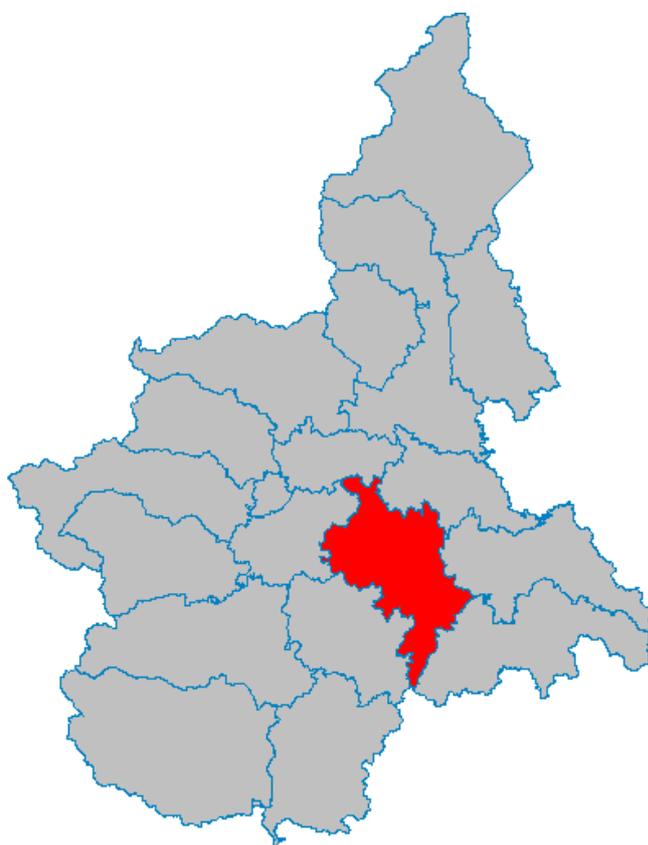


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008

ASL ASTI



A cura di:

Hanno contribuito alla realizzazione della sorveglianza:

- a livello nazionale:

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

- a livello regionale:

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

- a livello aziendale:

Campionamento

Servizi e Tecnologie Informatiche ASL AT:
Luca Figundio

Organizzazione e conduzione delle interviste

Coordinatori: Daniela Rivetti, Maurizio Oddone
Intervistatori: Nadia Abate, Antonella Carelli, Lucia Iannuzzi, Vittoria Iannuzzi, Anna Maria Musso

Elaborazione dati

Nadia Abate, Maurizio Oddone, Daniela Rivetti

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

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

INDICE

SINTESI DEL RAPPORTO AZIENDALE	2
OBIETTIVI	5
METODI	8
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE	10
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	13
ATTIVITA' FISICA	15
L'ABITUDINE AL FUMO	18
SITUAZIONE NUTRIZIONALE	23
ABITUDINI ALIMENTARI	28
IL CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	28
IL CONSUMO DI ALCOL	30
SICUREZZA STRADALE	34
INFORTUNI DOMESTICI	36
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE	40
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA	41
RISCHIO CARDIOVASCOLARE	43
IPERTENSIONE ARTERIOSA	43
COLESTEROLEMIA	47
CARTA E PUNTEGGIO INDIVIDUALE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE	50
DIAGNOSI PRECOCE NELLE NEOPLASIE DEL COLLO DELL'UTERO	52
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DELLA MAMMELLA	57
DIAGNOSI PRECOCE DELLE NEOPLASIE DEL COLON RETTO	62
SINTOMI DI DEPRESSIONE	67
BIBLIOGRAFIA	70

Sintesi del rapporto aziendale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale

Nella ASL AT è stato intervistato un campione casuale di 224 persone, selezionato dalla lista dell'anagrafe sanitaria dell'ASL. Il campione risulta ugualmente suddiviso tra uomini e donne, con età media di 44 anni. Circa la metà ha un livello di istruzione alto e il 67% dichiara di avere un lavoro regolare. Meno della metà del campione si dichiara esente da difficoltà economiche, mentre ben il 14% dichiara di averne molte, con prevalenza di sesso femminile. I determinanti di tipo sociale (istruzione e benessere economico) si sono dimostrati costantemente associati ad una maggior frequenza di fattori di rischio noti: sedentarietà, sovrappeso, stili di vita scorretti, minor adesione agli screening, ecc.

Percezione dello stato di salute

Oltre due terzi (69%) degli intervistati considera positivamente il proprio stato di salute. La percezione positiva del proprio stato di salute risulta associata alla giovane età, all'elevata istruzione e all'assenza di difficoltà economiche. Le donne lamentano più giorni in cattivo stato di salute e, per questo motivo, maggiori limitazioni nelle attività quotidiane.

Attività fisica

È completamente sedentario il 20% del campione e solo il 35% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. La sedentarietà è più frequente fra le donne e fra le persone socialmente svantaggiate. La percezione di adeguatezza dell'attività fisica svolta è scarsa: circa il 40% dei sedentari ritiene di fare sufficiente attività fisica. I medici si informano sull'attività fisica svolta e la consigliano solo in un terzo dei propri pazienti.

Abitudine al fumo

Il 24% degli intervistati si dichiara fumatore e il 18% ex fumatore. Fumano di più i maschi e le persone socialmente svantaggiate. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e il 41% dei fumatori ha cercato inutilmente di smettere nell'ultimo anno. Circa il 90% degli intervistati ritiene che il divieto di fumare sia sempre rispettato sul luogo di lavoro e nei locali pubblici. Non è consentito fumare nelle case di oltre il 70% degli intervistati. Il 21% dei fumatori dichiara di non aver ricevuto consigli dal proprio medico curante circa tale abitudine.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 29% del campione ASL è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 16%. L'eccesso ponderale è più frequente nelle classi sociali più disagiate e nel sesso maschile. Il sovrappeso è trattato nel 45% dei casi con dieta e il 40% ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario. Il rischio per la salute connesso al sovrappeso non pare correttamente percepito.

Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 10% aderisce alle raccomandazioni internazionali di consumarne cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.

Consumo di alcol

Il 58% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche e complessivamente il 12% ha abitudini di consumo considerate a rischio (il 5% beve fuori pasto, il 6% è bevitore "binge" e il 4% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol nel 18% dei casi, ma nessun bevitore a rischio ha ricevuto il consiglio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale

L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: l'89% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 30% degli intervistati. Il 6% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 10% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Infortuni domestici

Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, è scarsa: l'86% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. Meno di un terzo degli intervistati (29%) ha ricevuto, principalmente da mass media e opuscoli, informazioni per prevenire gli infortuni domestici. Tra i soggetti informati, il 29% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale

Solo una piccola parte 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

Circa la metà delle donne tra 18 e 49 anni è immune alla rosolia per aver fatto la vaccinazione o superato la malattia, ma il 48% non conosce il proprio stato immunitario, facendo pertanto ritenere che il numero di donne suscettibili sia ancora lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita.

Rischio cardiovascolare

Si stima che il 13% della popolazione ASL tra i 18 e 69 anni non abbia mai controllato la pressione arteriosa. Tra coloro che l'hanno misurata circa il 17% riferisce di essere iperteso e l'85% degli ipertesi è in trattamento farmacologico.

Una persona su quattro (27%) dichiara di non aver mai controllato il colesterolo. Tra coloro che hanno fatto l'esame, circa un quarto (27%) dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi ultimi, il 18% dichiara di essere in trattamento farmacologico.

Solo il 7% degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un medico ha valutato il loro rischio cardiovascolare attraverso l'uso del "punteggio" o della "carta del rischio", nonostante tale strumento rappresenti un semplice ed importante mezzo per la comunicazione del rischio.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Il 72% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un Pap test negli ultimi tre anni, ma il 15% non ne ha mai fatto uno nel corso della sua vita. La convocazione tramite lettera raggiunge il 71% delle candidate intervistate. Non avere ricevuto il consiglio è il principale motivo riferito per non effettuare il Pap test nei tempi previsti dal programma di screening. Elevata la percentuale di donne che ha eseguito il Pap test fuori del programma di screening.

Screening neoplasia della mammella

Il 59% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia preventiva; l'esame è eseguito di più dalle donne di condizione socioeconomica più agiata. Il 19% non ne ha mai fatta una nel corso della sua vita e la principale motivazione consiste nel ritenere di non avere bisogno di questo intervento di prevenzione secondaria o nel non avere ricevuto il consiglio. Elevato il numero di mammografie eseguite al di fuori del programma regionale e anche al di fuori della fascia di età raccomandata.



Screening tumore del colon retto

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 16% degli ultracinquantenni riferisce di avere eseguito un esame per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto (ricerca del sangue occulto nelle feci o flessosigmoidoscopia o colonscopia).

Sintomi di depressione

Il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne, le persone con difficoltà economiche o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. Il 40% di coloro che riferiscono sintomi di depressione, per questi problemi non chiede l'aiuto di nessuno

Obiettivi

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione piemontese di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi 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 quale.

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale AT, aggiornate al 31.12.2006 (complessivamente 136.295 persone). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità. Nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, sono state effettuate in totale 224 interviste.

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

Interviste

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

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

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

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

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo; il 20% degli intervistatori ha utilizzato metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

Analisi delle informazioni

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelle delle 22 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata presente nei grafici esprime l'IC95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

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

Etica e privacy

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

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

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

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

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

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

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

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

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

Descrizione del campione aziendale

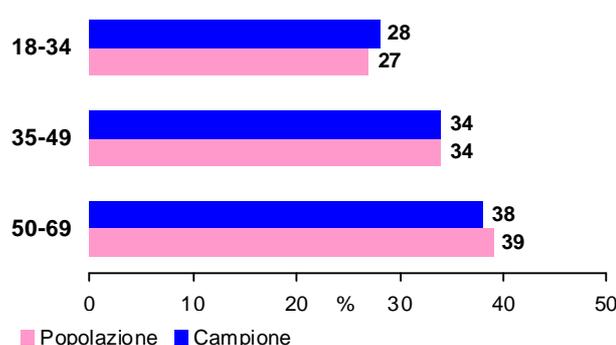
La popolazione in studio è costituita da 136.295 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2006 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL AT. Sono state intervistate 224 persone in età 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'80% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. 45 delle persone campionate sono state sostituite perché non erano eleggibili. il tasso di sostituzione¹ è stato del 16%; il tasso di risposta² è stato dell'84% e quello di rifiuto³ del 6% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

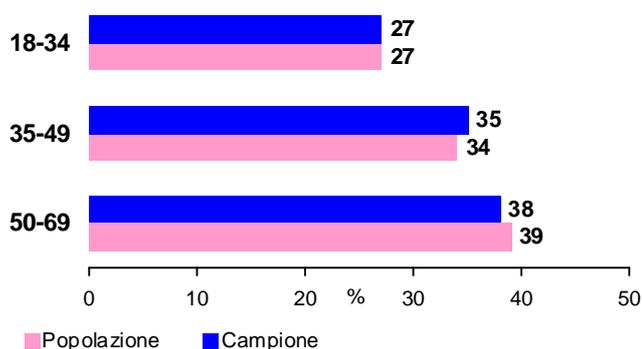
L'età e il sesso

- Nella ASL AT il 50% del campione intervistato (224 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 44 anni.
- Il 28% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 38% in quella 50-69.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli uomini
ASL AT (n=112)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL AT (n=112)



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

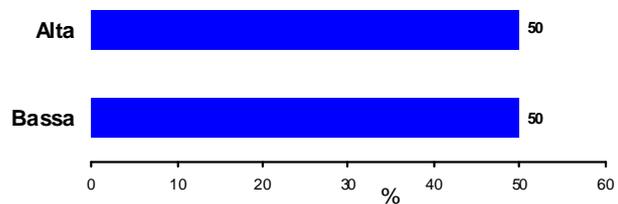
² Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

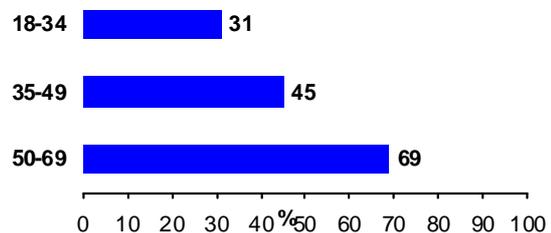
Il titolo di studio

- Nella ASL AT il 50% del campione ha un livello basso di istruzione (nessuna istruzione, licenza elementare o media inferiore). Le donne hanno un livello di istruzione uguale agli uomini.
- L'istruzione è fortemente dipendente dall'età; infatti nella classe d'età più avanzata si trovano livelli d'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.

Campione per livello di istruzione
ASL AT (n=224)



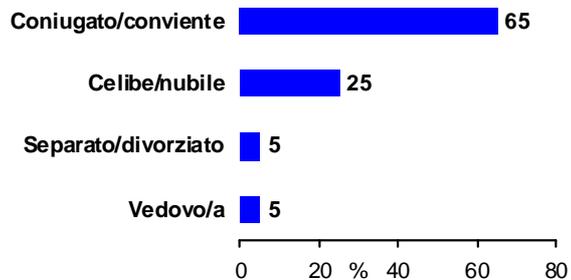
Prevalenza di scolarità bassa per età
ASL AT- (n=224)



Lo stato civile

- Nella ASL AT i coniugati/conviventi rappresentano il 65% del campione, i celibi/nubili il 25%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi/e il 5%.

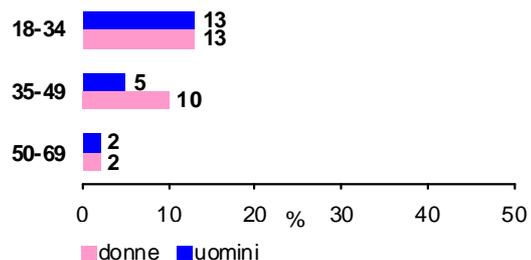
Campione per categorie stato civile
ASL AT (n=224)



Cittadinanza

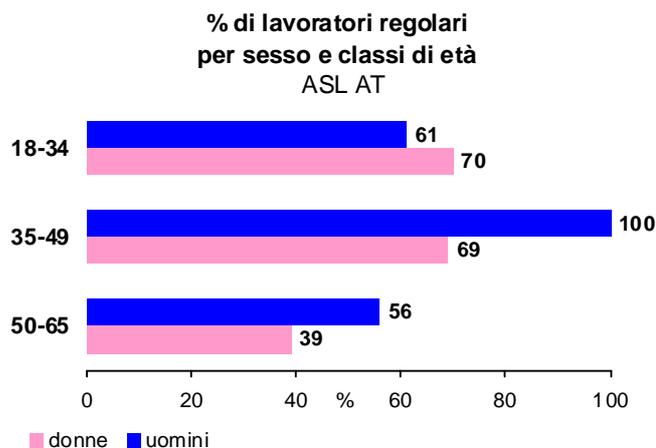
- Nella ASL AT il 93% del campione intervistato è italiano, il 7% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani, ad esempio solo il 2% dei 50-69 anni sono stranieri. Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

% di stranieri per sesso e classi di età
ASL AT



Il lavoro

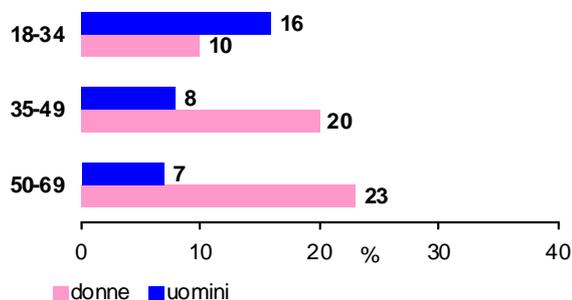
- Nella ASL AT il 67% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno “occupate” rispetto agli uomini (60% contro 73%). Gli intervistati tra i 35 e i 49 anni riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi.



Difficoltà economiche

- Nella ASL AT il 14% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 38% qualche difficoltà, il 48% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (19% contro 10%), è soprattutto la classe 50-69 anni che riferisce molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età ASL AT (n=224)



Conclusioni

Il campione nella ASL AT è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi alla popolazione aziendale.

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

Percezione dello stato di salute

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

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?

Stato di salute percepito positivamente*
ASL AT (n=224)

- Nella ASL AT il 69% degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il 29% riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e rispondono bene o molto bene:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

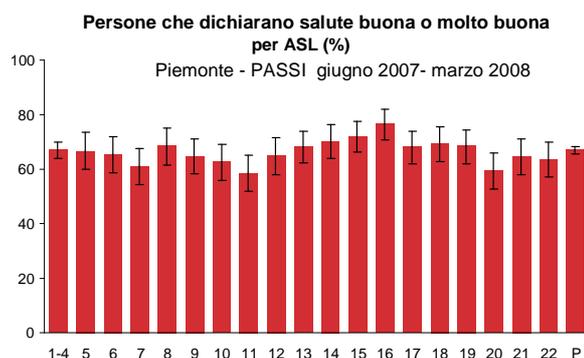
Caratteristiche	%
Totale	68,8 (IC95%: 62,2-74,8)
Età	
18 - 34	85,2
35 - 49	71,4
50 - 69	54,7
Sesso	
uomini	75,9
donne	61,6
Istruzione	
bassa	60,2
alta	77,5
Difficoltà economiche**	
sì	62,1
no	75,7
Patologia severa***	
presente	39,4
assente	73,8

* persone che hanno risposto bene o molto bene alla domanda

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

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

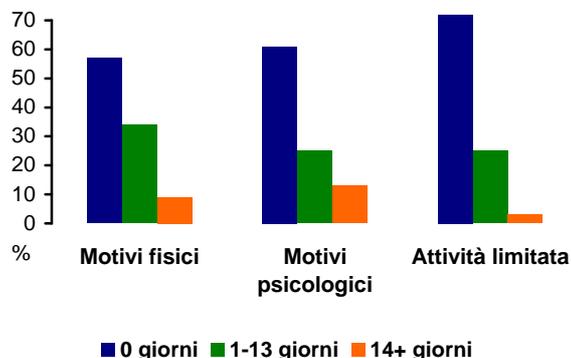
- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range dal 56% dell' ASL 11 al 78% dell'ASL 16).



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

- Nella ASL AT la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (57% in buona salute fisica, 61% in buona salute psicologica e 72% senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese il 9% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, il 13% per motivi psicologici e solo il 3% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica.
- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute è 3,5 per motivi fisici, 4 sia per motivi psicologici, mentre le attività abituali sono limitate per 1,5 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici (in maniera statisticamente significativa), e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL AT



Giorni in cattiva salute percepita
ASL AT -

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

Conclusioni e raccomandazioni

2/3 del campione intervistato considera positivamente il proprio stato di salute. L'analisi dei dati rivela valori in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

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

Attività fisica

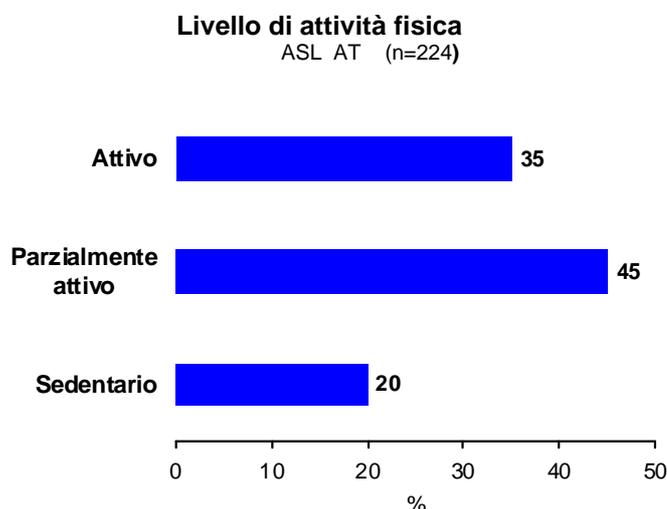
L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Inoltre si stima che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità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

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

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

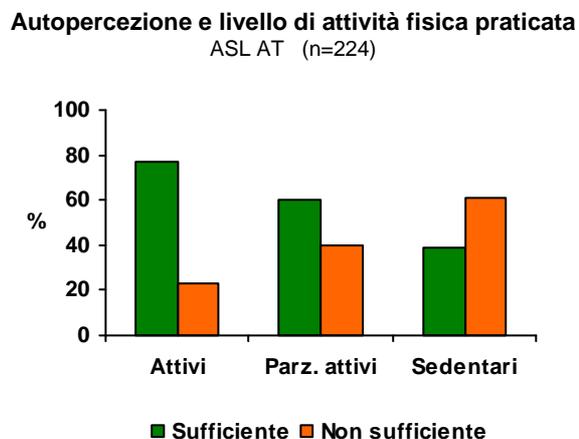
Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL AT il 35% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 45% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 20% è completamente sedentario.



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- E' interessante notare come nelle ASL AT il 39% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Tra l'insieme delle altre ASL piemontesi partecipanti, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 31%; tale percentuale è del 73% tra i soggetti attivi e del 48% tra i parzialmente attivi.



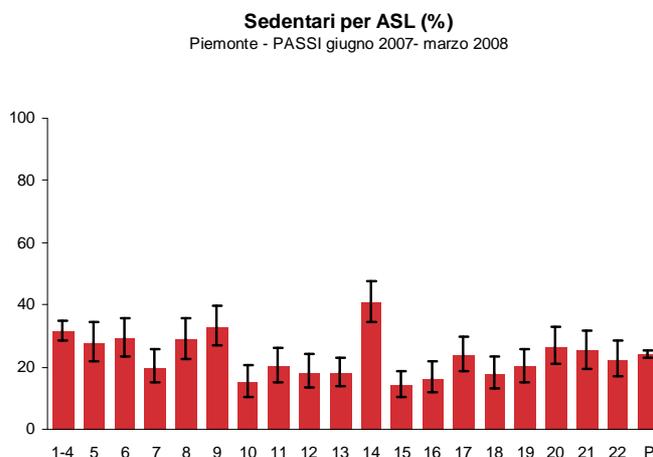
Chi fa poca o nessuna attività fisica?

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

Sedentari ASL AT (n=224)	
Caratteristiche	%
Totale	20,1 (IC95%: 15,0-25,9)
Classi di età	
18 - 34	14,8
35 - 49	14,3
50 - 69	29,1
Sesso	
uomini	18,8
donne	21,4
Istruzione*	
bassa	26,5
alta	13,5
Difficoltà economiche	
sì	24,1
no	15,9

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

- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo emergono alcune differenze statisticamente significative, per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie. Particolarmente elevato il valore dell' ASL 14 (40%); senza di esso il range va comunque dal 13% dell'ASL 15 al 31% dell' ASL 6.

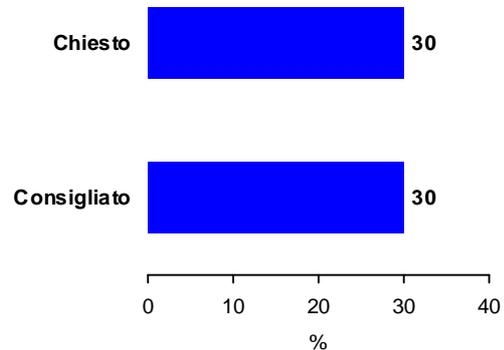


Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

- Nella ASL AT solo il 30% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 30% dei casi.
- Tra le altre ASL piemontesi partecipanti al sistema il 32% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 29% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

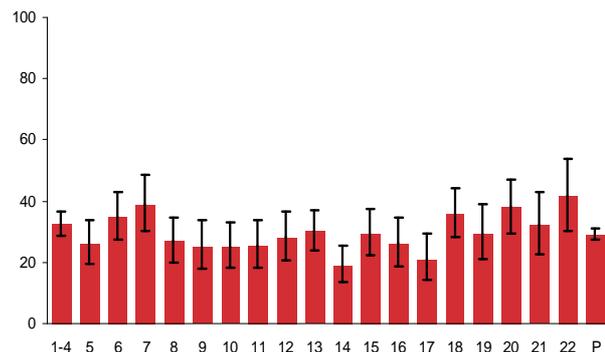
ASL AT- Passi 2007



- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze anche statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone consigliata dal medico di fare attività fisica regolare, (range dal 18% al 42%). I valori di alcune ASL si discostano significativamente da quelle regionali.

Persone consigliate dal medico di fare attività fisica per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL AT il 35% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 20% delle persone fa poco o per niente esercizio fisico. I dati sono sovrapponibili a quelli medi regionali.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le persone anziane, nelle donne e nelle persone con bassa istruzione e difficoltà economiche.

Solo nel 30% 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 "decisori" che rendano il contesto locale più favorevole alla diffusione di questo fattore di protezione della salute.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce. L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente maggiore, si è in questi anni progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

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

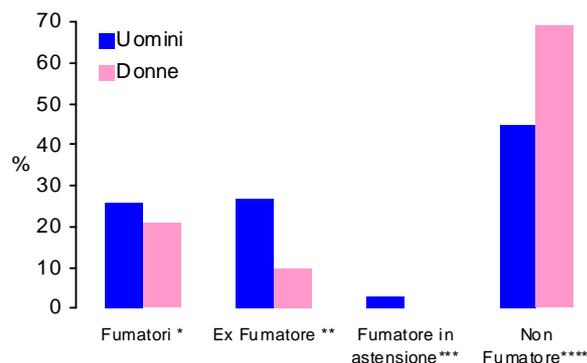
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare.

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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Nella ASL AT i fumatori sono pari al 24%, gli ex fumatori al 18%, e i non fumatori al 57%. A questi si aggiungono 3 persone (1,3%), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati ancora fumatori, secondo la definizione OMS)
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (26% versus 21%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (69% versus 45%).
- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori (anche se il range va dal 21% al 32%). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.
- tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%.

Abitudine al fumo di sigaretta
ASL AT (n=224)



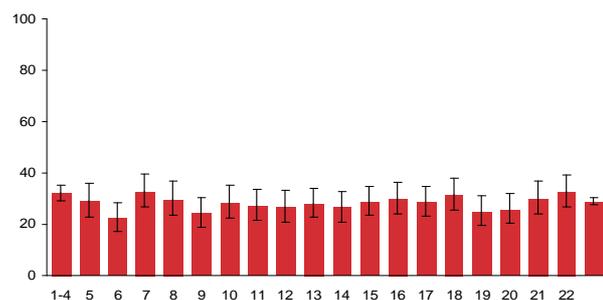
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

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

***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

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

Persone che fumano
per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte di fumatori tra la fascia media 35-49 anni, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.
- I fumatori, che fumano quotidianamente, fumano in media 12 sigarette al giorno. Tra loro il 4% dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta 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%)

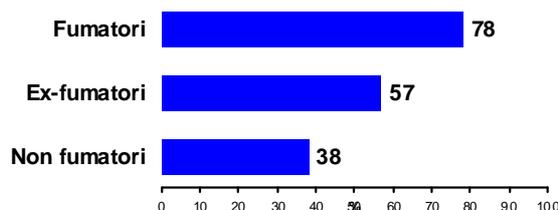
Fumatori ASL AT (n=224)		
Caratteristiche demografiche		% Fumatori*
Totale		25,0 (IC95%: 19,5-31.2)
Età, anni	18 - 34	27,9
	35 - 49	31,2
	50 - 69	17,4
Sesso ^	M	28,6
	F	21,4
Istruzione**	bassa	25,7
	alta	24,3
Difficoltà economiche	si	25,9
	no	24,3

* Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: scuola media superiore, laurea

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

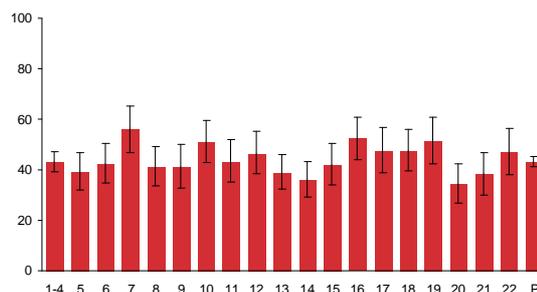
- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, poco più di un intervistato su tre (52%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 78% dei fumatori, il 57% degli ex fumatori e il 38% dei non fumatori.
- Tra le ASL della Regione emergono alcune differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo (range dal 59% al 36%)
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% e tra i fumatori del 65%.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo
ASL AT - Passi, 2007 *



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

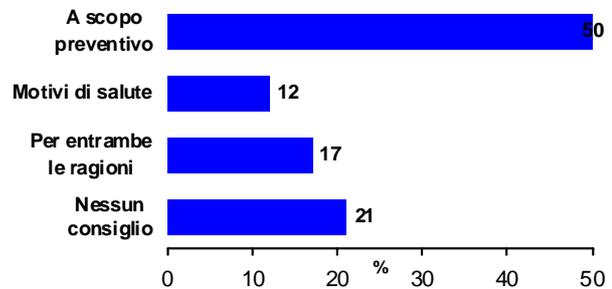
Persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- il 79% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (50%)
- il 21% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 60%)

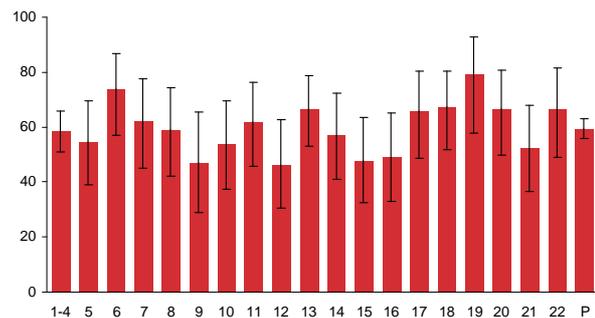
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ASL AT *



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

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

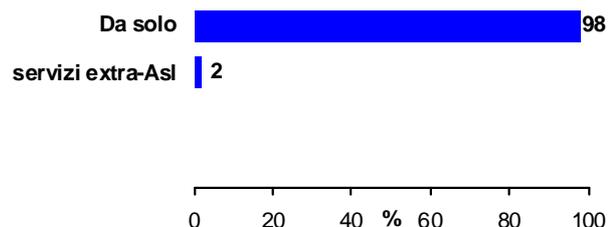
Fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Fra gli ex fumatori il 98 % ha smesso di fumare da solo e l' 2 % riferisce di aver fruito di servizi extra Asl (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 96%).
- anche i dati relativi alle ASL partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli (il 95%).
- Il 41 % degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, di questi il 4% con l'aiuto di farmaci o cerotti ed il 96% da solo.

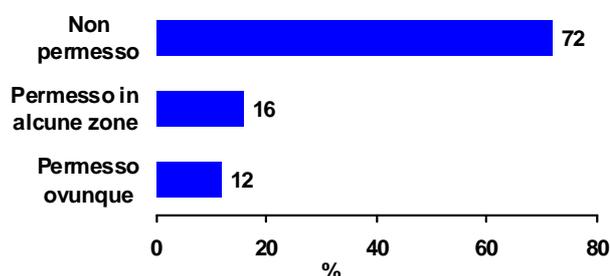
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori ASL AT



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 72% degli intervistati dichiara che non fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 28% dei casi fuma ovunque (12%) o in alcune zone (16%).

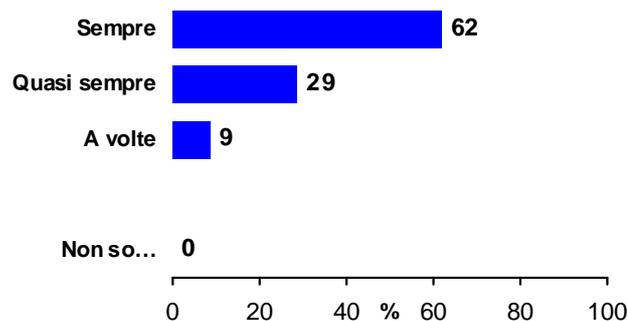
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa
ASL AT



L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- le persone intervistate che hanno frequentato negli ultimi 30 giorni locali pubblici riferiscono, nel 91% dei casi, che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 9% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nei luoghi pubblici è del 84%

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici (n = 203 intervistati)
ASL AT *

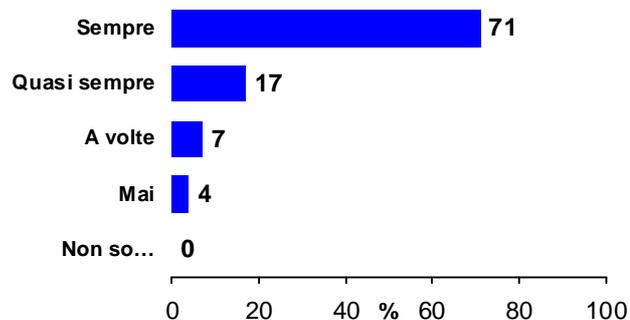


* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

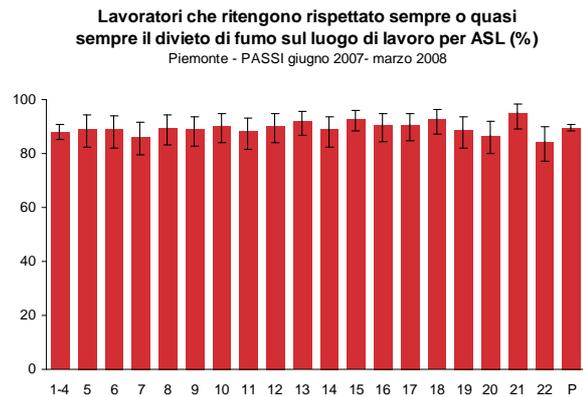
- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 88% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 12% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI la percentuale di coloro che ritengono rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è del 85%

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro (n = 134 lavoratori) *
ASL AT



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

- Nelle 22 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dal 82% al 94%). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.



Conclusioni e raccomandazioni

Anche nella ASL AT l'abitudine al fumo continua ad essere diffusa (24%) ed a interessare più gli uomini (26%) che le donne (21%). La diffusione è elevata anche tra i più giovani (18-34 anni), tra i quali il 28% riferisce di essere fumatore.

L'interesse a questo fattore di rischio da parte degli operatori sanitari deve essere incrementato, dal momento che a un fumatore su 5 non è stato richiesto nulla circa la sua abitudine né gli è stato consigliato 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 il 12% degli intervistati dichiara che è possibile fumare in qualsiasi stanza della propria abitazione.

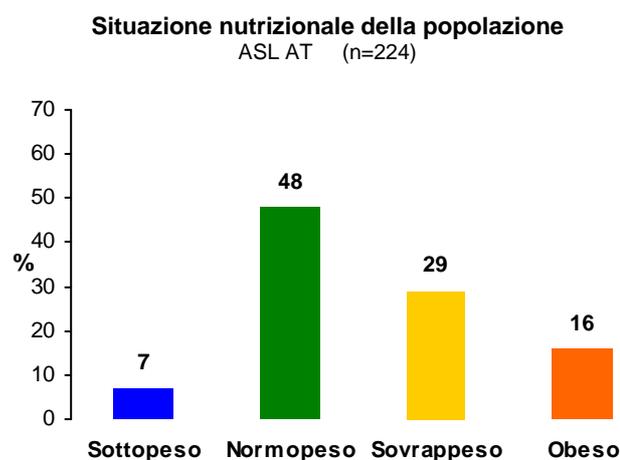
Situazione nutrizionale

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

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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL AT il 7% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 48% normopeso, il 29% sovrappeso e l'16% obeso.
- Complessivamente si stima che il 45% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



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

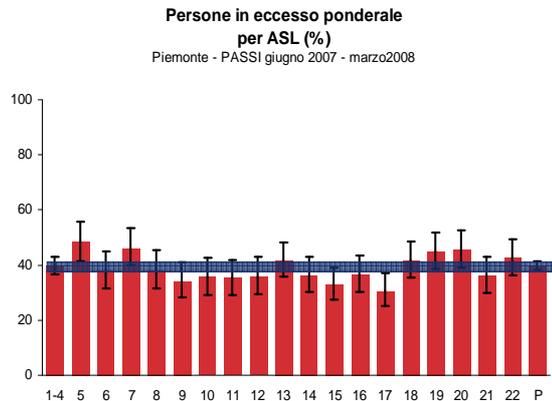
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (60% vs 30%) e nelle persone con basso livello di istruzione, con differenze tutte statisticamente significative.

Eccesso ponderale
ASL AT (n=224)

Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	45,1 (IC95% 38,5-51,9)
Classi di età	
18 - 34	29.5
35 - 49	42.9
50 - 69	58.1
Sesso	
uomini	59.8
donne	30.4
Istruzione*	
bassa	61.1
alta	28.8
Difficoltà economiche	
sì	50.0
no	39.3

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

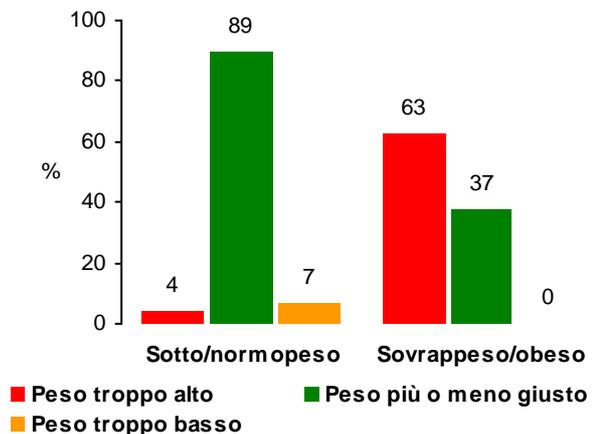
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte emergono differenze anche statisticamente significative (range dal 48% dell'ASL 5 al 27% dell'ASL 17) che mostra un evidente differenza anche con i limiti regionali.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza presenta un eccesso ponderale (32% è in soprappeso e il 11% è obeso).



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

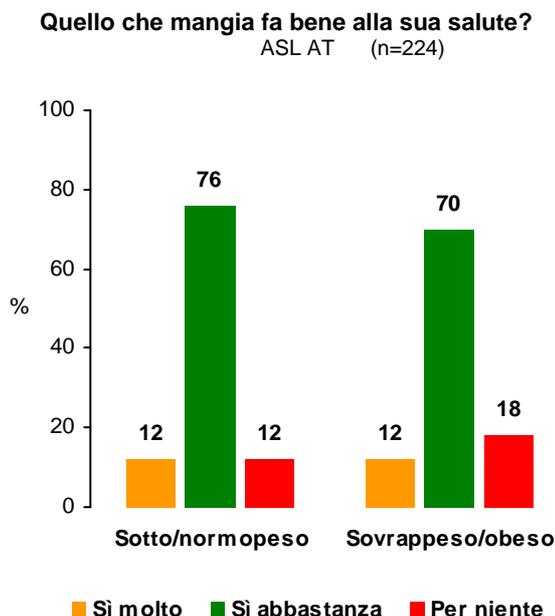
- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ASL AT la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.
- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI nei sotto/normopeso (89%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 63% ha una percezione coincidente.
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 86% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 96% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 18% rispetto al 48% degli uomini.

Percezione della propria situazione nutrizionale
ASL AT (n=224)



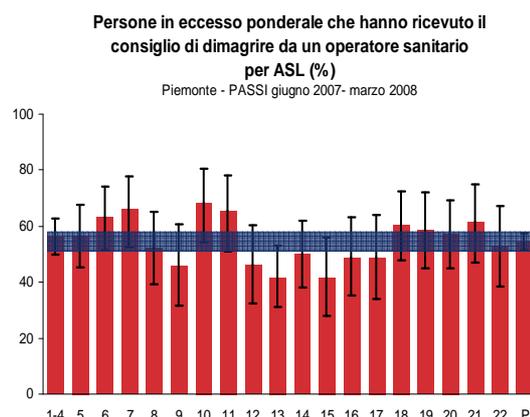
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL AT mediamente l'86% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare: il 76% dei sottopeso/normopeso, il 70% dei sovrappeso/obesi.



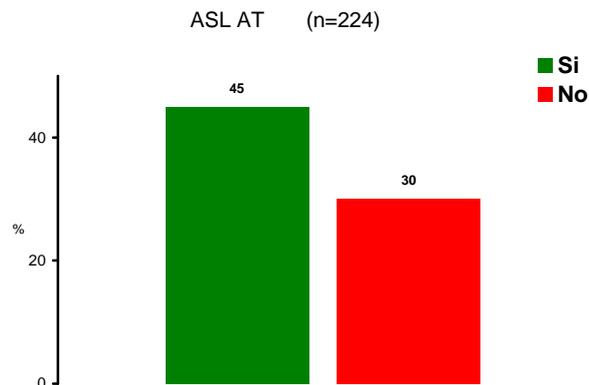
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASL AT il 59% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 41% delle persone in sovrappeso e il 83% delle persone obese.
- Nelle 22 ASL della Regione 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% al 76%): tuttavia nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale, e inoltre le differenze vanno considerate con cautela per la bassa numerosità del campione.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario è risultata pari al 48% delle persone in sovrappeso e il 81% degli obesi.



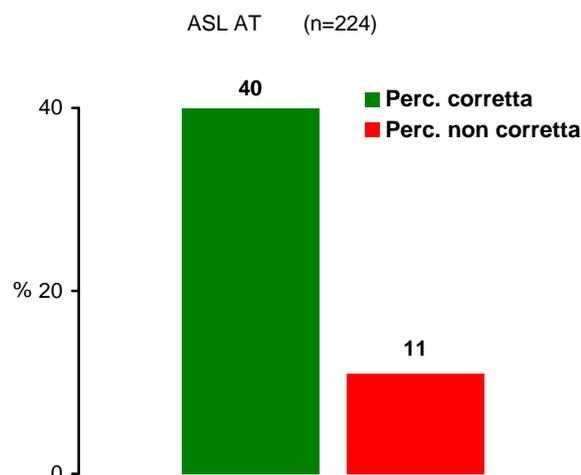
- Solo il 45% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

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



- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (47% vs il 21% degli uomini)
 - negli obesi (40% vs il 23% dei sovrappeso)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (45% vs 30%)
 - nelle persone in sovrappeso (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come "troppo alto" (40% vs il 11% di coloro che ritengono il proprio peso "giusto")

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



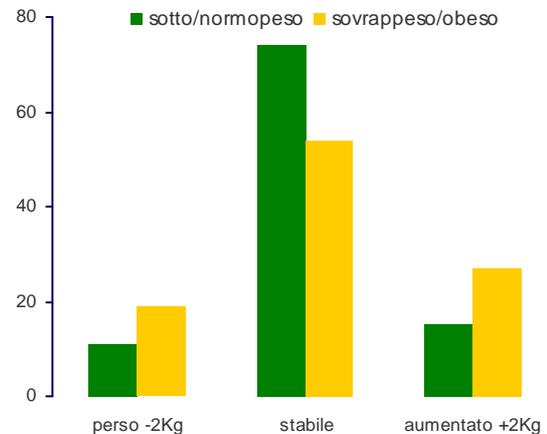
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- Nella ASL AT il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario.
- Il 40% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e il 54% di quelle obese.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL AT il 40% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
 - La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è così suddivisa:
 - il 18% nella fascia d'età 50-60 anni
 - il 17% nella fascia d'età 39-49 anni
 - il 24% nella fascia d'età 50-69 anni
- Nelle persone in eccesso ponderale
- il 27% nei sovrappeso obesi,
 - il 15% dei normopeso- sottopeso.
- Emergono differenze tra donne (25%) e uomini (15%).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL AT (n=224)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT l'eccesso ponderale è molto diffuso (45% del campione) e costituisce un problema di salute pubblica rilevante. Penalizzate le persone più anziane, gli uomini e le classi sociali più disagiate.

Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 63% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 30% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (77%).

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

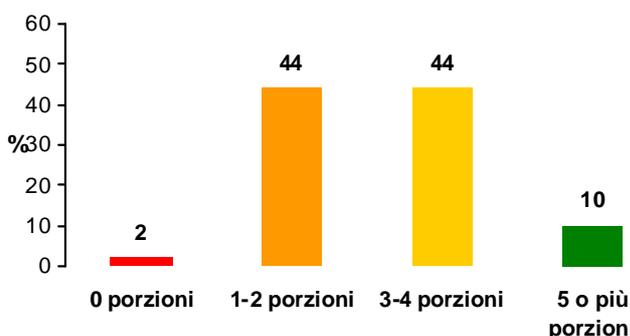
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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

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

- Nella ASL AT il 44% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'10% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 44% mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL AT (n=224)



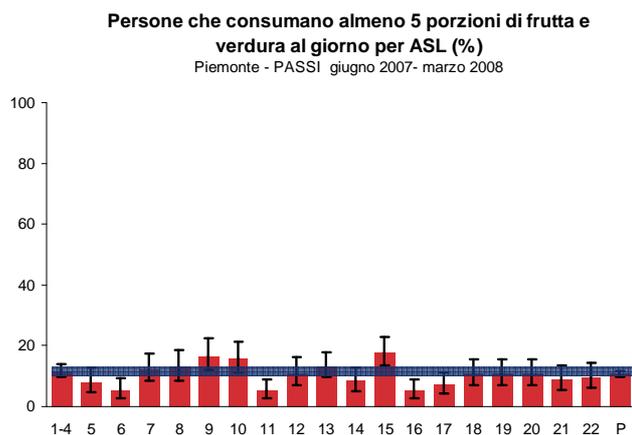
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (15%), tra le donne (12%) e, pare, tra le persone con basso livello d'istruzione (11%) e condizione economica bassa (12%). Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone normopeso.

Consumo di frutta e verdura ASL AT (n=224)		Adesione al "5 a day"*** (%)
Caratteristiche		Totale
		10.7 (IC95% 7.0 15.5)
Classi di età		
	18 - 34	8.2
	35 - 49	7.9
	50 - 69	15.1
Sesso		
	uomini	9.8
	donne	11.6
Istruzione**		
	bassa	11.5
	alta	9.9
Difficoltà economiche		
	sì	12.1
	no	9.3
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	11.4
	sovrappeso/obeso	9.9

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

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

- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte i dati PASSI 2007 rilevano differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al “5 a day” (range dal 5% al 21%).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale l’adesione al five a day è risultata del 10%.



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo l’10% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un’efficace prevenzione delle neoplasie.

Consumo di alcol

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

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

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

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

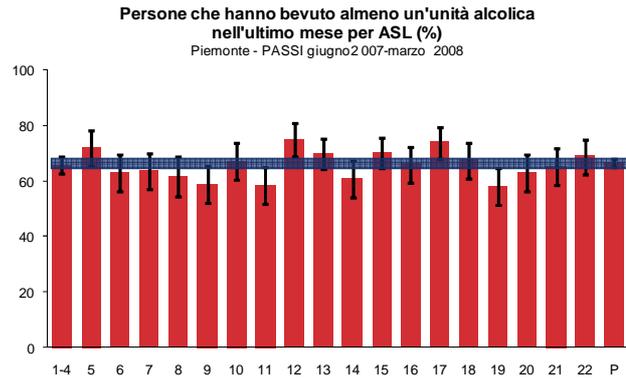
Quante persone consumano alcol?

- Nella ASL AT la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 58%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 45-49. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini.
- Il 58% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 42% prevalentemente durante il fine settimana.

Caratteristiche	Consumo di alcol (ultimo mese)	
	ASL AT (n=224)	
	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*	
Totale	58,2 (IC95%:51,4-64,8)	
Classi di età	18 - 34	55,0
	35 - 49	61,3
	50 - 69	57,6
Sesso	uomini	78,7
	donne	38,4
Istruzione**	bassa	53,6
	alta	63,0
Difficoltà economiche	sì	48,2
	no	69,2

* una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

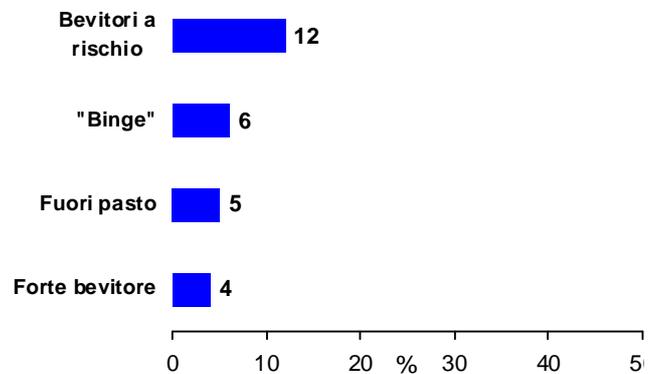
- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative (range dal 58% al 76%).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



Quanti sono bevitori a rischio?

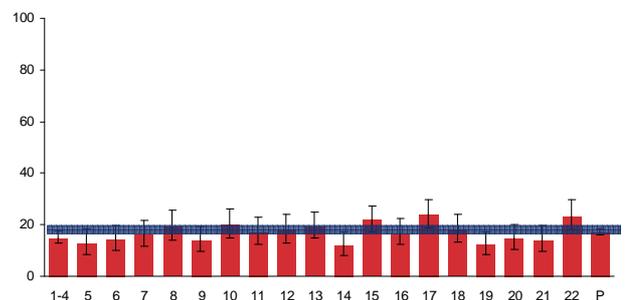
- Complessivamente il 12% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 5% della popolazione riferisce di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- Il 6% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 4% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle 22 ASL della Regione con campione rappresentativo, il range relativo alla percentuale di bevitori a rischio varia dal 12% al 24%. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo "binge", 8% consumo fuori pasto)

Bevitori a rischio* per categorie ASL AT



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

Bevitori a rischio per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008


Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda il 6% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso, dal punto di vista statistico, tra i giovani e solo negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione.

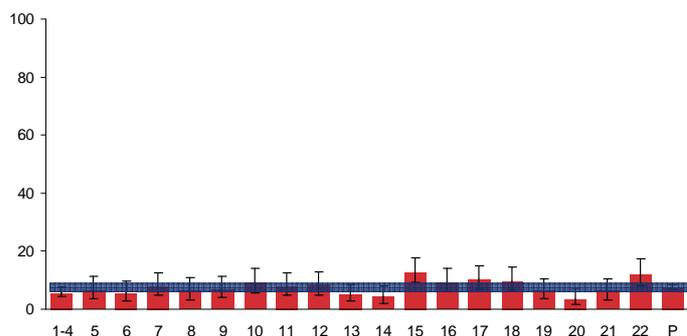
Consumo “binge” (ultimo mese) ASL AT (n=224)	
Caratteristiche	% bevitori “binge”*
Totale	6,4 (IC95%: 3,5-10,5)
Classi di età	
18 - 34	5,0
35 - 49	4,1
50 - 69	9,4
Sesso	
uomini	13,0
donne	0,0
Istruzione**	
bassa	6,3
alta	6,5
Difficoltà economiche	
sì	3,6
no	9,3

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

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

- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di bevitori “binge” va dal 5% al 12%. Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.

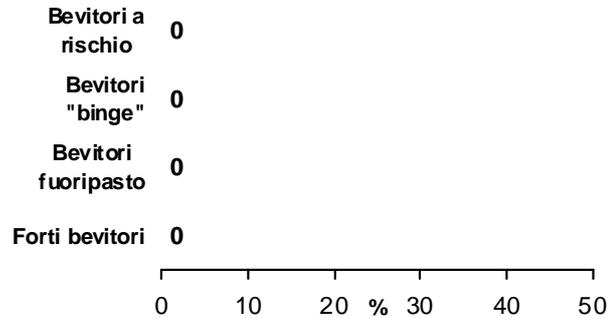
**Bevitori “binge”
per ASL (%)**
Piemonte - PASSI giugno 2007-marzo 2008



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

- Nella ASL AT solo il 18% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra i bevitori a rischio che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, nessuno ha ricevuto consiglio di bere meno.
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra differenze anche statisticamente significative (range dall' 11% al 45%).
- Tra le ASL partecipanti 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 un operatore sanitario.

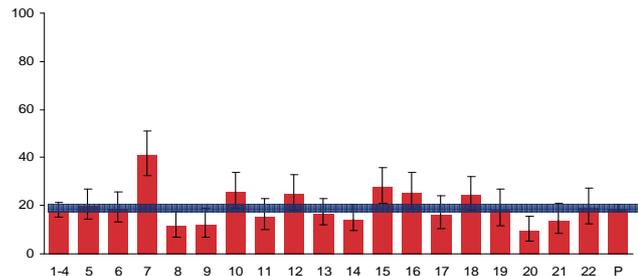
% bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (esclusi quelli che non son stati dal medico negli ultimi 12 mesi)
ASL AT (n=157)



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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT si stima che il 58% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa il 12% abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

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

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

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

Sicurezza stradale

Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2006 si sono verificati in Italia oltre 238.124 incidenti stradali con 5.669 morti e 332.955 feriti. Pesante anche il carico sociale e sanitario: sono imputabili agli incidenti stradali annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 20.000 casi di invalidità. (fonte ISTAT 2007) Nella regione Piemonte nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 14.871 con 404 morti e 22.047 feriti (fonte ISTAT 2007).

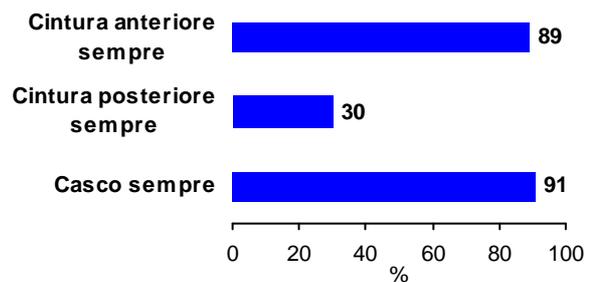
Gli incidenti stradali sono spesso provocati dall'alcol: si stima che in Italia oltre un terzo della mortalità per questa causa sia provocata dalla guida in stato di ebbrezza. La prevenzione degli incidenti stradali deve basarsi su un approccio integrato orientato tra l'altro a ridurre la guida sotto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

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'89%, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (30%)
- Nella ASL AT tra le persone che vanno in moto o in motorino il 91% riferisce di usare sempre il casco
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte si osservano differenze anche statisticamente significative: per la cintura anteriore range dal 77% al 94%, per quella posteriore range dal 16% al 40%. Alcune ASL si differenziano significativamente dai valori regionali.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è simile al dato regionale, essendo del 82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore.

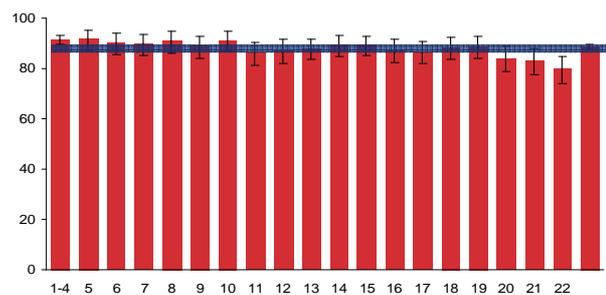
Uso dei dispositivi di sicurezza

ASL AT



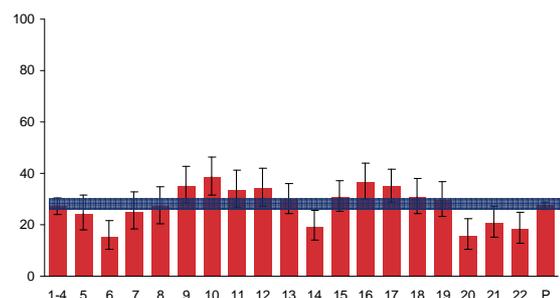
Persone che usano la cintura anteriore sempre per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 6% 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 11%; questa abitudine sembra essere più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone senza difficoltà economiche.
- Il 10% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava sotto l'effetto dell'alcol.
- Tra le diverse ASL della Regione con campione rappresentativo, emerge una differenza statisticamente significativa solo riguardo agli estremi dell'intervallo, che varia dal 6% dell'ASL9 al 26% dell'ASL 7.
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, valore che non si discosta in modo significativo sul piano statistico dal valore regionale.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*

ASL AT (n=123)

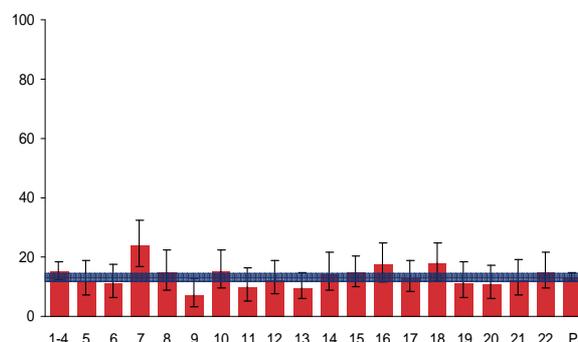
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	11,4% (IC95%: 6,4 18,4)
Classi di età	
18-34	3,2
35 - 49	13,3
50 - 69	14,9
Sesso	
uomini	17,1
donne	0,0
Istruzione	
bassa	27,4
alta	9,8
Difficoltà economiche	
sì	7,8
no	13,9

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

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT si registra un livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza non ancora sufficiente, in particolare per l'utilizzo della cintura di sicurezza sui sedili posteriori.

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

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

Infortunati domestici

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

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

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

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

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

- Nella ASL AT la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 86% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare gli uomini hanno una percezione del rischio superiore alle donne, non si evidenziano invece particolari differenze per classi di età, e istruzione. Le persone con molte difficoltà economiche hanno una più bassa percezione del rischio rispetto a chi ne ha meno. La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) influenza la percezione del rischio.

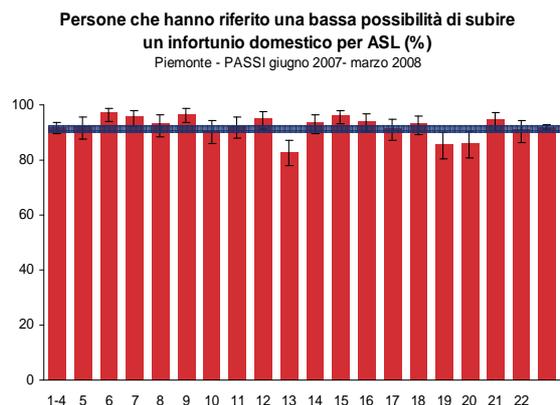
Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL AT (n=224)	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	85,7 (IC 95%: 80,4,-90,0)
Età	
18 - 34	82,0
35 - 49	88,3
50 - 69	86,0
Sesso	
Uomini	90,2
Donne	81,3
Istruzione**	
bassa	86,7
alta	84,7
Difficoltà economiche	
si	79,3
no	92,5
Persone potenzialmente a rischio ***	
si	79,2
no	88,8

*possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

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

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

- Nelle varie ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative per la percentuale di rischio di infortunio domestico, (range dal 85% al 98%).
- Nelle pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è del 91%.



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

- Nella ASL AT solo il 29% 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 uguali si hanno in entrambi i sessi, mentre è più bassa tra coloro che non hanno alcuna istruzione o elementare.

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
ASL AT (n=224)

Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	29,5 (IC 95%: 23,6-35,9)
Età	
18 - 34	27,9
35 - 49	22,1
50 - 69	37,2
Sesso	
Uomini	29,5
Donne	29,5
Istruzione*	
bassa	28,3
alta	30,6
Difficoltà economiche	
si	31,0
no	28,0
Persone potenzialmente a rischio**	
si	23,6
no	32,2
Percezione del rischio	
alta	31,3
bassa	29,2

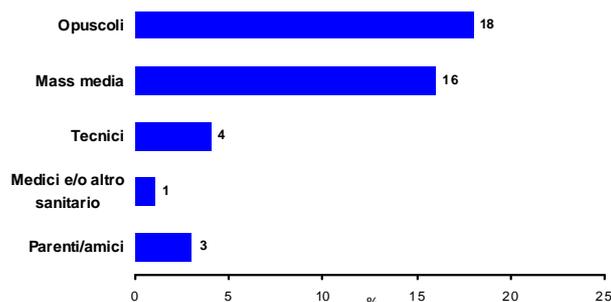
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media (34% di tutti gli intervistati), meno il personale sanitario o i tecnici.

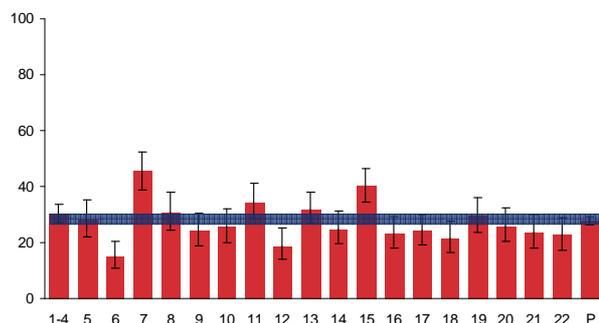
Fonti di informazione

Regione Piemonte - ASL AT (n = 224)



- Nelle ASL della regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi (range dal 15% dell' ASL 6 al 51% dell' ASL 7).
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni è del 28%.

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



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

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
ASL AT (n=66) -

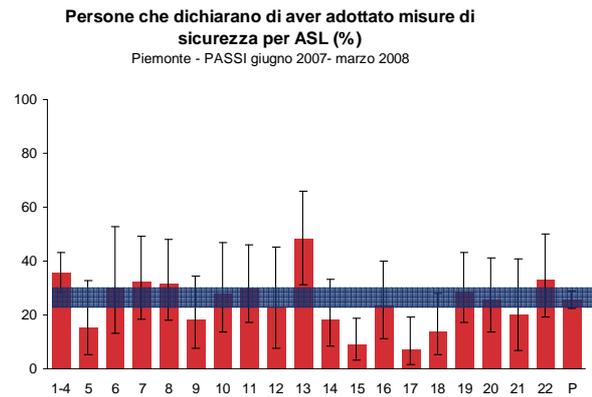
- Nella ASL AT tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni il 29% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive risulta maggiore tra chi ha un'alta percezione del rischio.

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	28,8 (IC 95%: 17,1 -43,1)
Età	
18 - 34	23,1
35 - 49	22,2
50 - 69	33,3
Sesso	
Uomini	37,5
Donne	21,4
Istruzione*	
bassa	33,3
alta	24,0
Difficoltà economiche	
si	30,0
no	27,3
Persone potenzialmente a rischio **	
si	50,0
no	23,8
Percezione del rischio	
alta	55,6
bassa	23,3

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

**si: presenza di anziani e/o bambini

- Nelle ASL della regione con campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive, se non tra la ASL 17, quella con valore più basso (15%) e l'ASL 13 (52%).
- Nelle pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive 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 nella Regione Piemonte le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante una persona su cinque abbia subito un infortunio domestico, generalmente però di lieve entità.

È necessario tuttavia considerare che i gruppi di popolazione più facilmente soggetti agli incidenti domestici (bambini e anziani) non rientrano nel gruppo di età campionato dal PASSI e pertanto la stima degli incidenti fatta dallo studio può rivelarsi molto inferiore alla realtà.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti, in gran parte sono state ricevute da mass media. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un terzo 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.

Si evidenzia quindi la necessità di una maggiore attenzione al problema, come in effetti previsto dal piano di prevenzione regionale recentemente approvato, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive e di un sistema di misura nel tempo dell'efficacia di tali interventi.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). Si stima, che, nei paesi industrializzati, la mortalità per influenza rappresenti la terza causa di morte per malattie infettive.

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

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

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

- Nella ASL AT il 9% delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata.
- Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie del Ministero della Salute
- Tra le ASL partecipanti (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del 13%.
- La percentuale sale al 28% nelle persone con meno di 65 anni con almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 (18-64 anni) ASL AT (n=65)

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	9.2 (IC95%:3.5- 19.0)
Età	
18-34	5,6
35-49	7,7
50-64	14,3
Sesso	
uomini	6,3
donne	12,1
Istruzione*	
bassa	9,4
alta	9,1
Difficoltà economiche	
sì	9,1
no	9,4

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

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le indicazioni emanate annualmente dal ministero della Salute e le strategie adottate in Regione Piemonte hanno permesso di raggiungere quasi i due terzi degli ultrasessantacinquenni (59% nella campagna 2006/07, 60% nella campagna 2007/08 secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale) ma, tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie croniche, la copertura stimata risulta essere ancora insufficiente.

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

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feto nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace per raggiungere questo obiettivo, a livello internazionale, consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare, attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest), le donne in età fertile, ancora suscettibili, a cui somministrare il vaccino anti-rosolia.

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

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL AT il 22 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 45,5% tra 18-24 anni al 17,9% tra 35 -49 anni) ed è più elevata nelle donne con alto livello d'istruzione.
- Nelle 22 Asl della Regione Piemonte con campione rappresentativo emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone vaccinate, (range dal 15% dell' ASL 20 al 64 % dell' ASL 12).
- tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32 %.

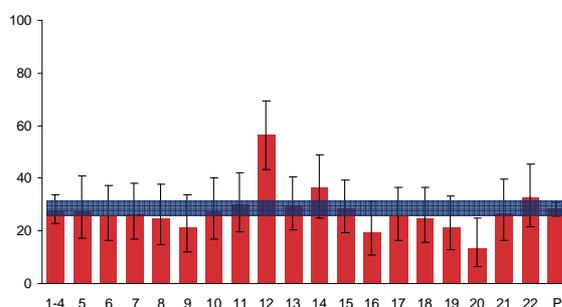
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni; n=69) ASL AT -

Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %	
Totale	21,7 (IC95%: 12,7 – 33,3)	
Età	18-24	45,5
	25-34	15,8
	35-49	17,9
Istruzione*	bassa	16,7
	alta	24,4
Difficoltà Economiche	sì	17,9
	no	26,7

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

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

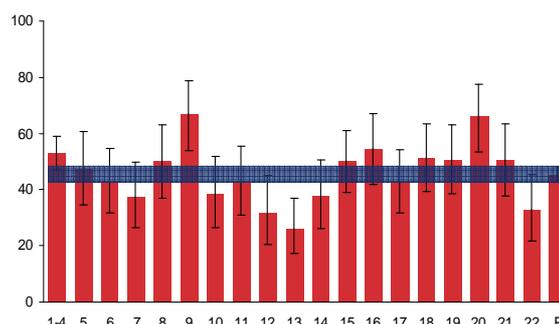


Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL AT il 49% delle donne di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (21,7%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (27.5%).
- Il 2,9% è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 47,8% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto.
- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la più alta percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia è alla ASL 20 e dell' ASL 9 (68%), la più bassa alla ASL 12 (24%). La variabilità tra ASL è accentuata e si osservano differenze anche statisticamente significative.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario non noto è del 44%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni; n=69) ASL AT -	
Immuni	49,3
Vaccinate	21,7
Non vaccinate con rubeotest positivo	27,5
Suscettibili/stato sconosciuto	50,7
Non vaccinate; rubeotest negativo	2,9
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	4,3
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	43,5

Donne tra i 18 e i 49 anni suscettibili o con stato immunitario sconosciuto verso la rosolia per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia su scala nazionale che, soprattutto, a livello regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, pediatri, ginecologi e ostetriche).

Rischio cardiovascolare

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

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

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

Ipertensione arteriosa

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

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

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

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni
ASL AT (n = 224)

Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	78,6 % (IC95%: 72,6 % 83,8 %)
Classi di età	
18 - 34	67,2
35 - 49	76,6
50 - 69	88,4
Sesso	
M	75,9
F	81,3
Istruzione*	
bassa	74,3
alta	82,9
Reddito**	
sì	75,0
no	82,2

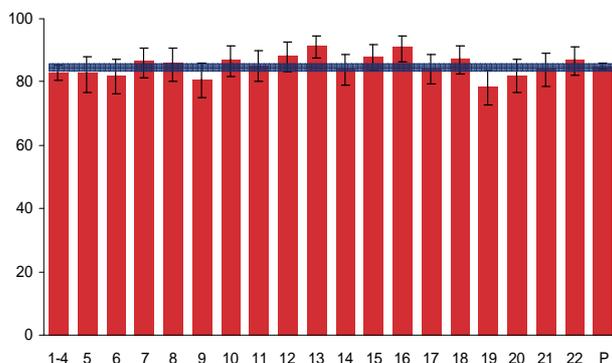
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Nella ASL AT, il 79% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e l' 8% più di 2 anni fa. Il restante 13% non ricorda o non l'ha avuta.
- Si rilevano differenze significative nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni in base all'età (35-49 e 50-69 rispetto a 18-34) e al livello di istruzione (le tre categorie più elevate rispetto a nessuna/elementare).
- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, emergono differenze anche statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dall'79% dell' ASL 19 al 94% dell' ASL 16), che mostra una evidente differenza anche con i limiti regionali.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83 %

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL AT il 17 % degli intervistati, che hanno avuta misurata la PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50 - 69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (32%). Emergono differenze anche per il livello di istruzione ed il reddito.

Ipertesi ASL AT (n=195)	
Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
Totale	17,4 (IC95%: 12,4 % - 23,5%)
Età	
18 - 34	2,2
35 - 49	10,4
50 - 69	31,7
Sesso	
M	20,4
F	14,7
Istruzione*	
bassa	24,2
alta	11,0
Difficoltà economiche **	
sì	17,7
no	17,3

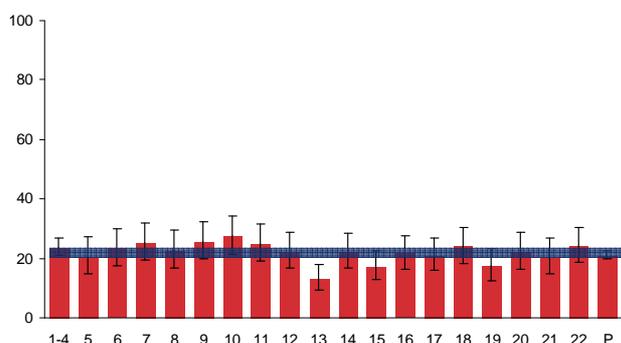
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, 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).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con diagnosi di ipertensione arteriosa sono il 22%.

Persone con diagnosi di ipertensione arteriosa per ASL (%)

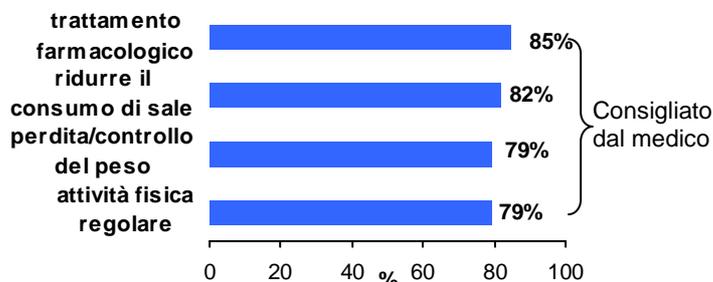
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- L' 85 % degli ipertesi nella ASL AT riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (82 %), ridurre o mantenere il peso corporeo (79 %) e svolgere regolare attività fisica (79 %).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico *
ASL AT

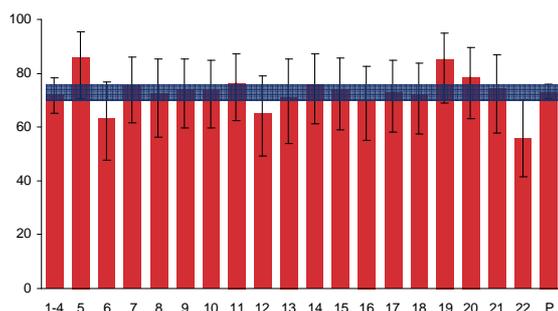


* ognuno considerata indipendentemente

- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci, anche per le basse numerosità a livello aziendale (range dal 54% dell' ASL 22 al 83% dell' ASL 20).
- Tra le Asl partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale gli ipertesi in trattamento farmacologico sono il 71%.

Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT si stima che sia iperteso circa il 17% della popolazione tra 18 e 69 anni, il 32% degli ultracinquantenni e circa il 2% dei giovani con meno di 35 anni.

E' importante migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto è importante strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri, per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

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

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

- Nella ASL AT il 73% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta 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 9 % più di 2 anni fa, mentre il 27 % non ricorda o non vi è mai stato sottoposto.
- La misurazione del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, passando dal 46 % nella classe 18-34 anni al 87 % nei 50-69enni, nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con più alto reddito.

Colesterolo misurato almeno una volta ASL AT (n = 224)	
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	73,2% (IC95%: 66,9% 78,9%)
Classi di età	
18 - 34	45,9
35 - 49	79,2
50 - 69	87,2
Sesso	
M	71,4
F	75,0
Istruzione*	
bassa	74,3
alta	72,1
Difficoltà economiche	
sì	68,1
no	78,5

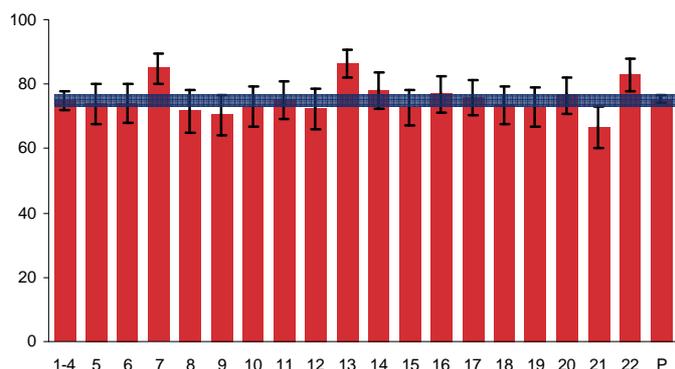
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, si osservano differenze anche statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo (range dal 66% all'85).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari all'77%

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 27% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione.

Ipercolesterolemia riferita ASL AT (n = 164) -

Caratteristiche demografiche		Ipercolesterolemia (%)
Totale		27,4
		(IC95%: 20,8 % - 34,9 %)
Età	18 - 34	14,3
	35 - 49	23,0
	50 - 69	36,0
Sesso	M	23,8
	F	31,0
Istruzione*	bassa	31,0
	alta	23,8
Difficoltà economiche**	sì	35,4
	no	19,0

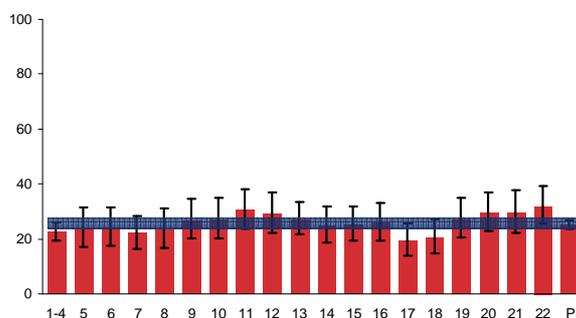
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia (range dal 18% dell'Asl 17 al 33% dell'ASL 22).
- Tra le ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia sono risultate il 25%.

Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

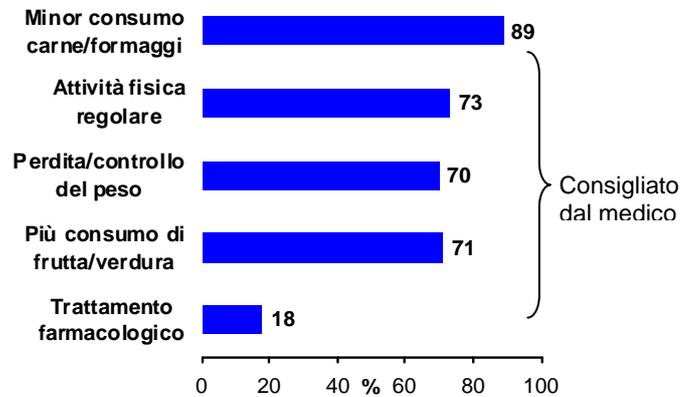
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il 18 % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- L' 89 % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 71% % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 70 % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 73 % di svolgere regolare attività fisica.
- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, si osservano differenze anche statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dall'9 % al 52%).
- Questi risultati vanno considerati con cautela per l'ampia variabilità dovuta alla bassa numerosità dei dati raccolti.
- Tra le Asl partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale le persone con ipercolesterolemia in trattamento farmacologico sono il 25%.

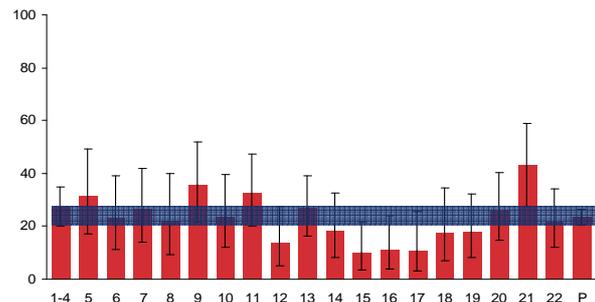
Ipercolesterolemici: consigli e trattamento farmacologico* ASL AT



* considerati indipendentemente

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al 27% 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 27 % dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al 36% tra le persone di 50-69 anni.

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

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

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi prematuramente (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno, complessivamente, oltre 200.000 anni di vita alle persone sotto ai 65 anni.

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

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

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

- Nella ASL AT la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 7 %.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più elevate, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

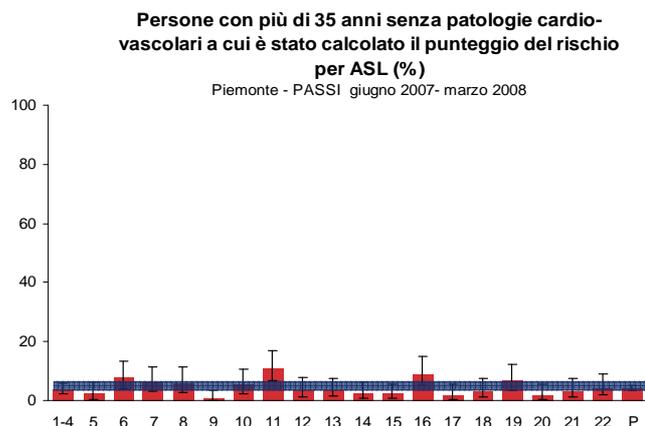
Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL AT (n=156)	
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)
Totale	7,1 (IC95%: 3,6 % - 12,3 %)
Classi di età	
35 - 49	2,7
50 - 69	10,8
Sesso	
M	6,3
F	7,8
Istruzione*	
bassa	7,9
alta	6,0
Difficoltà economiche**	
basso	5,5
alto	7,3
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***	
sì	8,2 ^s
no	4,3

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

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

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

- Tra le 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (range dal 1 % al 14%).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'7%



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

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

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

Diagnosi precoce nelle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi e 370 morti ogni anno. Nella Regione 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. In regione la mortalità relativa a tutti tumori dell'utero (corpo e collo) è in diminuzione. Nel 2005 i decessi attribuibili al tumore del collo dell'utero sono stati 253. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 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 le donne italiane tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 10 milioni (il 69%); l'estensione dei programmi sta aumentando soprattutto nelle regioni meridionali, dimostrando che gli screening stanno gradualmente raggiungendo una copertura nazionale territorialmente più uniforme.

In Piemonte il programma 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- 64 anni ha ricevuto un invito a partecipare allo screening organizzato.

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

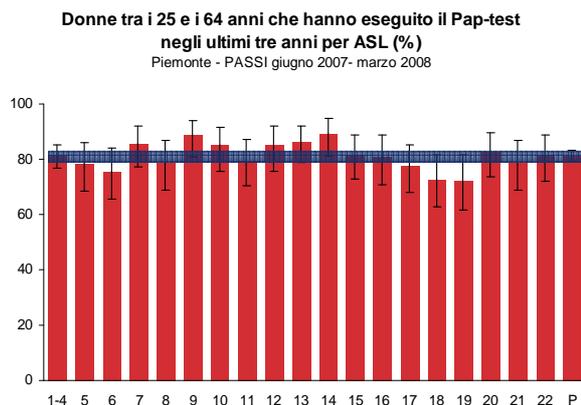
- Nella ASL AT circa l'72% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL AT (n=89)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	72,4 (IC95%:61,8-81,5)
Classi di età	
25 - 34	73,7
35 - 49	78,9
50 - 64	63,3
Stato civile	
coniugata	78,3
non coniugata	59,3
Convivenza	
convivente	77,2
non convivente	63,3
Istruzione**	
bassa	56,8
alta	88,4
Difficoltà economiche	
sì	61,2
no	86,8

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

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

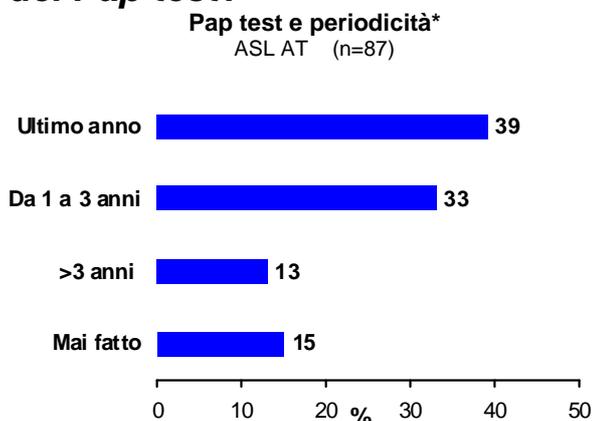
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap test preventivo negli ultimi 3 anni è alta e non emergono differenze statisticamente significative (range dal 71% dell' ASL 18 all'88% delle ASL 7-9). Nessuna ASL si differenzia significativamente dal valore regionale.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.



Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

- il 39% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 33% da uno a tre anni
- il 13% da più di tre anni.
- Il 15% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.

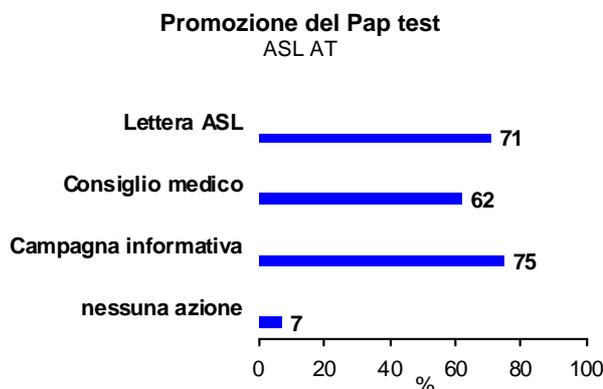


* La campagna prevede la ripetizione del test ogni 3 anni per tutte le donne in età fra 25 e 64 anni

Quale promozione per l'effettuazione del Pap test?

Nella ASL AT:

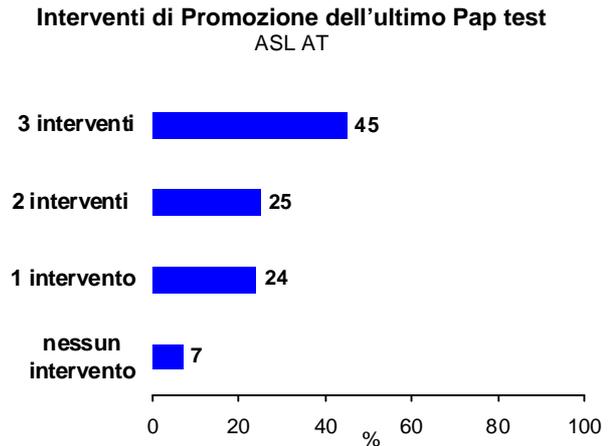
- Il 71% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- Il 75 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- Il 62% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.



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

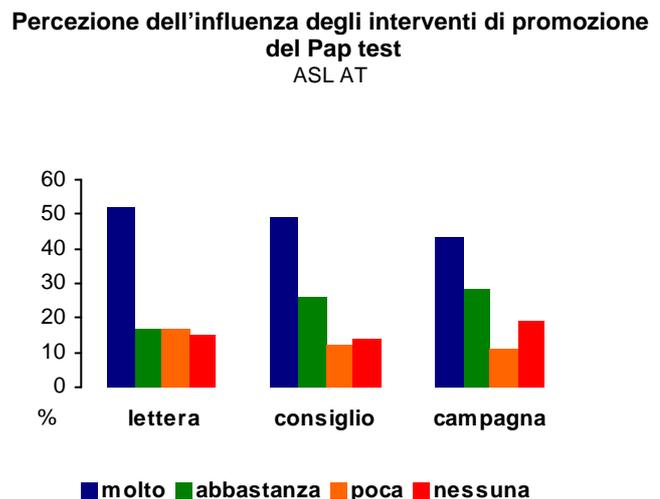
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte i dati vanno considerati con cautela per la limitata numerosità dei campioni aziendali. Si rileva una consistente variabilità nell'aver ricevuto la lettera (range dal 52% dell'Asl 14 al 94% dell'ASL 15), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 48% dell'Asl 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 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.

- Il 45% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione del Pap test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 25% due interventi di promozione, il 24% uno solo.
- Solo il 7% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.



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

- Nella ASL AT il 69% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (52% molta e 17% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta e ben il 15% nessuna.



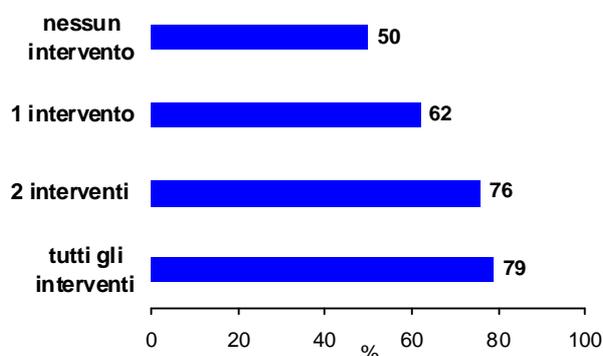
- Il 62% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (49% molta e 26% abbastanza), mentre il 12% poca influenza sulla scelta ed il 14% nessuna;
- Il 75% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (43% molta e 28% abbastanza), mentre il 11% poca influenza sulla scelta ed il 19% nessuna;
- Tra le Asl partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 65% per la lettera dell'ASL, il 77% per il consiglio dell'operatore e del 62% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione del Pap test?

Nella ASL AT tra le donne 25-64 anni che hanno effettuato il Pap test:

- tra le donne che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione il 50% ha eseguito il pap test negli ultimi tre anni
- tra le donne che hanno ricevuto 1 intervento di promozione il 62% ha eseguito il pap test negli ultimi tre anni
- tra le donne che hanno ricevuto 2 interventi di promozione il 76% ha eseguito il pap test negli ultimi tre anni
- tra le donne che hanno ricevuto 3 interventi di promozione il 79% ha eseguito il pap test negli ultimi tre anni

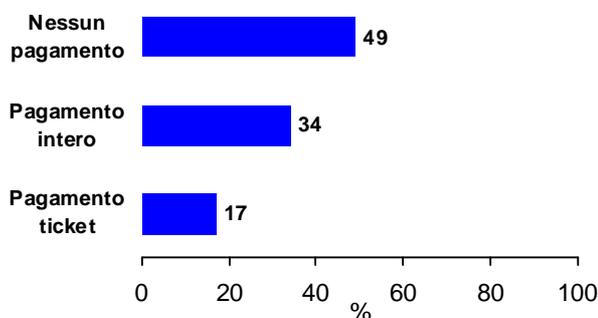
Interventi di promozione e effettuazione del Pap test negli ultimi 3 anni
ASL AT



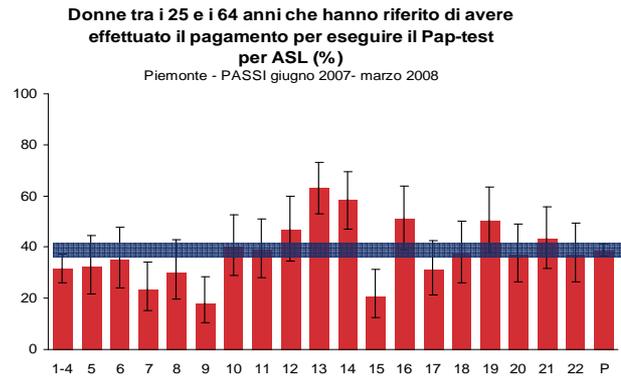
Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

- Nella ASL AT il 49% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 17% ha pagato solamente il ticket e il 34% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi del Pap test per le pazienti
ASL AT - (n=89)



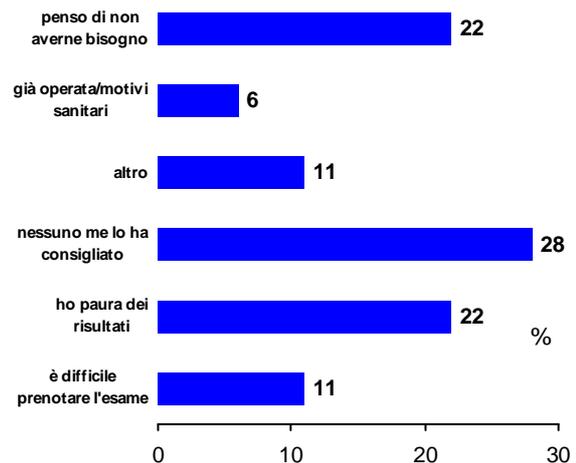
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte si rilevano differenze anche statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, (range dal 17% dell' ASL 15 al 65% dell' ASL 13).
- A livello nazionale le donne che hanno riferito di aver effettuato un pagamento per eseguire il Pap test sono risultate il 51%.



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

- Nella ASL AT il 15% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 13% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 15%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 4%
 - "altro" 8%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 19%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 15%
 - "è difficile prenotare l'esame" 8%
- L'31% delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida rispondono a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ASL AT (n=18*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è del 72%, appare inferiore alla media regionale ed è peggiore nelle classi sociali svantaggiate. L'adesione è fortemente influenzata dalla presenza di un programma di promozione (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario o campagna informativa), occorre pertanto migliorarla attraverso interventi mirati rivolti alle non rispondenti.

Appare elevato il numero di pap test eseguiti al di fuori del programma regionale e anche al di fuori della fascia di età raccomandata. Occorre quindi prestare maggiore attenzione alla organizzazione del programma regionale, migliorare gli interventi di promozione e valutare i motivi di fallimento.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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

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 i 50 e i 69 anni risulta teoricamente inserita in un programma di screening, ma quelle che hanno ricevuto una lettera d'invito per l'effettuazione della mammografia preventiva sono state circa il 50%. In Piemonte il programma 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 i 50 e i 69 anni.

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

- Nella ASL AT circa il 59% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle percentuali di donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra in modo significativo sul piano statistico che l'esame viene eseguito di più tra le donne di condizione sociale più agiata.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 42% 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 38 anni).

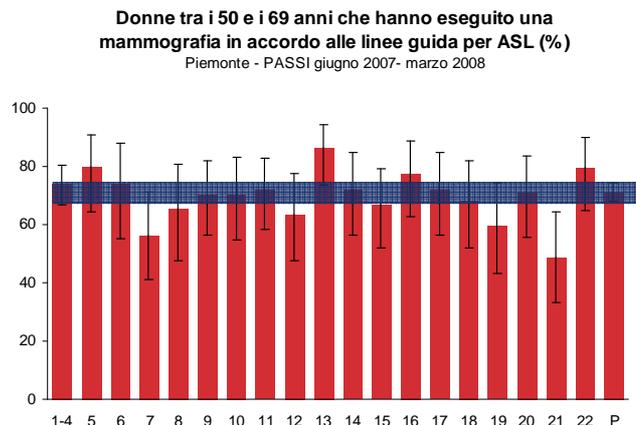
Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni)

ASL AT (n=67)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	59,5 (IC95%:43,3-74,4)
Classi di età	
50- 59	36,8
60 -69	78,3
Stato civile	
coniugata	58,6
non coniugata	61,5
Convivenza	
convivente	57,1
non convivente	64,3
Istruzione**	
bassa	51,6
alta	81,8
Difficoltà economiche	
sì	45,8
no	77,8

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

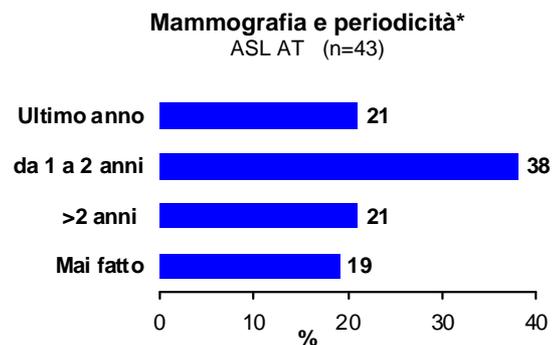
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni varia dal 84% al 40%.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni.



Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

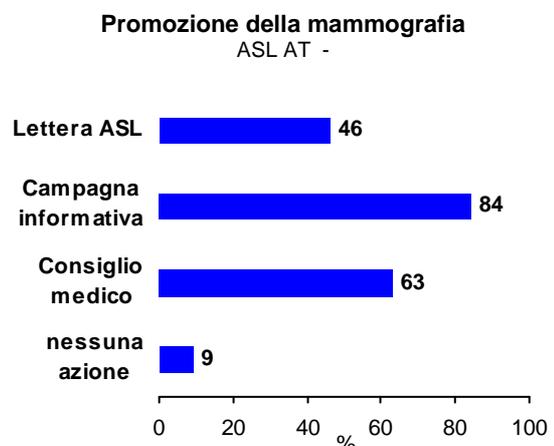
- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
 - il 21% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 38% da uno a due anni
 - il 21% da più di tre anni.
- Il 19% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.



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

Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

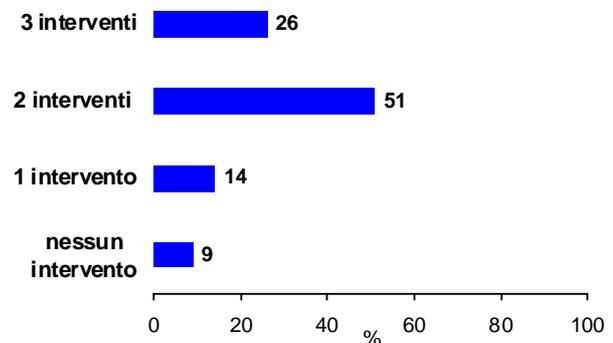
- Nella ASL AT:
 - il 46% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - l' 84% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 63% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.



- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte si rilevano differenze statisticamente significative 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 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.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 59% il consiglio dell'operatore sanitario e il 74% ha visto una campagna informativa.

- Il 26% delle donne ha riferito di aver ricevuto i tre interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 51% due interventi di promozione, il 14% uno solo.
- Solo il 9% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

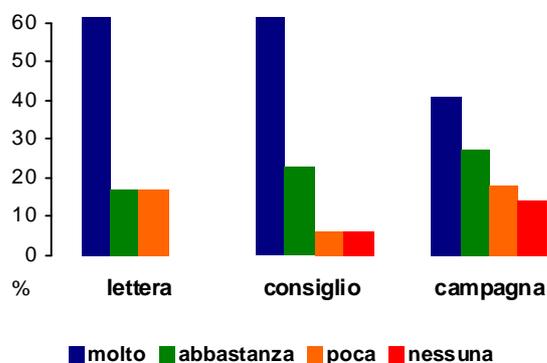
Interventi di Promozione dell'ultima mammografia
ASL AT



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

- Nella ASL AT l'83% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL, ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (67% molta e 17% abbastanza), mentre il 17% poca influenza sulla scelta.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia
ASL AT

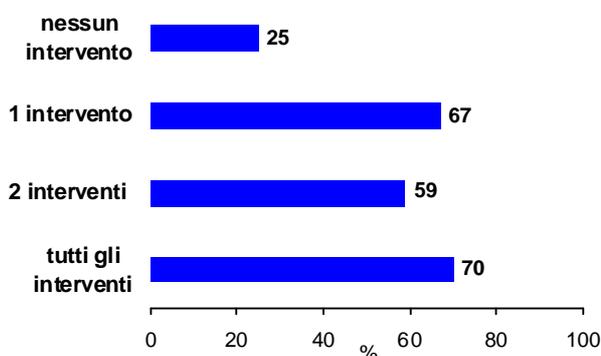


- L' 88% delle donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia, mentre il 6% poca influenza sulla scelta ed il 6% nessuna.
- Il 68% delle donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia mentre il 18% poca influenza sulla scelta ed il 14% nessuna.
- Tra le Asl partecipanti viene riferita un'influenza positiva del 77% per la lettera dell'ASL, il 88% per il consiglio dell'operatore e del 73% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASL AT solo il 25% delle donne di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 67% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 59% con due interventi e al 70% con tutti e tre gli interventi.

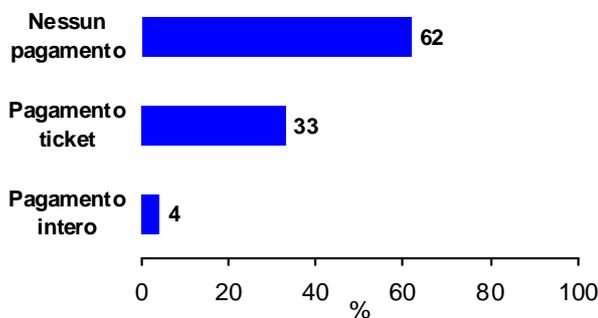
Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione ASL AT



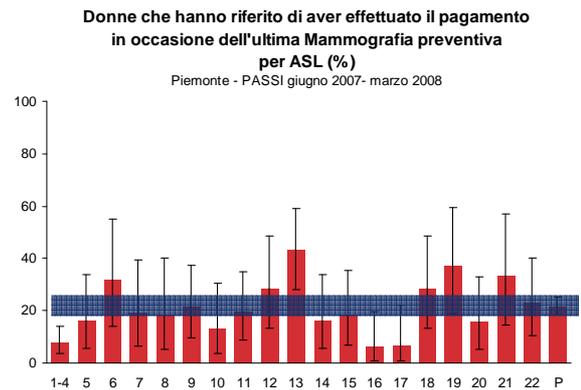
Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL AT il 62% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia; il 33% ha pagato solamente il ticket e il 4% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della mammografia per le pazienti ASL AT (n=25)



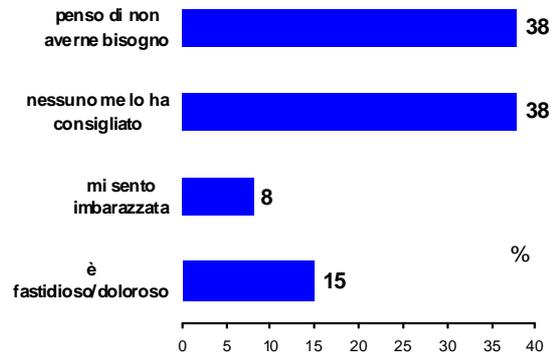
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 05% al 44%), ma le differenze osservate devono essere interpretate con cautela per la limitata numerosità dei dati raccolti a livello aziendale.
- A livello nazionale le donne che hanno riferito di aver effettuato il pagamento per la mammografia preventiva sono il 27%



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL AT il 19% delle donne di 50-69 anni ha riferito di non aver effettuato mai la Mammografia e il 21% di averla effettuata oltre i 2 anni.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - “penso di non averne bisogno” 38%
 - “nessuno me lo ha consigliato” 38%
 - “mi sento imbarazzata” 8%
 - “è fastidioso/doloroso” 15%
- Il 23% delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda “non so/ non ricordo”.

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida ASL AT (n=13*)



* in questo grafico sono esclusi dall'analisi i “non so/non ricordo”

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL AT la copertura dello screening mammografico non è molto elevata ed è peggiore nelle classi sociali svantaggiate. Appare elevato il numero di mammografie eseguite al di fuori del programma regionale e anche al di fuori della fascia di età raccomandata. Occorre quindi prestare maggiore attenzione alla organizzazione del programma regionale, migliorare gli interventi di promozione e valutare i motivi di fallimento.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto

I tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon-rettale circa 38.000 persone e i decessi sono circa 16.500.

Nella Regione Piemonte gli ultimi dati disponibili indicano 3.600 nuovi casi all'anno.

Queste neoplasie sono responsabili dell'11% dei decessi per tumore, pari a 1.510 dal 1998 al 2002. La sopravvivenza registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 55%.

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

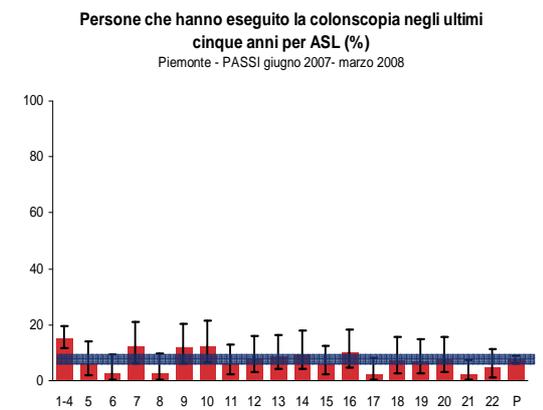
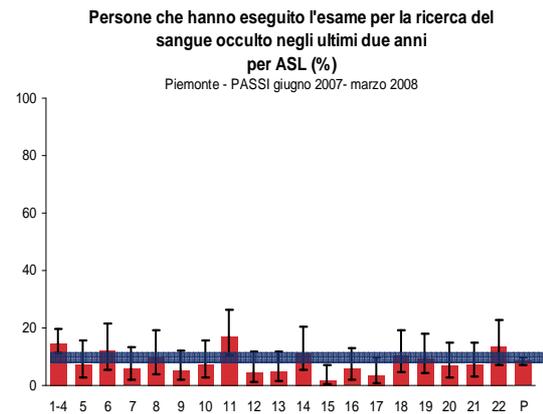
Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

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

- Nella ASL AT il 16% delle persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia).
- Il 9% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato.
- Il 7% riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato. L'analisi multivariata indica una maggior prevalenza significativa nella classe 60-69 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) ASL AT - (n=86)		
Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	9,5 (IC95% 4,2-17,9)	7,1 (IC95% 2,6-14,7)
Classi di età		
50 - 59	8,7	0,0
60 - 69	10,5	15,0
Sesso		
uomini	7,1	4,7
donne	11,9	9,5
Istruzione		
bassa	7,0	10,3
alta	14,8	0,0
Difficoltà economiche		
sì	7,3	9,8
no	11,9	4,7

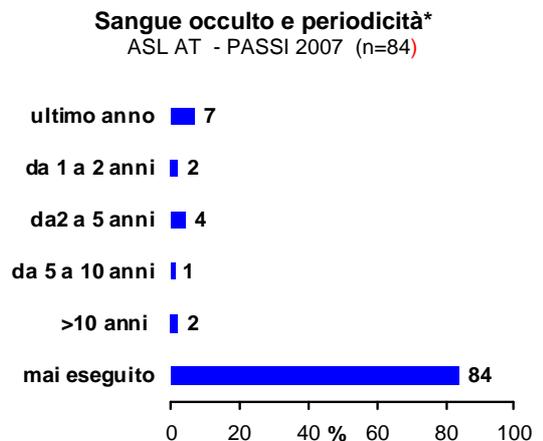
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, pur risultando ovunque ancora bassa, mostra una grossa variabilità (range dal 2% al 21%), con differenze che vanno considerate con cautela per la bassa numerosità dei campioni aziendali.
- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo per la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni valgono analoghe considerazioni (range dal 2% dell' ASL 15 al 21% dell' ASL11)
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 8% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.



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

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

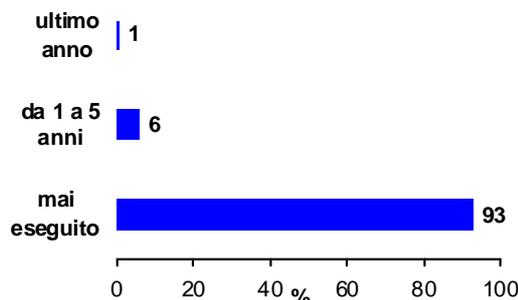
- il 7% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 2% da uno a due anni
- il 7% da più di tre anni
- Il 84% non ha mai eseguito il test.



Colonscopia e periodicità*
ASL AT (n=86)

Rispetto alla colonscopia:

- il 1% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 6% da uno a cinque anni
- il 93% non ha mai eseguito l'esame

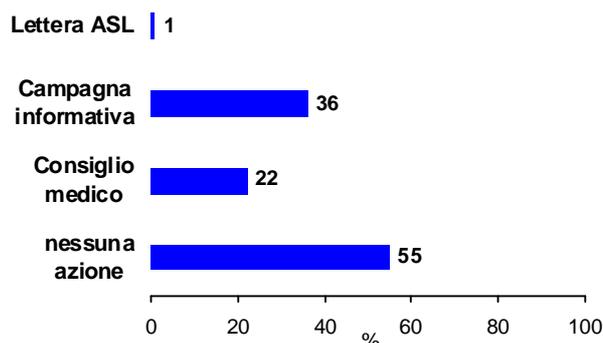


Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

Nella ASL AT:

- l'1% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
- il 22% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
- il 36% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Promozione dello screening coloretale
ASL AT

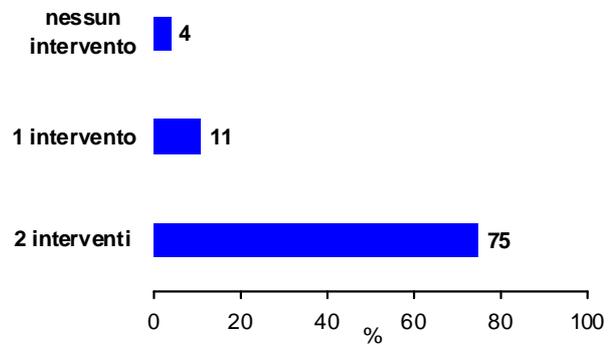


- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte si rilevano differenze importanti per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colo-rettale (range dal 31% delle ASL 1-4 al 0% della ASL 7), per il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 05% al 27%) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 18% al 50%).
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 22% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 23% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.

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

- Nella ASL AT solo il 4% delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 11% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i due considerati (lettera, consiglio), al 75% con due interventi.

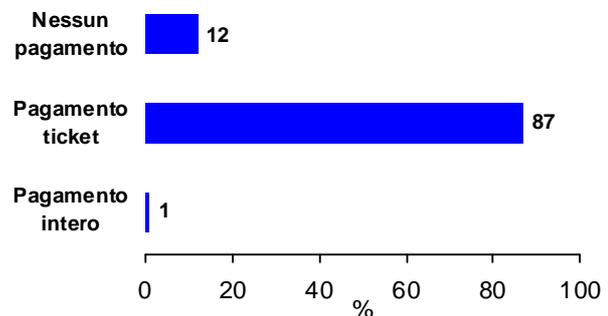
Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida
ASL AT



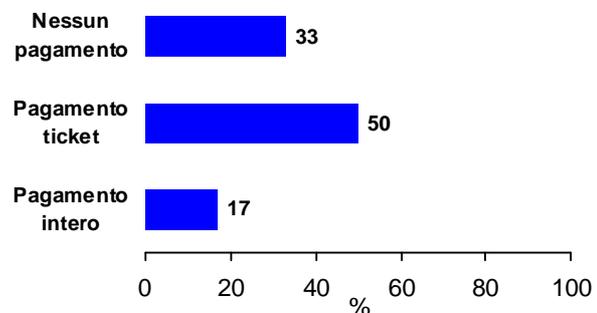
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL AT il 12% delle persone che hanno eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni ha riferito di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame; il 87% ha pagato solamente il ticket e l'1% ha pagato l'intero costo dell'esame.
- Tra le persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni invece il 33% non ha effettuato alcun pagamento, il 50% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 17% ha pagato per intero il costo dell'esame.
- Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione dei due esami all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Costi della ricerca di sangue occulto
ASL AT (n=8)



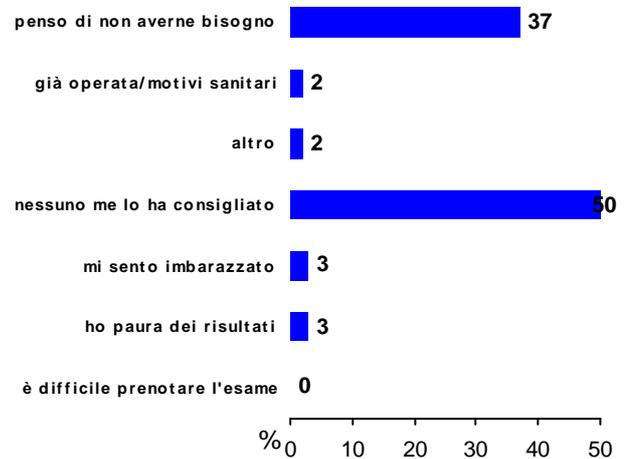
Costi della colonscopia
ASL AT (n=8)



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

- Nella ASL AT il 78% delle persone di 50-69 anni ha riferito di non aver mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- Le motivazioni della mancata effettuazione dello screening (o anche della mancata effettuazione degli screening secondo le linee guida) sono:
 - “nessuno me lo ha consigliato” 50%
 - “penso di non averne bisogno” 37%
 - “ho paura dei risultati dell'esame” 3%
 - “mi sento imbarazzato” 3%
 - “è fastidioso/doloroso” 3%
 - “sono già stata operata/per altri motivi sanitari” 2%
 - “altro” 2%
 - “è difficile prenotare l'esame” 0%
- Il 7% delle persone ha risposto ha questa domanda “non so/ non ricordo”.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida
ASL AT (n=86)



Conclusioni e raccomandazioni

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

Il programma di offerta attiva sta iniziando solo ora ad essere implementato nella ASL AT.

Sintomi di depressione

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

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (2). In Italia, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo affettivo (ESMED).

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

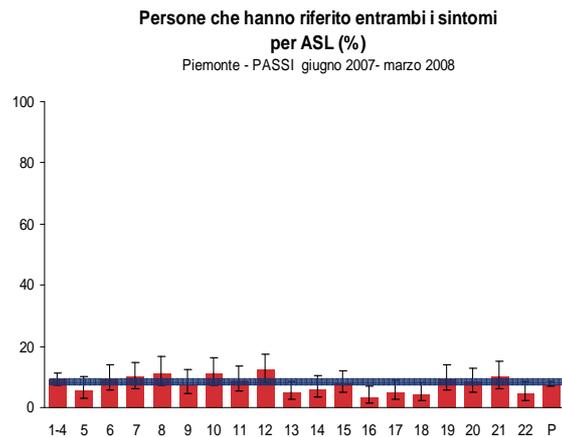
Quante persone hanno i sintomi di depressione e quali sono le loro caratteristiche?

- Nella ASL AT il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL AT i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che le più colpite siano le donne (quasi due volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con molte difficoltà economiche e quelle senza un lavoro regolare.

Sintomi di depressione ASL AT (n=221)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	9,5 (IC95%: 6,0-14,2)
Classi di età	
18-34	8,2
35 - 49	5,3
50 - 69	14,1
Sesso	
uomini	6,4
donne	12,6
Istruzione*	
bassa	10,7
alta	8,3
Difficoltà economiche	
sì	10,4
no	8,6
Stato lavorativo	
Lavora	8,0
Non lavora	11,9
Malattie croniche	
Almeno una	9,1
Nessuna	9,6

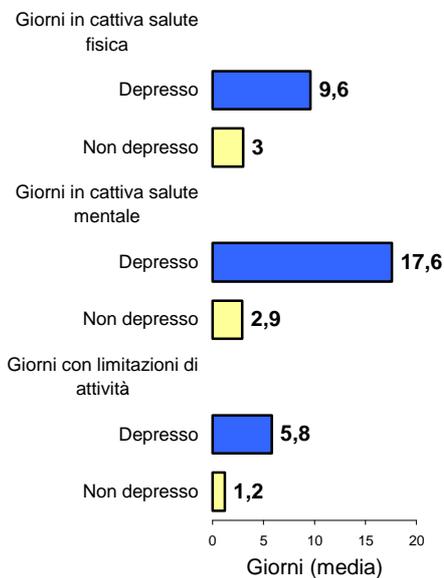
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore;
istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle 22 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi di depressione va dal 2% al 15%.
- Dal pool PASSI risulta che il 95 degli intervistati presenta sintomi di depressione nelle ultime due settimane.



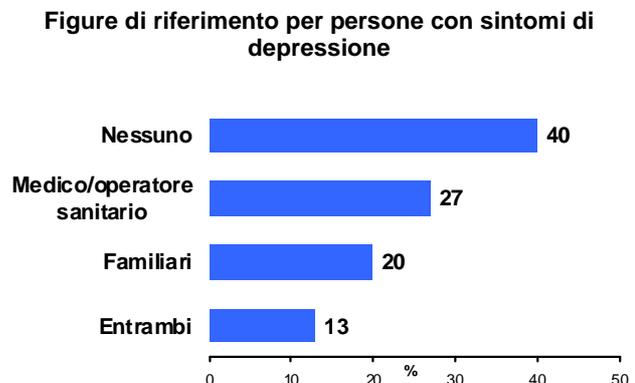
Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

- 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



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL AT su tutte le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 60%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, il 40% non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde il 27%.





Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, e le classi sociali più disagiate. I risultati evidenziano inoltre che il trattamento dei disturbi mentali è ancora insoddisfacente, così come l'utilizzo dei servizi sanitari preposti, attestandosi ancora significativa la parte del bisogno non trattato.

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

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 scarl; 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.osservatorionazionale screening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
 51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
 52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional; 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–Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto “De Iuventute”, Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519–30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health–eu/news_alcoholineurope_en.htm; ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– Alcologia 2002;14 (2–3):109–17.

93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf; 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, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year-prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749–56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen
132. Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
133. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.

134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411–22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell’influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
142. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
143. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate 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 multiscope sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” anno 2003. Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
157. Taggi F. (Ed.) La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l’attuazione dell’art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all’indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population–based interventions for the prevention of fall–related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community–based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue2.

160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999–2003). *Gazzetta ufficiale delle Comunità europee* n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf (l'ultimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc; ultima consultazione: 30/08/2007.
163. Carrozzini G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii–iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
164. Centers for Disease Control and Prevention. *Health Related Quality of Life. HRQOL*. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>; ultima consultazione: 28/01/2007.
165. CDC. *Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
166. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665–72.
167. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111–35.
168. Ounpuu S, Kreuger P, Vermeulen M, Chambers L. Using the U.S. Behavior Risk Factor Surveillance System health-related quality of life survey tool in a Canadian city. *Can J Public Health* 2000;91:67–72.
169. Schechter S, Beatty P, Willis GB. Asking survey respondents about health status: judgement and response issues. In: Schwarz N, Park DC, Knäuper B, Sudman S (Ed.). *Cognition, aging, and self-reports*. Philadelphia, Pennsylvania: Psychology Press, 1998.
170. Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema di indagini sociali multiscopo. *Famiglia e società*. Metodi e norme 2006;31. CDC. State differences in reported healthy days among adults—United States, 1993–1996. *MMWR* 1998;47:239–43. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. *Am J Public Health* (in press).
171. Scafato E, Ghirini S, Russo R. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998–2001). Roma: ISS, Osservatorio Nazionale Alcol – OssFAD; 2004.