.jsp?id=34&men=stili&label=cardio&lingua=italiano>; ultima consultazione: 30/08/2007
 39. Istituto Superiore di Sanità. Progetto CUORE – Le malattie cardiovascolari. Roma: ISS; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/malattie-cardio.asp>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 40. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) – Documento di indirizzo: Colesterolo. Le strategie preventive per la riduzione del rischio coronario. Roma: PNLG; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnlg.it/LG/005colest/4-strategie.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 41. Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003; 289(16):2083-93.
 42. Giampaoli S, Palmieri R, Mattiello A, Panico S. Definition of high risk individuals to optimise strategies for primary prevention of cardiovascular diseases. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005;15(1):79-85.
 43. Hense HW. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology 2004;33:235-9.
 44. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
 45. Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening. Milano: Inferenze scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.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; ultima consultazione: 30/08/2007.
 47. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.

48. AIRT Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. Epidemiologia & Prevenzione 2006(30) suppl. 2.
49. 12. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
53. 16. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore della mammella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
54. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional; ultima consultazione: 30/08/2007.
55. Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
56. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 42–57
57. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996–2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p 28–41.
58. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 58–71.
59. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. BEN–Notiziario ISS 2005;18 (11):i–ii.
60. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. Am J Prev Med 2002; 22 (4S):73–107.
61. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S):97–72.
62. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/costs among Medicare recipients. Obesity Research 2005 13, 1450–7.
63. Fifty–Seventh World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
64. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. 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; ultima consultazione: 30/08/2007.
68. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
69. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
70. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN Notiziario ISS 2006;19(9); v–vi.

71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyliving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
73. World Health Organization. Prevenire le malattie croniche un investimento vitale. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
74. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999–2000 Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003 Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003; Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005;54:RR-10.
79. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London: BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De Iuventute", Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519–30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm; ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– Alcolologia 2002;14 (2–3):109–17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo:

- http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESE%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 30/08/2007.
 97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.
 98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo:<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo:<http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. Eur J Public Health 2004;14:94–100.
 102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. BMJ 2004;328:947–9.
 103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds). L'epidemia del fumo in Italia. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
 104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1–11.
 105. Pacifici R., Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, 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; ultima consultazione: 30/08/2007.
 108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio “PASSI”. Insetto BEN 2006;19(1):i–ii. Disponibile all'indirizzo:<http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 109. Taggi F. et al “Sicurezza stradale: verso il 2010” in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 110. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003–2004). Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
 111. Taggi F. (Ed.). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – II rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20\(1–18\)%20SITO.1119430208.pdf](http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%20II%20(1–18)%20SITO.1119430208.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
 112. World Health Organization. Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 113. Task Force on Community Preventive Services. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. (Traduzione italiana). Epidemiologia e Prevenzione 2002;4(suppl.). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.

114. World Health Organization. A 5-year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva:WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/world-health-day/2004/en/final_strat_en.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003-2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/124257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, 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; ultima consultazione: 30/08/2007.
120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12-6. psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD-WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1-100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravalidi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year-prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226-34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170-6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99-105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859-63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749-56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030-2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen
132. Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55-67.
133. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375-83.
134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145-56.
135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411-22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277-82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831-7.

140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
142. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
143. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate and high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
144. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta–analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518–27.
145. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost–benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655–63.
146. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Service*, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
149. Fateh–Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. *Ben notiziario ISS*. 19(9):i–ii.
150. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003–2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894–1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
151. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. *JAMA* 1971;215(4): 600–8.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
153. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine–induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
154. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. *BEN Notiziario ISS* 2006;19(4):vii–viii.
155. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat; ultima consultazione 30/08/2007.
156. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” anno 2003*. Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
157. Taggi F. (Ed.) *La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population–based interventions for the prevention of fall–related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community–based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999–2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/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; 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.