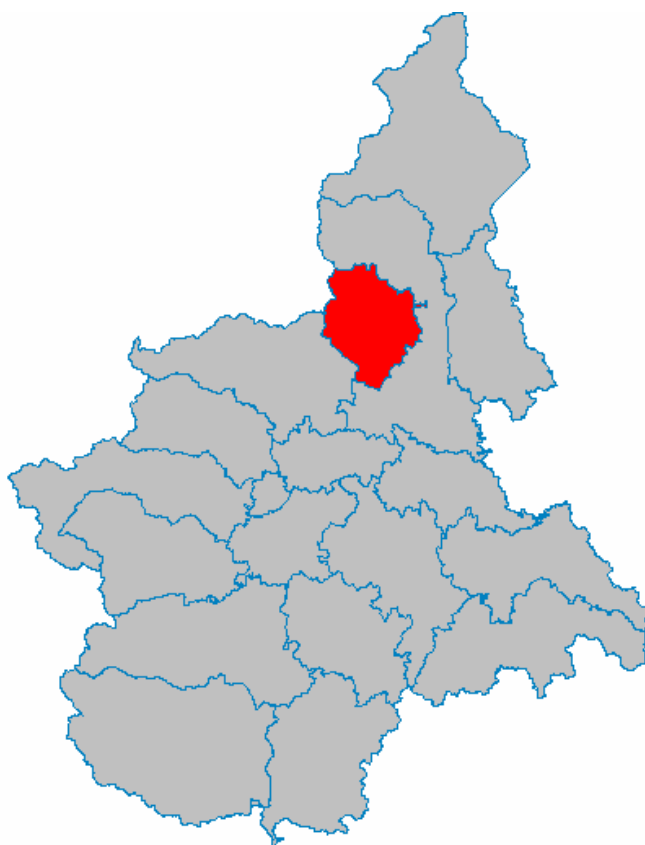


Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto aziendale 2007 – marzo 2008

ASL BI



A cura di:

Dr. Adriano Giacomini – Responsabile Struttura Semplice di Epidemiologia ASL BI

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); Pirous Fateh-Moghadam (Servizio educazione alla salute - Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento); Massimo O. Trinito (Dipartimento di prevenzione - AUSL Roma C); Paolo D'Argenio, Stefania Vasselli (Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ministero della salute, Roma); Eva Benelli, Stefano Menna (Agenzia Zadiroma, Roma).

- a livello regionale:

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 e coordinamento sorveglianza PASSI

Adriano Giacomini (SSD Epidemiologia ASL BI)

Intervistatori

Simona Andreone, Anna Busato, Adriano Giacomini, Pier Carlo Vercellino, (SSD Epidemiologia ASL BI), Anna Musso (SISP ASL BI)

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

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

Per qualsiasi informazione

Dr. Adriano Giacomini – Struttura Semplice di Epidemiologia – Via Don Sturzo 20 13900 Biella
Tel 015-3503665 fax 015-8495222 e-mail adriano.giacomini@aslbi.piemonte.it

INDICE

Premessa	pag.	4
Sintesi del rapporto dell'ASL BI	pag.	5
Obiettivi	pag.	7
Metodi	pag.	10
Descrizione del campione aziendale	pag.	12
Percezione dello stato di salute	pag.	16
Attività fisica	pag.	18
Abitudine al fumo	pag.	22
Situazione nutrizionale	pag.	28
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura	pag.	33
Consumo di alcol	pag.	35
Sicurezza stradale	pag.	40
Infortuni domestici	pag.	42
Vaccinazione antiinfluenzale	pag.	46
Vaccinazione antirosolia	pag.	49
Rischio cardiovascolare	pag.	51
Sintomi di depressione	pag.	60
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag.	63
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag.	69
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag.	75
Bibliografia	pag.	80

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

Sintesi del rapporto dell'ASL BI

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione aziendale: Nell'ASL BI (ex ASL 12, cui si fa riferimento nei grafici comparativi) è stato intervistato un campione casuale di 209 persone, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria della ASL. Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini. L'età media è di 46 anni. Il 49% ha un livello di istruzione alto e il 64% riferisce di avere un lavoro regolare. Il 12% lamenta gravi difficoltà economiche.

Percezione dello stato di salute: Il 36% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute, mentre solo il 34% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 18% del campione, mentre il 42% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 36% dei casi, i medici si informano sullo svolgimento di attività fisica e solo nel 28% dei casi consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 27% si dichiara fumatore e il 24% ex fumatore. Il 98% degli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli. Il 90% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 25% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (5%) o in "alcune zone" od orari (20%).

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: Il 27% del campione è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 19% dei casi con dieta, mentre l'84% effettua attività fisica regolare (la percentuale sale al 93% se il medico l'ha consigliata). Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo l'11% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-49 anni, negli uomini e nelle persone con difficoltà economiche e bassa istruzione.

Consumo di alcol: Si stima che circa il 75% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 18% abbia abitudini di consumo considerate a rischio: complessivamente il 9,6% beve fuori pasto, l'8,3% è bevitore "binge" (19,6% nella fascia di età 18-34 anni) e il 5,3% è forte bevitore. Gli operatori sanitari nel 25% dei casi si sono interessati sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e solo nel 13% hanno consigliato ai bevitori a rischio di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta non completamente soddisfacente: l'87% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata dal 34% degli intervistati; nel 98% dei casi i conducenti di motocicli usano il casco. Il 12,5% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista.

Infortuni domestici: Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: il 95% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da medici o altri operatori sanitari, è limitata al 19%: tra questi, il 23% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Vaccinazione antinfluenzale: In media, meno di 1/4 delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata nell'anno precedente l'intervista.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 31,7%.

Rischio cardiovascolare: Si stima che sia iperteso il 22% della popolazione biellese, tra i 18 e 69 anni; il 65% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Il 7% non ha mai effettuato, o non ricorda, una misura della pressione arteriosa. Circa il 29% della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il 14% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Oltre una persona su quattro (27%) dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 3,4% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

Sintomi di depressione: il 12% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nelle due settimane precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone nello status di "non lavoratore o con difficoltà economiche o con basso livello culturale o affette da patologie croniche sono i soggetti maggiormente a rischio. E' da sottolineare come lo status lavorativo sia tuttavia correlato anche alle altre variabili.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 90% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita, ed in particolare l'85,4 % l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato; solo il 53% ha tuttavia effettuato l'accertamento in forma gratuita all'interno del programma di screening.

Screening neoplasia della mammella: l'84% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (64%) l'ha eseguita negli ultimi due anni. Il 71% ha effettuato l'accertamento in forma gratuita all'interno del programma di screening, e l'età media della prima mammografia preventiva è risultata essere di 46 anni, laddove il programma di screening inizia a 50 anni. L'anticipazione è dimostrata anche nel gruppo di donne di età 40-49 anni, nel quale il 48 % aveva già eseguito una mammografia preventiva.

Screening tumore del colon retto: Appena il 13% degli ultracinquantenni ha eseguito un test di screening (la ricerca del sangue occulto nelle feci, oppure una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo); in effetti tali esami risultano essere stati fatti solo nella fascia di età 60-69 anni, nel 9,5% con la ricerca del sangue occulto, e nel 15,7% con esame endoscopico. Tali dati non sono conclusivi, perchè il programma di screening è di recente attivazione.

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 periodicit  dell'ultima effettuazione e se   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 attivit 
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quali.

Metodi

Tipo di studio

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda Sanitaria Locale BI, aggiornate al 31.12.2006. 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 dell'anagrafe sanitaria della ASL BI. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI. Per garantire idonea rappresentatività regionale si sono aggregati i dati delle ASL opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

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. 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 19 ASL (le 4 ASL di Torino sono state considerate insieme) 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

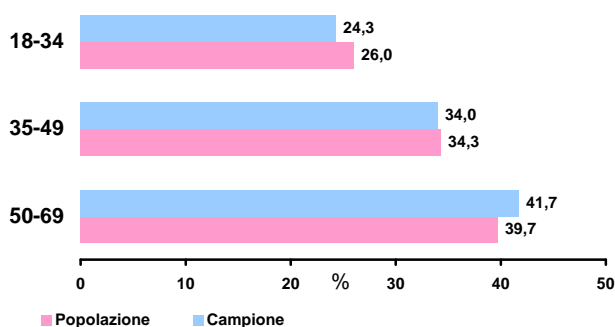
La popolazione di riferimento è costituita da 119.796 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti al 31/12/2007 nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL BI. Per il periodo giugno 2007 – marzo 2008 sono state intervistate **209** persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'89% è risultato eleggibile ed intervistato telefonicamente, mentre il 4% di soggetti eleggibili è risultato non reperibile. Considerando che 6 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione¹ è stato del 22%; il tasso di risposta² è stato del 78% e quello di rifiuto³ del 18%.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

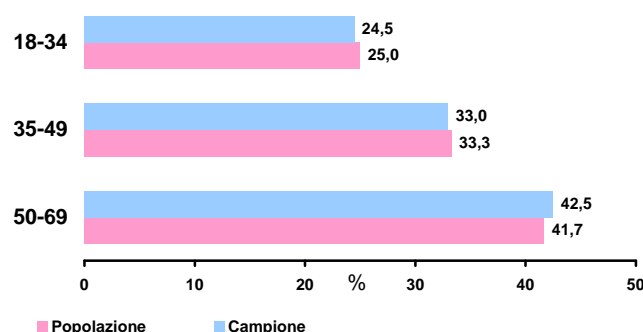
L'età e il sesso

- Nella ASL BI il 51% del campione intervistato (209 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 46 anni.
- Il 24% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34% in quella 35-49 e il 42% 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 BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=103)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle donne
ASL BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=106)



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

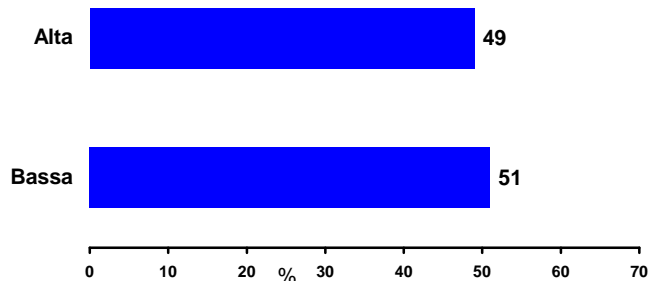
² Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

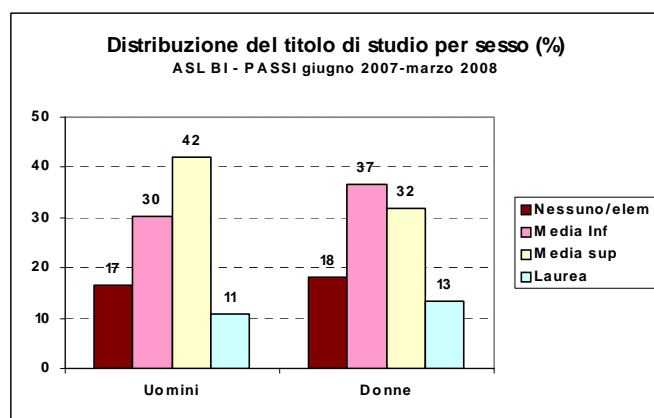
Il titolo di studio

- Nella ASL BI il **17%** del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il **34%** la licenza media inferiore, il **37%** la licenza media superiore e il **12%** è laureato.

Campione per livello di istruzione (%)
ASL BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=206)

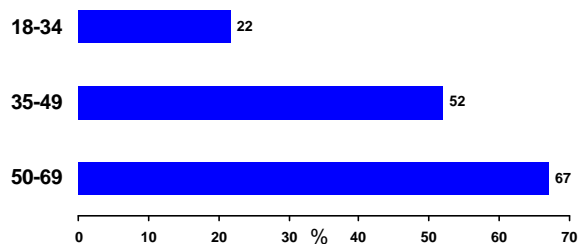


- Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, ma senza raggiungere la significatività statistica; in particolare le differenze maggiori si rilevano nell'ambito del titolo di licenza media inferiore (37% nelle donne vs 30% degli uomini) e superiore (32% nelle donne vs 42% degli uomini)



- L'istruzione è fortemente età-dipendente, gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo comporta che i confronti per titolo di studio dovranno tener conto dell'effetto dell'età.

Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età
ASL BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=206)

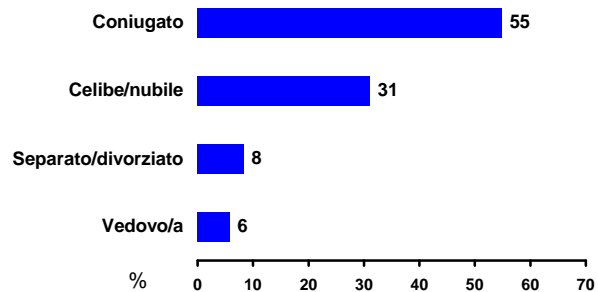


Lo stato civile

- Nella ASL BI i coniugati rappresentano il 55% del campione, i celibi/nubili il 31%, i separati/divorziati l' 8% ed i vedovi/e il 6%.

Campione per categorie stato civile (%)

ASL BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=206)

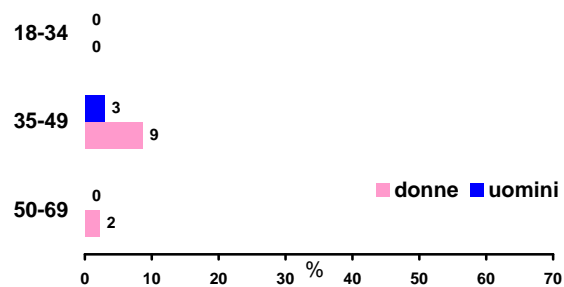


Cittadinanza

- Nella ASL BI il 97,6% del campione intervistato è italiano, il 2,4% straniero. Gli stranieri sono più rappresentati nella classe di età intermedia. 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 BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=206)

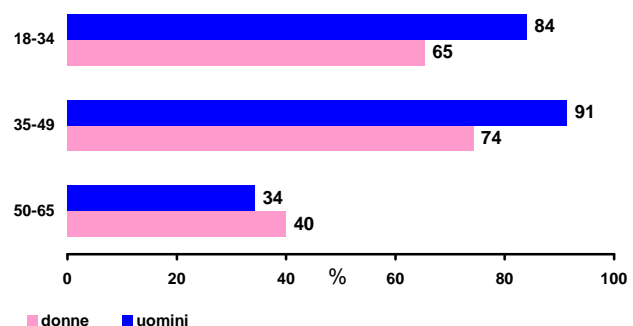


Il lavoro

- Nella ASL BI il 64% del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (60% contro 68%). Gli intervistati delle classi di età più giovani e intermedie riferiscono in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini; oltre i 50 anni si registra una maggior occupazione femminile. Si riscontra peraltro una differenza di occupazione statisticamente significativa a sfavore di quest'ultima classe di età.

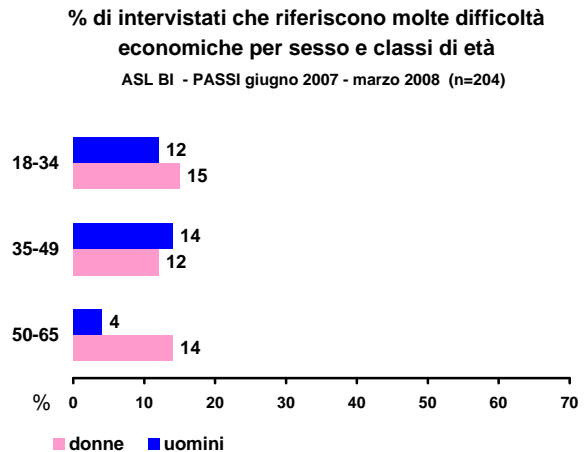
% di persone che lavorano regolarmente per sesso e classi di età

ASL BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=191)



Difficoltà economiche

- Nella ASL BI il 12% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 34% qualche difficoltà, il 54% nessuna.
- Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (15% contro 12%), sono soprattutto le classi 18-34 e 35-49 anni che riferiscono molte difficoltà economiche. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica, anche per problemi di numerosità.



Conclusioni

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

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.

E' da segnalare la cospicua presenza di persone non occupate nella fascia di età 50-69, che può dipendere sia da una difficoltà occupazionale in quella fascia di età, o più prevedibilmente dal fatto che a causa di un ingresso precoce nel mondo del lavoro la maggior parte dei soggetti sia già sotto regime pensionistico.

Percezione dello stato di salute

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

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

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

- Nella ASL BI il **64%** degli intervistati ha risposto in modo positivo (bene o molto bene) alla domanda sul proprio stato di salute, mentre il **31%** riferisce di essere in condizioni di salute discrete. Solo il **5%** 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.

Differenze significative dal punto di vista statistico si riscontrano tra le fasce di età e per la condizione di presenza/assenza di patologie.

Stato di salute percepito positivamente*
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=209)

Caratteristiche	%
Totale	64.1 (IC95%: 57.2-70.6)
Età	
18 - 34	80.4
35 - 49	67.1
50 - 69	52.3
Sesso	
uomini	68.0
donne	60.4
Istruzione	
bassa	61.0
alta	68.3
Difficoltà economiche**	
si	58.1
no	65.2
Patologia severa***	
presente	34.1
assente	71.4

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

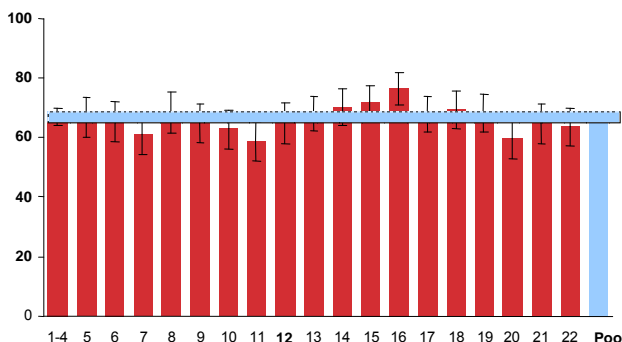
** istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute presenta un range dal **59%** di Vercelli al **77%** di Mondovì (quest'ultimo dato è statisticamente significativo).

Persone che dichiarano salute buona o molto buona per ASL (%)

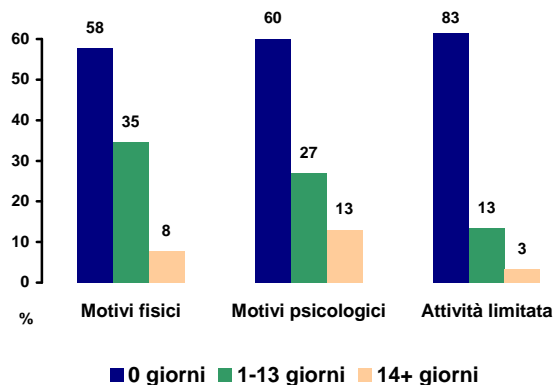
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ASL BI la maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene tutti gli ultimi 30 giorni (**58%** in buona salute fisica, **60%** in buona salute psicologica e **83%** senza alcuna limitazione delle attività abituali). Per più di 14 giorni in un mese l'8% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'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.

Distribuzione del numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=208)



- Sul totale della popolazione intervistata il numero medio di giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è stato di 3,6 giorni, mentre per motivi psicologici è stato di 4,4 giorni; le attività abituali sono risultate limitate per 1,4 giorni al mese.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività. Le differenze non sono peraltro statisticamente significative.

Giorni in cattiva salute percepita
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=209)

Caratteristiche	N°gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3.6	4.4	1.4
Classi di età			
18 - 34	2.7	3.2	0.8
35 - 49	4.1	4.0	1.3
50 - 69	3.6	5.4	1.8
Sesso			
uomini	2.9	3.9	1.3
donne	4.2	5.4	1.5

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori sostanzialmente in linea con le indagini multiscopo ISTAT, confermando le correlazioni con età e presenza di patologie. 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 nelle donne, mentre per quanto riguarda l'età si osserva una peggiore percezione sotto il profilo fisico nella fascia di età 35-49 anni e sotto il profilo psicologico in quella di età 50-69 anni. Tale dato si correla con l'analisi effettuata in altro capitolo, relativo alla depressione.

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. Queste misure sono inoltre funzionali ad altre sezioni dell'indagine PASSI, come ad esempio per quella dei sintomi di depressione alle quali forniscono elementi di analisi e lettura.

Attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute. L'esercizio fisico regolare protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. 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.

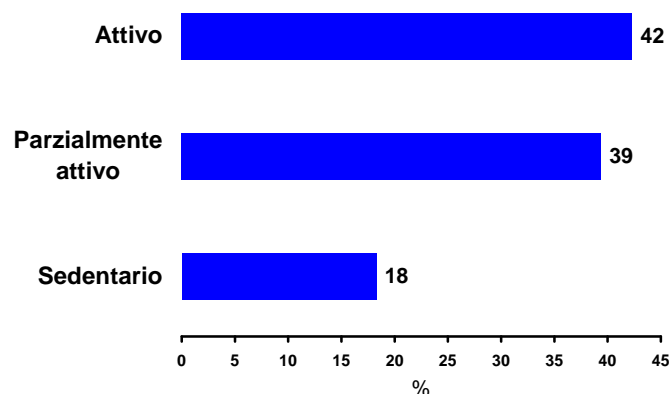
È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili nell'incrementare l'attività fisica sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune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

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- Nella ASL BI il 42% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 39% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 18% è completamente sedentario.

Livello di attività fisica

ASL BI – PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=208)



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

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

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

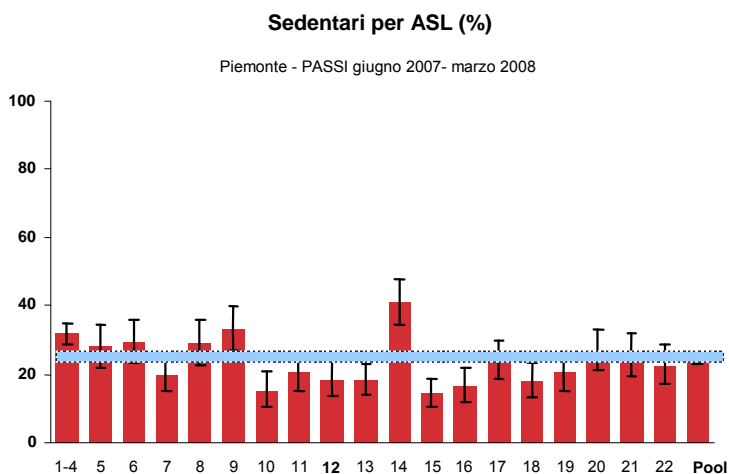
Chi fa poca o nessuna attività fisica?

- In merito alla definizione di “sedentario”, nella ASL BI dal campione di persone intervistate sono emerse differenze statisticamente significative tra uomini e donne a sfavore di queste ultime.
- Altre differenze, anche se non significative, sono a sfavore delle età meno giovani, delle persone con basso livello di istruzione e di quelle con maggiori difficoltà economiche. Queste differenze sono comunque confermate anche a livello regionale.

Sedentari ASL BI – PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=208)	
Caratteristiche	%
Totale	18.3 (IC95%: 13,3-24.2)
Classi di età	
18 - 34	17.6
35 - 49	17.4
50 - 69	19.3
Sesso	
uomini	11.7
donne	24.8
Istruzione*	
bassa	19.2
alta	16.8
Difficoltà economiche	
sì	21.5
no	14.5

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

- Nelle 19 ASL della Regione la percentuale di persone che fanno scarsa attività fisica ha un range dal 14% al 41%. Emergono alcune differenze statisticamente significative, di segno sfavorevole per Torino, Ivrea e VCO, e di segno favorevole per Pinerolo, Cuneo e Mondovì.

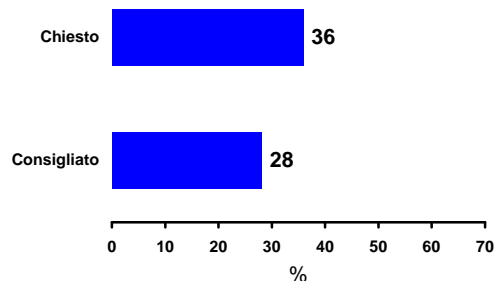


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI a livello nazionale il 33% della popolazione è attiva, il 39% parzialmente attiva e il 28% è sedentaria.

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

- Nella ASL BI solo il 36% 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 28% dei casi.
- Tra le altre ASL partecipanti a livello nazionale il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto ed il 30% ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica. In Piemonte i dati sono rispettivamente pari al 32% ed al 29%.

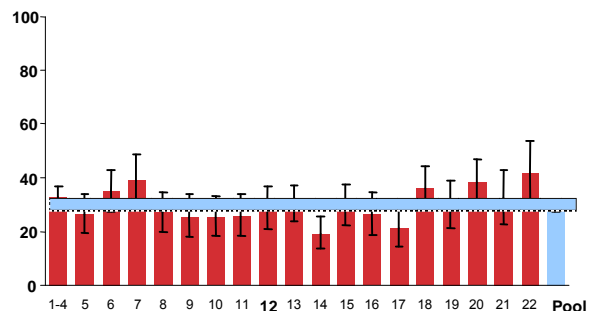
Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
ASL BI – PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=142)



Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone a cui il medico ha consigliato di fare o aumentare l'attività fisica varia ampiamente, con un range dal 19% (VCO, valore diverso dai limiti regionali) al 42% (Novi Ligure)

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

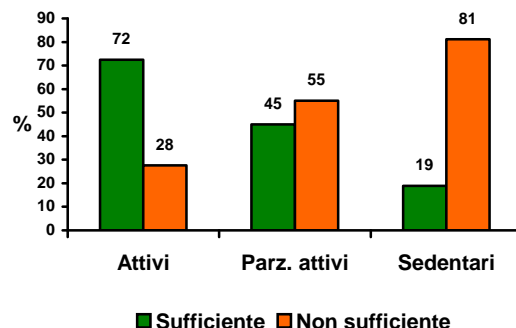


Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

E' interessante notare come nelle ASL BI il 19% delle persone sedentarie percepisca il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Tra l'insieme delle ASL piemontesi partecipanti, la percentuale di persone sedentarie che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente è del 28%, mentre in Italia è del 26%.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata (%)
ASL BI – PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=204)



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL BI il 42% della popolazione raggiunga un buon livello di attività fisica, mentre il 18% delle persone faccia poco o per niente esercizio fisico.

La sedentarietà risulta più diffusa tra i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione e difficoltà economiche.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio.

Solo in poco più di 1/3 dei casi i medici si informano e in misura ancora minore consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti: la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati, pur essendo sostanzialmente in linea con la media delle altre ASL, rimane ancora insoddisfacente. Un fatto che assume una particolare importanza di fronte ad una percezione del livello della propria attività non raramente distorta.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.), in tutte le fasce di età. In particolare sembra essere importante, per avere buoni risultati nel lungo periodo, un'attività educativa rivolta all'importanza dell'attività fisica in particolare alle età più giovani.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (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.

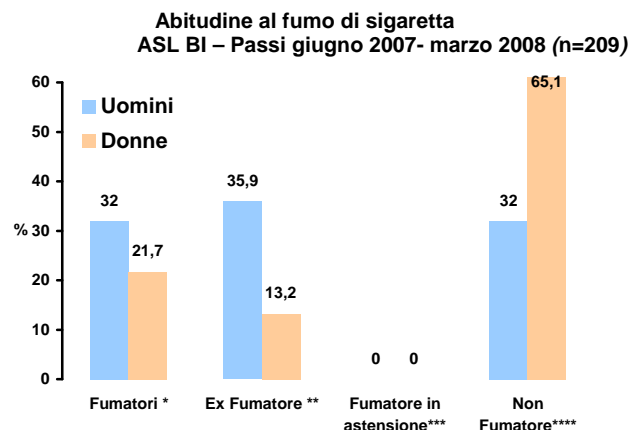
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei 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 BI i fumatori sono pari al **27%**, gli ex fumatori al **24%**, e i non fumatori al **49%**. Nessun intervistato al momento della rilevazione, ha 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 (**32%** versus **22%**); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (**65%** versus **32%**).



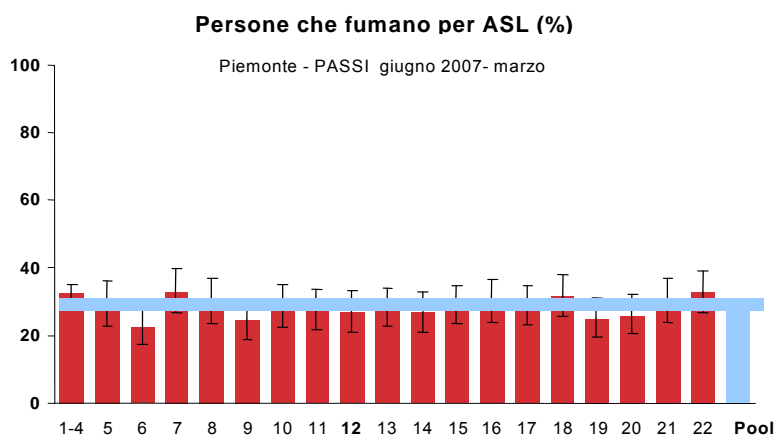
*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

**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

- Nelle **19** ASL della Regione con campione rappresentativo, **non** emergono differenze statisticamente significative in ordine alla percentuale di fumatori (range **dal 23%** della ASL di Ciriè al **33%** delle ASL di Chivasso e Novi Ligure). Il dato di pool è pari al 29%.



- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti alla sorveglianza PASSI, i fumatori rappresentano il **31%** (35% maschi, 26% donne) e gli ex- fumatori sono il **19%**.

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Si sono osservate percentuali più alte, ma non significative, di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione; risulta diversa in modo significativo considerando le difficoltà economiche.
- Tra i 56 intervistati che dichiarano di fumare quotidianamente, la media è di **14** sigarette al giorno. Tra loro, il **7%** dichiara di fumare oltre 20 sigarette al dì (forte fumatore)
- tra le ASL piemontesi partecipanti al PASSI la percentuale di fumatori è risultata più alta rispetto a Biella tra i giovani (38% tra 18-34 anni, 31% tra 35-49) e minore tra i più anziani (20% tra 50-69); è inoltre più alta in ambedue i sessi (35% M, 23% F) e per ogni livello di istruzione (31% basso, 27% alto). Non vi sono differenze in presenza di difficoltà economiche; se non ci sono, il dato regionale è più elevato (24%).
La media di sigarette fumate al giorno è pari a 13, e la prevalenza di ex fumatori e non fumatori risulta inferiore a quella dell'ASL biellese (ex-fumatori 21%, non fumatori 50%).

* il pool delle ASL italiane presenta un andamento simile a quello regionale tranne che per la fascia di età 50-69 (24%), e quando la persona abbia difficoltà economiche (34%)

Fumatori	
ASL BI Passi, giugno 2007- marzo 2008 (n=209)	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	26,8 (IC95%: 20.9-33.3)
Età, anni	
18 - 34	33.3
35 - 49	28.6
50 - 69	21.6
Sesso ^	
M	32.0
F	21.7
Istruzione**	
bassa	28.6
alta	24.8
Difficoltà economiche	
si	35.5
no	18.0

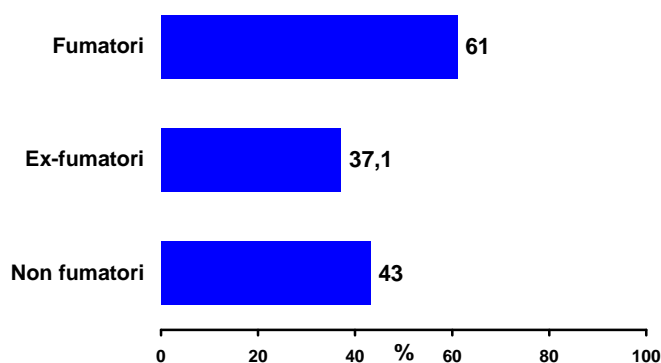
* **Fumatore**: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi tra i fumatori anche i fumatori in astensione, secondo definizione OMS)

** **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?

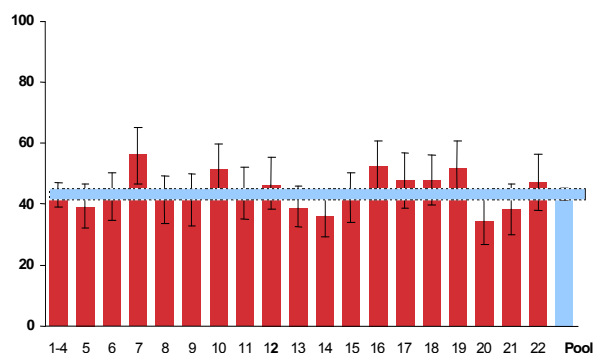
- Fra chi è stato da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, quasi un intervistato su 2 (47%) ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 61% dei fumatori, il 37% degli ex fumatori e il 43% dei non fumatori.
- Tra le ASL della Regione emergono alcune differenze per quanto concerne la percentuale di persone interpellate da un sanitario sulle proprie abitudini sul fumo: rispetto al valore regionale la percentuale di persone interpellate più alta nella ASL di Chivasso (56%, statisticamente significativo) e più bassa nella ASL di Alessandria (34%).
- 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% delle persone ed in particolare il 66% dei fumatori; in Piemonte è stato interpellato il 43% degli intervistati, ed in particolare il 67% dei fumatori.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo
ASL BI Passi, giugno 2007- marzo 2008 *



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 148)

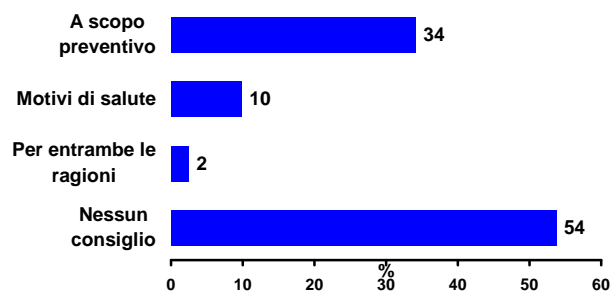
Persone interpellate da un operatore sanitario propria abitudine al fumo per ASL
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

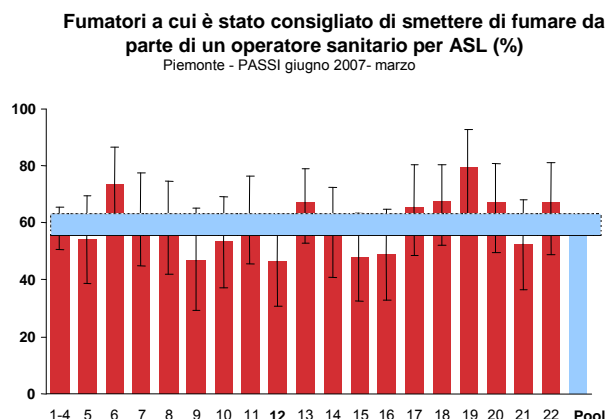
- il 46% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (34%)
- il 54% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari (tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI il 40%)

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – ASL BI Passi, giugno 2007- marzo 2008 *



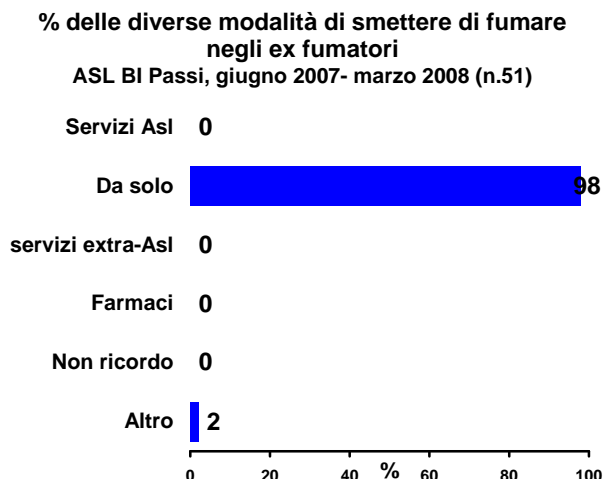
* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 41)

- Nelle 19 ASL della Regione con un campione rappresentativo, non emergono differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 79% della ASL di Asti al 46% della ASL di Biella). La bassa numerosità dei fumatori che si sono recati da un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi non consente infatti di poter evincere dati significativi.



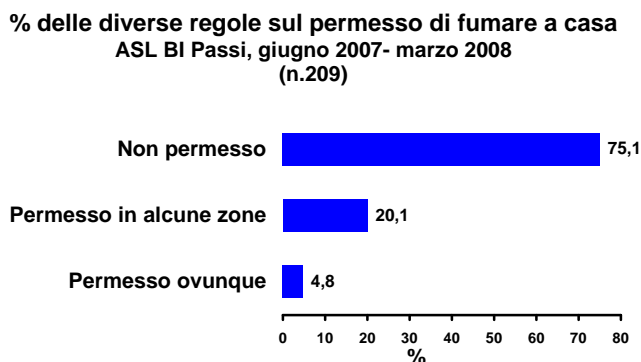
Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra i 51 ex fumatori il 98 % ha smesso di fumare da solo e nessuno riferisce di aver fruito di servizi Asl
- Anche i dati relativi alle ASL piemontesi partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli (il 96% ha smesso da solo, così come in Italia).
- Il 32% degli attuali fumatori ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (in Piemonte il 38%, in Italia il 41%), e comunque ha tentato da solo il 100%.



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Il 75% degli intervistati dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni;
- nel restante 25% dei casi si fuma ovunque (5%) o in alcuni luoghi od orari (20%).

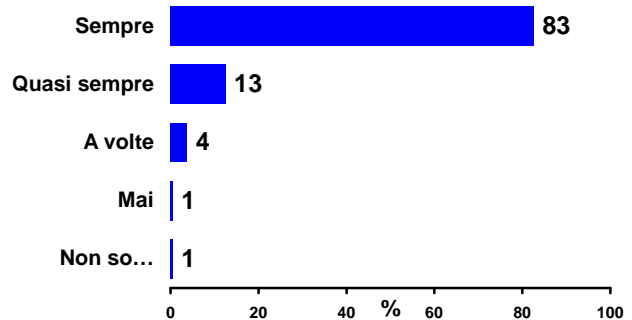


L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

- le persone intervistate riferiscono, nel 95% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL del Piemonte le percentuali sono rispettivamente del 93% e del 7%.
In Italia è dell'84%.

Frequenza percepita (%) del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

ASL BI Passi, giugno 2007- marzo 2008 (n.184) *



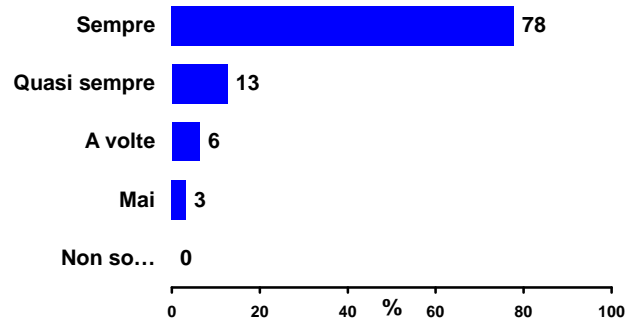
* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel 90,5% dei casi, che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre.
- Il 9,5% dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente
- Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI le percentuali sono rispettivamente dell'85% e del 15%. In Piemonte le percentuali sono del 90% e del 10%.

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

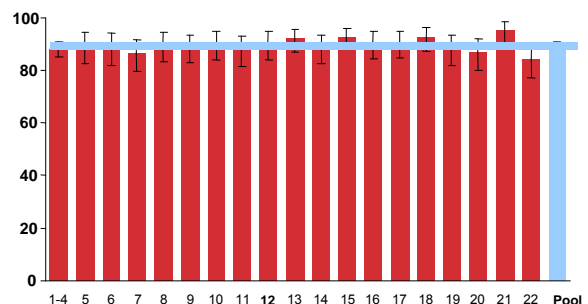
ASL BI Passi, giugno 2007- marzo 2008 (n.126) *



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

- Nelle 19 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 95% della ASL di Casale all' 84% della ASL di Novi Ligure)

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



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL BI un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani nella classe d'età dei 18 - 34enni, di cui 1/3 riferisce di essere fumatore. Pur se questi dati sono inferiori al dato del pool della Regione, resta essenziale una politica sanitaria di dissuasione dall'iniziare a fumare.

Esposti ed ex-esposti superano infatti il 50 % degli intervistati, dato questo superiore a quello regionale, così come la proporzione di ultracinquantenni fumatori. Gli effetti in termini sanitari nel breve e medio periodo saranno nel senso di uno svantaggio rispetto ad altre aree piemontesi, con un miglioramento nel lungo periodo.

Più della metà dei fumatori non ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. D'altro canto per i biellesi la decisione di smettere di fumare pare essere connessa a scelte individuali e non ad interventi di tipo sanitario.

Risulta pertanto opportuno un potenziamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per incentivare l'abbandono dal fumo, valorizzando nel contempo l'offerta presente di interventi di supporto.

Mentre il fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro sono in linea o migliori del dato regionale, segno dell'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici, ben il 25% degli intervistati ammette che nell'abitazione si fumi (il 5% senza alcun limite). Considerando anche la durata dell'esposizione ed il possibile coinvolgimento di minori (per esposizione passiva e come modello di stile di vita), si ritiene necessario promuovere politiche sanitarie di sensibilizzazione intesa all'eradicazione del fumo dalle abitazioni.

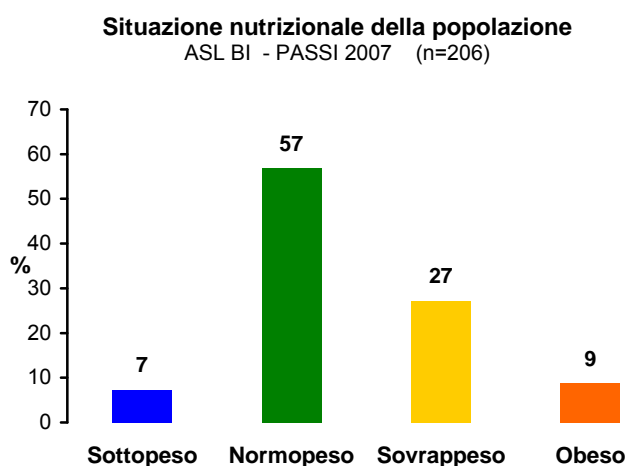
Situazione nutrizionale

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 BI il 7% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 27% sovrappeso e il 9% obeso.
- Complessivamente si stima che il 36% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sia sovrappeso che obesità.



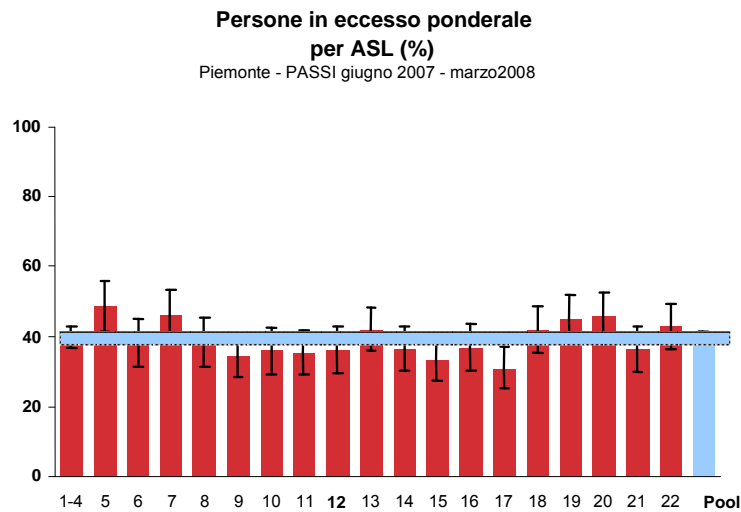
Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età, al limite della significatività statistica ($p=0,05$), ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (42% vs 30%) e nelle persone con basso livello di istruzione (sempre 42% vs 30%).
- Le differenze per difficoltà economiche non sono rilevanti.

Eccesso ponderale	
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=206)	
Caratteristiche	Eccesso ponderale %
Totale	35.9 (IC95% 29.4-42.9)
Classi di età	
18 - 34	23.5
35 - 49	34.8
50 - 69	44.2
Sesso	
uomini	42.2
donne	29.8
Istruzione*	
bassa	41.9
alta	29.7
Difficoltà economiche	
sì	38.7
no	33.3

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

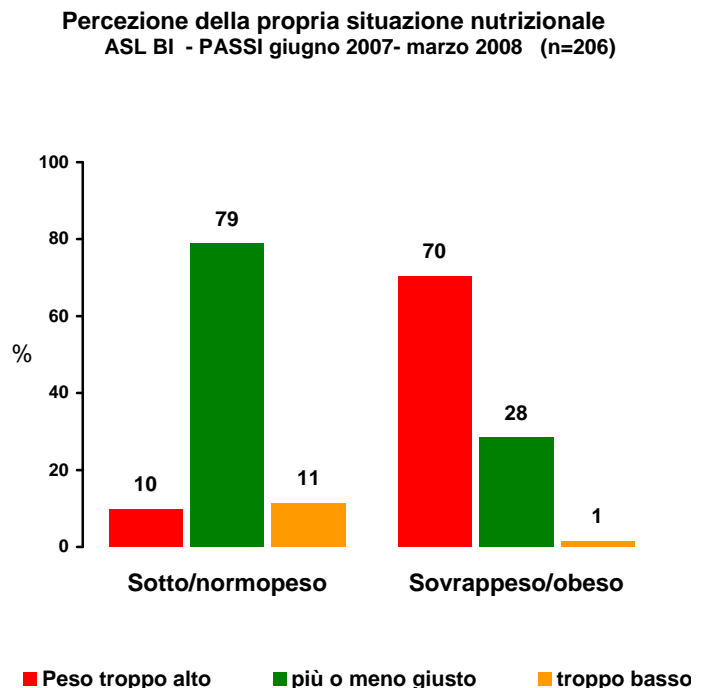
- Nelle 19 ASL della Regione emergono differenze statisticamente significative sia in negativo (49% a Collegno) che in positivo (31% a Savigliano)



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

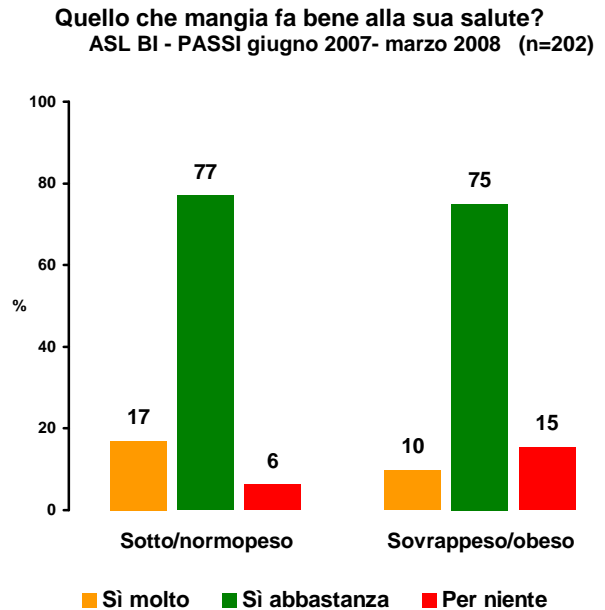
Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio peso incide in maniera rilevante a livello del cambiamento motivazionale a controllare il proprio peso.
- Nella ASL BI 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 la percezione di un peso più o meno giusto e BMI nei sotto/normopeso (79%), mentre tra le persone in soprappeso/obese solo il 28% ha una percezione analoga.
- Emerge un diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sotto/normopeso il 78% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all' 80% degli uomini, mentre tra quelle soprappeso/obese il 19% rispetto al 35% degli uomini.



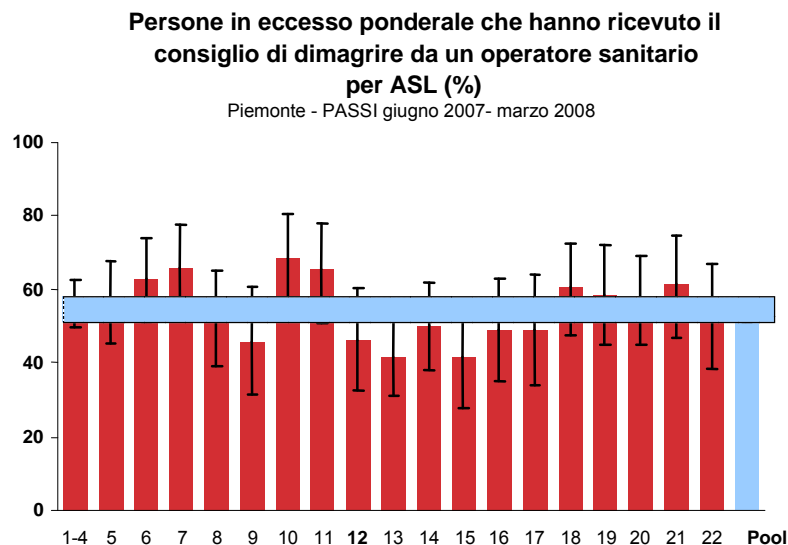
Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL BI mediamente il 91% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Si, abbastanza" o "Si, molto") in particolare: il 94% dei sottopeso/normopeso, l'85% dei soprappeso/obesi.



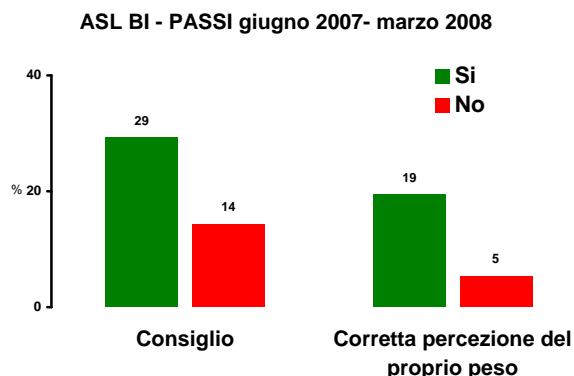
Quante persone soprappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- Nella ASL BI il 46% delle persone in eccesso ponderale intervistate 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 32% delle persone in soprappeso e l' 86% delle persone obese (in Italia sono rispettivamente il 48% e l'81%; in Piemonte il 45% e l'83%).
- Nelle 19 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di soprappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario (range dal 42% di Novara e Cuneo al 69% di Pinerolo).



- Solo il 19% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.
- La proporzione di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (32% vs il 9% degli uomini)
 - negli obesi (33% vs il 14% dei sovrappeso)
 - tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (29% vs 14%)
 - nelle persone in **sovrappeso** (esclusi gli obesi) che percepiscono il proprio peso come “troppo alto” (19% vs il 5% di coloro che ritengono il proprio peso “giusto”)

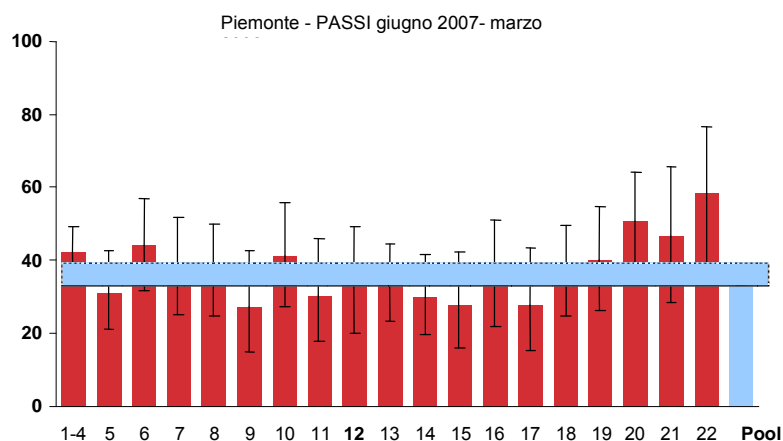
Percentuale di persone in sovrappeso/obese che fanno una dieta in rapporto al consiglio di un operatore sanitario (n. 52 intervistati) o alla corretta percezione del proprio peso (n. 55 intervistati)



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

- Nella ASL BI il 16% delle persone in eccesso ponderale intervistate è sedentario (14% nei sovrappeso/ e 23,5% negli obesi).
- Il 33% 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 27% delle persone in sovrappeso e il 50% di quelle obese. (in Italia sono rispettivamente il 33,5% e il 45%)
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 93% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto all' 80% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle 19 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di sovrappeso/obesi che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (range dal 27% di Ivrea al 59% di Novi Ligure).

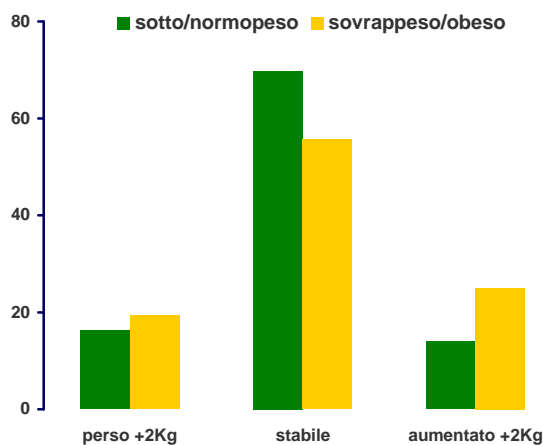
Persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un operatore sanitario per ASL (%)



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- Nella ASL BI il 18% degli intervistati ha riferito di essere aumentato almeno 2 kg di peso.
- La proporzione di persone che sono aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata, ma senza differenze significative:
 - nella fascia d'età di 18-34 anni (20% vs 15% in quella 35-49 anni e 19% nella 50-69 anni)
 - nelle persone in eccesso ponderale (25% negli obesi e nei sovrappeso vs 14% dei normopeso).
- Emergono anche differenze tra donne (22%) e uomini (14%).

Cambiamenti negli ultimi 12 mesi
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=201)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL BI l'eccesso ponderale interessa più di 1/3 della popolazione intervistata (quasi 1/4 dei giovani e quasi la metà degli ultracinquantenni) e costituisce un problema di salute pubblica importante. 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 30% percepisce il proprio peso come "troppo alto", l'85% giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 19% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (84%).

E' da rilevare come anche l'approccio degli operatori sanitari pare essere "indulgente" rispetto a chi è in semplice sovrappeso: solo il 32 % riceve il consiglio di perdere peso (86% negli obesi, differenza significativa), ed il 27% di fare attività fisica (50% negli obesi), laddove le persone in sovrappeso sembrano presentare una maggior tendenza all'aumento di peso (25% vs 14% dei normopeso).

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. Tra questi sicuramente sono da annoverare interventi nell'assistenza sanitaria primaria.

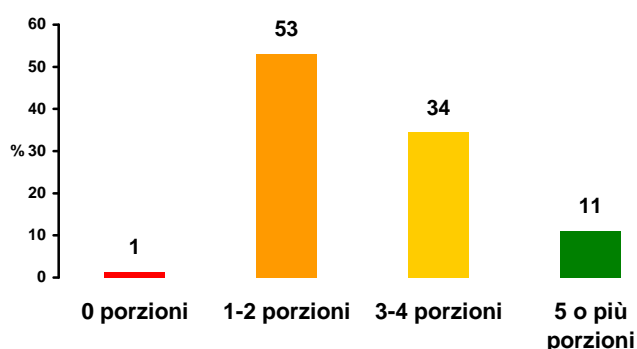
Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

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 BI il 99% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo l'11% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (come in Piemonte, mentre in Italia è il 10%), anche se circa il 34% ne mangia 3-4 porzioni al giorno.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=209)



- Questa abitudine è più diffusa tra le persone oltre i 50 anni (16%), tra le donne (14%), tra le persone con alto livello d'istruzione (14%) e tra quelle senza difficoltà economiche (14%); non emergono comunque differenze significative. Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone appartenenti alla categoria sovrappeso/obeso.

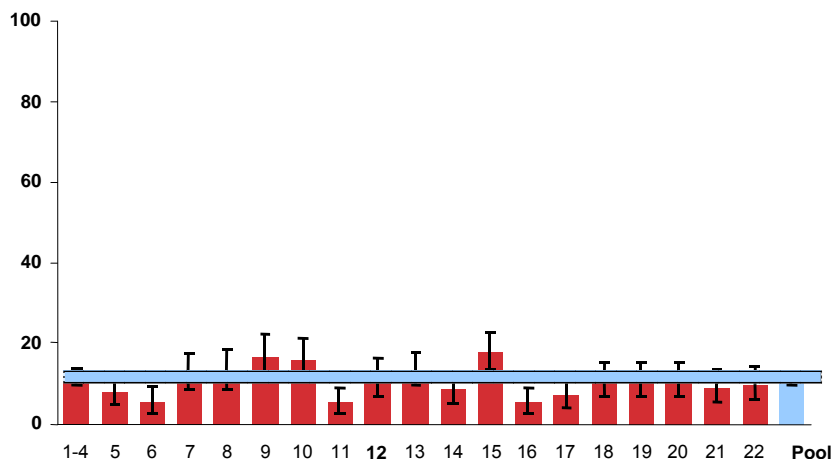
Consumo di frutta e verdura ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=209)		
Caratteristiche	Adesione al "5 a day"* (%)	
Totale	11.0 (IC95% 7.1-16.1)	
Classi di età	18 - 34	7.8
	35 - 49	7.1
	50 - 69	15.9
Sesso	uomini	7.8
	donne	14.2
Istruzione**	bassa	7.6
	alta	13.9
Difficoltà economiche	sì	6.5
	no	14.4
Stato nutrizionale	sotto/normopeso	9.8
	sovrappeso/obeso	12.2

* consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la proporzione di persone che aderiscono al “5 a day” ha un range che va dal 5% al 18% (in Italia è del 10%); emergono differenze statisticamente significative sia di segno negativo (Vercelli, Mondovì e Ciriè) che di segno positivo (Cuneo).

Persone che consumano almeno 5 porzioni verdura al giorno per ASL

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa il 45% ne assume 3 o più porzioni, ma solo l'11% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

In questo senso è opportuno segnalare come il 14% della popolazione intervistata ha la percezione di alimentarsi in modo molto corretto, ed il 77% di farlo in maniera abbastanza corretta. C'è quindi una importante differenza tra qualità reale e qualità percepita del modo di alimentarsi che deve essere oggetto di sostanziali attività di formazione ed informazione.

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?

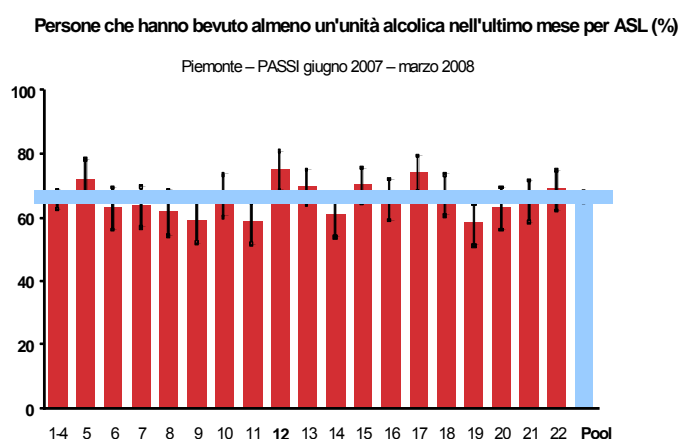
- Nella ASL BI la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 75%.
- Si sono osservate percentuali più alte nella fascia di età 18-34 anni, negli uomini, in coloro che hanno un livello di istruzione più elevato e che non riferiscono difficoltà economiche. La percentuale di consumatori di alcol è significativamente maggiore dal punto di vista statistico negli uomini e in coloro che hanno un alto livello d'istruzione.
- Il 60% consuma alcol durante tutta la settimana mentre il 40% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese) ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=209)	
Caratteristiche	% persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica*
Totale	75.1 (IC95%:68.7-80.8)
Classi di età	
18 - 34	80.4
35 - 49	78.6
50 - 69	69.3
Sesso	
uomini	91.3
donne	59.4
Istruzione**	
bassa	67.6
alta	84.2
Difficoltà economiche	
sì	69.9
no	81.1

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

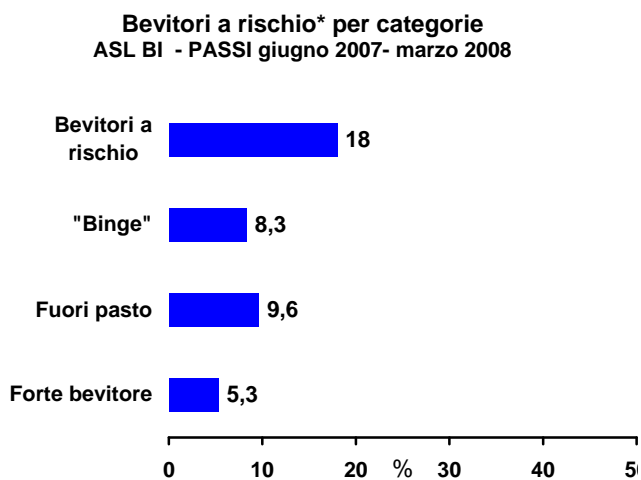
**istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, emergono differenze statisticamente significative a sfavore dell' ASL di Biella (range dal 58 % di Asti al 75% di Biella).
- Tra le ASL partecipanti al livello nazionale la percentuale di bevitori è del 61%.



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 18% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o “binge”).
- Il 9,6% della popolazione riferisce di aver bevuto nell’ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
- L’8,3% 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 5,3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, il 17% degli intervistati è bevitore a rischio (range dal 12% di Omegna ed Asti al 24% di Savigliano), di cui il 4 % con consumo forte, il 7 % con consumo binge, il 9 % con consumo fuori pasto. Emerge una differenza statisticamente significativa per le modalità di assunzione dell’alcol ritenute a rischio a sfavore di Savigliano.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio, di cui il 7 % con consumo binge.



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

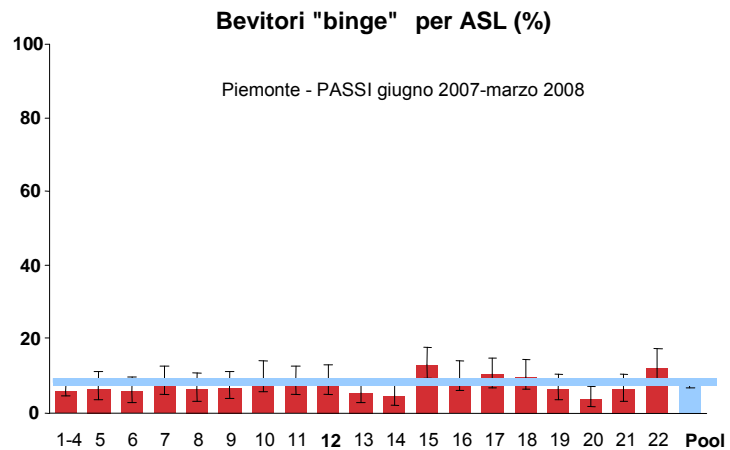
Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso riguarda l'8,3% degli intervistati e risulta più diffuso, in modo significativo dal punto di vista statistico, tra i giovani e negli uomini, mentre non risultano differenze significative riguardo il livello di istruzione e le difficoltà economiche.

Consumo "binge" (ultimo mese) ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=206)	
Caratteristiche	% bevitori "binge"*
Totale	8.3 (IC95%: 4.9-12.9)
Classi di età	
18 - 34	19.6
35 - 49	2.9
50 - 69	5.8
Sesso	
uomini	14.7
donne	1.9
Istruzione**	
bassa	7.8
alta	8.9
Difficoltà economiche	
sì	5.4
no	10.9

*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

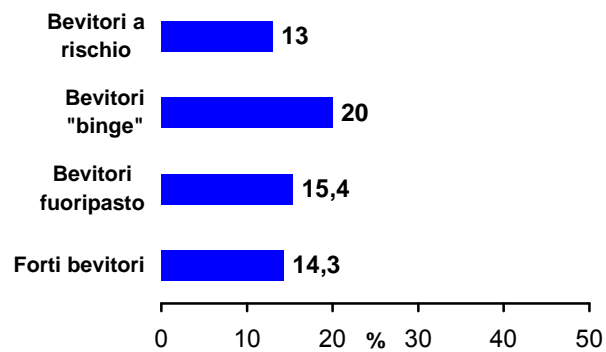
Nelle 19 ASL della Regione, la percentuale di bevitori "binge" mostra un range dal 4% di Alessandria al 13% di Cuneo. Emerge una differenza statisticamente significativa a sfavore di Cuneo



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

- Nella ASL BI solo il 25% 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, la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di bere meno è del 13%. In particolare il consiglio di bere meno è stato ricevuto dal 20% di bevitori "binge" (sul pool italiano il dato è del 9%), dal 15,4% di bevitori fuori pasto e dal 14,3% di forti bevitori.

% 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 BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=144)

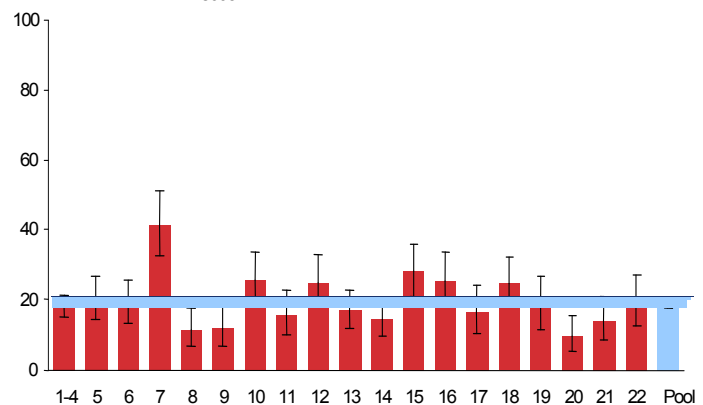


* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol mostra un range dal 10 % al 42 % con un dato medio regionale del 19 %. Vi sono alcune differenze statisticamente significative rispetto alla Regione, a favore nel caso di Chivasso e Cuneo, e a sfavore ad Alessandria.
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale la percentuale di persone cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol è risultata pari al 16 %.

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo



Conclusioni e raccomandazioni

Sulla base dei dati riportati, si stima che nella ASL BI circa tre quarti della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e circa un quinto abbia abitudini di consumo considerabili a rischio; tali dati non si discostano troppo da quelli nazionali ricavabili dalla letteratura e dall'intero pool PASSI. Rispetto alla situazione regionale è comunque statisticamente significativo **l'eccesso di consumo generale**, ma non di quello a rischio.

Per il consumo di alcol i fattori correlati all'esposizione sono il sesso maschile ed un più alto livello di istruzione.

Le età più giovani ed il sesso maschile sembrano invece i fattori correlati al consumo a rischio tipo "binge".

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

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

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

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nel tempo 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.

Una particolare attenzione deve essere posta al mondo giovanile, in quanto il consumo "a rischio" sembra essere associato ai momenti delle relazioni di gruppo durante il tempo libero (locali pubblici, etc) e quindi connesso ai temi della sicurezza stradale.

Sicurezza stradale

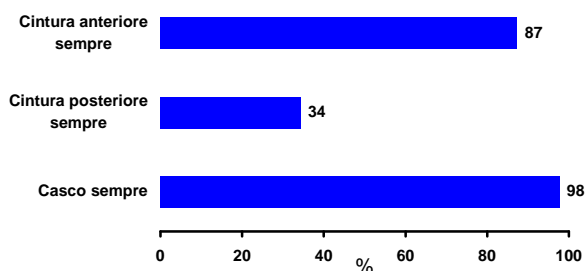
Prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese. Nel 2006 si sono verificati in Italia oltre 238.000 incidenti stradali con 5.669 morti e quasi 333.000 feriti, ed un pesante carico sociale e sanitario: 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 (ISTAT 2007). In Piemonte nel 2006 gli incidenti stradali sono stati 14.871 con 404 morti e oltre 22.000 feriti.

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

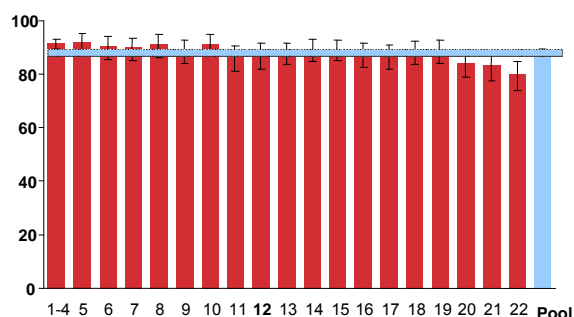
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- Tra coloro che dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'87%, l'uso della cintura è invece meno diffuso tra chi viaggia sul sedile posteriore (34%).
- Nella ASL BI tra le persone che vanno in moto o in motorino il 98% riferisce di usare sempre il casco; in Regione è il 96%.
- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza ha un range:
 - dall'80% di Novi (dato statisticamente significativo) al 92% di Torino e Collegno per la cintura anteriore
 - dal 15% al 39% per quella posteriore, con dati significativamente bassi a Ciriè, Novi ed Alessandria, e significativamente alti a Pinerolo e Mondovì
- Nell'intero campione delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza è inferiore al dato regionale, essendo dell'82% per la cintura anteriore, del 19% per quella posteriore e del 92% per l'uso del casco.

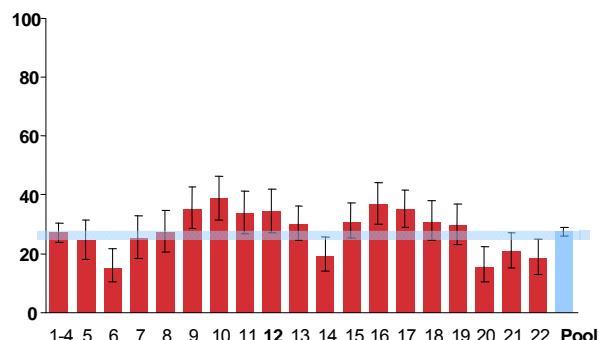
Uso dei dispositivi di sicurezza
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n.207)



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



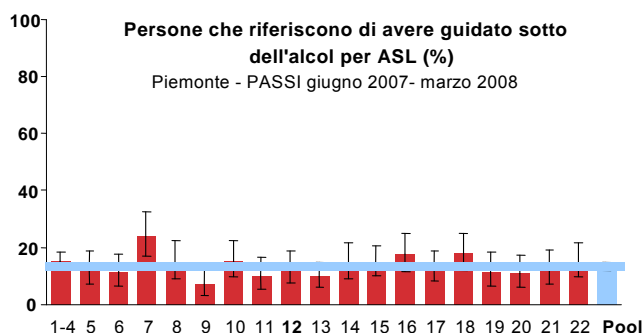
Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

- Sul totale della popolazione intervistata, che include sia chi guida sia chi non guida, il 9% dichiara che nell'ultimo mese ha viaggiato dopo che il guidatore aveva 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 12,5%; questa abitudine sembra più diffusa, ma senza significatività statistica, tra gli uomini rispetto alle donne nella fascia di età 35-49 anni, tra le persone con bassa istruzione e minori difficoltà economiche.
- Il 12% riferisce che chi guidava era sotto l'effetto dell'alcol. In questo dato sono compresi soggetti che avevano anche guidato sotto effetto dell'alcool.
- Tra le diverse ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol varia con un range dal 7% di Ivrea al 24% di Chivasso (dato statisticamente significativo).
- Nel pool di ASL partecipanti alla sorveglianza nazionale PASSI, la percentuale di persone che riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 13%, valore che non si discosta dal valore regionale.

Guida sotto l'effetto dell'alcol*	
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n.152)	
Caratteristiche	% di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**
Totale	12.5 (IC95%: 7.7-18.8)
Classi di età	
18-34	12.2
35 - 49	15.4
50 - 69	10.2
Sesso	
uomini	17.2
donne	5.1
Istruzione	
bassa	14.9
alta	10.6
Difficoltà economiche	
sì	11.3
no	13.5

* 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



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL BI 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 è un problema piuttosto diffuso, ed interessa maggiormente la fascia di età più impegnata nel lavoro, con possibili ricadute anche nell'infortunistica professionale.

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. E' da promuovere anche un'azione di contrasto al consumo di alcool nelle pause lavorative.

Infortuni domestici

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

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

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

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

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

Nella ASL BI la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è molto elevata. Infatti il 95% degli intervistati lo ritiene basso o assente; in particolare si evidenzia una differenza significativa nella percezione del rischio tra i sessi: gli uomini hanno una percezione del rischio inferiore alle donne, e questo può essere associato ai rischi delle attività domestiche.

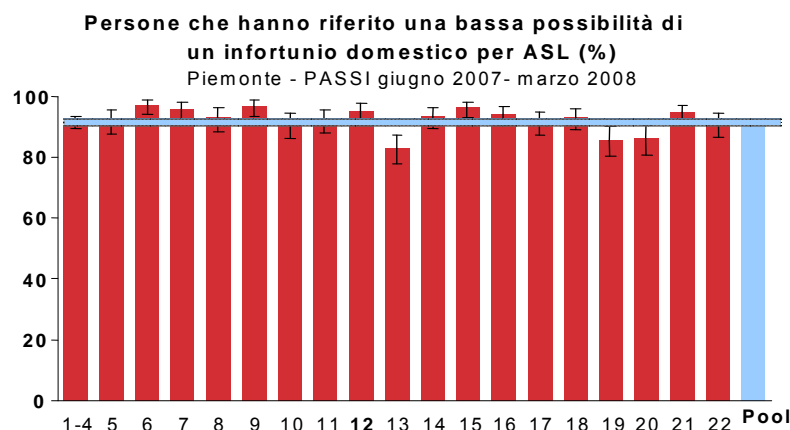
- Nelle varie ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percezione del basso rischio di infortunio domestico presenta un range dall'83% al 97%. Emergono differenze statisticamente significative per minore percezione a Ciriè e per maggiore percezione a Novara, Asti ed Alessandria.
- 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%.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico	
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=204)	
Caratteristiche demografiche	% persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico
Totale	95.1 (IC 95%: 91.2-97.6)
Età	
18 - 34	94.0
35 - 49	98.5
50 - 69	93.0
Sesso	
Uomini	99.0
Donne	91.3
Istruzione**	
bassa	93.3
alta	97.0
Difficoltà economiche	
si	95.7
no	94.5
Persone potenzialmente a rischio ***	
si	96.9
no	94.2

* 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



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

- Nella ASL BI solo il 19% degli intervistati dichiara di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- Le persone nella classe di età 50-69 anni riferiscono di aver ricevuto informazioni con una percentuale superiore alle altre. Percentuali più alte si hanno anche
 - nelle donne
 - se il grado di istruzione è basso
 - se in famiglia non vi sono anziani e bambini
 - quando la percezione del rischio è alta.
- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono state gli opuscoli e i mass media, mentre il ruolo di personale sanitario o di tecnici è stato marginale.
- Nelle ASL della regione, la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi varia con un range dal 15% al 46 %; emergono differenze statisticamente significative, con bassa percentuale a Ciriè e Biella, e con alta percentuale a Chivasso e Cuneo
- Nel pool nazionale delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi è del 27%.

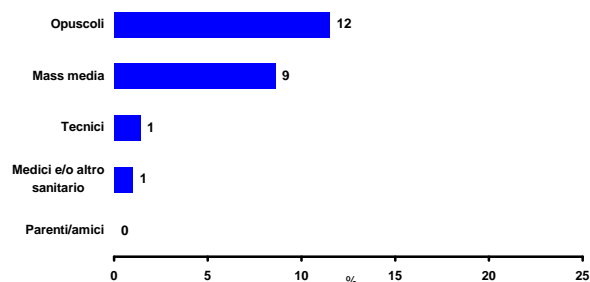
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=205)

Caratteristiche demografiche	% persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni
Totale	19.0 (IC 95%: 13.9-25.1)
Età	
18 - 34	11.8
35 - 49	14.7
50 - 69	26.7
Sesso	
Uomini	15.7
Donne	22.3
Istruzione*	
bassa	22.9
alta	15.0
Difficoltà economiche	
si	20.4
no	18.2
Persone potenzialmente a rischio**	
si	15.2
no	20.9
Percezione del rischio	
alta	40.0
bassa	18.0

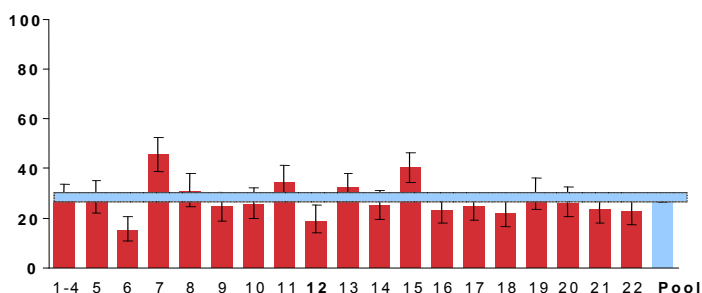
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

**si: presenza di anziani e/o bambini

Fonti di informazione
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=209)



Persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni per la prevenzione di infortuni domestici per ASL
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ASL BI tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni (22 soggetti) il 23% ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- Le differenze osservate per le diverse variabili non sono significative a causa della ridotta numerosità.
- Nelle ASL della regione, l'adozione di misure preventive presenta un range dal 7% al 49%; emergono differenze statisticamente significative per una bassa percentuale a Cuneo e Savigliano, e per un'alta percentuale a Novara.
- Nelle pool nazionali delle ASL partecipanti alla sorveglianza PASSI la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30%.

% persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione

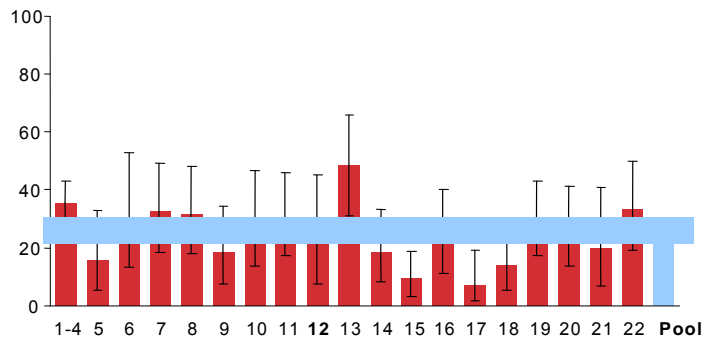
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=22)

Caratteristiche demografiche	% persone dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
Totale	22.7 (IC 95%: 7.8 –45.4)
Età	
18 - 34	33.3
35 - 49	33.3
50 - 69	15.4
Sesso	
Uomini	0.0
Donne	33.3
Istruzione*	
bassa	15.4
alta	33.3
Difficoltà economiche	
si	30.8
no	11.1
Persone potenzialmente a rischio**	
si	33.3
no	18.8
Percezione del rischio	
alta	50.0
bassa	20.0

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

**si: presenza di anziani e/o bambini

**Persone che dichiarano di aver adottato misure
sicurezza per ASL (%)**
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, l'indagine PASSI evidenzia che nella Regione Piemonte le persone intervistate hanno riferito una bassa consapevolezza del rischio infortunistico, nonostante che 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 e in modo non specifico da operatori qualificati. Tra coloro che dichiarano di aver ricevuto informazioni, circa un quarto ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema.

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. La sorveglianza PASSI potrebbe rispondere a quest'ultima esigenza in quanto, meglio degli studi trasversali, può risultare in grado di evidenziare i cambiamenti attesi.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza è 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 problematica (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?

- A causa della bassa numerosità, si è ritenuto di presentare i dati dei vaccinati nei due periodi di interviste; il primo, fino al 31.10.2007 e quindi di soli 5 mesi, è quello standard di confronto tra ASL, e comprende solo 4 vaccinazioni. Il secondo, più numeroso (11 vaccinazioni), consente di validare alcune differenze rilevate.

Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni) ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008

		Vaccinati (%)	
<u>Caratteristiche</u>		INTERVISTE AL 31.10 (N=47)	INTERVISTE DOPO 31.10 (N=140)
Totale	IC95%:	8.5	7.9
Età			
	18-34	0.0	0.0
	35-49	11.8	9.4
	50-64	11.8	12.2
Sesso			
	uomini	12.5	11.8
	donne	4.3	4.2
Istruzione*			
	bassa	0.0	8.7
	alta	16.0	7.1
Difficoltà economiche			
	sì	17.6	7.2
	no	3.4	8.6
Patologia cronica			
	sì	0.0	29.6
	no	10.0	2.7

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

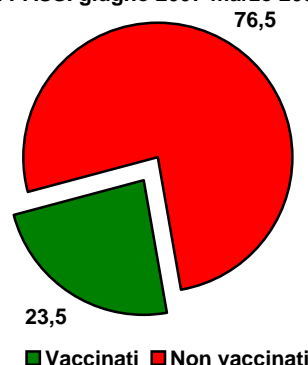
- Nella ASL BI il 9% (8% nel secondo periodo) delle persone intervistate di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinata. Informazioni relative alla vaccinazione degli anziani non rientrano tra gli obiettivi del sistema di sorveglianza "Passi" (la fascia d'età del campione osservato è 18-69 anni) e, peraltro, sono fornite dalle rilevazioni routinarie a livello nazionale.

- Vi sono differenze a favore degli uomini, e in relazione con l'aumento dell'età. Altre differenze apparentemente importanti nel primo periodo non hanno trovato conferma nel secondo; in particolare il dato delle vaccinazioni sui portatori di patologia cronica nel secondo periodo è in linea con i dati regionali e nazionali.

- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale (pool ASL Passi) la percentuale dei vaccinati nelle persone con meno di 65 anni è stata complessivamente del **13%** (9% a livello regionale) e del **28 %** tra i portatori di almeno una patologia cronica (24% a livello regionale).

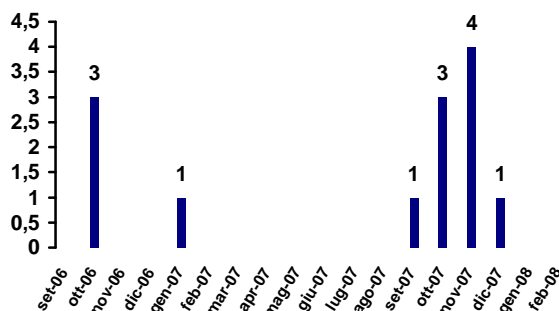
- Considerando entrambi i periodi, tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica, meno di un quarto risulta essere stato vaccinato; nel primo periodo non è stato vaccinato nessuno dei 7 utenti interessati.

Vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica ASL BI PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=34)



- Alle persone vaccinate è stato chiesto in quel mese della stagione lo abbiano fatto. Nella ASL BI nel primo periodo di interviste (sino al 31.10.2007) 3 delle 4 persone vaccinate hanno provveduto nel mese di Ottobre; la restante vaccinazione è stata eseguita a Gennaio.
- Nel secondo periodo la distribuzione è più aderente ai tempi della campagna antinfluenzale con punte ad ottobre e novembre.

n. di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese ASL BI PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n=13)



- Per completezza è stata esaminata in maniera congiunta sui 2 periodi anche la fascia di popolazione 65-69 anni, target delle campagne vaccinali annuali (21 soggetti di cui 6 con patologie croniche; 6 vaccinazioni di cui 3 su soggetti con patologie croniche). La distribuzione per mese è aderente alle campagne vaccinali (ottobre, novembre, dicembre)

Vaccinazione antinfluenzale (65-69 anni)

ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=21)

Caratteristiche	Vaccinati (%)
Totale	28.6
IC95%:	11.3-52.2
Sesso	
uomini	30.0
donne	27.3
Istruzione*	
bassa	38.5
alta	16.7
Difficoltà economiche	
sì	14.3
no	36.4
Patologia cronica	
sì	50.0
no	20.0

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

- Più di ¼ dei soggetti è stato vaccinato, ed in particolare la metà dei soggetti malati. Si attenua la differenza tra sessi e si amplificano le differenze a favore del basso livello di istruzione (forse per il maggior ricorso ai MMG) e dell'assenza di difficoltà economiche (problemi di accesso?); i numeri sono tuttavia troppo limitati per una valutazione conclusiva.

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 la maggior parte degli ultrasessantacinquenni; nell'ASL BI nella campagna 2007-2008 risultano essere distribuite e somministrate circa 33.000 dosi di vaccino, a fronte di circa 44.000 ultrasessantacinquenni, con una priorità rivolta a soggetti istituzionalizzati e malati. Inoltre una parte della popolazione procede autonomamente attraverso l'acquisto diretto del vaccino e la somministrazione in via privata.

I dati ottenuti dalle interviste PASSI non rispecchiano quindi la situazione, sia per la fascia di età indagata sia perché tra i criteri di esclusione dalle interviste sono compresi l'istituzionalizzazione e la presenza di patologie compromettenti la capacità di risposta.

Si ritiene comunque 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, e attraverso l'adozione di flussi informativi con la rete delle farmacie presenti sul territorio.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta da una donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). Obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è, pertanto, la prevenzione dell'infezione nelle donne in gravidanza e, di conseguenza, della rosolia congenita.

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%.

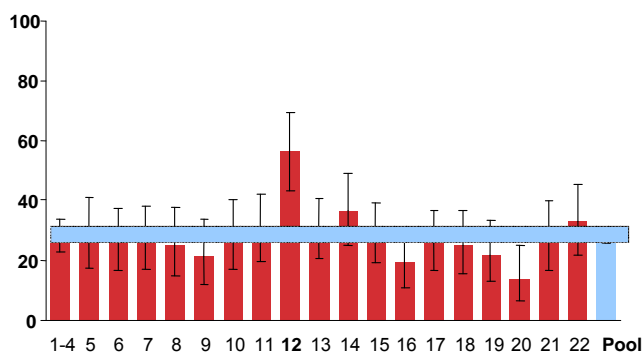
Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Nella ASL BI il 57 % delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia
- La percentuale di donne vaccinate varia con l'età con un massimo dell'80% nella fascia di età 25-34 anni; è minore con basso livello d'istruzione e in presenza di difficoltà economiche.
- Nelle 19 Asl della Regione con campione rappresentativo la percentuale di persone vaccinate varia tra il 14 % di Alessandria (statisticamente significativo) al 57 % di Biella (statisticamente significativo).
- Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne vaccinate è risultata del 32 %.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)	
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=60)	
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	56.7 (IC95%: 43.2 – 69.4)
Età	
18-24	54.5
25-34	80.0
35-49	47.1
Istruzione*	
bassa	47.8
alta	62.2
Difficoltà Economiche	
sì	53.3
no	62.1

*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

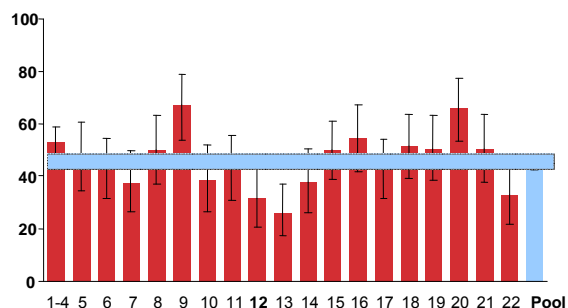


Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Nella ASL BI il 68,3% delle donne intervistate di 18-49 anni è immune alla rosolia o per aver praticato la vaccinazione (56,7%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (11,7%).
- Nessuna delle donne intervistate è invece sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 31,7% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto dalle intervistate.
- Tra le 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di donne stimate essere suscettibili alla rosolia presenta un range tra il 26% (Novara, dato statisticamente significativo) e il 67% di Ivrea (dato pure statisticamente significativo, come il 66% di Alessandria). Per diverse ASL pare confermarsi la prevista correlazione inversa tra donne suscettibili e copertura vaccinale.
- Tra le ASL partecipanti in Italia la percentuale di donne suscettibili è del 45%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni)	
ASL BI	PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=60)
	%
Immuni	68.3
Vaccinate	56.7
Non vaccinate con rubeotest positivo	11.7
Suscettibili/stato sconosciuto	31.7
Non vaccinate; rubeotest negativo	0.0
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1.7
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	30.0

Donne tra i 18 e i 49 anni suscettibili o con 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 a livello regionale il numero di giovani donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, sia ancora molto alto.

Nel caso dell'ASL BI pare comunque utile 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). Infatti è evidente che il livello di copertura vaccinale sembra essere sceso nelle ultime generazioni, anche se la base numerica osservata non è molto ampia.

Sembra inoltre necessario un miglior livello di informazione sui test eseguiti in corso di gravidanza: la notevole frequenza di casi in cui le donne intervistate non hanno saputo rispondere sul fatto di aver eseguito il test o sul suo risultato porta a ritenere che la comunicazione sia stata insufficiente.

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 cardiovascolare (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?

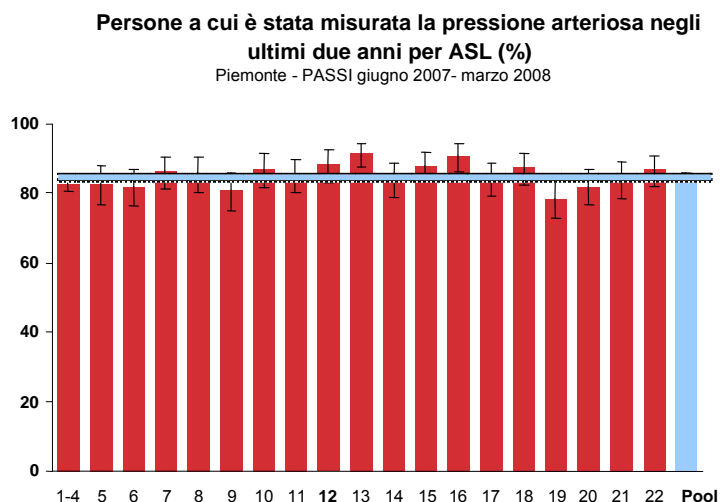
- Nella ASL BI, l' **88,5%** degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e il **4%** più di 2 anni fa. Il restante **7%** non ricorda o non l'ha avuta.
- Si rilevano differenze nella percentuale di persone controllate negli ultimi due anni a favore del sesso femminile, con l'aumentare dell'età, in presenza di un più basso livello di istruzione o di un minore reddito. In particolare risulta significativa la differenza tra livelli di istruzione basso livello di istruzione.

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni	
ASL BI PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n= 208)	
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni (%)
Totale	88.5 % (IC95%: 83.3 – 92.5)
Classi di età	
18 - 34	80.4
35 - 49	88.4
50 - 69	93.2
Sesso	
M	85.4
F	91.4
Istruzione*	
bassa	93.3
alta	83.2
Reddito**	
sì	90.4
no	86.5

*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 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, quelle di Novara e Mondovì presentano una differenza statistica significativa favorevole per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stata controllata la PA negli ultimi due anni (range dal **79%** al **92%**).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all' **83 %**



Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL BI il **22 %** 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 (**39 %**). Emergono differenze statisticamente significative anche a sfavore del basso livello di istruzione.

Ipertesi ASL BI - PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n= 193)

Caratteristiche demografiche	Ipertesi (%)
Totale	22.3 (IC95%: 16.6 – 28.8)
Età	
18 - 34	8.9
35 - 49	9.4
50 - 69	39.3
Sesso	
M	21,9
F	22.7
Istruzione*	
bassa	31.3
alta	12.0
Difficoltà economiche **	
sì	22.1
no	22.3

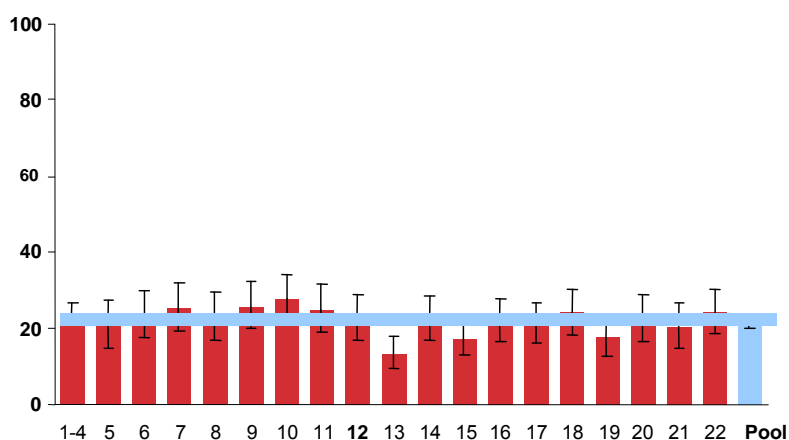
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, quella di Novara presenta una differenza favorevole significativa per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 13% al 28%).

Persone con diagnosi di ipertensione per ASL

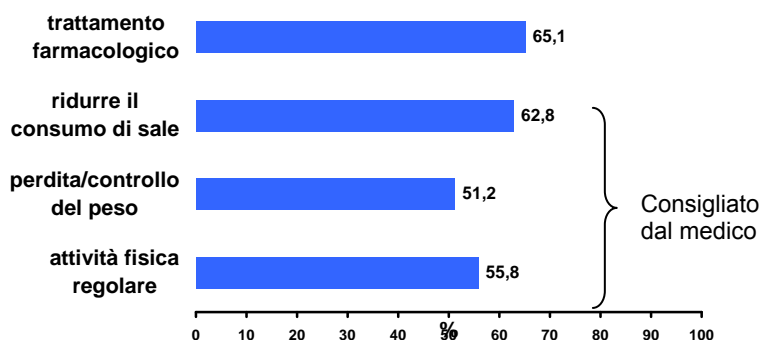
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Il 65 % dei 43 ipertesi intervistati nella ASL BI riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (63 %), ridurre o mantenere il peso corporeo (51 %) e svolgere regolare attività fisica (56 %).

Trattamento dell'ipertensione e consigli del medico * ASL BI PASSI giugno 2007-marzo 2008 (n= 43)

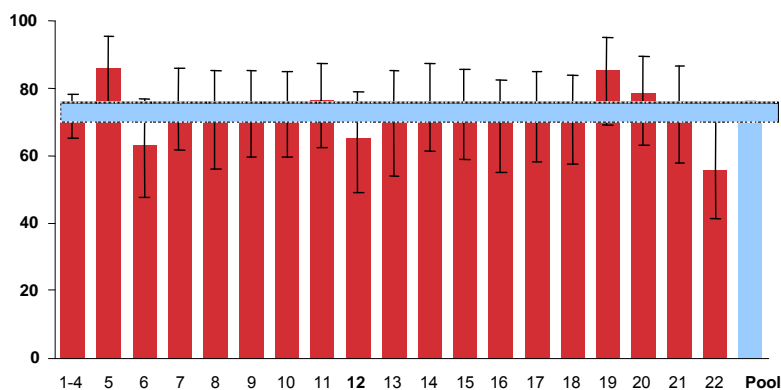


* ognuno considerata indipendentemente

- Nonostante l'ampia variabilità di valori puntuali rilevati (range dal 56% all'86%), dovuta alla bassa numerosità campionaria, tra le 19 ASL della Regione non si osservano differenze statistiche significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in terapia con farmaci.

Persone ipertese in trattamento con farmaci per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL BI si stima che sia iperteso circa il **22%** della popolazione tra 18 e 69 anni, più del **39%** degli ultracinquantenni e circa il **9%** dei giovani con meno di 35 anni e delle persone da 35 a 50 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 50 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 farmacologia, 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 BI il **73%** degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia, il **54 %** riferisce di essere stato sottoposto a tale misurazione nel corso dell'ultimo anno, il **12 %** tra 1 e 2 anni fa, il **7 %** 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 **51 %** nella classe 18-34 anni al **90 %** nei 50-69enni, e nelle persone che riferiscono di non avere particolari difficoltà economiche; non ci sono differenze per sesso e livello culturale.

Colesterolo misurato almeno una volta ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 208)	
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato (%)
Totale	72.6% (IC95%: 66.0 – 78.5)
Classi di età	
18 - 34	51.0
35 - 49	66.7
50 - 69	89.8
Sesso	
M	72.8
F	72.4
Istruzione*	
bassa	72.4
alta	72.3
Difficoltà economiche**	
sì	68.8
no	75.7

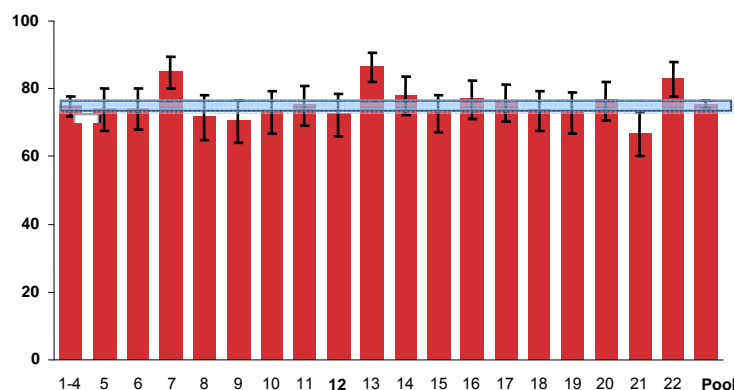
***istruzione bassa**: nessuna/elementare/media inferiore; **istruzione alta**: media superiore/laurea

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

- Tra le 19 ASL della Regione, si osserva per quanto concerne la percentuale di persone che hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo un range dal **67%** all'**87%**, con differenze statistiche significative (negative per Casale e positive per Novara, Chivasso e Novi).
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al **77%**

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

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il **29%** ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone che riferiscono di non avere particolari difficoltà economiche

Ipercolesterolemia riferita ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n= 151)

Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia (%)
Totale	29.1 (IC95%: 22.0 – 37.1)
Età	
18 - 34	23.1
35 - 49	17.4
50 - 69	38.0
Sesso	
M	28.0
F	30.3
Istruzione*	
bassa	28.9
alta	27.4
Difficoltà economiche**	
sì	25.0
no	31.0

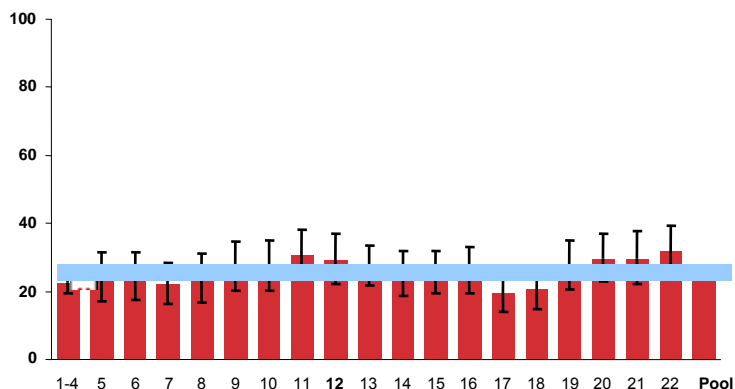
*istruzione bassa: nessuna/elementare/media inferiore; istruzione alta: media superiore/laurea

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

- Tra le 19 ASL della Regione, la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia è del **25 %** (range dal **20%** al **32%**) e non si osservano differenze statistiche significative. Anche nel pool delle ASL italiane il dato è al 25%.

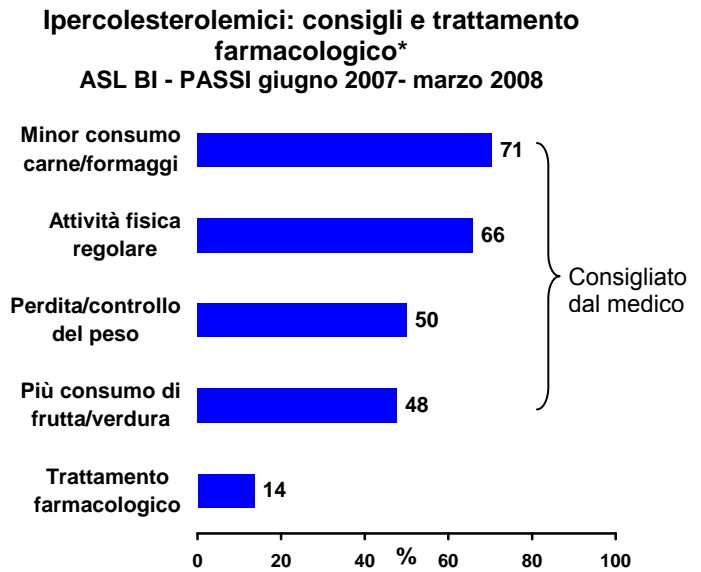
Persone con ipercolesterolemia riferita per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008

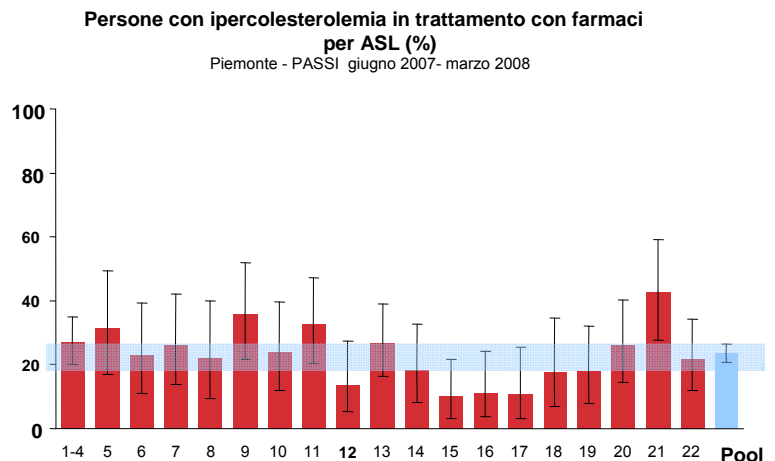


Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Il **14** % degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il **71** % degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, il **48** % di aumentare il consumo di frutta e verdura, il **50** % di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il **66**% di svolgere regolare attività fisica.



- Tra le 19 ASL della Regione, la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci è del **24** % (range dal **10** al **43**%); nonostante la bassa numerosità, si osservano differenze statistiche significative per trattamenti con farmaci oltre la media regionale a Casale. Livelli bassi di trattamento, anche se non significativi, si osservano a Biella, Cuneo, Mondovì e Savigliano.



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che al **27** % della popolazione di 18-69 anni della ASL BI non sia stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, il **29**% dichiara di avere una condizione di ipercolesterolemia; questa quota sale al **38** % 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 BI la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 3,4 %.
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nel sesso maschile, e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. Tuttavia le differenze non sono significative.

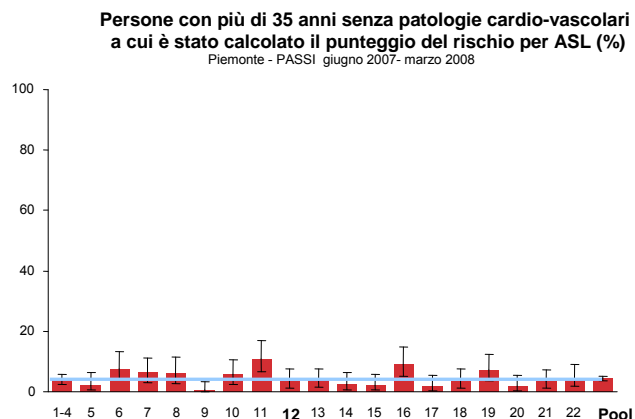
Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare		
ASL BI - PASSI giugno 2007- marzo 2008 (n=149)		
Caratteristiche demografiche	Punteggio calcolato (%)	
Totale	3.4 (IC95%: 1.1 - 7.7)	
Classi di età		
	35 - 49	4.3
	50 - 69	2.5
Sesso		
	M	4.1
	F	2.6
Istruzione*		
	bassa	3.3
	alta	3.4
Difficoltà economiche**		
	basso	2.9
	alto	3.9
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare***		
	sì	3.7
	no	2.4

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

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

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

- Tra le 19 ASL della Regione, il punteggio del rischio cardio-vascolare è stato calcolato nel 4% della popolazione (range **dall' 1 all'11%**). In particolare a Vercelli il calcolo del punteggio è più diffuso.
- Nelle ASL partecipanti allo studio a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al **7%**



Conclusioni e raccomandazioni

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

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

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

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

Sintomi di depressione

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

Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri sia per i cittadini che per la società e rappresentano un problema in crescita a livello mondiale. Nel novero delle patologie mentali più frequenti è inclusa la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati (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?

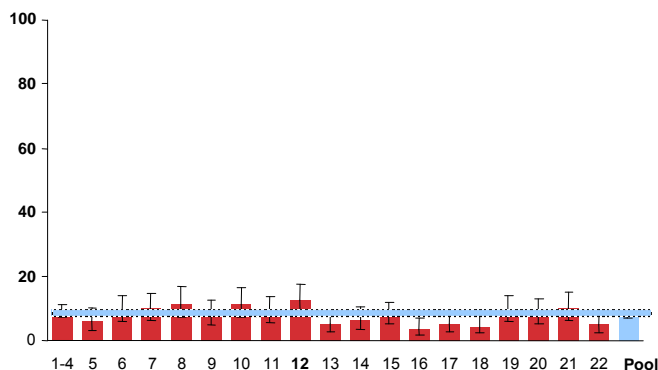
- Nella ASL BI il 12% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione.
- Nella ASL BI i sintomi di depressione non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. Da una semplice osservazione delle percentuali sembra che:
 - le più colpite siano le donne (oltre due volte più degli uomini), le persone con un livello di istruzione basso, quelle con maggiori difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica
 - le età più giovani sembrano meno colpite (ma non sono esenti), mentre dopo i 35 anni il dato rimane elevato. La fascia di età 35-49 si discosta nettamente dai dati nazionali (9,2%) e regionali (7,7%)
 - a causa della numerosità, solo nel caso dello stato lavorativo la differenza risulta statisticamente significativa a sfavore dello stato di "non lavoratore"; è tuttavia da sottolineare come questa condizione sia strettamente associata alle altre, difficoltà economiche e basso livello di istruzione in particolare.
- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che ha riferito i sintomi non si differenzia in maniera statisticamente significativa (range dal 4% di Mondovì e Alba al 12% di Biella).

Sintomi di depressione ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=204)	
Caratteristiche	% persone con i sintomi di depressione (Score PHQ-2 ≥3)
Totale	12.3 (IC95%: 8.1-17.6)
Classi di età	
18 - 34	7.8
35 - 49	13.4
50 - 69	14.0
Sesso	
uomini	7.9
donne	16.5
Istruzione*	
bassa	15.4
alta	9.0
Difficoltà economiche	
sì	16.3
no	8.2
Stato lavorativo	
Lavora	8.1
Non lavora	18.5
Malattie croniche	
Almeno una	17.9
Nessuna	10.9

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

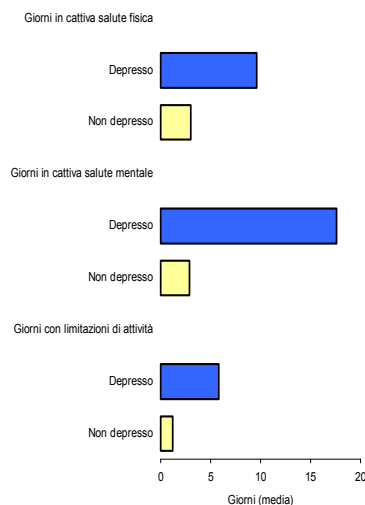
Persone che hanno riferito entrambi i sintomi per ASL (%)

Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione nella loro vita?

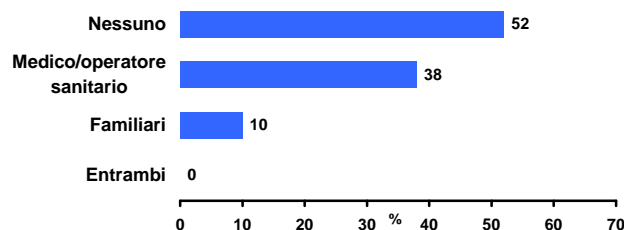
- Fra coloro che hanno riferito i sintomi di depressione, il 36% ha descritto il proprio stato di salute “buono” o “molto buono”, versus il 69% delle persone non depresse.
- La media di giorni in cattiva salute fisica e mentale è significativamente più alta tra le persone con i sintomi della depressione.
- La media di giorni con limitazioni di attività e' anche più alta tra coloro che hanno dichiarato sintomi di depressione, ma in misura non significativa



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL BI tra le persone con sintomi di depressione, la proporzione di quelle che si sono rivolte a qualcuno risulta del 48%.
- Fra chi riferisce di aver i sintomi di depressione, oltre la metà non ne ha parlato con nessuno; la percentuale di coloro che si sono rivolti a un medico o altro operatore sanitario corrisponde al 38%.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione
ASL BI PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=21)



Conclusioni e raccomandazioni

I risultati del PASSI evidenziano come i sintomi di depressione riguardino quasi una persona su 8, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. La condizione è statisticamente correlata allo stato di “non lavoratore”; è tuttavia da sottolineare come questa condizione sia strettamente associata alle altre, difficoltà economiche e basso livello di istruzione in particolare. I risultati evidenziano inoltre l’impatto che tale condizione ha anche sulla percezione del proprio stato fisico e sulla limitazione delle attività, e coinvolga in maniera evidente anche la fascia di età 35-49 anni, più di quanto avvenga in Piemonte ed in Italia. Oltre il 60% dei soggetti interessati non si è rivolto a personale sanitario, e solo nel 10 % dei casi il depresso ha il supporto della famiglia. Il trattamento dei disturbi mentali è quindi ancora insoddisfacente, così come l’utilizzo dei servizi sanitari preposti, ed è evidente l’assenza di un asse di supporto tra servizi e famiglie coinvolte.

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.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati le neoplasie del collo dell'utero rappresentano la seconda forma tumorale nelle donne al di sotto dei 50 anni.

Nella Regione Piemonte gli ultimi dati disponibili indicano circa **329** nuovi casi all'anno (fonte CPO-2002) e **42** decessi (fonte ISTAT-2003) per tumori della cervice uterina; diversi decessi sono tuttavia inclusi nella categoria dei tumori dell'utero non meglio definiti. In Italia la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi è pari al 66% (80% nella fascia di età fino ai 44 anni, 73% da 45 a 54 anni, 60% da 55 a 64 anni). Nella Provincia di Biella, nel quinquennio 1998-2002 si sono registrati 64 nuovi casi di tumori nella cervice uterina, di cui 42 nella fascia di età 25-64 anni, e nel quinquennio 2003-2007 si sono avuti 9 decessi per tumore della cervice uterina e 31 per tumori dell'utero non altrimenti specificato (fonte Registro Tumori Piemonte, Provincia di Biella).

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. In Piemonte il programma è operativo in tutte le ASL e nel triennio 2003-2005 le donne piemontesi tra 25 e 64 anni inserite in un programma di screening erano oltre 1 milione (86% della popolazione obiettivo), con un trend di crescita dall'80% del 2003 all'89% circa del 2004 e 2005 (nel Dipartimento Biella-Vercelli i dati sono rispettivamente del 67%, 89% e 84%); l'adesione allo screening si assestava in Piemonte al 47% (valore accettabile $\geq 40\%$, desiderabile $\geq 60\%$), ed nel Dipartimento Biella-Vercelli al 34,7%.

A tale strategia si affianca la recente introduzione della vaccinazione anti-papillomavirus.

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

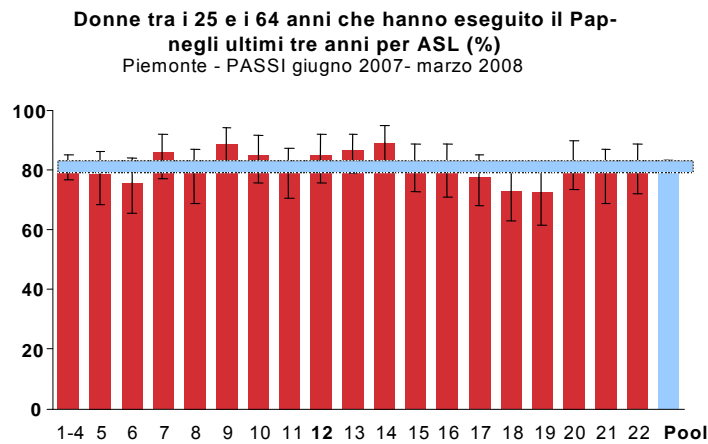
- Nella ASL BI sono state intervistate 82 donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, e di queste circa l'85% ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo in assenza di segni e sintomi nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Osservando le percentuali grezze, sembrerebbe che le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo siano soprattutto quelle della fascia di età 50-64 anni, quelle conviventi con coniuge o compagno, e quelle senza molte difficoltà economiche (quest'ultimo dato con significatività statistica).

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=82)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato il Pap test negli ultimi tre anni*
Totale	85.4 (IC95%:75.8-92.2)
Classi di età	
25 - 34	80.0
35 - 49	79.4
50 - 64	93.9
Stato civile	
coniugata	87.0
non coniugata	82.1
Convivenza	
convivente	88.9
non convivente	78.6
Istruzione**	
bassa	86.7
alta	83.8
Difficoltà economiche	
sì	74.4
no	95.2

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

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

- Nelle 19 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 72% di Asti all'89% di Ivrea e del VCO).

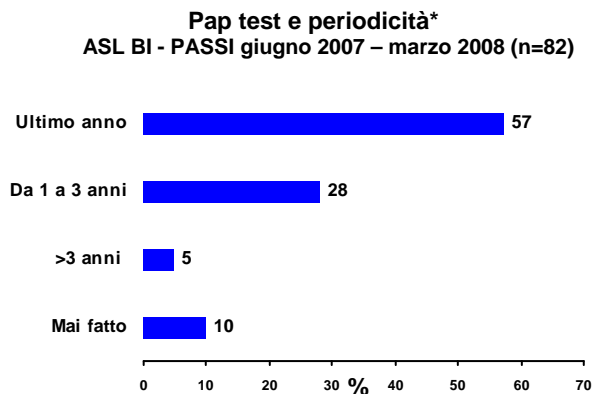


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 73% delle donne intervistate di 25-64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione del Pap test?

Rispetto all'ultimo Pap test preventivo effettuato:

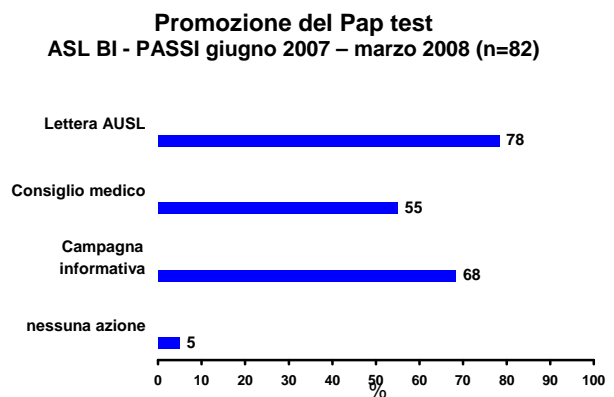
- il 57% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 28% da uno a tre anni
 - il 5% da più di tre anni.
- Il 10% non ha mai eseguito un Pap test preventivo.



* 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 BI:
 - il 78% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate*) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - il 68 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 55% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test.

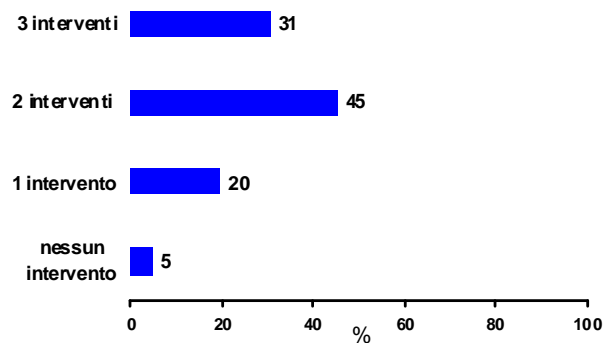


* L'isterectomia è l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero

- Nelle 19 ASL della Regione Piemonte, si rilevano consistenti differenze nell'aver ricevuto la lettera (range dal 52% del VCO al 94% di Cuneo), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 48% di Alba al 77% di Novara) e aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 51% di Torino all' 85% di Ivrea).
- 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 31% delle donne intervistate 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 45% due interventi di promozione, il 20% uno solo. In Piemonte le percentuali sono rispettivamente del 39, 37 e 19%; in Italia del 28, 34 e 28 %.
- Solo il 5% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati. Tale dato è in linea con il dato piemontese; in Italia è dell'11%.

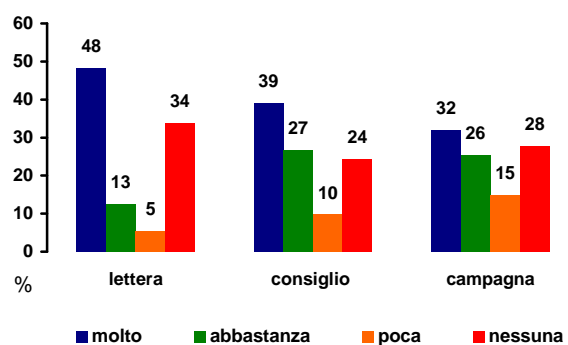
**Interventi di Promozione dell'ultimo Pap test
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=82)**



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

- Nella ASL BI il 61% 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 (48% molta e 13% abbastanza), mentre il 5% poca influenza sulla scelta e ben il 34% nessuna; tra le 19 ASL della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 54% del VCO all'86% di Chivasso).

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap test
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=82)**



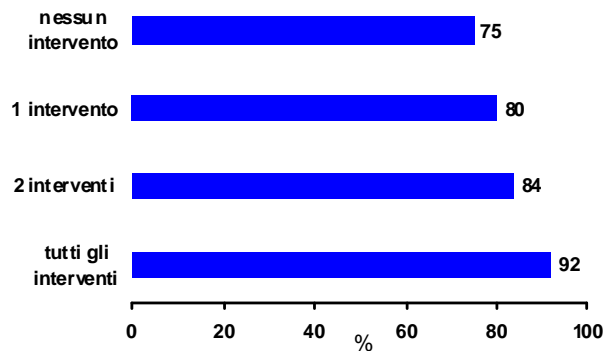
- Il 66% delle donne di 25-64 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap test (39% molta e 27% abbastanza), mentre il 10% poca influenza sulla scelta ed il 24% nessuna; tra le 19 ASL della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 65% di Alba al 97% di Ivrea).
- Il 58% 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 (32% molta e 26% abbastanza), mentre il 15% poca influenza sulla scelta ed il 28% nessuna; tra le 19 ASL della regione emergono differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 41% del VCO all' 80% di Ivrea).
- Tra le Asl partecipanti a livello nazionale è 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 BI il 75% delle donne di 25-64 anni che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione (4 in totale), ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale all'80% nelle donne che hanno ricevuto 1 intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), all'84% con due interventi e al 92% con tutti e tre gli interventi. La bassa numerosità non consente valutazioni conclusive.
- In Piemonte questi dati sono rispettivamente del 53%, 72%, 84% e 88%. Tra le Asl partecipanti al sistema nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43, 65, 81 e 88%.

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

ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=69)

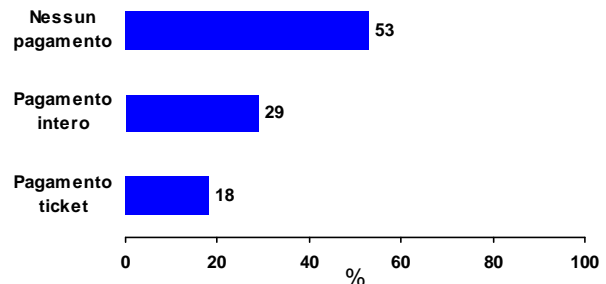


Ha avuto un costo l'ultimo Pap test?

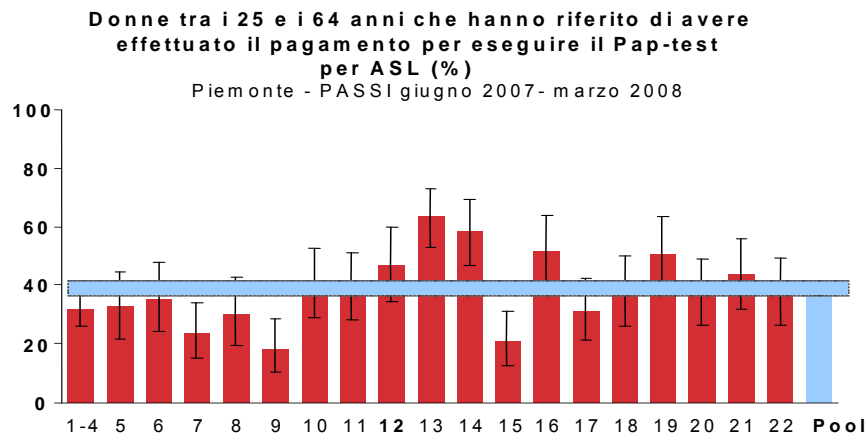
- Nella ASL BI il 53% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 18% ha pagato solamente il ticket e il 29% ha pagato l'intero costo dell'esame. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi 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 BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=66)



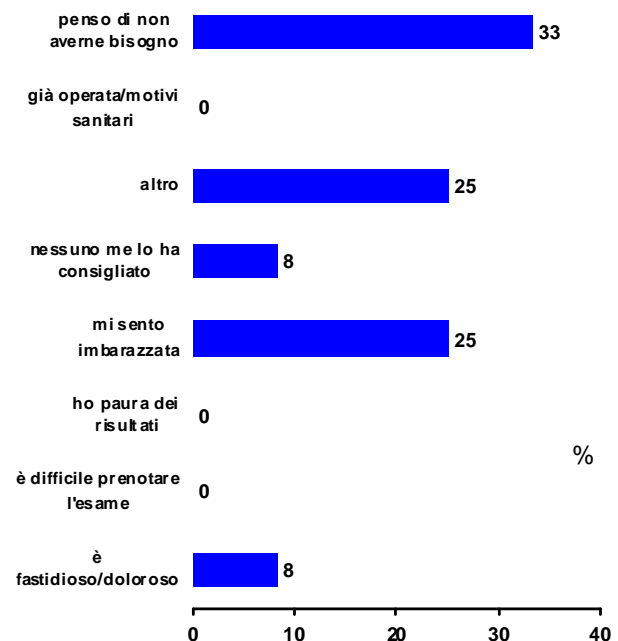
- Nelle 19 ASL della Regione si rilevano notevoli differenze relativamente alla percentuale di donne che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per il Pap test, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening: il range varia dal 18% di Ivrea al 64% di Novara. Sono statisticamente significativi come basse percentuali i dati di Ivrea, Cuneo (21%) e Chivasso (24%), e come alte percentuali Novara e VCO (59%).



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

- Nella ASL BI il 10% delle donne di 25-64 anni ha riferito di non aver effettuato mai il Pap test ed il 5% di averlo effettuato oltre i 3 anni.
- Le motivazioni nei 12 casi in cui è avvenuta la mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono:
 - "penso di non averne bisogno" 33%
 - "mi sento imbarazzata" 25%
 - "altro" 25% (mancanza di tempo, pigrizia)
 - "nessuno me lo ha consigliato" 8%
 - "è fastidioso/doloroso" 8%
- Nessuna delle donne che non hanno effettuato il Pap test secondo le linee guida ha risposto a questa domanda "non so/ non ricordo".

Motivazione della non effettuazione del Pap test secondo le linee guida per le pazienti ASL BI - PASSI giugno 2007 - marzo 2008 (n=12*)



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

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL BI la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un Pap test a scopo preventivo è abbastanza alta anche grazie alla presenza di un programma di screening efficiente e consolidato sul territorio.

Lo studio PASSI informa della copertura totale (85%) comprendendo, oltre le donne 25-64 anni che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale (53%), anche quelle che lo hanno effettuato privatamente (ben il 29%) o nelle strutture pubbliche pagando il ticket (18%).

A margine, sembra opportuno segnalare come la sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno ricevuto l'invito (78%) sia in linea con il dato regionale, e rappresenti una significativa conferma della buona qualità dei dati dell'indagine PASSI stessa. Tuttavia la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma regionale rilevata attraverso l'indagine PASSI (85% nel triennio precedente e 57% dell'ultimo anno) è sensibilmente diversa dai dati regionali disponibili (37% di adesione nel periodo 2003-2005). Tale dato non si spiega solo con la variabilità casuale (l'intervallo di confidenza al 95% è compreso tra 45,9 e 68,2%, quando l'atteso è del 33%, in quanto il pool delle donne dovrebbe ripartirsi in maniera eguale sui tre anni previsti come periodicità di screening), per cui è probabile vi sia stata una accelerazione del programma di screening negli ultimi 2 anni.

D'altro canto anche un'elevata proporzione di donne paganti per intero (29% del totale, dato che può spiegare anche la bassa adesione al programma) e di donne che riferiscono di aver pagato il ticket per l'esecuzione del Pap test, ha espletato l'esame nell'ultimo anno.

Nonostante i considerevoli risultati ottenuti dal programma regionale di screening, come mostrano gli indicatori riportati, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti, e potrebbe essere migliorata l'operatività riducendo i flussi di persone non necessitanti di Pap-test con periodicità minore rispetto a quelle assegnate dallo screening.

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 nel 2002 (fonte AIRTUM).

Nella Regione Piemonte gli ultimi dati disponibili indicano circa **3.272** nuovi casi all'anno (fonte CPO-2002) e circa **1.076** decessi (fonte ISTAT-2003); il 17% delle morti per tumore nelle donne sarebbe dovuto alla neoplasie della mammella (fonte AIRTUM). La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi è in Italia pari all' 85% (80% nella fascia di età 45-54 anni, 79% da 55 a 64 anni, 85% da 65 a 74 anni)(fonte AIRTUM).

Nella Provincia di Biella, nel quinquennio 1998-2002 si sono registrati 800 nuovi casi, di cui 373 nella fascia di età 50-69 anni, e nel quinquennio 2003-2007 si sono avuti 254 decessi per tumore della mammella (fonte Registro Tumori Piemonte, Provincia di Biella)

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere la terapia meno aggressiva (interventi di chirurgia mammaria meno invasivi, minori necessità di terapie adiuvanti) sia di ridurre la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni.

In Regione Piemonte il programma è stato attivato in tutte le ASL, ed in particolare nell'ASL BI un programma organizzato ha avuto inizio già nel 1990. La copertura con inviti della popolazione interessata (circa 290.000 donne) negli anni 2003, 2004 e 2005 è stata pari rispettivamente al 52%, 66% e 68,6% (per il Dipartimento Biella-Vercelli rispettivamente 34%, 48% e 72%). L'adesione al test di screening è stata nel 2004 pari al 60% in Piemonte (valore accettabile >60%, desiderabile >70%), e nel Dipartimento Biella-Vercelli si è assestata al 56%.

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

- Nella ASL BI circa il 64% delle 44 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 da linee guida.
- La stratificazione per le principali variabili socio-demografiche delle donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni mostra, anche se in modo statisticamente non significativo, che l'esame viene eseguito di più tra le donne senza difficoltà economiche e di maggior istruzione.
- L'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 46 anni, più bassa rispetto a quella prevista dal programma di screening (50 anni).
- Nella fascia pre-screening (21 donne di età tra i 40 ed i 49 anni) il 48% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni. L'età media alla prima mammografia in questo gruppo di donne è di 40 anni.

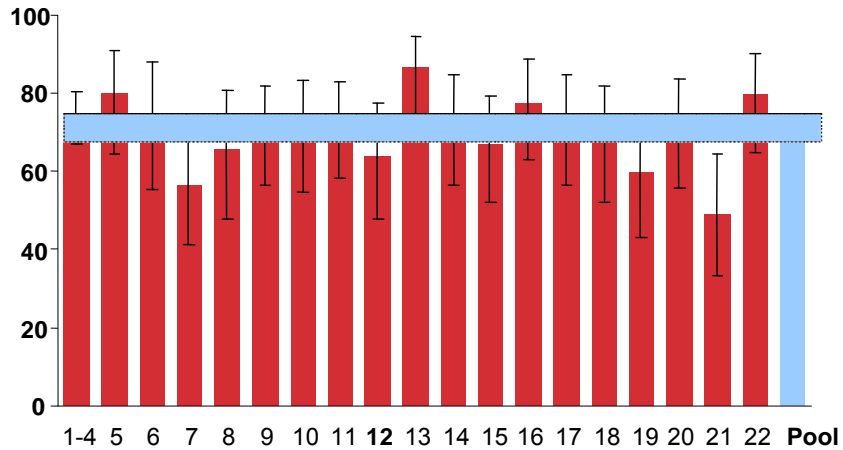
Diagnosi precoce delle neoplasie del mammella (50-69 anni) ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=44)	
Caratteristiche	% di donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni*
Totale	63.6 (IC95%:47.8-77.6)
Classi di età	
50- 59	62.5
60 -69	65.0
Stato civile	
coniugata	63.6
non coniugata	63.6
Convivenza	
convivente	65.6
non convivente	58.3
Istruzione**	
bassa	58.8
alta	80.0
Difficoltà economiche	
sì	47.4
no	76.0

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

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

- Nelle 19 ASL della Regione Piemonte con campione rappresentativo, la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la mammografia preventiva negli ultimi 2 anni presenta un range dal 49% di Casale (statisticamente significativo) all'86% di Novara.

Donne tra i 50 e i 69 anni che hanno eseguito mammografia in accordo alle linee guida per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



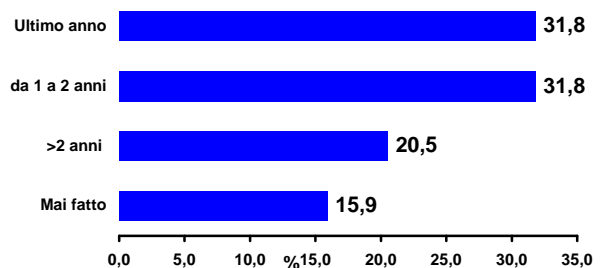
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 68% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 3 anni.

Come è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:

- il 32% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 32% da uno a due anni
- il 20,5% da più di tre anni.
- Il 16% non ha mai eseguito una Mammografia preventiva.

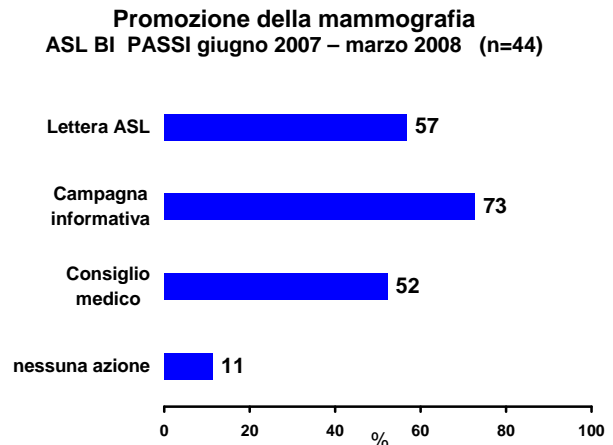
Mammografia e periodicità*
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008
(n=44)



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

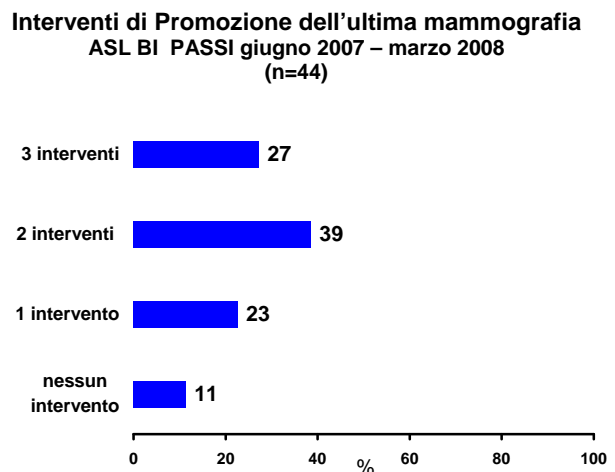
Quale promozione per l'effettuazione della mammografia?

- Nella ASL BI:
 - il 57% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'AUSL
 - il 73 % ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 52% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Mammografia.



- Nelle 19 ASL della Regione si rilevano importanti differenze nell'aver ricevuto la lettera (range dal 40% di Casale al 97% di Ivrea), il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 40% di Casale all'85% di Novara) e aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 57% di Casale al 93% di Chivasso). Tuttavia la limitata numerosità dei campioni aziendali non consente valutazioni conclusive; è però da osservare come le basse prestazioni dell'ASL di Casale in tutti e 3 gli ambiti siano associate al basso dato, statisticamente significativo, in merito alla adesione allo screening.
- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale il 62% delle donne ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 54% il consiglio dell'operatore sanitario e il 79% ha visto una campagna informativa.

- Il 27% 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 39% due interventi di promozione, il 23% uno solo.
- L'11% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

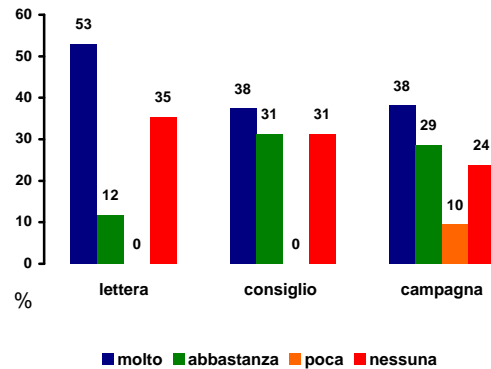


Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

- Nella ASL BI il 65% delle 17 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 (53% molta e 12% abbastanza), mentre il 35% nessuna; nel 2007 tra le 19 ASL della Regione emergevano differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 50% di Biella e Cuneo al 100% di Casale).

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della mammografia (%)

ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=44)



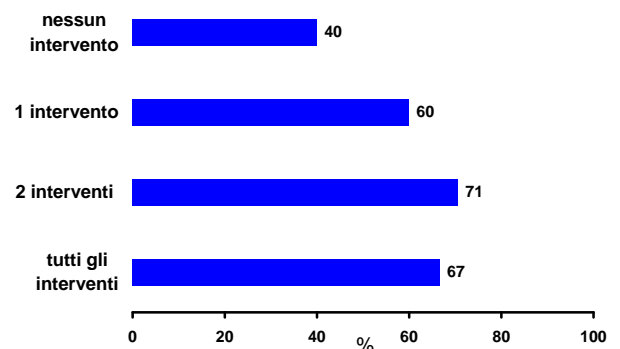
- Il 69% delle 16 donne di 50-69 che riferiscono di aver ricevuto un consiglio da un operatore sanitario, ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (38% molta e 31% abbastanza), mentre il 31% nessuna; nel 2007 tra le 19 ASL della Regione emergevano differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 50% di Biella al 100% di Casale e Ciriè).
- Il 67% delle 21 donne che riferiscono di aver visto o sentito una campagna informativa ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Mammografia (38% molta e 29% abbastanza), mentre il 10% poca influenza sulla scelta ed il 18% nessuna; nel 2007 tra le 19 ASL della Regione emergevano differenze rilevanti nella percezione dell'influenza positiva (range dal 50% di Cuneo al 100% di Casale)
- Tra le Asl partecipanti a livello nazionale viene riferita un'influenza positiva del 72% per la lettera dell'ASL, l' 81% per il consiglio dell'operatore e del 67% per la campagna comunicativa.

Quale efficacia nella promozione per l'effettuazione della Mammografia?

- Nella ASL BI solo 5 donne di 50-69 anni intervistate non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, e di esse il 40% ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 60% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 71% con due interventi e al 67% con tutti e tre gli interventi. Dati i bassi numeri in gioco, non è possibile un giudizio conclusivo.
- Tra le Asl partecipanti al livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 29%, 54%, 73% e 81% (nel pool regionale del 2007: 32%, 56%, 74% e 80%).

Effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni per numero di interventi di promozione (%)

ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=44)

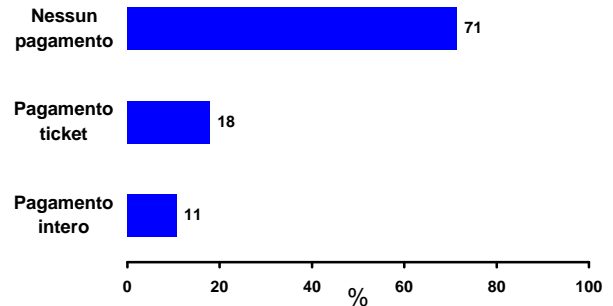


Ha avuto un costo l'ultima Mammografia?

- Nella ASL BI il 71% delle 44 donne intervistate che hanno effettuato la mammografia ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultima Mammografia eseguita; il 18% ha pagato solamente il ticket e il 10% ha pagato l'intero costo dell'esame.

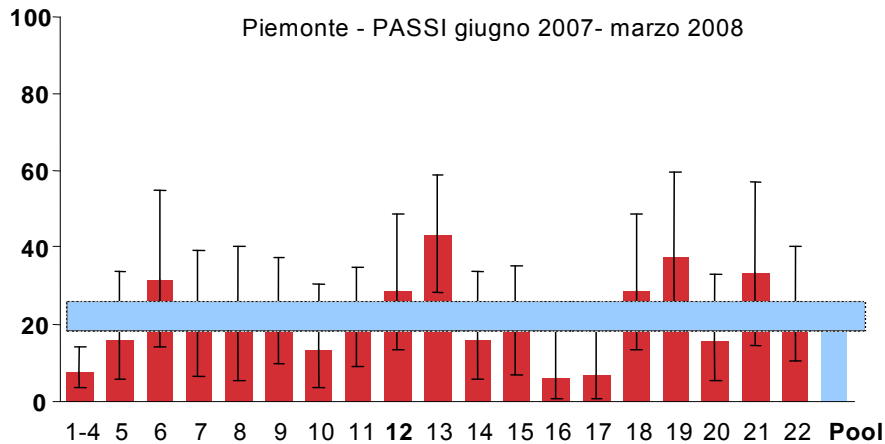
Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della Mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento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

Costi della mammografia per le pazienti
ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=44)



- Nelle 19 ASL della Regione si rilevano notevoli differenze relativamente alla percentuale di donne che hanno riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la Mammografia, cioè che hanno fatto il test fuori dal programma di screening. Il range va dall'8% di Torino (statisticamente significativo) al 43% di Novara (statisticamente significativo).

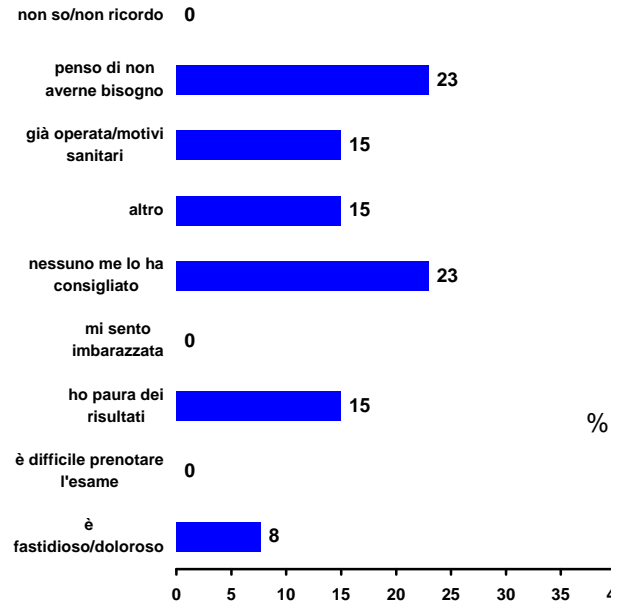
Donne che hanno riferito di aver effettuato il pagamento
in occasione dell'ultima Mammografia preventiva per ASL (%)



Perché non è stata effettuata la mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL BI il 16% 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" 23%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 23%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 15%
 - "altro" 15%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 15%
 - "è fastidioso/doloroso" 8%
- Nessuna delle donne che non hanno effettuato la Mammografia secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo", "mi sento imbarazzata", "è difficile prenotare l'esame". La bassa numerosità non consente valutazioni finali.

Motivazione riferita dalle donne intervistate della non effettuazione della mammografia secondo le linee guida ASL BI PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=13)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL BI la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è abbastanza alta grazie alla presenza di un programma di screening ormai consolidato sul territorio. Risulta infatti abbastanza buona la percentuale di donne (64%) che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato di due anni, ma non viene raggiunta la soglia ottimale del 70 %.

Secondo i risultati di PASSI l'81% delle donne ha riferito di aver eseguito l'ultima mammografia all'interno dei programmi regionali di screening seguendo la periodicità consigliata, il 14% con una periodicità superiore e il 5% l'ha effettuata in forma completamente privata. La sovrapposizione tra le percentuali di donne che hanno effettuato l'esame all'interno del programma regionale indicate da PASSI (62%) e dai flussi regionali screening (70%) è indicativa di una buona qualità delle informazioni fornite dall'indagine PASSI. L'età media della prima mammografia è di 40 anni, indica un forte ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni indicati dalle linee guida internazionali, fenomeno questo che dovrà essere oggetto di maggiore attenzione anche nell'ambito della sorveglianza PASSI.

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 17.000 (fonte AIRTUM).

Nella Regione Piemonte gli ultimi dati disponibili indicano circa **3.600** nuovi casi all'anno (fonte CPO-2002) e circa **1.600** decessi (fonte ISTAT-2003). Queste neoplasie sono responsabili dell'11% circa dei decessi per tumore maligno. La **sopravvivenza relativa** registrata a 5 anni dalla diagnosi è del 58% (62% nella fascia di età 45-54 anni, 60% da 55 a 64 anni, 57% da 65 a 74 anni)(fonte AIRTUM). Nella Provincia di Biella, nel quinquennio 1998-2002 si sono registrati 768 nuovi casi, di cui 286 nella fascia di età 50-69 anni, e nel quinquennio 2003-2007 si sono avuti 371 decessi per tumore del colon-retto (fonte Registro Tumori Piemonte, Provincia di Biella).

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

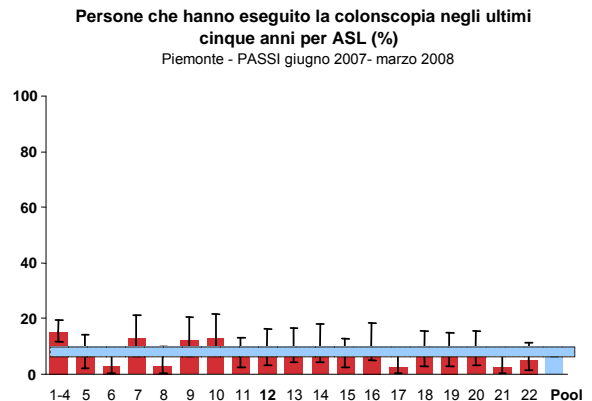
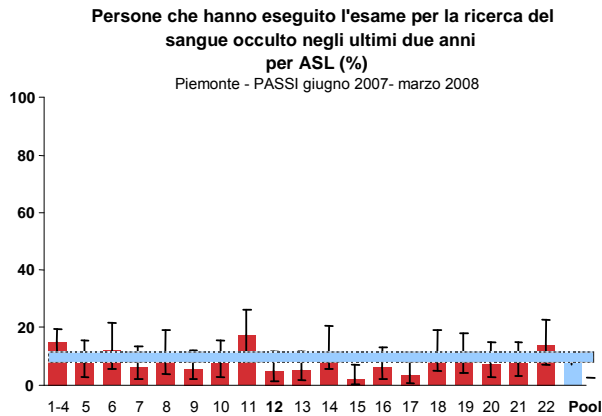
Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 propone come strategia di screening per il tumore del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale. Nella Regione i programmi di screening sono stati avviati in diverse ASL a partire dal 2004-2005 e riguardano l'esecuzione di sigmoidoscopia a 58 anni o l'esecuzione del test per il sangue occulto tra i 59 ed i 69 anni per chi non abbia eseguito la sigmoidoscopia; nei centri di Torino e Biella già dal 1999 al 2002 erano peraltro state avviate campagne sperimentali caso-controllo.

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

- Nella ASL BI il 13% delle 86 persone intervistate riferisce di avere effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida (sangue occulto o colonscopia). In particolare nella classe di età inferiore ai 60 anni non risultano essere stati effettuati accertamenti; ciò può essere in relazione al programma di screening.
- Nella fascia di età 60-69 anni il **25.2 %** ha eseguito esami di diagnosi precoce. Il 9,5% dei soggetti riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato, mentre il **15.7%** riferisce aver di effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato.

Caratteristiche	Sangue occulto fecale %	Colonscopia %
Totale	4.8 (IC95% 1.3-11.9)	8.1 (IC95% 3.3-16.1)
Classi di età		
50 - 59	0.0	0.0
60 - 69	9.5	15.7
Sesso		
uomini	5.0	11.9
donne	4.7	4.5
Istruzione		
bassa	7.1	6.9
alta	0.0	10.7
Difficoltà economiche		
sì	5.9	5.7
no	4.2	10.0

- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni ha un range tra il 2% (Cuneo) ed il 17 % (Vercelli); una differenza statisticamente significativa è stata rilevata a Torino (15% con elevata numerosità)
- Nelle 19 ASL della Regione con campione rappresentativo, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni ha un range tra il 2% (Casale) ed il 15% (Torino, con significatività statistica grazie all'elevata numerosità)

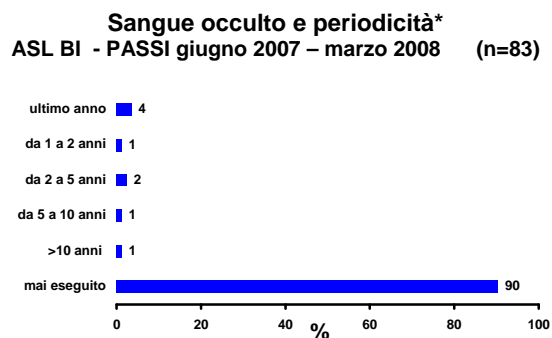


- Tra le ASL partecipanti al sistema di sorveglianza a livello nazionale circa il 19% delle persone intervistate di 50-69 anni riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% la colonscopia preventiva nei tempi raccomandati.

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

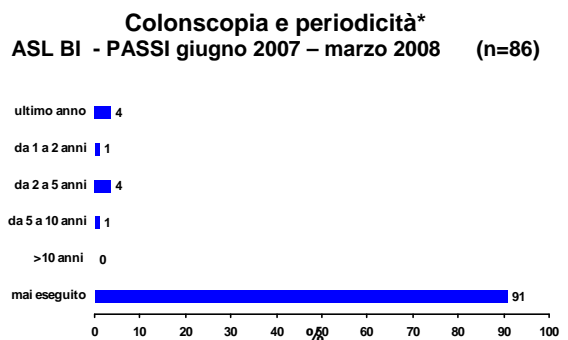
Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto effettuato:

- il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- l' 1% da uno a due anni
- il 5% da più di due anni
- Il 90% non ha mai eseguito il test.



Rispetto alla colonscopia:

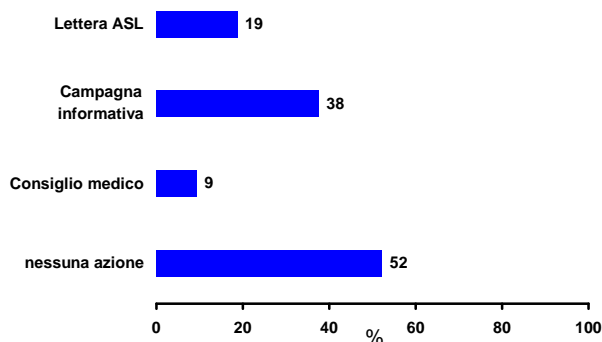
- il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 5% da uno a cinque anni
- l' 1% da più di 5 anni
- il 91% non l'ha mai eseguito



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

- Nella ASL BI:
 - il 19% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 9% ha riferito di essere stato consigliato da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto.
 - il 38% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa

Promozione dello screening coloretale
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=85)

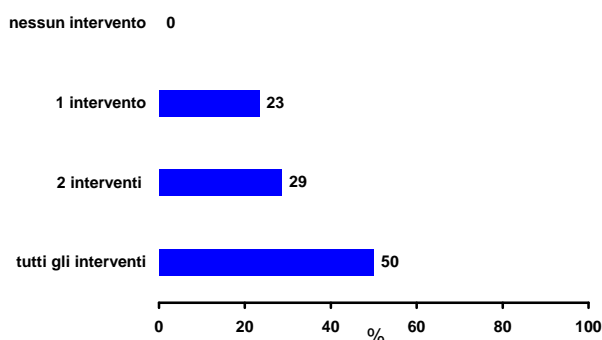


- Nelle 19 ASL della Regione si rilevano differenze importanti per quanto riguarda la ricezione della lettera di invito a fare lo screening colo-rettale (range dallo 0% di alcune ASL al 31% di Torino), per il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 5% di Savigliano al 27% di Torino) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 18% di Collegno al 50% di Novara).
- 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 BI nessuna delle persone di 50-69 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale è del 23% nelle persone che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), sale al 29% con due interventi e al 50% con tutti e tre gli interventi.
- Tra le Asl partecipanti queste percentuali sono rispettivamente del 5%, 20%, 61% e 63%.

Interventi di promozione e effettuazione dello screening coloretale secondo le Linee Guida
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=86)

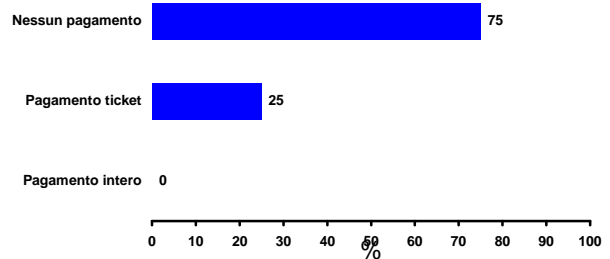


Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

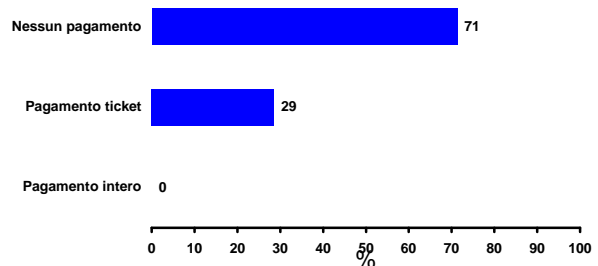
- Nella ASL BI tra le 4 persone intervistate che hanno eseguito la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni, 3 riferiscono di non aver effettuato alcun pagamento per l'esame, mentre 1 ha pagato solo il ticket.
- Tra le 7 persone che hanno fatto una colonscopia negli ultimi 5 anni, 5 non hanno sostenuto alcuna spesa.

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 BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=4)

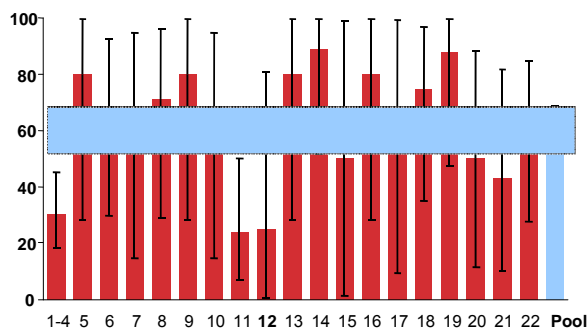


Costi della colonscopia
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=7)

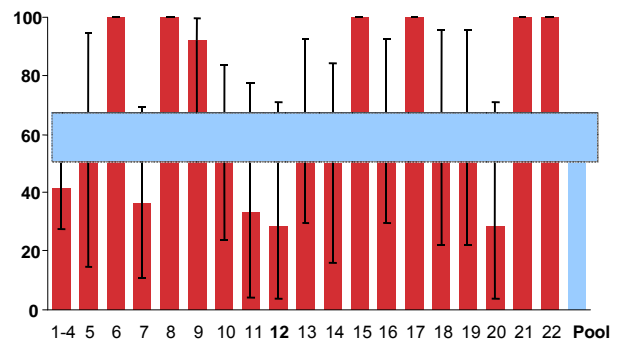


- Nelle 19 ASL della Regione la percentuale di persone che ha riferito di aver pagato il ticket o il costo completo per la ricerca di sangue occulto (cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening) ha un range dal 24% di Vercelli all' 89% del VCO; si rilevano differenze statisticamente significative di segno favorevole a Vercelli e Torino.
- Per quel che riguarda la colonscopia, non ci sono differenze statisticamente significative tra le 19 ASL della regione (range dal 29% di Biella al 100% delle ASL non coperte di screening).

Persone che hanno pagato per ricerca SO per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



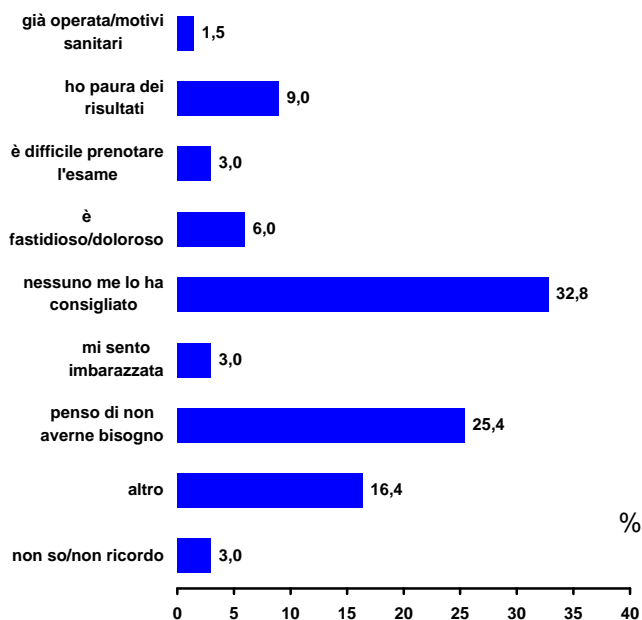
Persone che hanno pagato per ricerca CO per ASL (%)
Piemonte - PASSI giugno 2007- marzo 2008



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

- Nella ASL BI l' 81% 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:
 - "penso di non averne bisogno" 25%
 - "altro" 17%
 - "nessuno me lo ha consigliato" 34%
 - "ho paura dei risultati dell'esame" 9%
 - "è difficile prenotare l'esame" 3%
 - "sono già stata operata/per altri motivi sanitari" 2%
 - "mi sento imbarazzata" 3%
 - "è fastidioso/doloroso" 6%
- Due persone hanno risposto "non so/ non ricordo" a questa domanda.

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto secondo le linee guida in %
ASL BI - PASSI giugno 2007 – marzo 2008 (n=67)



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 percentuale minoritaria di persone vi si sia sottoposto a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale. D'altro canto non esiste in questo caso un'offerta di screening opportunistico tale da aumentare la quota di utenti sottoposti a tale programma preventivo.

I programmi di offerta attiva che sono stati introdotti anche in questa ASL richiedono particolare attenzione sia sotto il profilo della disponibilità di risorse per l'esecuzione di esami endoscopici di 1° e 2° livello (nel caso di sangue occulto positivo) in parallelo ad un'adeguata attività nel campo delle diagnosi su indicazione clinica, che sotto il profilo della tempestività degli inviti.

La differenza relativamente alle lettere di invito con Torino, che pure con Biella aveva iniziato la sperimentazione dello screening, indica la necessità di comprendere quali siano i problemi in gioco.

Pare anche necessario potenziare il canale della comunicazione con gli operatori sanitari e tra questi e gli utenti, in quanto differenze importanti con Torino nelle indicazioni fornite dagli operatori sanitari, ed una quota di utenti importante ha motivato la non adesione con "paura" dei risultati o del dolore o con la non percezione dell'utilità.

Bibliografia

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). Global Behavioral Risk Factor Surveillance. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. Current Issues of Public Health 1996;2,51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. Social and Preventive Medicine 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. Health Promotion International 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. American Journal of Preventive Medicine 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html; ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/> ; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004).
16. Italia. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/> ; ultima consultazione 30/08/2007.
16. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
17. 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, Znacchi 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/gsfsv_fv.pdf; ultima consultazione: 30/08/2007.
73. World Health Organization. *Prevenire le malattie croniche un investimento vitale*. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf ; 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, Keinänen–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 – Il 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/l24257.htm> ; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all’indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902> ; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iacone P, Maturano P. Il Sistema “Ulisse” per il monitoraggio dell’uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005) Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/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 Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
132. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
133. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
134. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol*. 1992;135:1411–22.
135. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
136. Kroenke K. Comunicazione personale.
137. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
138. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
139. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
140. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
141. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
142. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate and high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
147. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
148. 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.
149. 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.
150. 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.
151. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
152. 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.

153. 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.
154. 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.
155. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2003. Roma: ISTAT; 2005. p. 66-88.
156. 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.
157. 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.
158. 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.
159. 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.
160. 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 (ultimo accesso: 30/08/2007)
161. 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.
162. Carrozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. *Ben notiziario ISS* 2005;18(12):iii-iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm> ; ultima consultazione: 30/08/2007.
163. 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.
164. CDC. Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
165. 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.
166. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111-35.
167. 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.
168. 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.
169. 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).
170. 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.

