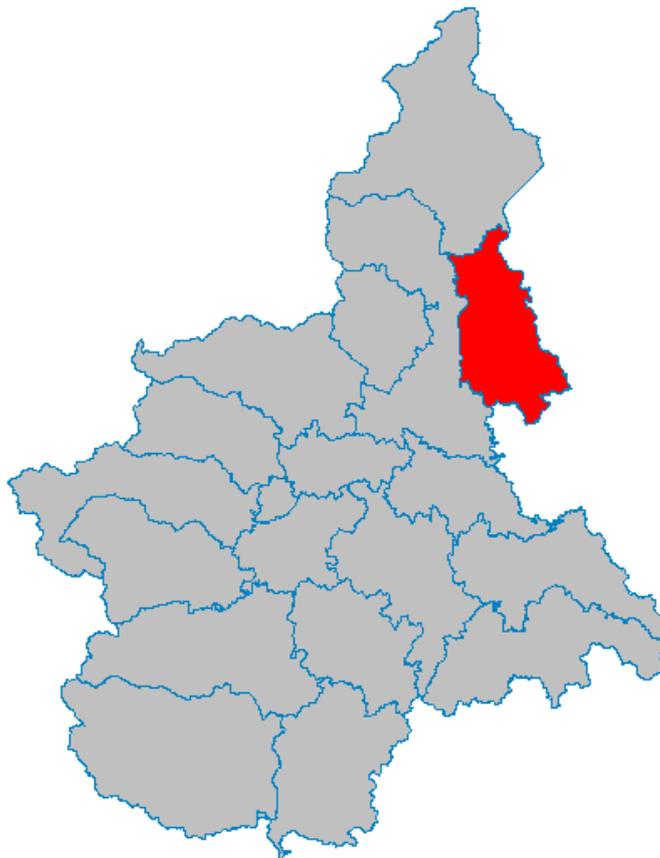




# Sistema di sorveglianza Passi

**Rapporto aziendale  
giugno 2007 – dicembre 2008**

**ASL NO – Novara (ex ASL 13)**



**A cura di:**

Edoardo Moia (Coordinatore Aziendale PASSI ASL NO)  
Maria Rizzo (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Novara)

**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 Antonioti, 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:**

Coordinatore Aziendale: Edoardo Moia

Intervistatori:

- Maria Rosa Boeddu (Epidemiologia ASL NO)
- Laura Cianfrocca (SISP ASL NO)
- Laura Frizzarin (SIAN ASL NO)
- Cristina Palermo (SPRESAL ASL NO)
- Claudia Preti (SISP ASL NO)

Segreteria: Barbara Schietti – Anna Maria Meloni – Vilma Sartorio (SISP ASL NO)

Servizio Informatico: Luisella Cendron – Viviana Colombo – Carlo Faletti

**Si ringraziano:**

Dott. Mario Minola – Direttore Generale,

Dott.ssa Arabella Fontana – Direttore Sanitario,

Dott. Sergio Bertone – Direttore Amministrativo,

Dott. Biagio Calò – Direttore del Dipartimento di Prevenzione,

i Direttori delle Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione, che hanno messo a disposizione la professionalità dei propri operatori

i Direttori di Distretto, i Medici di Medicina Generale, i Coordinatori del CUP, i Sindaci dei Comuni dell'ASL NO per la preziosa collaborazione fornita.

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

# Indice

---

Premessa	pag. 3
Sintesi del rapporto aziendale	pag. 4
Obiettivi	pag. 6
Metodi	pag. 9
Descrizione del campione aziendale	pag. 12
Percezione dello stato di salute	pag. 16
Attività fisica	pag. 19
Abitudine al fumo	pag. 23
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	pag. 30
Consumo di alcol	pag. 36
Sicurezza stradale	pag. 43
Infortuni domestici	pag. 47
Vaccinazione antinfluenzale	pag. 52
Vaccinazione antirosolia	pag. 54
Rischio cardiovascolare	pag. 57
Sintomi di depressione	pag. 67
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero	pag. 70
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella	pag. 76
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto	pag. 82
Bibliografia	pag. 88

# 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 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni e rappresenta attualmente circa un quinto della popolazione nazionale, con punte anche maggiori in alcune regioni.

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 aziendale

---

## Quali sono i risultati principali?

**Descrizione del campione aziendale:** Nell'ASL NO è stato intervistato un campione casuale di 508 persone, selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle ASL. Il 50% degli intervistati è rappresentato da donne. L'età media è di 44 anni. Più della metà dei soggetti del campione ha un livello di istruzione alto e due terzi hanno un lavoro regolare.

**Percezione dello stato di salute:** Il 31% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute e il 41% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

**Attività fisica:** È completamente sedentario il 16% del campione e il 40% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In circa un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

**Abitudine al fumo:** Il 27% si dichiara fumatore e il 25% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli. Il 76% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo, mentre il 28% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (6%) o in "alcune zone" (22%).

**Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** Il 33% del campione dell'ASL NO è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. L'eccesso ponderale è trattato nel 25% dei casi con dieta e nell'84% con la pratica di attività fisica regolare. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 14% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e nei sovrappeso/obesi.

**Consumo di alcol:** Si stima che il 69% della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e il 21% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 15% beve fuori pasto, il 5% è bevitore "binge" e il 3% è forte bevitore). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

**Sicurezza stradale:** L'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora non completamente soddisfacente: il 90% delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, mentre la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal 31% degli intervistati. L'11,5% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 10% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Infortuni domestici:** Nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, nell'ASL NO, non è elevata: l'81% degli intervistati, infatti, ritiene questo rischio basso o assente. La percentuale degli intervistati che ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici, da fonti sanitarie e non, è limitata al 26%: tra questi, il 34% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

**Vaccinazione antinfluenzale:** In media, solo il 9% 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 lo scorso anno.

**Vaccinazione antirosolia:** Il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 30%.

**Rischio cardiovascolare:** Si stima che sia iperteso il 16% della popolazione dell'ASL NO, tra i 18 e 69 anni; il 74% di tale popolazione è in trattamento farmacologico. Al 3% non è mai stata misurata la pressione arteriosa. Oltre un terzo della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia (32%) e, tra questi, il 28% dichiara di essere in trattamento farmacologico. Il 13% dichiara di non aver mai misurato il colesterolo. La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici: solo il 3% degli ultraquarantenni intervistati riferisce di aver avuto valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

**Sintomi di depressione:** Nell'ASL NO il 4% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, per almeno due settimane consecutive, nei 12 mesi precedenti l'intervista, sintomi di depressione. Le donne e le persone con difficoltà economiche sono i soggetti maggiormente a rischio.

**Screening neoplasia del collo dell'utero:** Il 94% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato almeno un pap test nella vita, l'89% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato.

**Screening neoplasia della mammella:** Il 93% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, l'83% l'ha eseguita negli ultimi due anni.

**Screening tumore del colon retto:** Solo il 19% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

# 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

1. stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo;
2. 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);
3. 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 (3 anni per il Pap test e 2 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per il Pap test e per la mammografia, che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di

aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione del Pap test o della mammografia;

- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia, la periodicit  dell'ultima effettuazione e se   stato fatto all'interno di un programma di screening;
- stimare la prevalenza di persone  $\geq 50$  anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, di aver ricevuto consigli da medico o operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonscopia.

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

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nella 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 ASL NO (complessivamente 225.893 persone – aggiornamento al 31.03.2008). Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

## ***Strategie di campionamento***

Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi di età direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL. La dimensione minima del campione mensile prevista per ciascuna ASL è di 25 unità.

A livello regionale, tutte le ASL hanno aderito e partecipato al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2007 e nel primo trimestre del 2008, sono state effettuate 4958 interviste. I dati regionali riguardano quindi la totalità delle ASL del territorio piemontese. 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 circa 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; nell'ASL NO nel periodo considerato il 23% delle interviste sono state effettuate utilizzando la modalità CATI

(Computer Assisted Telephone Interview). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

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

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

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

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

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato aziendale con quello regionale 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.

### Note per la lettura

All'inizio del 2008 le AA.SS.LL. del Piemonte sono state oggetto di accorpamenti e hanno quindi subito variazioni territoriali e acquisito una diversa denominazione.

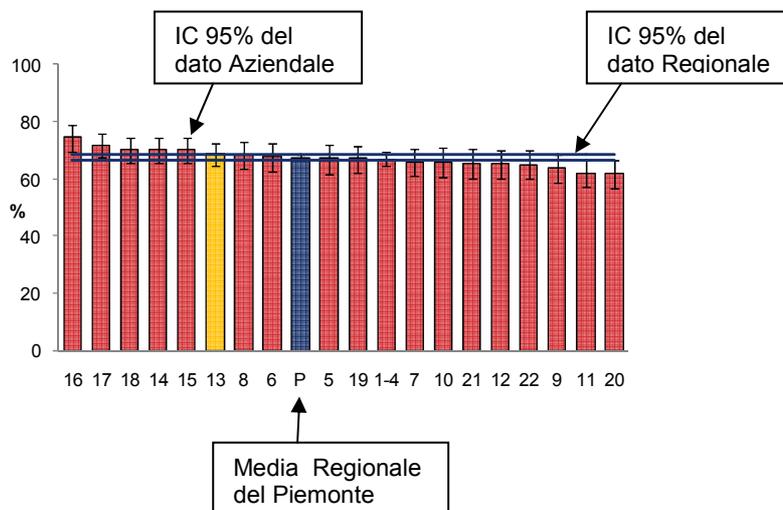
In questo documento l'ASL di Novara viene definita con la nuova denominazione "ASL NO", che non ha comportato variazioni territoriali rispetto alla precedente ex ASL 13.

Nei grafici di confronto con i dati delle altre AA.SS.LL. del Piemonte, sono state mantenute le aggregazioni territoriali e le denominazioni precedenti l'accorpamento, in cui le AA.SS.LL. venivano identificate con un numero; nel testo pertanto i singoli territori sono definiti come "ex ASL ..." seguito dal numero identificativo precedente l'accorpamento.

I riferimenti territoriali delle Azienda Sanitarie Locali del Piemonte sono pertanto i seguenti:

- ex ASL 1-4: ASL della Città di Torino
- ex ASL 5: Collegno-Rivoli-Nichelino
- ex ASL 6: Ciriè-Lanzo T.se
- ex ASL 7: Chivasso-Settimo T.se
- ex ASL 8: Chieri-Carmagnola
- ex ASL 9: Ivrea
- ex ASL 10: Pinerolo
- ex ASL 11: Vercelli
- ex ASL 12: Biella
- ex ASL 13: Novara
- ex ASL 14: Verbano-Cusio-Ossola
- ex ASL 15: Cuneo
- ex ASL 16: Mondovì-Ceva
- ex ASL 17: Savigliano-Saluzzo-Fossano
- ex ASL 18: Alba-Bra
- ex ASL 19: Asti
- ex ASL 20: Alessandria-Tortona
- ex ASL 21: Casale Monferrato
- ex ASL 22: Novi Ligure-Acqui Terme-Ovada

Nelle tabelle dei confronti tra le ASL regionali, in ciascuna colonna di ASL sono indicati gli intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) dei dati di ASL; la doppia linea in colore blu sul grafico rappresenta l'IC 95% del valore medio Regionale (indicato nella colonna denominata "P"); di sotto viene riportato un esempio di grafico.



# Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da 236.512 residenti di 18-69 anni iscritti al 31/12/2008 nelle liste delle anagrafi sanitarie della ASL NO.

Da giugno 2007 a dicembre 2008, sono state intervistate 508 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 85 persone campionate non erano eleggibili; il tasso di risposta<sup>1</sup> è risultato dell'83%, il tasso di sostituzione<sup>2</sup> del 17% e quello di rifiuto<sup>3</sup> del 10% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

## Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

### L'età e il sesso

- Nella ASL NO, il campione intervistato (508 persone) è risultato composto in maniera sovrapponibile da donne e uomini (50%); l'età media complessiva è di 44 anni.

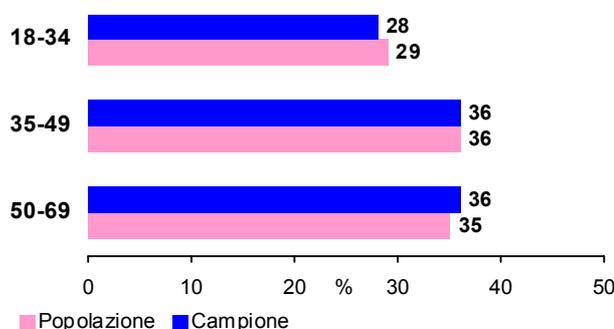
- Il campione è risultato costituito per:

- il 27% da persone nella fascia 18-34 anni
- il 36% da persone nella fascia 35-49 anni
- il 37% da persone nella fascia 50-69 anni.

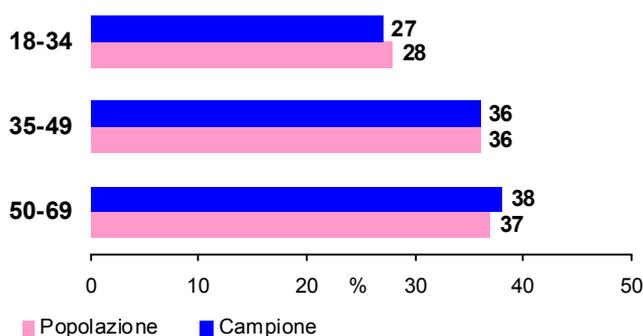
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

- La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=253)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=255)



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

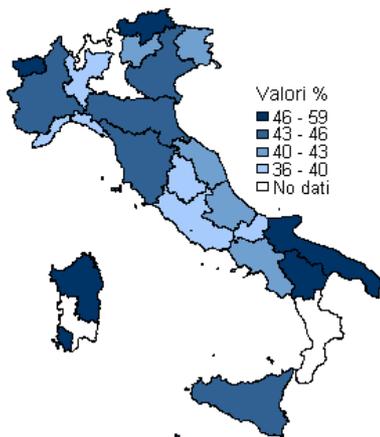
<sup>2</sup> Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

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

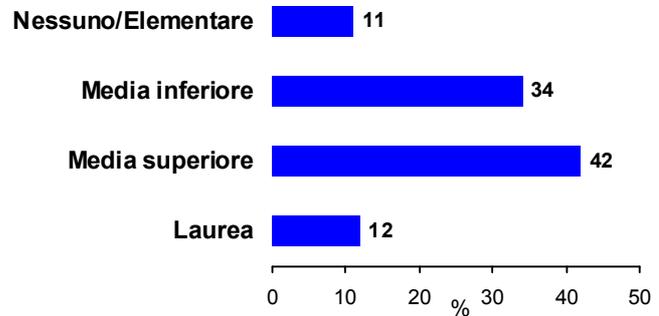
## Il titolo di studio

- Nella ASL NO l'11% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 35% la licenza media inferiore, il 42% la licenza media superiore e il 12% è laureato. Le donne hanno un livello di istruzione più basso degli uomini, anche se questa differenza non raggiunge la significatività statistica.
- L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età mediante apposite analisi statistiche (*regressione logistica*).

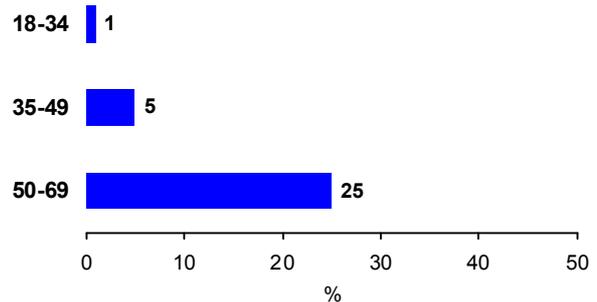
Prevalenza di scolarità medio-bassa  
Pool PASSI 2008



Campione per titolo di studio  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=507)



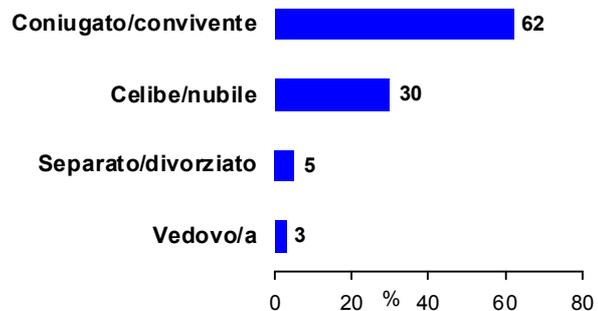
Prevalenza di scolarità bassa  
(nessuna/licenza elementare) per classi di età  
ASL NO PASSI 2007-2008 (n=507)



## Lo stato civile

- Nella ASL NO i coniugati/conviventi rappresentano il 62% del campione, i celibi/nubili il 30%, i separati/divorziati il 5% ed i vedovi il 3%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61%, 31%, 5% e 3%.

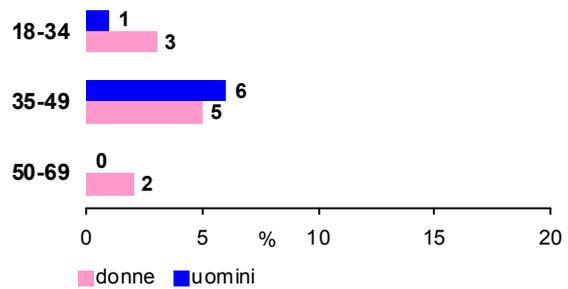
Campione per categorie stato civile  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=507)



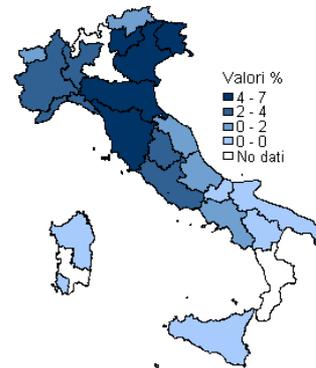
## Cittadinanza

- Nella ASL NO la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 7,6% della popolazione. Nel campione il 3,2% degli intervistati ha cittadinanza straniera. Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età intermedie: in particolare nella fascia 35-49 anni il 6% degli uomini ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 2,9% degli intervistati con differenze territoriali.

**% di stranieri per sesso e classi di età**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=507)



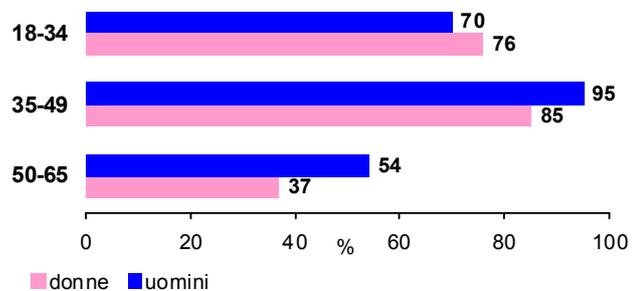
**% di stranieri**  
Pool PASSI 2008



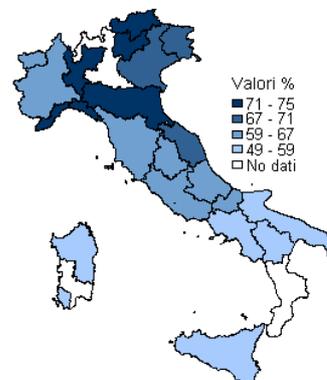
## Il lavoro

- Nella ASL NO il 70% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (66% contro 75%) nelle fasce di età oltre il 35 anni, mentre nella fascia 18-34 risulta maggiore l'occupazione femminile. Gli intervistati di 18-49 anni hanno riferito in maggior percentuale di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini. Si riscontrano infatti differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 64% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

**% di lavoratori regolari per sesso e classi di età**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=507)



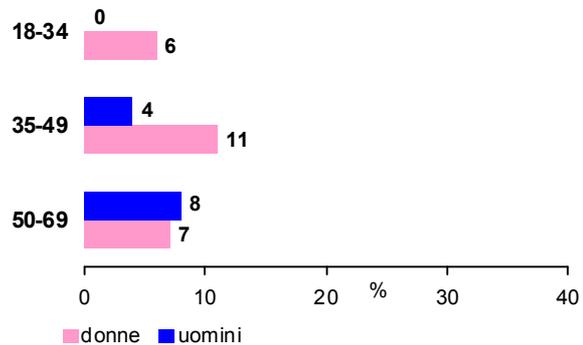
**% di persone che lavorano stabilmente**  
Pool PASSI 2008



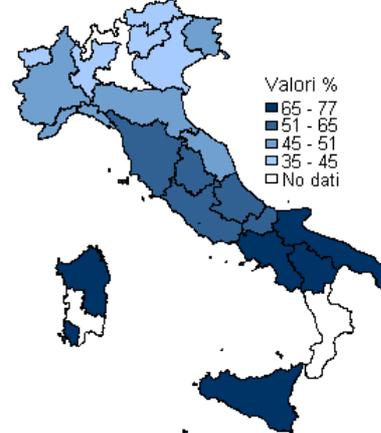
## Difficoltà economiche

- Nella ASL NO:
  - il 57% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica;
  - il 37% qualche difficoltà;
  - il 6% molte difficoltà economiche.
- Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini (8% contro 4%), in particolare nella classe 35-49 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale
  - il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica;
  - il 41% qualche difficoltà;
  - il 14% molte difficoltà economiche.
 La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=507)



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



## Conclusioni

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

Nella ASL NO il confronto del campione con la popolazione di riferimento indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione del territorio della ASL.

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

# Percezione dello stato di salute

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

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

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

- Nella ASL NO il 69% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 29% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 2% ha risposto in modo negativo (male/molto male).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
  - Le fasce di età più giovani rispetto a quelle più anziane
  - le persone con alta istruzione
  - le persone senza difficoltà economiche
  - le persone senza patologie severe.

Non si registrano invece differenze statisticamente significative fra uomini e donne, sebbene lo stato di buona salute sia segnalato maggiormente dagli uomini.

### Stato di salute percepito positivamente°

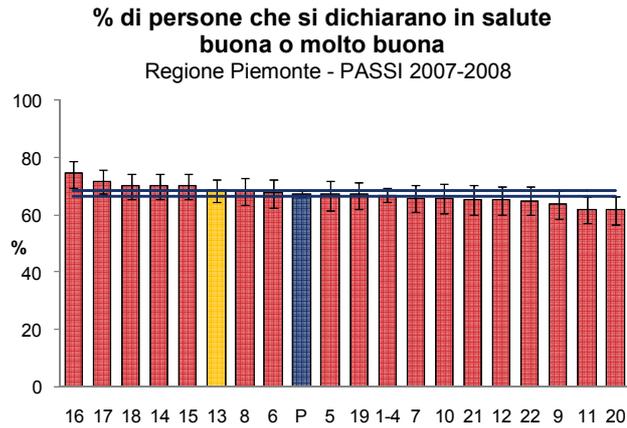
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)

Caratteristiche	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>68,7</b>	64,4-72,7
<b>Età</b>		
18 - 34	87,8	82,3-93,2
35 - 49	74,9	68,6-81,1
50 - 69	48,4	41,2-55,6
<b>Sesso</b>		
uomini	73,1	67,7-78,6
donne	64,3	58,4-70,2
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	49,1	36,1-62,1
media inferiore	64,6	57,5-71,7
media superiore	74,3	68,4-80,2
laurea	78,7	68,4-89,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	37,5	20,7-54,3
qualcuna	65,2	58,4-72,1
nessuna	74,3	69,3-79,4
<b>Patologie severe°°</b>		
almeno una	41,4	29,9-53,0
assente	73,1	68,9-77,2

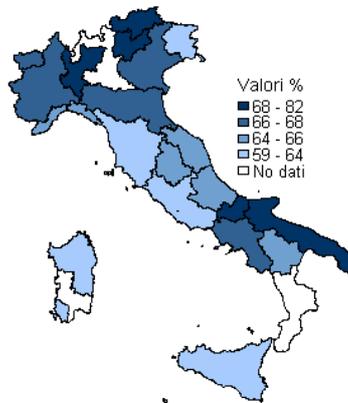
° Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona.

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

- Nelle ASL della Regione, la percentuale di intervistati che percepisce positivamente il proprio stato di salute è in linea col valore medio regionale, tranne che nell'ex ASL 16, in cui si registra uno stato di benessere significativamente superiore alla media regionale; il range va dal 62% delle ex ASL 20 e 11 al 74% dell'ex ASL 16).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 66% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute, con notevoli variazioni da una Regione all'altra.



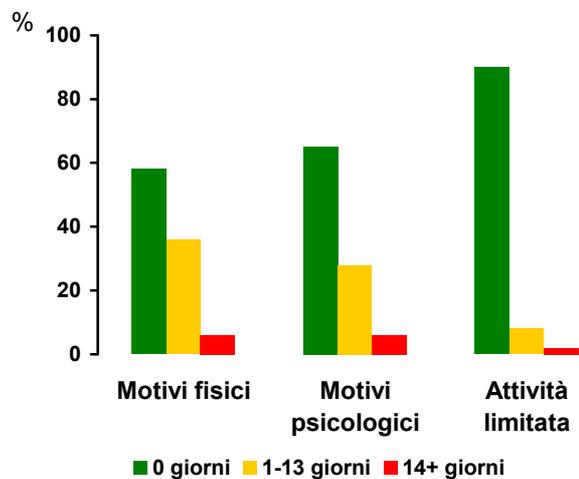
**% di persone che si dichiarano in salute buona o molto buona**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NO la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (58% in buona salute fisica, 65% in buona salute psicologica e 90% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (6%), per motivi psicologici (6,5%) e con limitazioni alle attività abituali (2%).

**Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività**  
ASL NO - PASSI 2007-2008



**Giorni percepiti in cattiva salute al mese**  
ASL NO- PASSI 2007-2008 (n=508)

Caratteristiche	N° gg/mese (%) per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
<b>Totale</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>	<b>0,8</b>
<b>Classi di età</b>			
18 - 34	2,5	2,2	0,3
35 - 49	3,2	2,8	1,2
50 - 69	2,8	3,0	0,9
<b>Sesso</b>			
uomini	2,0	1,8	0,9
donne	3,6	3,5	0,7
<b>Istruzione</b>			
nessuna/elementare	3,4	3,3	0,6
media inferiore	3,6	3,1	1,1
media superiore	2,5	2,4	0,8
laurea	1,2	1,9	0,3
<b>Difficoltà economiche</b>			
molte	5,2	5,7	1,3
qualche	3,9	3,5	1,1
nessuna	1,9	1,8	0,6
<b>Patologie severe<sup>°</sup></b>			
almeno una	3,0	2,0	0,8
assente	2,8	2,8	0,8

<sup>°</sup> almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 3 giorni; le attività abituali risultano limitate in media per 2 giorni al mese.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e con basso livello di istruzione; questi elementi invece non sono significativamente correlati con l'età o con la presenza di patologie severe.
- Il numero medio di giorni con associata anche una limitazione non presenta alcuna differenza tra i vari gruppi.

## **Conclusioni e raccomandazioni**

La maggior parte delle persone intervistate a livello aziendale riferisce di essere in buona salute. Viene confermata una maggiore percezione negativa dello stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

Nonostante ciò, tuttavia, rimane basso il numero di giorni in cui lo stato di salute fisico o psichico, o le attività quotidiane sono limitate.

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

Il dettaglio fornito dalla sorveglianza PASSI può fornire indicazioni per la programmazione a livello di ASL, partendo dalla misura e dal monitoraggio dello stato di salute percepita: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra l'individuo e il sistema di servizi sanitari.

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

# Attività fisica

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

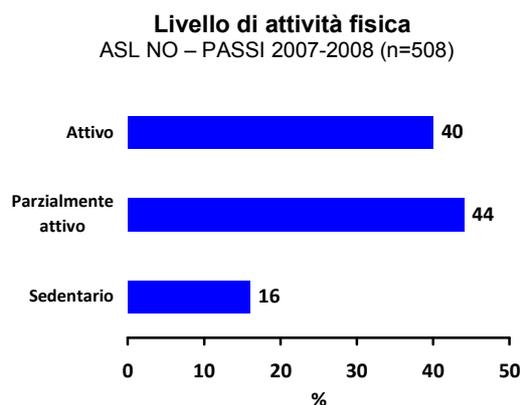
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme* (2008-2013) (disponibile su [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/pgm2008\\_2013\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm)) propone progetti per promuovere l'attività fisica attraverso l'adozione di stili di vita più sani, ecc.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 sia nel Piano della Prevenzione 2010-2012, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

## Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

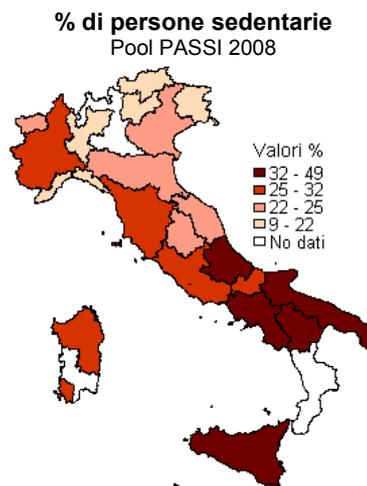
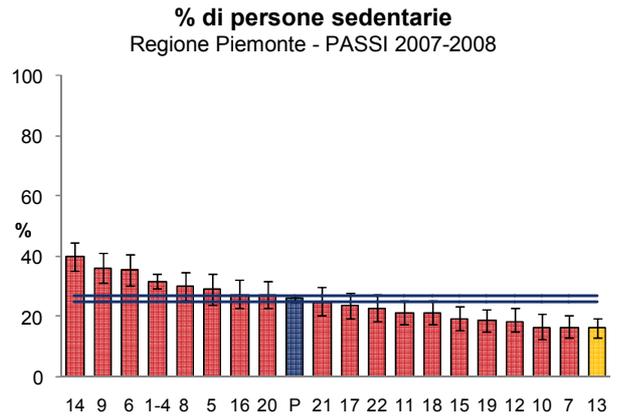
- Nella ASL NO il 40% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 16% è completamente sedentario.



<b>Sedentari</b>		
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)		
Caratteristiche	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>16,1</b>	<b>13,1-19,7</b>
<b>Classi di età</b>		
18-34	11,5	6,2-16,8
35-49	17,5	12,0-23,0
50-69	18,3	12,7-23,8
<b>Sesso</b>		
uomini	18,2	13,4-22,9
donne	14,1	9,8-18,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	14,0	5,0-23,1
media inferiore	18,3	12,6-24,0
media superiore	15,4	10,6-20,3
laurea	14,8	5,9-23,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	21,9	7,6-36,2
qualche	18,7	13,1-24,3
nessuna	13,9	9,9-17,9

- La sedentarietà è maggiore nel sesso maschile e cresce lievemente all'aumentare dell'età e nei soggetti con maggiori difficoltà economiche; le differenze tuttavia non risultano significative dal punto di vista statistico. Non sono comunque emerse differenze significative rispetto ai vari parametri considerati.

- Tra le ASL regionali sono emerse anche rilevanti e spesso significative differenze per quanto concerne la percentuale di persone sedentarie (range dal 16% delle ex ASL 13 e 7 al 40% dell'ex ASL 14); oltre che nell'ex ASL 13 e 7, valori significativamente inferiori alla media regionale, pari a 27%, sono rilevati nelle ex ASL 10, 12, 19 e 15, mentre risultano significativamente superiori alla media le ex ASL 14, 9, 6 e 1-4).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 29% del campione, con un evidente gradiente territoriale Nord-Sud e valori più bassi nel Nord-Est.

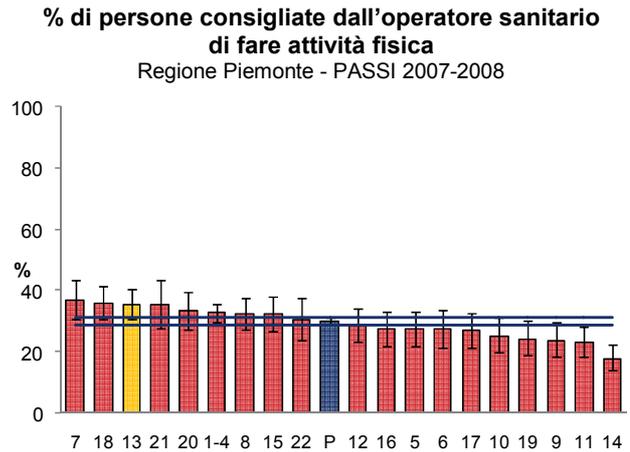


### ***Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?***

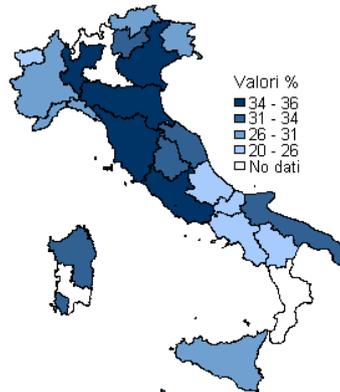
- Nella ASL NO solo il 33% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 36% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.



- Nelle ASL regionali la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dal 18% dell'ex ASL 14 (valore più basso di quello regionale (pari al 30%) in maniera statisticamente significativa) al 37% dell'ex ASL 7.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 31%, con un evidente gradiente territoriale.



**% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2008

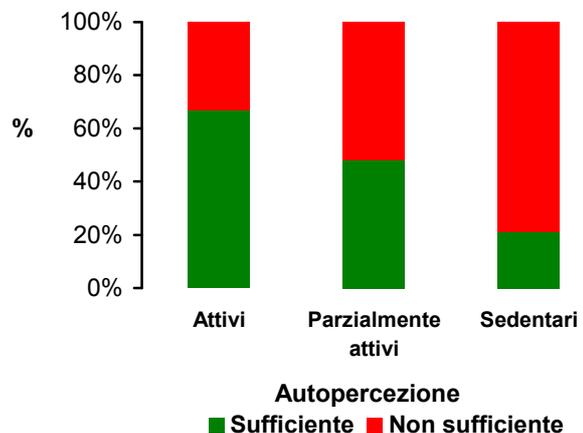


### Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, il 33% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Il 48% delle persone parzialmente attive ed il 21% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (23% dei sedentari).

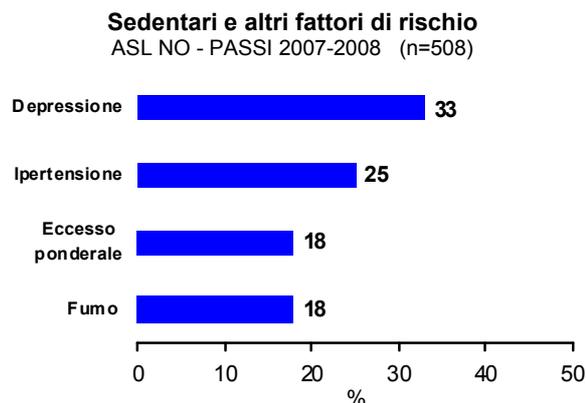
**Percezione di attività fisica sufficiente per livello di attività fisica praticata (%)**

ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)



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

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
  - il 33% delle persone depresse (n=21);
  - il 25% degli ipertesi (n=81);
  - il 18% delle persone in eccesso ponderale (n=218);
  - Il 18% dei fumatori (n=142).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NO si stima che solo quattro persone adulte su dieci (40%) praticano l'attività fisica raccomandata, mentre il 16% può essere considerato completamente sedentario.

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

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

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti (solo al 35% delle persone è stato consigliato di fare attività fisica da personale medico o sanitario).

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

# L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano.

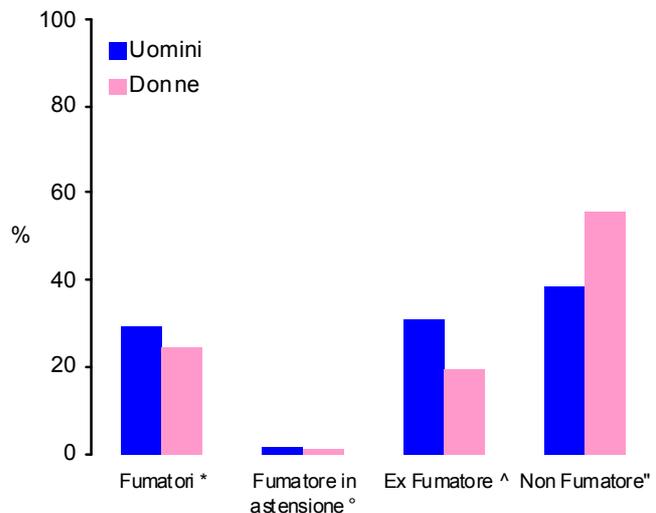
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

L'entrata in vigore alla fine del 2003 della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

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

- Nella ASL NO rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in :
  - il 47% degli intervistati ha riferito di non fumare;
  - il 27% di essere fumatore;
  - il 25% di essere un ex fumatore.
 L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini rispetto alle donne (29% versus 24%) ma in modo non significativo; tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (56% versus 38%).

**Abitudine al fumo di sigaretta**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)



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

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

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

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

## Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Nella ASL NO si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
  - tra le persone sotto ai 35 anni (soprattutto nella fascia 18-24 anni);
  - tra gli uomini;
  - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore;
  - tra le persone con difficoltà economiche.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno; tra questi, l'8% fuma oltre 20 sigarette al dì ("*forte fumatore*").

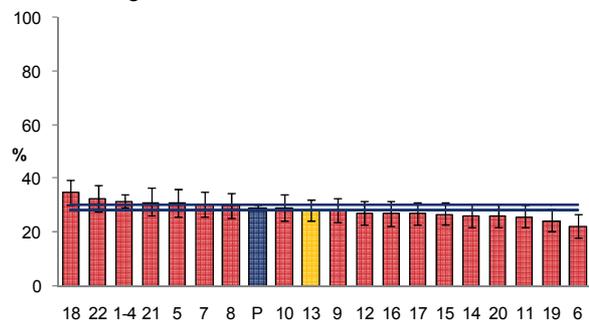
**Fumatori**  
ASL NO - PASSI 2008 (n=508)

Caratteristiche	Fumatori <sup>o</sup>	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>28,0</b>	<b>24,1-31,2</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	33,3	19,6-47,1
25 - 34	30,9	21,5-40,2
35 - 49	24,0	17,9-30,2
50 - 69	29,0	22,2-33,4
<b>Sesso</b>		
uomini	30,8	25,1-36,5
donne	25,1	19,8-30,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	28,1	16,4-39,7
media inferiore	32,6	25,6-39,5
media superiore	27,6	21,6-33,6
laurea	16,4	7,1-25,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	40,6	23,6-57,6
qualcuna	33,7	26,9-40,5
nessuna	22,9	18,1-27,8

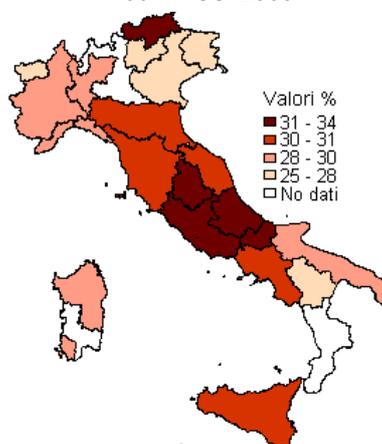
<sup>o</sup> *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi anche i *fumatori in astensione*).

- In Piemonte l'unica ASL in cui la percentuale di fumatori risulta significativamente inferiore alla media regionale è quella dell'ex ASL 6 (22%). Le variazioni percentuali si collocano tra il 22% dell'ex ASL 6 e il 35% dell'ex ASL 18.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il 30%, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 51%. Le percentuali più elevate si registrano in Alto Adige e nelle Regioni del Centro, le più basse nel Triveneto.

**% di fumatori**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



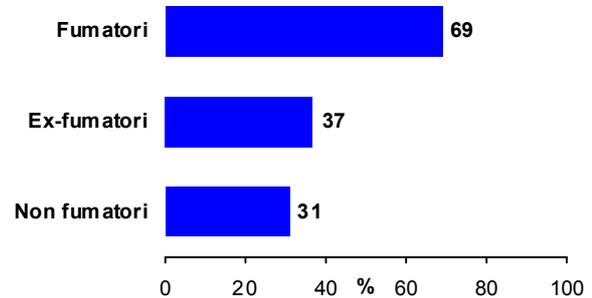
**% di fumatori**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NO circa il 43% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
  - il 69% dei fumatori
  - il 37% degli ex fumatori
  - il 31% dei non fumatori.

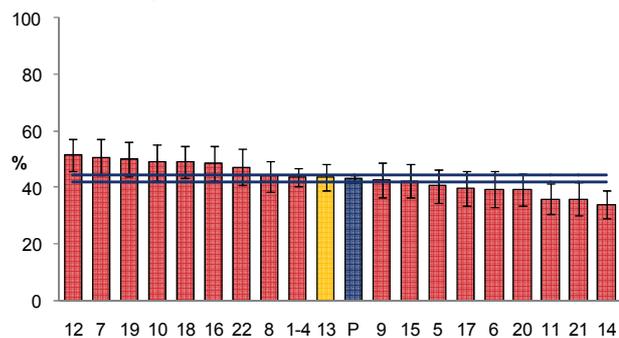
**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=459)\*



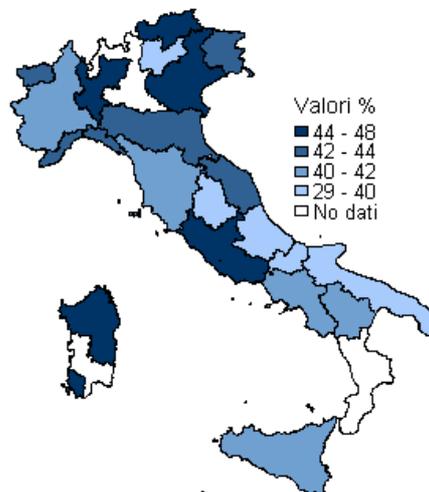
\* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno.

- Tra le ASL regionali, l'ex ASL 14 si differenzia per una percentuale significativamente più bassa rispetto alla media regionale (42%) di persone interpellate dal sanitario sulle abitudini sul fumo, mentre tale valore è significativamente superiore alla media nell'ex ASL 12 (range dal 34% dell'ex ASL 14 al 51% dell'ex ASL 12).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42% degli intervistati, con valori più elevati in Veneto, Lombardia, Lazio, Alto Adige e Sardegna.

**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo**  
Pool PASSI 2008

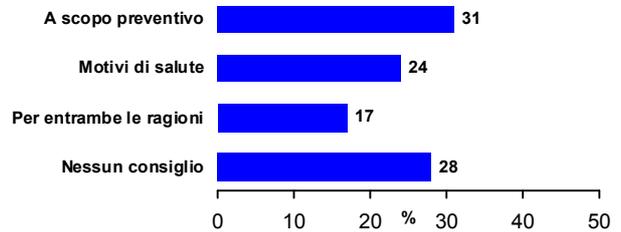


## A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

- Nella ASL NO tra i fumatori, il 72% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (31%).

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

ASL NO - Passi 2007-2008 (n=116)\*

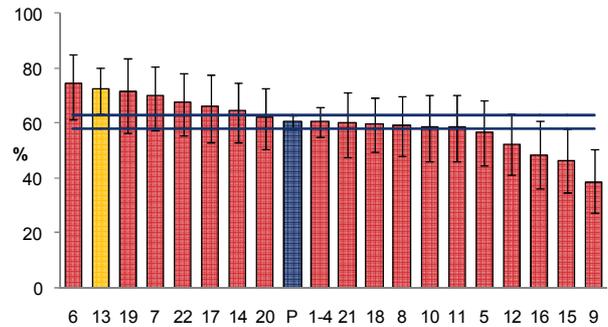


\* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno.

- Nelle ASL regionali la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare è risultata significativamente più bassa rispetto al valore medio regionale (60%) solo nell'ex ASL 9 (range dal 39% dell'ex ASL 9 al 75% dell'ex ASL 6).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che hanno riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 61% (valori maggiori in Veneto, Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia).

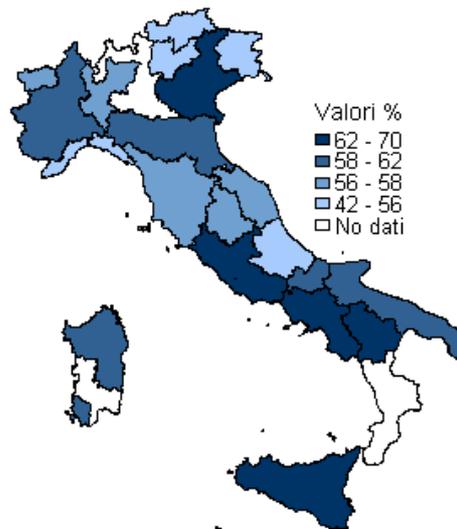
### % di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



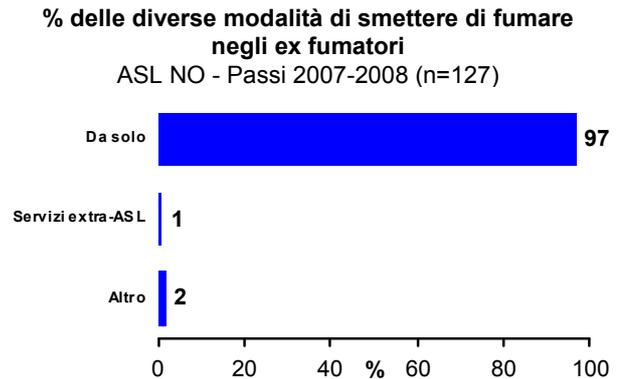
### % di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare

Pool PASSI 2008



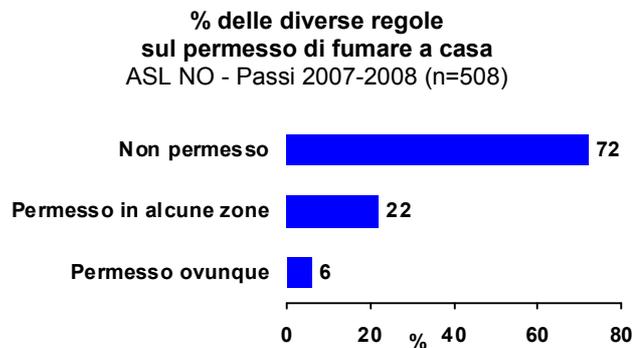
## Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori, ben il 97% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; nessuno ha riferito di aver fruito di servizi dell'ASL.
- I valori rilevati sono in linea col dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale: il 96% degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.
- Fra i fumatori, il 40% ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (37% a livello nazionale).



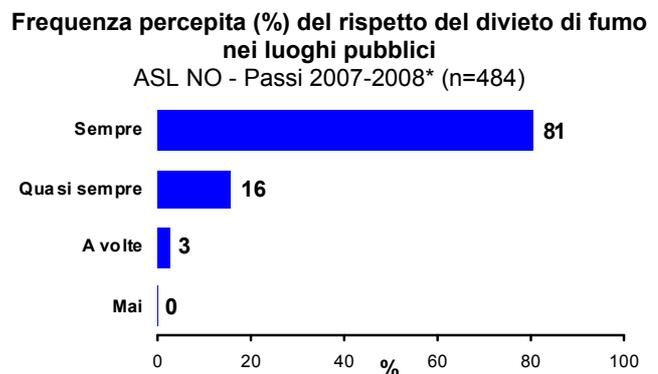
## L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
  - il 72% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
  - il 22% che si fuma in alcuni luoghi
  - il 6% che si fuma ovunque.



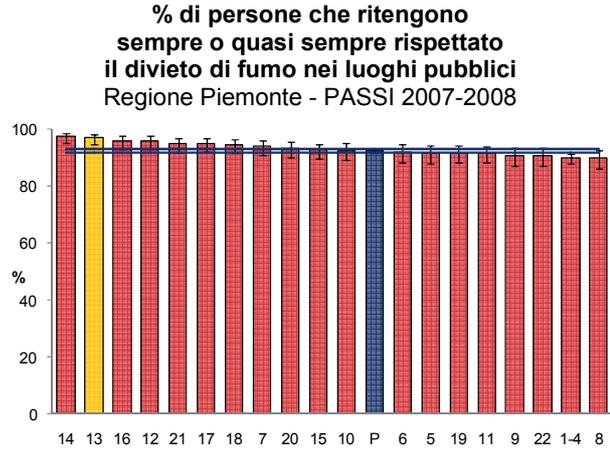
## La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

- Il 97% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (81%) o quasi sempre (16%).
- Il 3% circa ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (0,2%) o lo è raramente (2,9%).

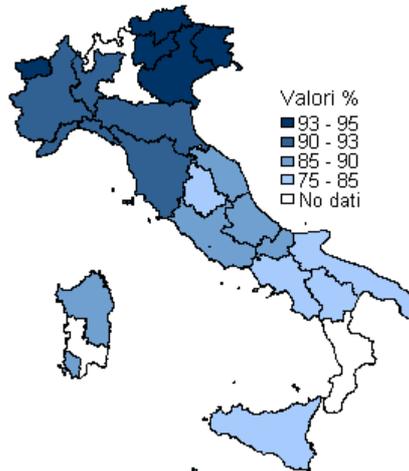


\* Intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni.

- Nelle ASL regionali, le ex ASL 13 e 14 hanno mostrato un valore statisticamente più elevato della media regionale (93%) per quanto concerne la percentuale di persone che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici (range dal 90% dell'ex ASL 8 – significativamente inferiore alla media - al 97% delle ex ASL 13 e 14).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi (oltre il 93% nel Nord-Est e Valle d'Aosta), con un evidente gradiente territoriale.



**% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici**  
Pool PASSI 2008

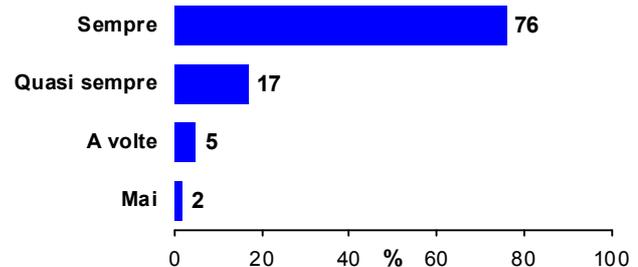


### Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (76%) o quasi sempre (17%).
- Il 7% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è solo a volte (5%).

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

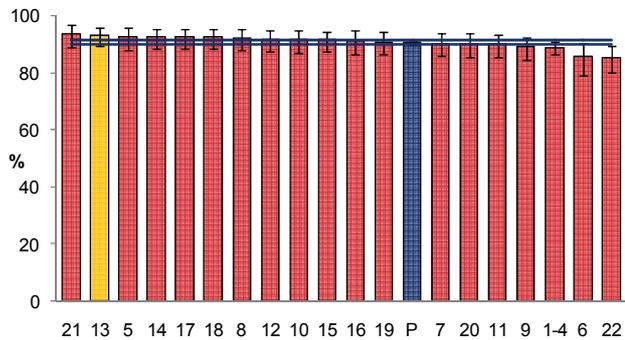
ASL NO – Passi 2007-2008 (n= 325)\*



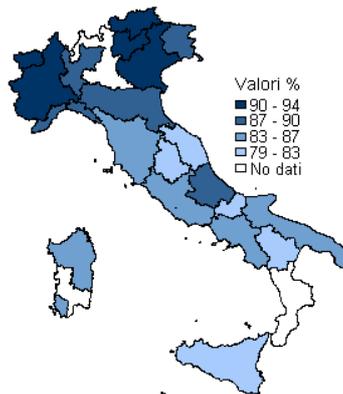
\* Lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo).

- Nelle ASL regionali, solo nell'ex ASL 22 la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro è significativamente inferiore alla media regionale (range dall'85% dell'ex ASL 22 al 94% dell'ex ASL 21).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'87% dei casi (oltre il 90% in Veneto, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Valle d'Aosta), con un evidente gradiente territoriale Nord-Sud.

**% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro**  
 Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NO, come a livello nazionale, si stima che poco meno di una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-35 anni e tra le persone con molte difficoltà economiche (40%). Quasi tre fumatori su quattro hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari; in particolare nessuno ha dichiarato di aver smesso di fumare grazie ai Servizi dell'ASL. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello della ASL.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni e luoghi di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo; pare invece che il divieto di fumo nei locali pubblici venga rispettato nella grande maggioranza dei casi.

# Stato nutrizionale e abitudini alimentari

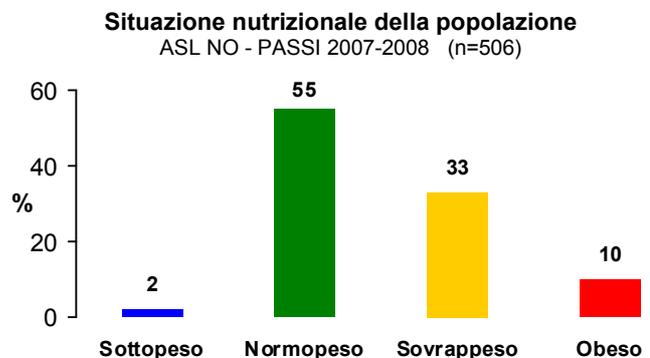
Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato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

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

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

## Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nella ASL NO il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 55% normopeso, il 33% sovrappeso e il 10% obeso.
- Complessivamente si stima che il 43% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



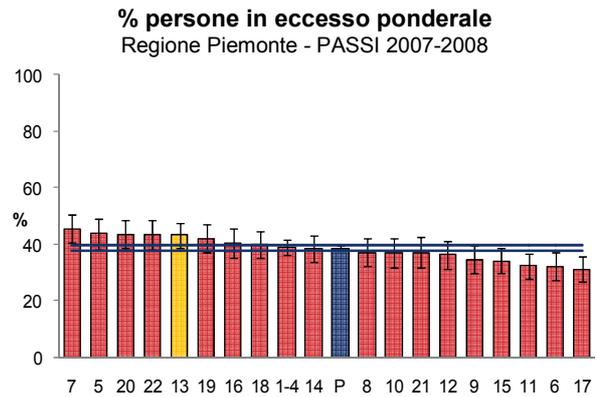
## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
  - Nelle età meno giovani (35-69 anni rispetto alla fascia di età 18-34, sia per sovrappeso che per obesità)
  - Negli uomini (42% vs 23% delle donne; non vi sono invece differenze tra i sessi per obesità)
  - nelle persone con basso livello di istruzione (sia per sovrappeso che per obesità)
- Non si sono rilevate differenze significative rispetto alle condizioni economiche.

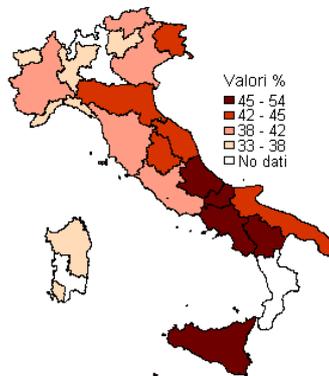
**Popolazione con eccesso ponderale**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=506)

Caratteristiche	Sovrappeso % (IC95%)		Obesi % (IC95%)	
	%	IC95%	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>32,8</b>	<b>28,8-37,1</b>	<b>10,3</b>	<b>7,8-13,3</b>
<b>Classi di età</b>				
18 - 34	20,3	13,6-27,0	1,4	0,0-3,4
35 - 49	36,1	29,1-43,0	10,9	6,4-15,4
50 - 69	38,9	31,9-45,9	16,2	10,9-21,5
<b>Sesso</b>				
uomini	42,3	36,2-48,4	11,5	7,5-15,4
donne	23,3	18,1-28,5	9,1	5,5-12,6
<b>Istruzione</b>				
nessuna/elementare	45,6	32,7-58,5	19,3	9,1-29,5
media inferiore	37,1	30,0-44,3	13,1	8,1-18,1
media superiore	29,1	23,0-35,2	7,5	4,0-11,1
laurea	21,3	11,0-31,6	3,3	0,0-7,7
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	53,1	35,8-70,4	3,1	0,0-9,2
qualche	32,6	25,9-39,3	11,2	6,7-15,8
nessuna	30,7	25,3-36,0	10,5	6,9-14,0

- La percentuale di persone in eccesso ponderale è significativamente inferiore alla media regionale nelle ex ASL 6, 11 e 17, mentre è superiore alla media nell'ex ASL 7. Il range varia dal 31% dell'ex ASL 17 al 46% dell'ex ASL 7.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 10% obesi); i valori più alti si registrano nelle Regioni del Centro-Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata e Sicilia).



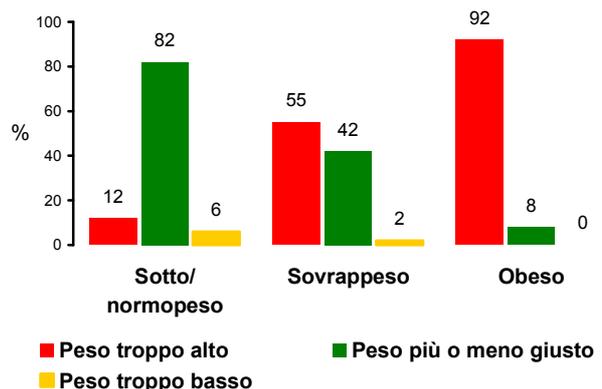
**% persone in eccesso ponderale**  
Pool PASSI 2008



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

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL NO si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (92%) e nei sotto/normopeso (82%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 42% ritiene il proprio peso giusto e il 2% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne sottopeso/normopeso l'80% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'86% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso solo il 27% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 51% degli uomini.

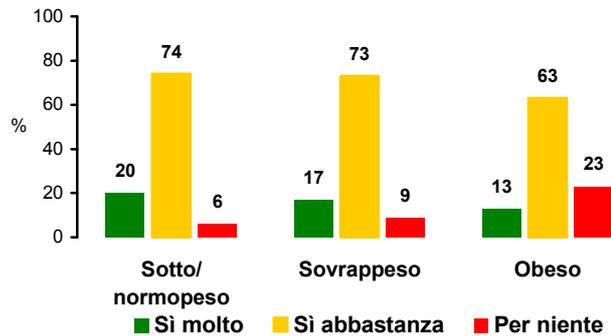
**Percezione della proprio peso**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=506)



## Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

- Nella ASL NO il 91% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute (“Sì, abbastanza” o “Sì, molto”) in particolare:
  - il 94% delle persone sottopeso/normopeso;
  - il 90% dei sovrappeso;
  - il 76% degli obesi.

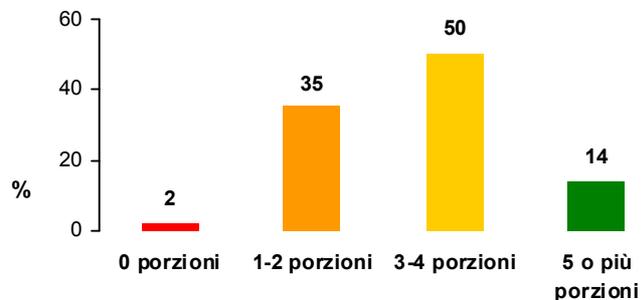
Quello che mangia fa bene alla sua salute?  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)



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

- Nella ASL NO il 98% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 50% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 14% le 5 porzioni raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)



- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
  - nelle donne (18% contro 9% degli uomini)
  - nelle persone con alto livello d'istruzione (16% contro 11%).

E' invece meno diffusa tra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche.

Nessuna di queste differenze è però risultata statisticamente significativa.

- Il consumo di frutta e verdura è invece statisticamente superiore nelle persone sottopeso o normopeso (18% contro 8% nei sovrappeso/obesi).

Consumo di frutta e verdura

ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)

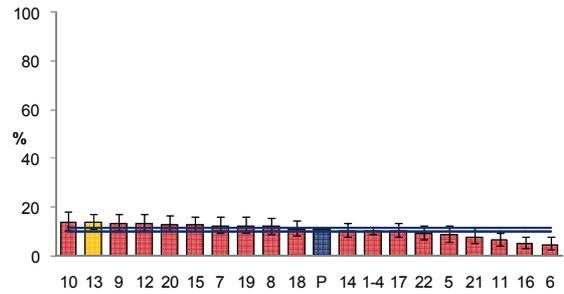
Caratteristiche		Adesione al “5 a day” <sup>o</sup> % (IC95%)	
<b>Totale</b>		<b>13,6</b>	<b>10,8-16,9</b>
<b>Classi di età</b>			
	18 - 34	13,7	8,0-19,4
	35 - 49	14,8	9,6-19,9
	50 - 69	12,4	7,6-17,1
<b>Sesso</b>			
	uomini	9,5	6,5-14,4
	donne	17,6	13,0-22,3
<b>Istruzione</b>			
	nessuna/elementare	7,0	0,4-13,6
	media inferiore	12,6	7,7-17,5
	media superiore	15,4	10,6-20,3
	laurea	16,4	7,1-25,7
<b>Difficoltà economiche</b>			
	molte	9,4	0,0-19,5
	qualche	13,4	8,5-18,2
	nessuna	14,2	10,2-18,3
<b>Stato nutrizionale</b>			
	sotto/normopeso	17,7	13,3-22,1
	sovrappeso	9,0	4,7-13,4
	obeso	5,8	0,0-12,1

<sup>o</sup> Consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate che aderisce al “five a day” varia dal 5% delle ex ASL 6 e 16 (valori significativamente inferiori alla media regionale, così come il 6% dell’ex ASL 11) al 14% delle ex ASL 9, 10 e 13.
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “five a day” il 10% del campione (con valori più elevati nel Nord-Est Italia e in Liguria).

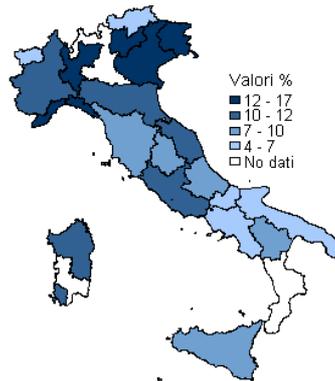
**% persone che aderiscono al “five a day”**

Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**% persone che aderiscono al “five a day”**

Pool PASSI 2008

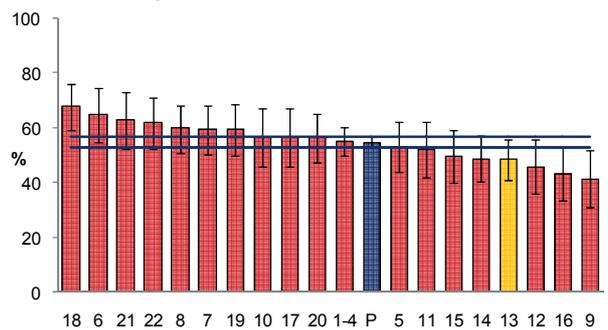


**Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

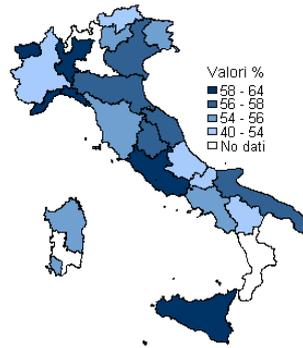
- Nella ASL NO il 48% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 38% delle persone in sovrappeso e l’80% delle persone obese.
- Nelle ASL della Regione la percentuale di persone intervistate in eccesso ponderale che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 41% dell’ex ASL 9 al 68% dell’ex ASL 18 (entrambi valori significativamente diversi rispetto alla media regionale).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 49% delle persone in sovrappeso e l’82% delle persone obese); i valori più elevati si registrano in Lazio, Sicilia, Liguria, Valle d’Aosta e Lombardia.

**% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario**

Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

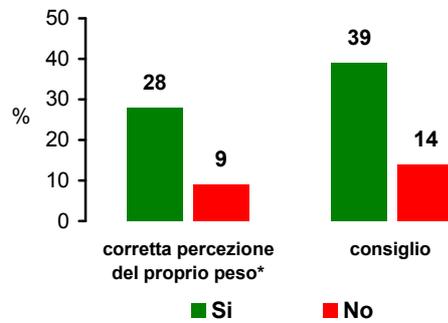


**% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario**  
Pool PASSI 2008



- Il 25% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (20% nei sovrappeso e 42% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (34% vs 20% negli uomini);
  - negli obesi (42% vs 20% nei sovrappeso);
  - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (28%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (9%);
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (39% vs 14%).

**Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=180)

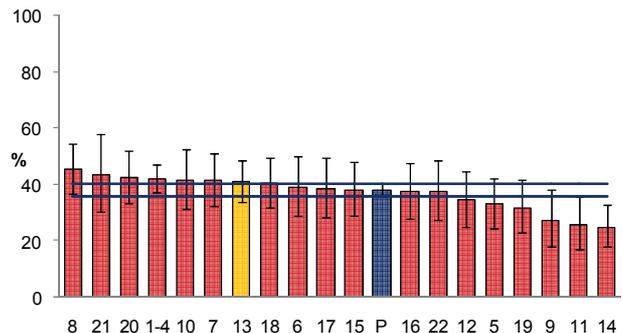


\* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi (n=162)

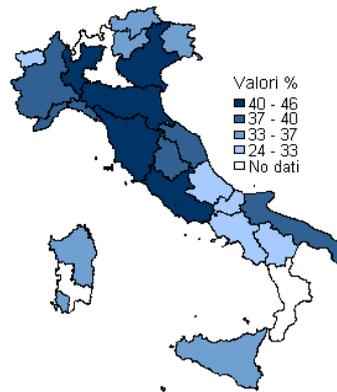
**Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

- Nella ASL NO il 18% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (17,5% nei sovrappeso e 21% negli obesi). Il 41% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 39% delle persone in sovrappeso e il 49% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, l'84% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto all'83% di chi non l'ha ricevuto.
- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia dal 25% dell'ex ASL 14 (valore significativamente più basso rispetto alla media regionale) al 46% dell'ex ASL 8.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 35% delle persone in sovrappeso e il 47% degli obesi; i valori più elevati si registrano nel Centro Italia, Veneto e Lombardia.

**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



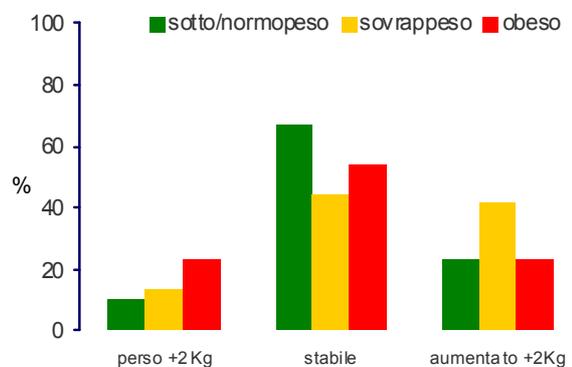
**% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NO il 29% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
  - nel sesso femminile (33% vs 26% degli uomini);
  - nelle persone in eccesso ponderale (42% nei sovrappeso e 23% negli obesi contro 23% sotto/normopeso).
- Non sono emerse differenze rilevanti nelle diverse fasce di età indagate.

**Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=498)



### Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nella ASL NO quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e quasi il 40% delle persone in eccesso ponderale è aumentato di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 22% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (79%).

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

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

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

# Consumo di alcool

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

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

L'alcol è una sostanza tossica dannosa per l'organismo: non è fissato un livello soglia di "non pericolosità" e studi recenti confutano la considerazione diffusa che un consumo leggero di alcolici sia benefico per la salute e protegga il cuore. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

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

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o *binge drink* (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

## Quante persone consumano alcool?

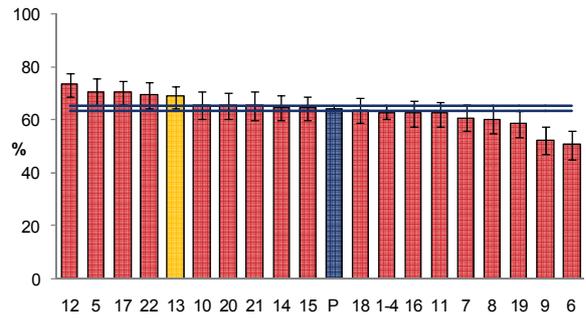
- Nella ASL NO la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 69%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
  - nella fascia 18-24 anni e 25-34 anni;
  - negli uomini, in modo statisticamente significativo;
  - nelle persone con livello di istruzione alto (con significatività statistica tra scuole medie superiori e laurea rispetto a scuole elementari e medie inferiori) e senza difficoltà economiche.
- Il 52% degli intervistati ha riferito di consumare alcool prevalentemente durante la settimana, mentre il 48% prevalentemente durante il fine settimana.

Caratteristiche	Consumo di alcool (ultimo mese) ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)	
	Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica°	
	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	<b>68,6</b>	<b>64,4-72,6</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	77,8	65,6-89,9
25 - 34	74,5	65,7-83,3
35 - 49	68,1	61,4-74,9
50 - 69	64,0	57,1-70,9
<b>Sesso</b>		
uomini	85,4	81,0-89,7
donne	52,0	45,8-58,1
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	49,1	36,1-62,1
media inferiore	61,5	54,3-68,7
media superiore	76,6	71,0-82,3
laurea	78,7	68,4-89,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	59,4	42,4-76,4
qualche	65,1	58,2-71,9
nessuna	71,9	66,7-77,1

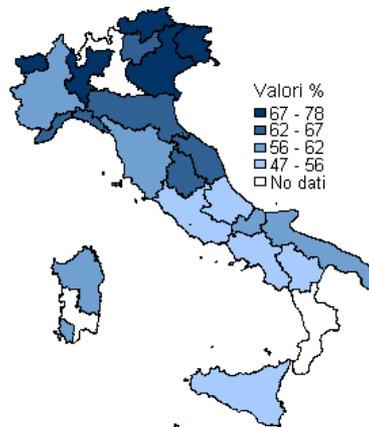
° Una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

- Nelle ASL della Regione emerge un minore consumo statisticamente significativo nelle ex ASL 6 e 9; si registra invece un valore statisticamente superiore al dato medio regionale nelle ex ASL 12 e 17. Il range delle ASL Regionali varia dal 50% dell'ex ASL 6 al 73% dell'ex ASL 12.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 59%, mentre nel Nord-Est Italia sale a circa il 70%; è presente un evidente gradiente territoriale.

**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



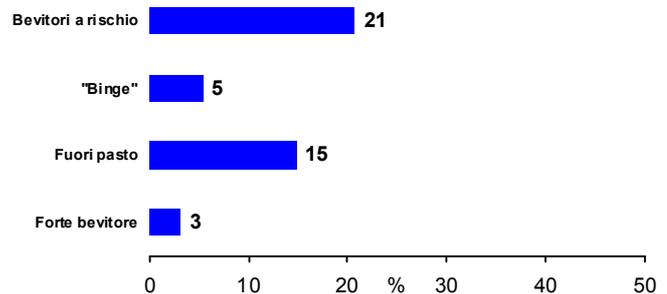
**Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese**  
Pool PASSI 2008



### Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 21% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge"):
- il 5% può essere considerato un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione);
- il 15% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto;
- il 3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

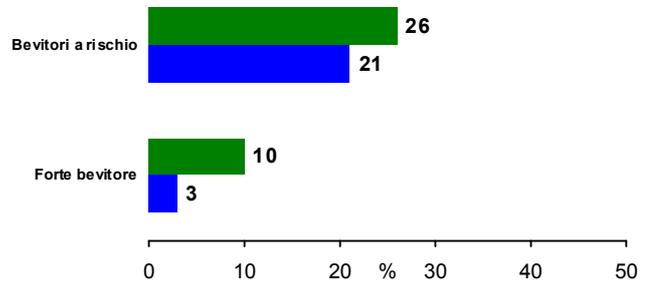
**Bevitori a rischio\* per categorie**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=503)



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

- Sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di bevitori a rischio è del 26%, mentre quella di forte bevitore è del 10%.

**Bevitori a rischio e forti bevitori**  
**Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN**  
**di "forte bevitore"**  
 ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=503)

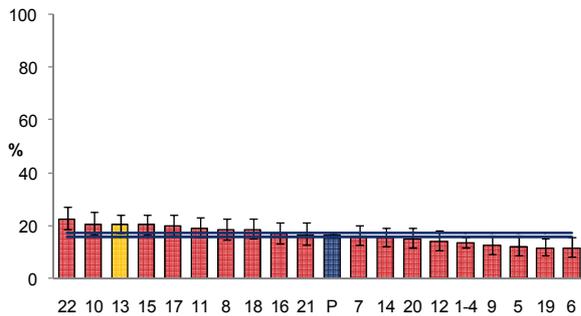


**N.B.:** la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne).

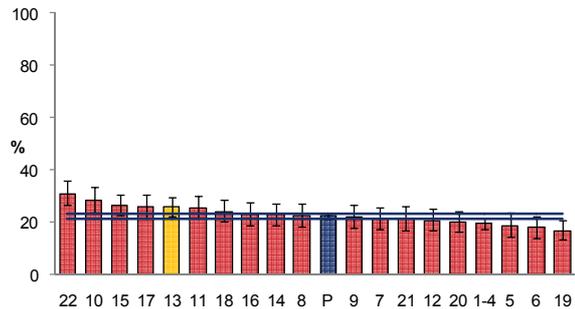
La barra blu nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

- Nelle ASL regionali sono emerse differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio nelle ex ASL 19 (inferiore alla media regionale) e 22 (superiore alla media). Il range va dal 12% delle ex ASL 5, 6, 9 e 19 al 23% dell'ex ASL 22.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 20% (10% consumo forte, 6% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. Nel Nord-Est Italia, in Lombardia e in Valle d'Aosta si registrano i valori più alti, con medie regionali superiori al 21%.

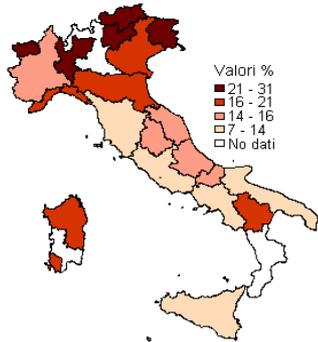
**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Piemonte - PASSI 2007-2008



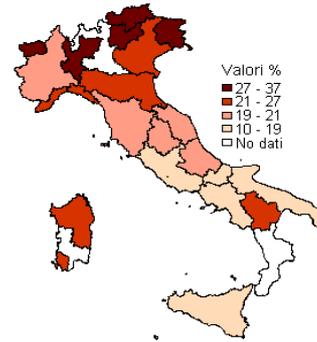
**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Piemonte - PASSI 2007-2008



**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Pool PASSI 2008



**Percentuale di bevitori a rischio**  
**Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"**  
 Pool PASSI 2008



**Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?**

Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 5% degli intervistati e risulta significativamente più diffuso negli uomini (9% vs 2% nelle donne).

Non si rilevano differenze significative riguardo la distribuzione per fasce di età, il livello di istruzione e le condizioni economiche.

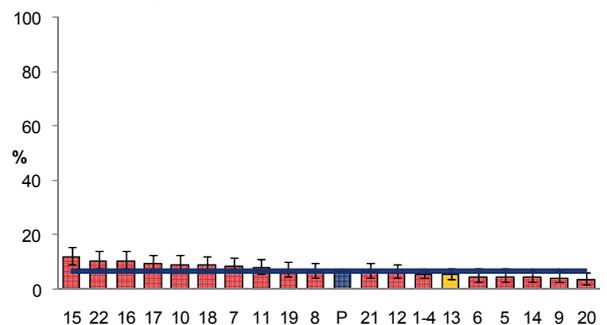
**Consumo "binge"° (ultimo mese)**  
 ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=502)

Caratteristiche	bevitori "binge"°	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>5,4</b>	<b>3,6-7,8</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	8,9	0,6-17,2
25 - 34	7,5	2,2-12,9
35 - 49	5,6	2,2-9,0
50 - 69	3,2	0,7-5,8
<b>Sesso</b>		
uomini	8,8	5,3-12,3
donne	2,0	0,3-3,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	0,0	0,0-0,0
media inferiore	5,3	1,9-8,6
media superiore	7,0	3,6-10,4
laurea	5,0	0,0-10,5
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	9,4	0,0-19,5
qualche	4,4	1,4-7,4
nessuna	5,6	2,9-8,2

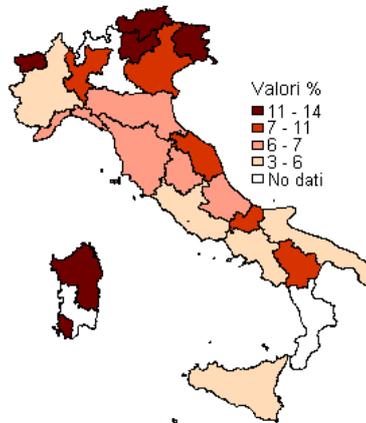
° Consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione.

- Nelle ASL regionali la percentuale di bevitori "binge" mostra valori statisticamente più alti della media nelle ex ASL 15 e 16. Il range va dal 3% dell'ex ASL 20 al 12% dell'ex ASL 15.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 6% (con valori superiori all'11% in Trentino-Alto Adige, Friuli, Valle d'Aosta e Sardegna).

**Percentuale di bevitori "binge"**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



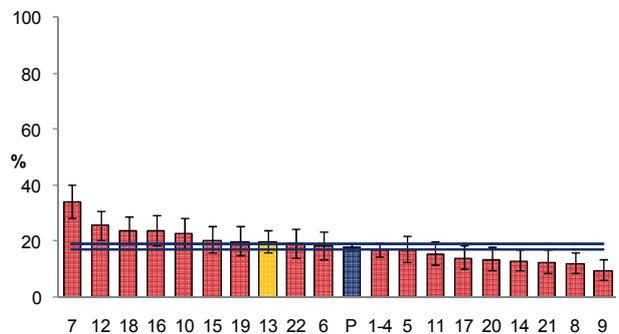
**Percentuale di bevitori "binge"**  
Pool PASSI 2008



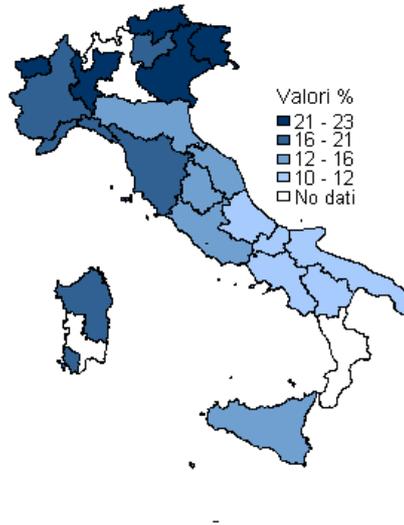
**A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?**

- Nella ASL NO solo il 19% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra le ASL della Regione, le ex ASL 7 e 12 hanno mostrato una percentuale di persone cui il medico ha chiesto informazioni sul consumo di alcol significativamente superiore rispetto al valore regionale; significativamente inferiori alla media sono invece risultate le ex ASL 8 e 9 (range dal 9% della ex ASL 9 al 34% della ex ASL 7).
- Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

**Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

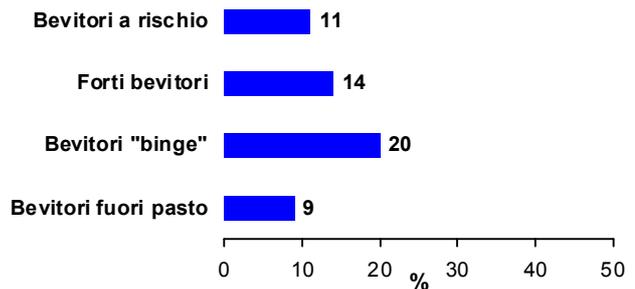


**Percentuale di persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol**  
Pool PASSI 2008



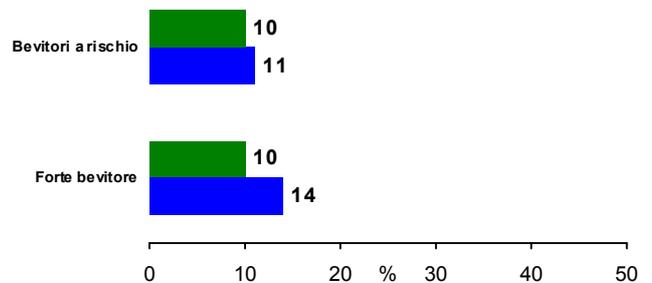
- Solo il 6% degli intervistati che hanno visto il proprio medico negli ultimi 12 mesi ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno; tra i bevitori a rischio questa percentuale è dell'11%. In particolare:
  - 14% nei forti bevitori,
  - 20% nei bevitori "binge"
  - 9% nei bevitori fuori pasto

**% bevitori a rischio\* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=410)



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)  
° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

**% bevitori a rischio\* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario°**  
**Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=410)



\* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)  
° al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL NO si stima che poco più di due persone su tre di età compresa tra 18 e 69 anni consumino bevande alcoliche e una su cinque abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione.

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale - aumentandone il livello di informazione e consapevolezza - sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

# Sicurezza stradale

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

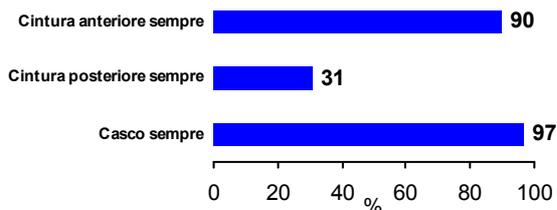
Nel 2007 in Italia sono stati registrati oltre 230.000 incidenti stradali con circa 5.130 morti e 326.000 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità.

In Piemonte nel 2007 gli incidenti stradali sono stati oltre 14.500 (-14% rispetto al 2001) con 392 morti (-30%) e oltre 21.300 feriti (-15%).

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

## L'uso dei dispositivi di sicurezza

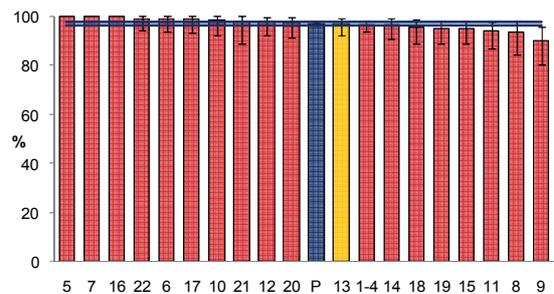
**Uso dei dispositivi di sicurezza\***  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)



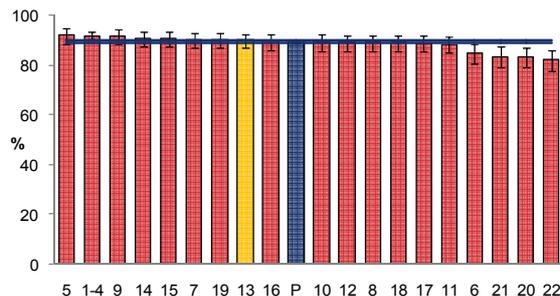
\* Tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto.

- Nella ASL NO la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:
  - 97% per l'uso del casco;
  - 90% per la cintura anteriore di sicurezza;
  - 31% per l'uso della cintura posteriore.
- L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza ha mostrato alcune differenze a livello aziendale:
  - per il casco il range varia dal 90% della ex ASL 9 al 100% delle ex ASL 5, 7 e 16.
  - per la cintura anteriore la percentuale di utilizzo è significativamente inferiore nelle ex ASL 6, 20, 21 e 22 (range dall'82% dell'ex ASL 22 al 92% delle ex ASL 5, 1-4 e 9);
  - per la cintura posteriore la percentuale di utilizzo è significativamente inferiore nelle ex ASL 6, 14, 20 e 22 e significativamente superiore alla media regionale nelle ex ASL 9, 10, 16 e 17 (range dal 14% dell'ex ASL 6 al 41% dell'ex ASL 9), ma l'uso è piuttosto basso in tutte le ASL.

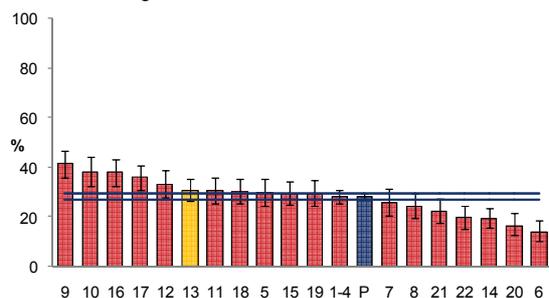
**Percentuale di persone che usano il casco sempre**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

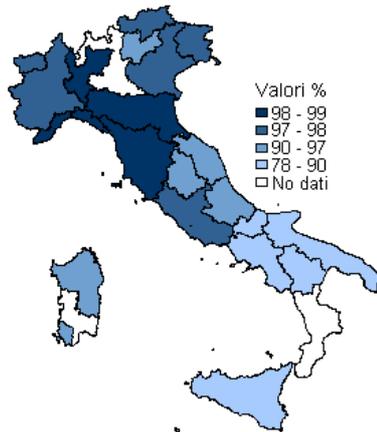


**Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

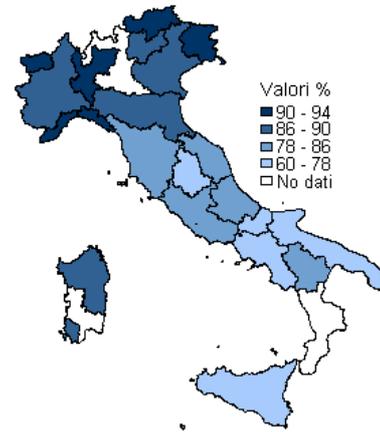


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata inferiore al dato regionale: 94% per il casco, 83% per la cintura anteriore e 19% per la cintura posteriore; i valori più elevati nell'utilizzo di tutti i dispositivi si registrano in Liguria; per il casco anche in Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana, per le cinture anteriori e posteriori anche in Trentino-Alto Adige e Friuli. Nell'utilizzo di tutti i tipi di dispositivi di sicurezza è presente un evidente gradiente territoriale in diminuzione da Nord a Sud.

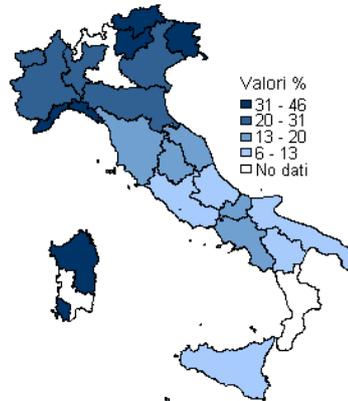
**Percentuale di persone che usano il casco sempre**  
Pool PASSI 2008



**Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre**  
Pool PASSI 2008



**Percentuale di persone che usano la cintura posteriore sempre**  
Pool PASSI 2008



## Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

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

- l'8% di tutti gli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale all'11,5%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (con differenze però non statisticamente significative) e tra le persone con qualche difficoltà economica.
- Il 10% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (8% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

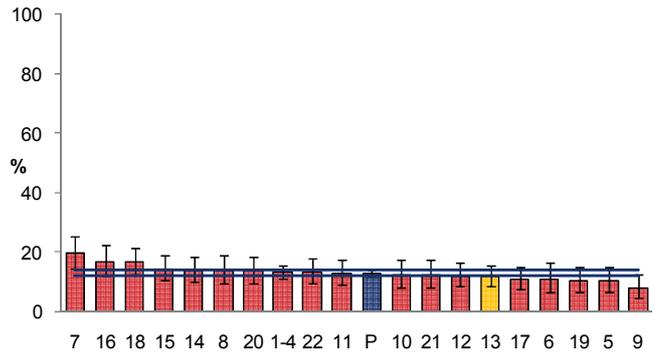
Guida sotto l'effetto dell'alcol <sup>°</sup> ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=338)		
Caratteristiche	persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol <sup>°°</sup>	
	%	(IC95%)
<b>Totale</b>	<b>11,5</b>	<b>8,4-15,5</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 24	3,0	0,0-8,9
25 - 34	13,2	5,2-21,3
35 - 49	10,7	5,2-16,3
50 - 69	13,8	7,5-20,1
<b>Sesso</b>		
uomini	14,6	9,9-19,4
donne	6,3	2,1-10,6
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	3,8	0,0-11,2
media inferiore	11,8	5,5-18,0
media superiore	12,5	7,4-17,6
laurea	10,2	1,7-18,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	0,0	0,0-0,0
qualche	17,8	10,9-24,7
nessuna	8,5	4,6-12,4

<sup>°</sup> Il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato.

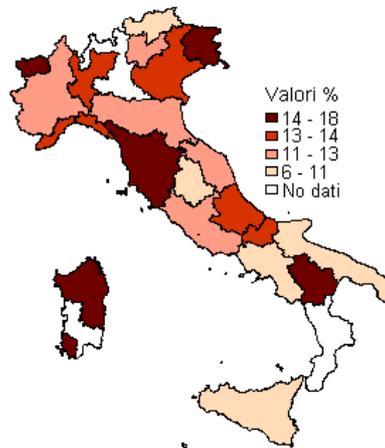
<sup>°°</sup> Coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica.

- Tra le ASL regionali, l'unica a mostrare una percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol significativamente superiore alla media regionale è l'ex ASL 7 (il range regionale varia dall'8% dell'ex ASL 9 al 19% dell'ex ASL 7).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 12%, con valori più elevati in Friuli, Toscana, Valle d'Aosta, Sardegna e Basilicata.

**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Percentuale di persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Nella ASL NO si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre meno di una persona su tre utilizza la cintura di sicurezza posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. Nella ASL NO il problema si manifesta con percentuali sovrapponibili alla media regionale (il 12% dei guidatori è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol), con coinvolgimento di tutte le classi d'età.

In letteratura risultano maggiormente studiati gli interventi rivolti ai giovani; quelli di migliore efficacia sono gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività di controllo delle forze dell'ordine sia per il rispetto dei limiti consentiti dell'alcolemia sia per l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza. Nell'ASL NO, in collaborazione con le altre ASL del quadrante Nord-Est, dal 2008 è attivo il progetto "Sicurezza in Festa", che affronta il tema della promozione di comportamenti "virtuosi" anche nella popolazione appartenente alle classi di età meno giovani.

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

# Sicurezza domestica

Il tema degli incidenti domestici è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, in particolare al livello locale.

In Italia si stimano ogni anno circa un 1.7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidente domestico.

In Piemonte si stima che circa il 4% della popolazione sia vittima di un incidente domestico con o senza accesso al Pronto Soccorso.

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

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

- Nella ASL NO la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: l'81% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio le persone senza difficoltà economiche (con valori ai limiti della significatività statistica)
- Nell'ASL NO nemmeno la presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è risultata un fattore che aumenta significativamente la percezione del rischio di infortunio domestico, nonostante questo fattore sia generalmente associato ad una maggiore percezione del rischio.
- Tra le varie ASL regionali solo le ex ASL 13 e 20 hanno mostrato una percezione del rischio significativamente maggiore rispetto alla media regionale; la percezione è risultata invece significativamente inferiore alla media nelle ASL 7, 9 e 15 (il range va dall'81% di Novara al 97% di Cuneo).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 92% (valore identico alla media piemontese).

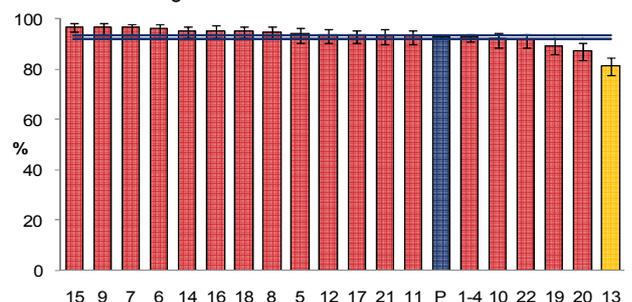
### Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)

Caratteristiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico* % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>81,3</b>	<b>77,5-84,5</b>
<b>Età</b>		
18 - 34	80,6	74,0-87,2
35 - 49	81,4	75,8-87,1
50 - 69	81,6	76,0-87,2
<b>Sesso</b>		
uomini	82,6	77,9-87,3
donne	79,9	75,0-84,8
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	86,0	76,9-95,0
media inferiore	76,6	70,3-82,8
media superiore	79,9	74,5-85,3
laurea	95,1	89,7-100,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	75,0	60,0-90,0
qualche	75,9	69,8-82,1
nessuna	85,4	81,3-89,5
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio**</b>		
si	75,6	69,2-81,9
no	84,3	80,4-88,2

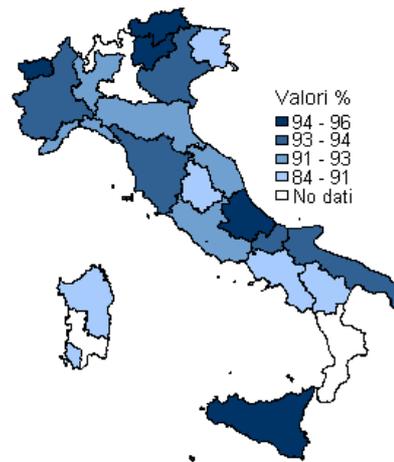
\* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa

\*\* presenza di anziani e/o bambini nel nucleo familiare

### % di persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**% di persone che hanno riferito bassa  
possibilità di subire un infortunio domestico**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NO il 33% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
  - con l'aumentare dell'età;
  - nelle donne;
  - tra le persone con minori difficoltà economiche;
  - tra le persone che hanno una percezione del rischio più bassa.

i Nessuno di questi valori però ha raggiunto la significatività statistica.

**Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi**

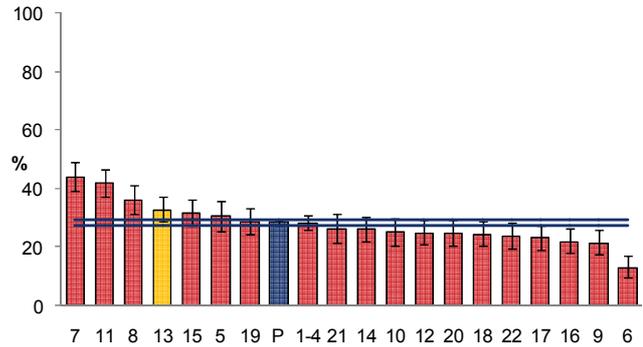
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=507)

Caratteristiche	persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni % (IC95%)	
	%	IC95%
<b>Totale</b>	<b>32,7</b>	<b>28,7-37,0</b>
<b>Età</b>		
18 - 34	25,9	18,6-33,2
35 - 49	33,9	27,0-40,7
50 - 69	36,8	29,8-43,7
<b>Sesso</b>		
uomini	31,6	25,9-37,4
donne	33,9	28,0-39,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	42,1	29,3-54,9
media inferiore	27,4	20,8-34,0
media superiore	34,6	28,2-41,0
laurea	32,8	21,0-44,6
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	21,9	7,6-36,2
qualche	34,2	27,4-41,0
nessuna	33,0	27,6-38,4
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio<sup>o</sup></b>		
si	29,0	22,3-35,7
no	34,7	29,6-39,9
<b>Percezione del rischio</b>		
alta	24,2	15,6-32,8
bassa	34,7	30,1-39,3

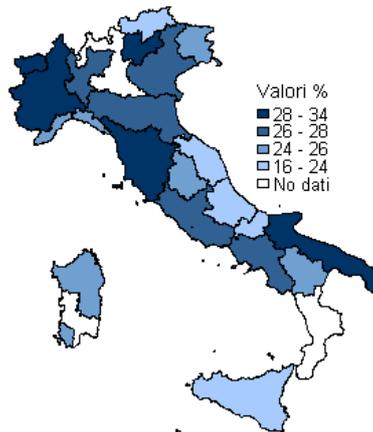
<sup>o</sup> Presenza di anziani e/o bambini nel nucleo familiare.

- Tra le ASL regionali emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli incidenti domestici nelle ex ASL 6 e 9 (inferiori alla media regionale) e nelle ex ASL 7, 8 e 11 (superiori alla media regionale); il range va dal 13% dell'ex ASL 6 al 44% dell'ex ASL 7).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto le informazioni è pari al 26% (28% la media piemontese).

**% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

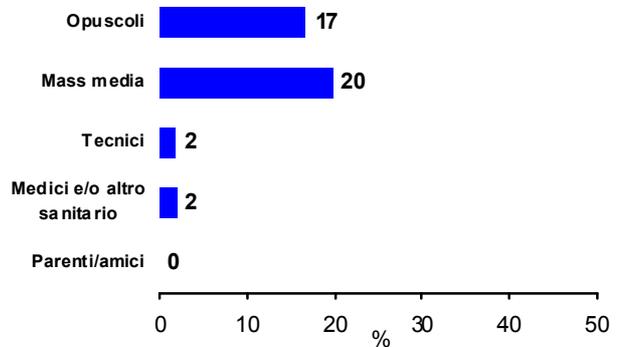


**% di persone che dichiara di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni domestici**  
Pool PASSI 2008



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (17 e 20% rispettivamente); valori molto bassi sono riportati per personale sanitario o tecnici.

**Fonti di informazione**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=508)



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

- Il 34% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone:
  - di età più giovane
  - con una persona potenzialmente a rischio nel nucleo familiare
  - con una bassa percezione del rischio di incidente domestico.

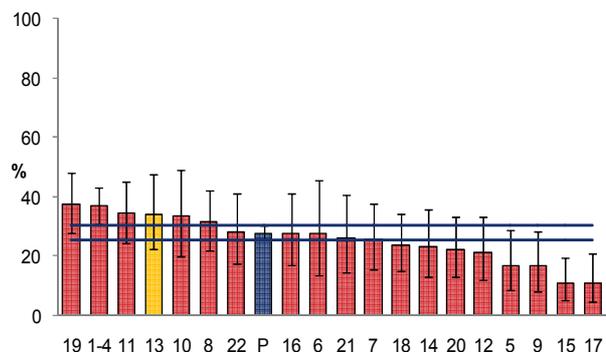
**Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=59)

Caratteristiche	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>33,9</b>	<b>22,1-47,4</b>
<b>Età</b>		
18 - 34	64,3	39,2-89,4
35 - 49	36,8	15,2-58,5
50 - 69	15,4	1,5-29,3
<b>Sesso</b>		
uomini	33,3	11,6-55,1
donne	34,1	19,6-48,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	25,0	0,5-49,5
media inferiore	25,0	3,8-46,2
media superiore	36,0	17,2-54,8
laurea	66,7	28,9-100,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	20,0	0,0-55,1
qualche	37,0	18,8-55,3
nessuna	33,3	15,6-51,1
<b>Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio<sup>o</sup></b>		
si	47,4*	24,9-69,8
no	27,5	13,7-41,3
<b>Percezione del rischio</b>		
alta	27,3	8,7-45,9
bassa	37,8	22,2-53,5

<sup>o</sup> Presenza di anziani e/o bambini.

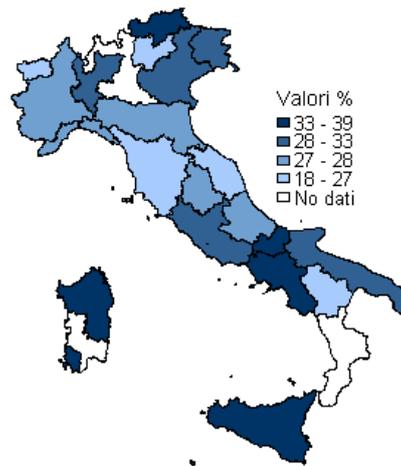
- Tra le ASL regionali, solo l'ex ASL 1-4 mostra un valore statisticamente superiore alla media riguardo all'adozione di misure preventive, mentre le ex ASL 15 e 17 risultano significativamente inferiori alla media (range dall'11% delle ex ASL 15 e 17 al 37% di Torino).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30% (con valori più elevati distribuiti in maniera irregolare).

**% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**% di persone che dichiara di aver adottato misure di sicurezza (su chi ha ricevuto informazioni)**

Pool PASSI 2008



## **Conclusioni e raccomandazioni**

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, i risultati del Sistema di Sorveglianza mostrano che la maggior parte delle persone ha una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima infatti che circa una persona su tre ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa un terzo delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, 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 pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici, come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

# Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia, mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale) così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali principalmente rientrano le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

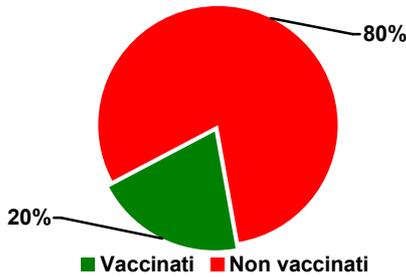
## Quante persone di età inferiore a 65 anni si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

- Nella ASL NO il 9% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007-2008.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 20%, valore ampiamente inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è più elevata:
  - nella fascia 50-64 anni (16%)
  - nelle persone con almeno una patologia cronica (20%).
 Nessuna di queste differenze è però statisticamente significativa.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è del 30%; analoga percentuale viene rilevata a livello regionale.

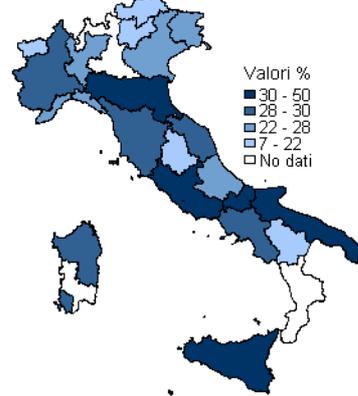
Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni)			
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=134)			
Caratteristiche	Vaccinati % (IC95%)		
<b>Totale</b>		<b>9,0</b>	<b>4,7-15,1</b>
<b>Classi di età</b>			
	18-34	2,7	0,0-7,9
	35-49	7,5	0,4-14,7
	50-64	16,3	5,2-27,3
<b>Sesso</b>			
	uomini	10,6	3,2-18,0
	donne	7,4	1,1-13,6
<b>Istruzione</b>			
	bassa	8,6	2,0-15,1
	alta	9,4	2,2-16,5
<b>Difficoltà economiche</b>			
	sì	1,7	0,0-4,9
	no	14,9	6,8-23,0
<b>Patologie severe*</b>			
	almeno una	20,0	0,0-40,2
	assente	7,6	2,8-12,3

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

**Vaccinazione antinfluenzale 2007-08 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=15)

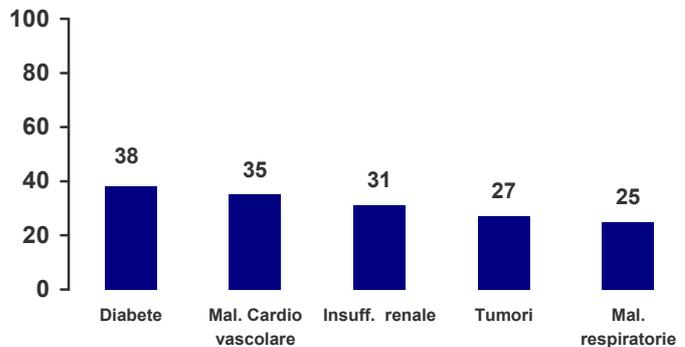


**Vaccinazione antinfluenzale 2007-08 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica**  
Pool PASSI 2008



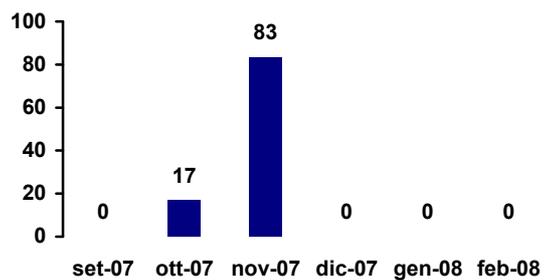
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale appare diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
  - basse coperture tra gli ammalati di tumore (27%) e di patologie respiratorie croniche (25%)
  - poco più elevata la percentuale di persone affette da insufficienza renale (31%), malattie cardiovascolari (35%) e diabete (38%) che riferiscono di essersi vaccinate nella stagione precedente.

**Copertura vaccinale in persone (18-64 anni) per patologia cronica (%)**  
Pool PASSI 2008



- Nella ASL NO l'83% degli intervistati ha riferito di essere stato vaccinato durante il mese di Novembre 2007 (dato sovrapponibile a quello delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale).

**% di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese**  
ASL NO - Passi 2007-2008 (n=12)



## Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Piemonte hanno permesso di raggiungere una buona parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL si avvicina al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni. I dati PASSI mostrano invece come nelle persone sotto ai 65 anni con patologie croniche la copertura stimata sia ancora insufficiente: anche nella ASL NO si stima infatti che solo una persona su cinque si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

# Vaccinazione antirosolia

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

La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

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

## Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

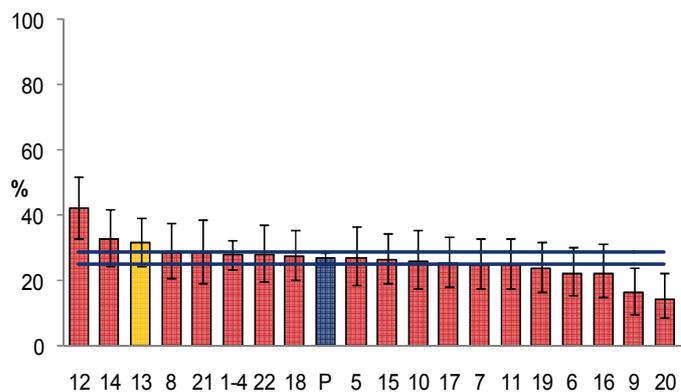
- Nella ASL NO il 50% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne più giovani, in particolare nella fascia 18-34 anni (53%).
- Percentuali di donne vaccinate superiori, anche se non significative dal punto di vista statistico, si riscontrano anche nelle donne:
  - con alto livello d'istruzione
  - senza difficoltà economiche.

**Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)**  
ASL NO Passi 2007-2008 (n=159)

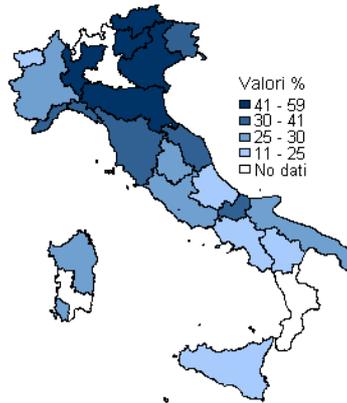
Caratteristiche	Vaccinate % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>31,4</b>	<b>24,3-39,3</b>
<b>Classi di età</b>		
18-24	61,1	38,6-83,6
25-34	50,0	36,1-63,9
35-49	15,4	8,0-22,8
<b>Istruzione</b>		
Bassa	24,6	13,4-35,7
Alta	35,3	26,0-44,6
<b>Difficoltà Economiche</b>		
molte	28,6	4,9-52,2
alcune	24,6	13,4-35,7
nessuna	36,4	26,3-46,4

- Tra le ASL regionali, l'ex ASL 12 ha mostrato una percentuale di donne vaccinate significativamente più alta, mentre le ex ASL 9 e 20 hanno percentuali significativamente più basse (range dal 15% dell'ex ASL 20 al 42% dell'ex ASL 12).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 33%, con valori più alti nel Nord-Est ed un gradiente territoriale piuttosto evidente.

**Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Donne 18-49 anni vaccinate contro la Rosolia**  
Pool PASSI 2008



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

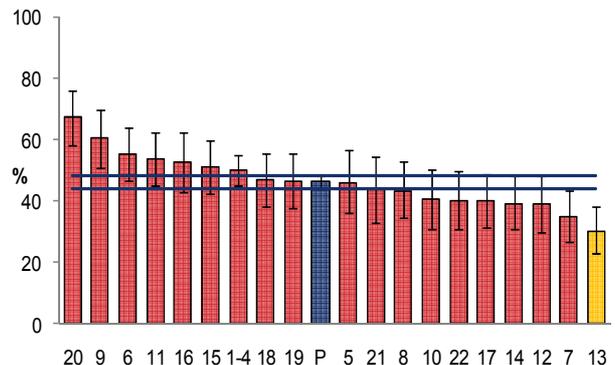
- Nella ASL NO il 70% delle donne di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia in quanto:
  - ha effettuato la vaccinazione (31%)
  - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (38%).
- Il 4,4% è risultata suscettibile in quanto:
  - non ha effettuato la vaccinazione
  - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 26% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

**Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-49 anni) - % (IC95%)**  
ASL NO - Passi 2007-2008 (n=159)

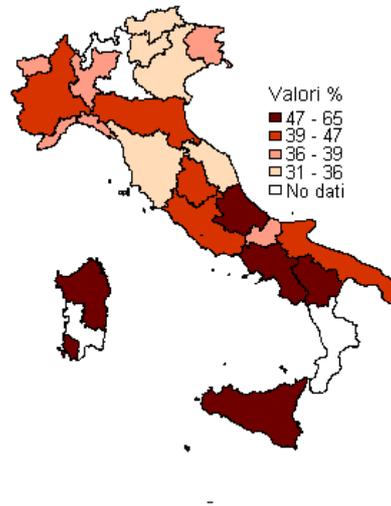
Caratteristiche	%	IC95%
<b>Immuni</b>	<b>69,8</b>	<b>62,0-76,8</b>
Vaccinate	31,4	24,2-38,7
Non vaccinate con rubeotest positivo	38,4	30,8-45,9
<b>Suscettibili/stato sconosciuto</b>	<b>30,2</b>	<b>23,2-38,0</b>
Non vaccinate; rubeotest negativo	4,4	1,2-7,6
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	0,6	0,0-1,9
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	25,2	18,4-31,9

- Tra le ASL regionali, l'ASL NO ha mostrato la più bassa percentuale di donne suscettibili alla rosolia o con stato immunitario sconosciuto (risultato statisticamente significativo); percentuali significativamente più alte sono rilevabili nelle ex ASL 9 e 20 (il range va dal 30% dell'ASL NO al 68% dell'ex ASL 20).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione o con stato immunitario sconosciuto è pari al 44%, con un evidente gradiente territoriale.

**Donne 18-49 anni suscettibili alla Rosolia o con stato immunitario sconosciuto**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia o con stato immunitario sconosciuto**  
Pool PASSI 2008



### **Conclusioni e raccomandazioni**

A livello regionale si stima che quasi una donna in età fertile su due sia ancora suscettibile alla rosolia oppure non sia a conoscenza del proprio stato immunitario; nella ASL NO questa stima è di una donna su tre; è pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta e la comunicazione sui rischi che si corrono contraendo la rosolia in gravidanza attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali “più vicine” alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).

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

# Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia nonché quelli riguardanti l'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

## 1. Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione in termini di salute e dal punto di vista economico è rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

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

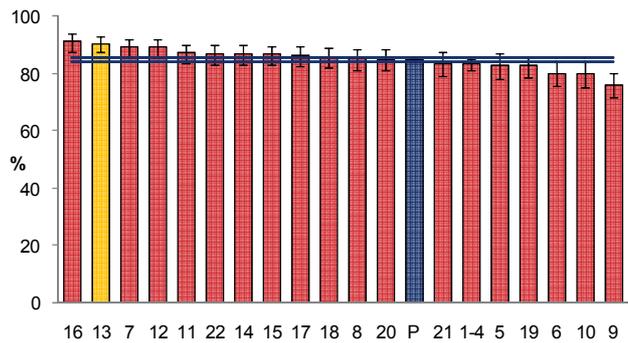
- Nella ASL NO il 91% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 6% più di 2 anni prima, mentre il restante 3% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- Non si rilevano differenze degne di nota nella distribuzione degli intervistati per le caratteristiche demografiche (appare un po' più diffusa fra le donne e le persone più anziane, ma senza significatività statistica)

Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni  
ASL NO – PASSI 2007-2008 (n= 507)

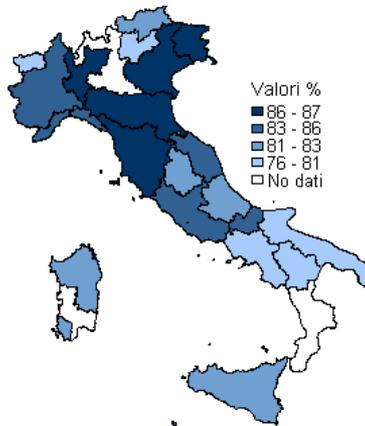
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>90,5</b>	<b>87,6-92,9</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	87,1	81,5-92,6
35 - 49	89,6	85,2-94,0
50 - 69	94,1	90,6-97,5
<b>Sesso</b>		
uomini	87,7	83,7-91,8
donne	93,3	90,2-96,4
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	96,5	91,7 -100,0
media	88,0	83,2-92,8
superiore	90,7	86,8-94,6
laurea	91,8	84,9-98,7
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	90,6	80,5-100,0
qualche	87,2	82,4-92,0
nessuna	92,7	89,7-95,7

- Tra le ASL la percentuale di persone a cui è stata controllata la pressione arteriosa negli ultimi due anni è significativamente superiore alla media regionale nelle ex ASL 16, 7 e nell'ASL NO, mentre è significativamente inferiore nell'ex ASL 9; il range regionale varia dal 76% dell'ex ASL 9 al 91% dell'ASL NO e dell'ex ASL 16).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'84% (valori più alti nel Nord-Est e Centro Italia); è presente un evidente gradiente territoriale.

**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni (%)**  
 Pool PASSI 2008



### Quante persone sono ipertese?

- Nella ASL NO il 16% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.
- In particolare l'ipertensione riferita risulta significativamente più diffusa:
  - al crescere dell'età (30% nella fascia 50-69 anni)
  - nelle persone con livello istruzione molto basso
  - nelle persone con eccesso ponderale.

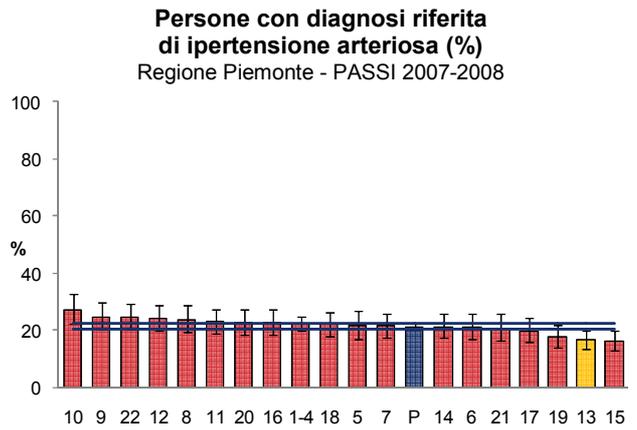
Non si rilevano invece differenze statisticamente significative per sesso, età e difficoltà economiche.

**Persone con diagnosi riferita di ipertensione\***  
 ASL NO - PASSI 2007-2008 (n= 492)

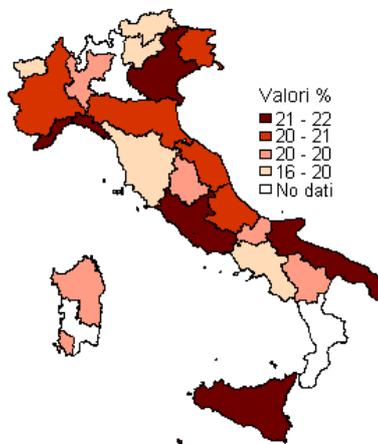
Caratteristiche	Ipertesi	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>16,5</b>	<b>19,0-22,4</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	2,2	0,0-4,7
35 - 49	12,7	7,8-17,7
50 - 69	30,3	23,6-36,9
<b>Sesso</b>		
uomini	17,7	12,9-22,5
donne	15,3	10,8-19,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	32,1	19,9-44,4
media inferiore	20,8	14,7-27,0
media superiore	11,4	7,1-15,7
laurea	6,9	0,4-13,4
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	25,8	10,4-41,2
qualcuna	18,2	12,6-23,9
nessuna	14,3	10,2-18,4
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	10,5	6,9-14,1
sovrapeso/obeso	24,2	18,5-29,9

\* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

- Tra le ASL regionali, non ci sono differenze statisticamente significative sulla percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione; i valori variano dal 16% dell'ex ASL 15 al 27% dell'ex ASL 10.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale è pari al 21% (con una distribuzione priva di gradiente regionale).

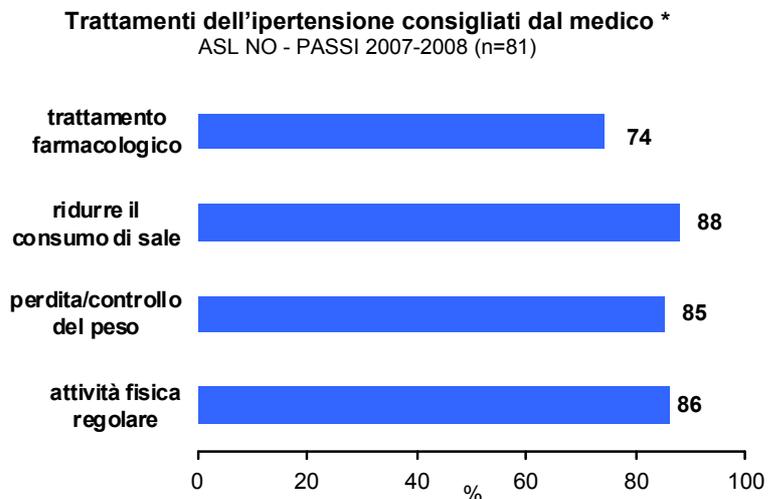


**Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)**  
Pool PASSI 2008



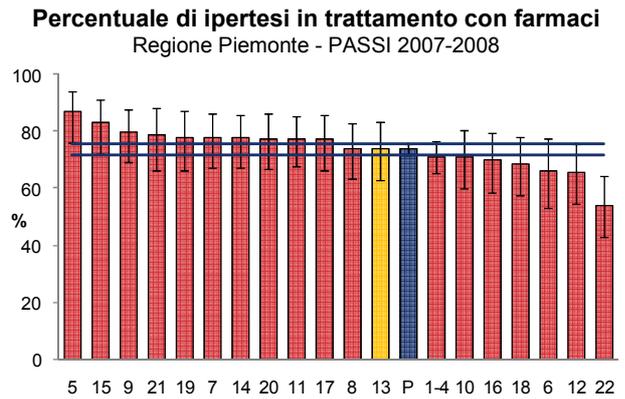
**Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?**

- Nella ASL NO il 74 % degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di sale (88%);
  - ridurre o mantenere il peso corporeo (85%);
  - svolgere regolare attività fisica (86%).

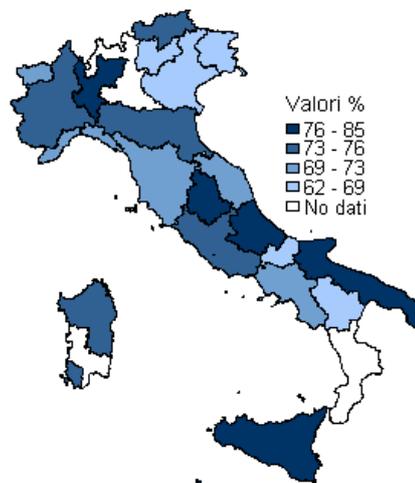


\* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL regionali, l'unica a presentare una differenza statisticamente significativa della percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci è l'ex ASL 22 (range dal 54% dell'ex ASL 22 all'87% dell'ex ASL 5).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nazionale di ipertesi in trattamento farmacologico non è disponibile (dalla mappa si evince però una maggiore incidenza del trattamento farmacologico nelle Regioni Umbria, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Lombardia).



**Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL NO, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su sei sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a una persona su tre al di sopra dei 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Si stima che nell'ASL NO circa una persona su dieci non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi nell'ASL NO viene fornito a oltre l'85% degli ipertesi.

## 2. Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

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

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

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

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

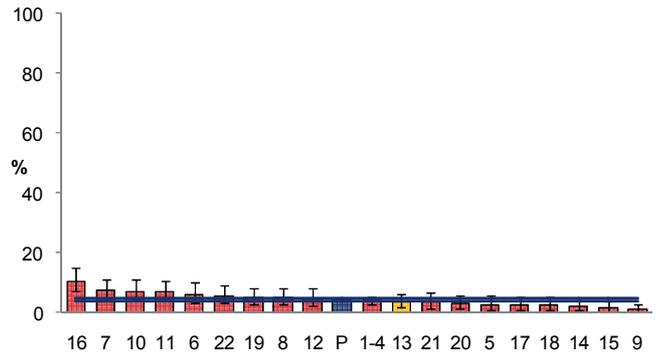
- Nella ASL NO solo il 3,4% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi e non significativi dal punto di vista statistico:
  - nella classe d'età da 60 a 69 anni
  - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare
  - nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ASL NO - PASSI 2007-2008 (n= 350)			
Caratteristiche demografiche		Punteggio calcolato % (IC95%)	
<b>Totale</b>		<b>3,4</b>	<b>1,9-6,1</b>
<b>Classi di età</b>			
	35 - 39	3,3	0,0-7,7
	40 - 49	2,5	0,0-5,3
	50 - 59	2,0	0,0-4,8
	60 - 69	7,1	1,1-13,2
<b>Sesso</b>			
	uomini	3,5	0,8-6,3
	donne	3,4	0,7-6,0
<b>Istruzione</b>			
	bassa	2,6	0,4-4,9
	alta	4,4	1,2-7,5
<b>Difficoltà economiche</b>			
	sì	2,6	0,1-5,0
	no	4,1	1,3-7,0
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare<sup>°</sup></b>			
	sì	4,1	1,7-6,4
	no	1,3	0,0-3,7

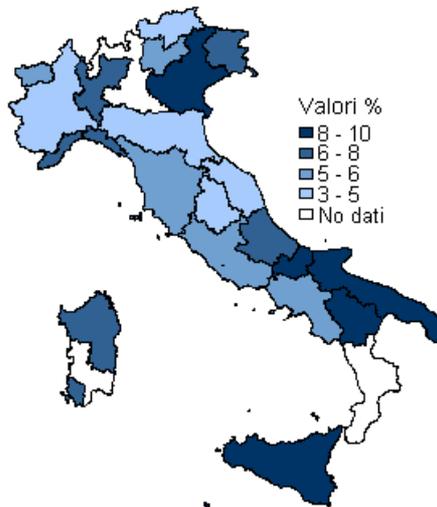
<sup>°</sup> Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

- In tutte le ASL regionali la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare è molto bassa (range dall'1% delle ex ASL 15 e 9 all'11% dell'ex ASL 16; questi sono i soli valori significativamente differenti rispetto alla media regionale).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6,3% (valori più alti in Veneto, Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia).

**Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)**  
 Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione e prevede la promozione dell'uso della carta del punteggio individuale del rischio cardiovascolare per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici.

Nella ASL NO, come pure in ambito regionale, questi strumenti sono ancora poco conosciuti: un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti è già in corso di attuazione sul territorio regionale.

### 3. Colesterolo

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza dell'ipercolesterolemia e di altri fattori accresce il rischio cardiovascolare.

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

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

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

- Nella ASL NO l'87% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:
  - il 62% nel corso dell'ultimo anno
  - il 17 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
  - l'8 % da oltre 2 anni.

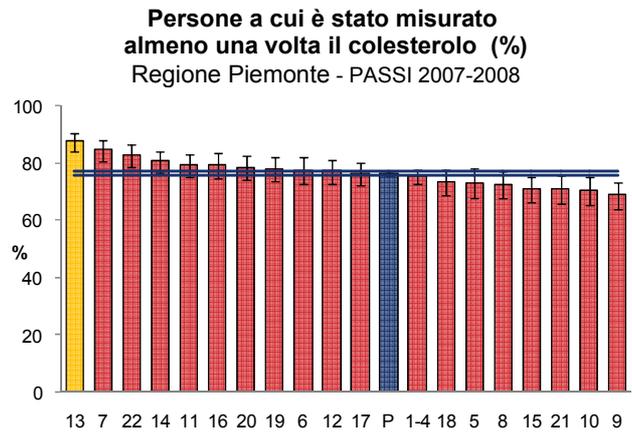
Il 13 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.
- La misurazione del colesterolo è più frequente:
  - al crescere dell'età (dal 75 % della fascia 18-34 anni al 93% di quella 50-69 anni)
  - nelle donne
  - nelle persone senza difficoltà economiche.

Tali differenze non sono però statisticamente significative.

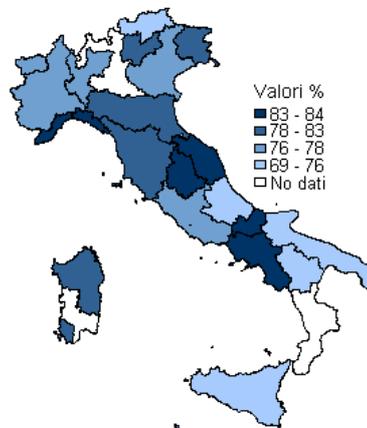
**Colesterolo misurato almeno una volta nella vita**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n= 507)

<b>Caratteristiche</b>	<b>Colesterolo misurato % (IC95%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>87,4</b>	<b>84,1-90,1</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	75,5	68,4-82,7
35 - 49	90,2	85,8-94,5
50 - 69	93,5	90,0-97,1
<b>Sesso</b>		
uomini	83,8	79,3-88,3
donne	90,9	87,4-94,5
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	93,0	86,4-99,6
media	87,4	82,5-92,3
superiore	85,0	80,3-89,8
laurea	90,2	82,7-97,6
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	78,1	63,8-92,4
qualche	85,6	80,5-90,6
nessuna	89,6	86,1-93,1

- La percentuale di persone a cui è stata controllata la colesterolemia nell'ASL NO significativamente più elevata della media regionale, come accade anche nelle ex ASL 7 e 22. Il valore dell'ex ASL 9 è invece significativamente inferiore alla media regionale. Il range regionale va dal 69% dell'ex ASL 9 all'87% dell'ASL NO).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al 78%, con valori più elevati in Liguria, Marche, Umbria, Molise e Campania .



**Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)**  
Pool PASSI 2008



## Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

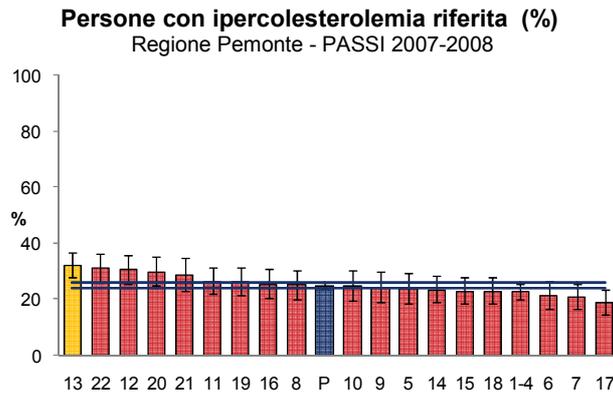
**Ipercolesterolemia riferita\***  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n= 443)

- Nella ASL NO il 32% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
  - In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
    - nelle classi d'età superiori ai 35 anni
    - nelle persone con basso livello di istruzione
    - nelle persone con maggiori difficoltà economiche
    - nelle persone con eccesso ponderale
- Nessuna di queste differenze è però risultata statisticamente significativa.

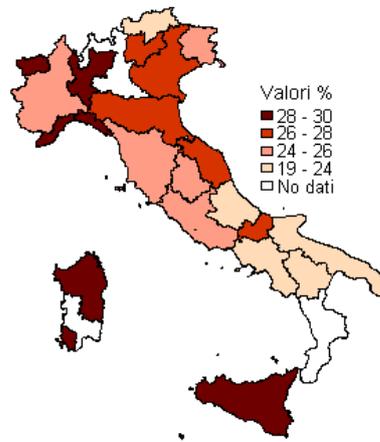
Caratteristiche	Ipercolesterolemia % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>31,8</b>	<b>27,6-36,4</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	12,4	6,1-18,7
35 - 49	37,6	30,2-45,0
50 - 69	38,2	30,9-45,4
<b>Sesso</b>		
uomini	33,0	26,7-39,3
donne	30,7	24,8-36,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	32,1	19,5-44,6
media	37,3	29,6-44,9
superiore	29,7	23,0-36,3
laurea	23,6	12,4-34,9
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	40,0	20,8-59,2
qualche	35,6	28,2-43,0
nessuna	28,7	23,2-34,2
<b>Stato nutrizionale</b>		
sotto/normopeso	27,8	22,2-33,4
sovrappeso/obeso	37,1	30,3-43,9

\* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

- In Piemonte l'ASL di Novara è l'unica in cui si è rilevata una percentuale di persone con alti livelli di colesterolo nel sangue significativamente superiore alla media regionale. Il range varia dal 19% dell'ex ASL 17 al 32% dell'ASL NO).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone che riferiscono una diagnosi di ipercolesterolemia è pari al 25%, con valori più elevati in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Sicilia e Sardegna.



**Persone con ipercolesterolemia riferita (%)**  
Pool PASSI 2008

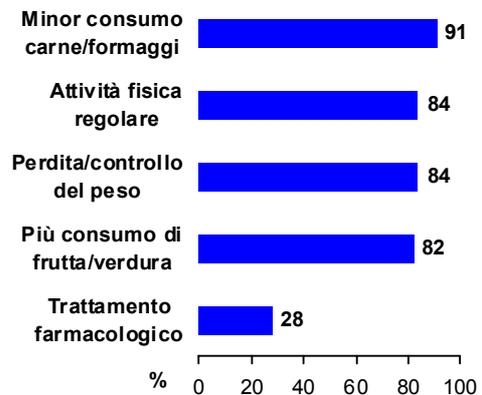


### Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- Nella ASL NO" il 28 % delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di:
  - ridurre il consumo di carne e formaggi (91%)
  - svolgere regolare attività fisica (84%)
  - ridurre o controllare il proprio peso (84%)
  - aumentare il consumo di frutta e verdura (82%).

#### Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico\*

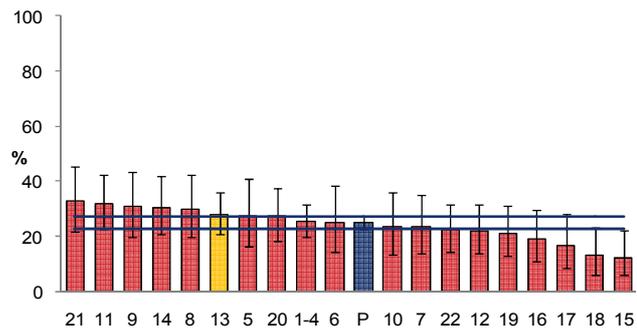
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=141)



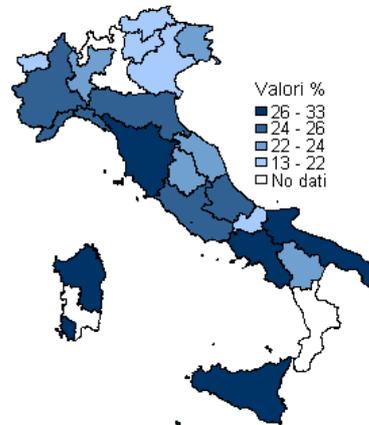
\* ogni variabile considerata indipendentemente

- Tra le ASL regionali solo l'ex ASL 15 ha mostrato una differenza statisticamente significativa (inferiore alla media regionale) per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci (range dal 12% dell'ex ASL 15 al 33% dell'ex ASL 21).
- Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento non è disponibile per il 2008; risultano valori più elevati in Toscana, Puglia, Campania e nelle isole maggiori.

**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Pool PASSI 2008



## Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL NO, nella fascia d'età 18-69 anni, poco meno di una persona su tre abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a quasi il 40% degli ultracinquantenni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia per mezzo di controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: in effetti nell'ASL NO solo una persona su otto non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue. Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia poco più di una su quattro ha riferito di effettuare una terapia farmacologica che comunque non deve essere considerata come sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra l'80 e il 90% è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali; la scarsa variabilità relativa ai consigli forniti dai MMG suggerisce che l'approccio verso i pazienti sia sufficientemente strutturato.

# Sintomi di depressione

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

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

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

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

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

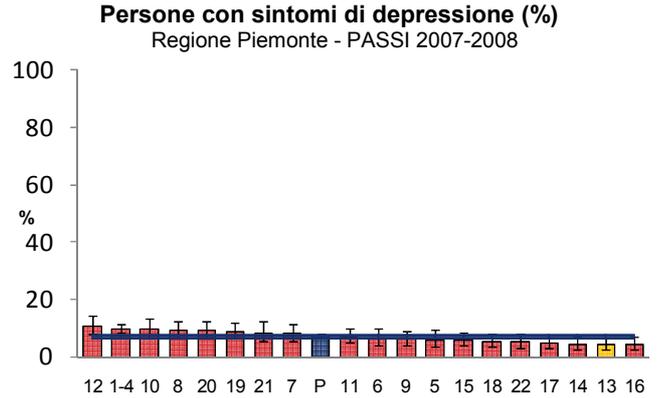
## Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

- Nella ASL NO circa il 4% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
    - nelle fasce d'età oltre i 35 anni (con significatività statistica rispetto alla fascia 18-34 anni)
    - nelle donne
    - nelle persone con basso livello d'istruzione
    - nelle persone con difficoltà economiche (con significatività statistica in una suddivisione in due gruppi di livello socioeconomico)
    - nelle persone senza un lavoro continuativo
- Non si registrano invece differenza tra le persone con almeno una patologia severa rispetto a chi non ha alcuna patologia.

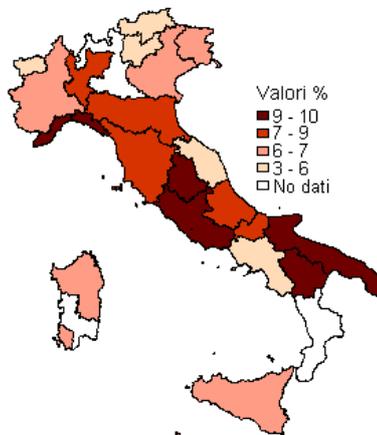
<b>Sintomi di depressione</b>		
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=505)		
<b>Caratteristiche</b>	<b>Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)</b>	
<b>Totale</b>	<b>4,2</b>	<b>2,7-6,4</b>
<b>Classi di età</b>		
18 - 34	0,7	0,0-2,1
35 - 49	5,5	2,2-8,8
50 - 69	5,4	2,2-8,7
<b>Sesso</b>		
uomini	2,4	0,5-4,3
donne	5,9	3,0-8,8
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	5,3	0,0-11,1
media inferiore	5,7	2,3-9,2
media superiore	3,3	0,9-5,7
laurea	1,6	0,0-4,8
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	12,5	1,0-24,0
qualche	7,0	3,3-10,6
nessuna	1,4	0,0-2,8
<b>Stato lavorativo</b>		
lavora	2,7	0,9-4,4
non lavora	7,2	3,3-11,1
<b>Patologie severe</b>		
almeno una	4,3	0,0-9,0
nessuna	4,1	2,3-6,0

°Punteggio PHQ-2 uguale o maggiore di 3

- Tra le ASL regionali, l'ASL di Novara è l'unica a presentare una percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione significativamente inferiore alla media regionale (range dal 4% dell'ASL NO e delle ex ASL 14 e 16 all'11% dell'ex ASL 12).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è dell'8% (valori più bassi in Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Marche e Campania).



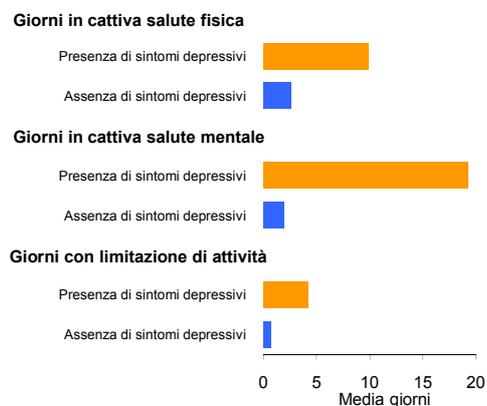
**Personne con sintomi di depressione (%)**  
 Pool PASSI 2008



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

- Le persone con sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:
  - il 19% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 71% delle persone senza sintomi.
  - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

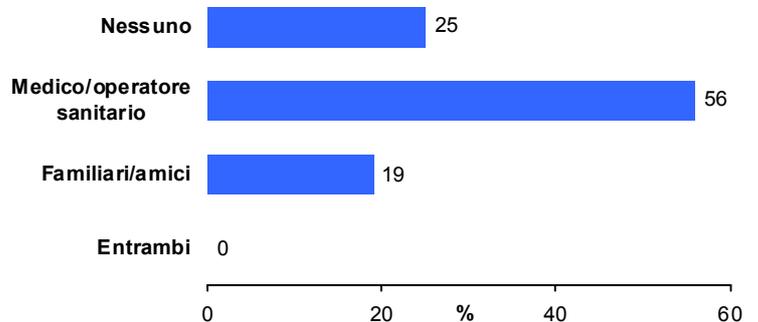
**Qualità di vita percepita e sintomi di depressione**  
 ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=505)



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

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=21)

Il 75% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (56%), a familiari/amici (19%).



## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NO si stima che circa una persona su 20 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con basso livello di istruzione, difficoltà economiche o senza lavoro. I risultati evidenziano che quasi la metà delle persone con sintomi di depressione non si rivolge ai servizi sanitari.

Aumentare l'attenzione degli operatori sanitari, dei responsabili delle ASL e della comunità verso la depressione e fornire alle persone e ai familiari informazioni sulla malattia e sulle possibilità di trattamento continua ad apparire di particolare importanza e a rappresentare una sfida "attuale" per i Servizi Sanitari.

# Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante.

In Piemonte il tasso medio annuo di incidenza dei tumori del collo dell'utero nel periodo 1998-2002 è stato di 10,3 casi ogni 100.000 donne residenti; nel 2002 si sono stimati 329 nuovi casi. La mortalità per i tumori del collo dell'utero nel periodo 2000-2002 è pari a 2,6 decessi su 100.000 donne residenti. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 55% (66% a livello nazionale).

Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali.

In Piemonte il programma di screening del collo dell'utero è a regime in tutti i Dipartimenti Interaziendali dall'anno 1999 e coinvolge il 64% della popolazione femminile tra i 25 e i 64 anni, pari a circa 1.200.000 donne.

La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

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

- Nella ASL NO, circa l'89% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La prevenzione delle neoplasie del collo dell'utero appare pertanto far parte delle procedure acquisite dalla popolazione femminile del nostro territorio.

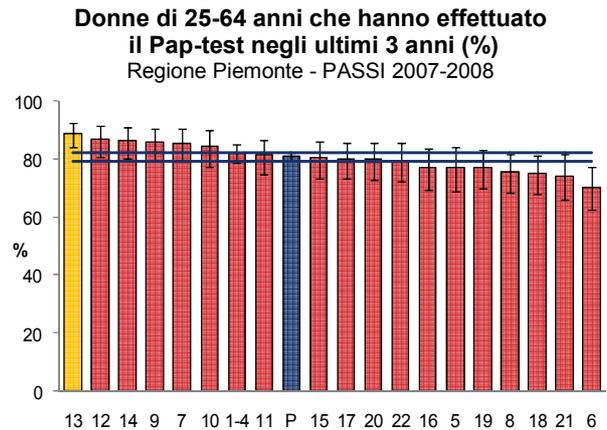
- In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati non ha mostrato differenze nelle varie fasce di età né in base al livello di istruzione, mentre è risultata più alta nelle donne:
  - coniugate (in modo statisticamente significativo) o conviventi
  - senza rilevanti difficoltà economiche (in modo non significativo dal punto di vista statistico)

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)  
ASL NO- PASSI 2007-2008 (n=217)

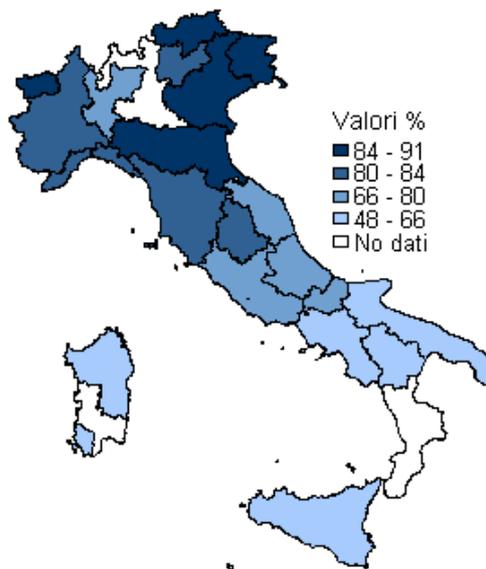
Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>88,9</b>	<b>84,0-92,8</b>
<b>Classi di età</b>		
25 - 34	88,0	79,0-97,0
35 - 49	87,9	81,2-94,6
50 - 64	90,8	84,3-97,3
<b>Stato civile</b>		
coniugata	93,3	89,3-97,3
non coniugata	79,1	69,4-88,8
<b>Convivenza</b>		
convivente	92,2	88,1-96,3
non convivente	78,4	67,1-89,7
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	80,0	64,3-95,7
media inferiore	93,5	88,0-99,0
media superiore	90,2	83,8-96,7
laurea	81,8	68,7-95,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	77,8	58,6-97,0
qualche	88,4	81,6-95,1
nessuna	91,2	85,9-96,4

° in assenza di segni o sintomi

- Tra le ASL regionali Novara è l'unica a presentare una percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni significativamente superiore alla media regionale (range dal 70% dell'ex ASL 6 – significativamente inferiore alla media – all'89% dell'ASL NO).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni (valori più alti nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.



**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
Pool PASSI 2008

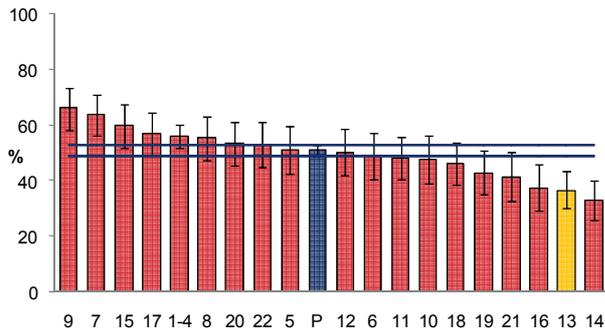


### **Quante donne hanno effettuato il Pap-test nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?**

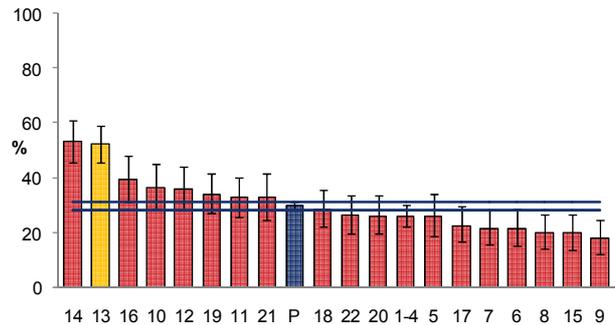
Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano comunque effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, ma pagando il ticket o l'intero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

Tra tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni intervistate nella ASL NO, il 37% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 52% l'ha effettuato come prevenzione individuale (il restante 11% non ha eseguito un pap-test negli ultimi tre anni); hanno dunque fatto ricorso alla prevenzione individuale il 59% delle donne che hanno eseguito il Pap-test secondo le linee-guida.

**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato (%)**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test come prevenzione individuale (%)**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

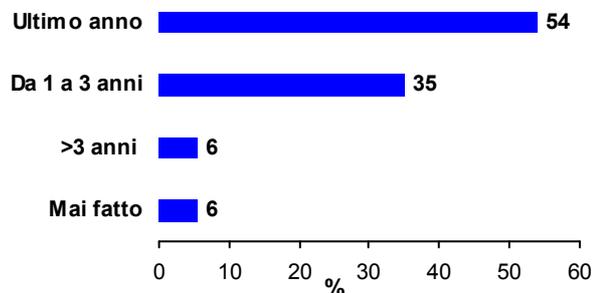


- Nelle diverse ASL il ricorso al Pap-test nell'ambito dei programmi di screening organizzato è risultato significativamente superiore alla media regionale nelle ex ASL 7 e 9, mentre è risultato significativamente inferiore nelle ex ASL 14, 13 e 16; le ex ASL 13 e 14 sono parallelamente le ASL in cui è risultato significativamente superiore alla media il ricorso al Pap-test spontaneo, che invece è risultato significativamente inferiore alla media nelle ex ASL 9, 15 e 8.
- A livello nazionale la percentuale di donne che ha effettuato il Pap-test all'interno dei programmi di screening organizzato è del 37%, eguale a quella delle donne che l'hanno effettuato spontaneamente.

### Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
  - il 54% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 35% da uno a tre anni
  - il 6% da più di tre anni
- il 6% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

**Pap-test e periodicità\***  
 ASL NO- PASSI 2007-2008 (n=217)



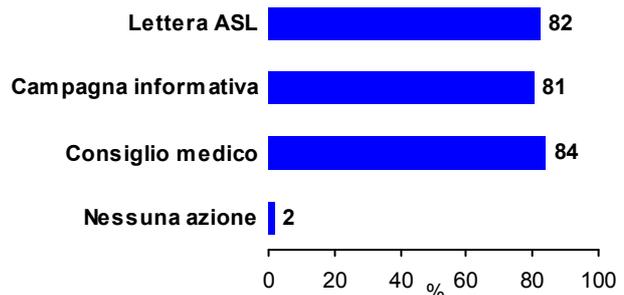
\* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.

### Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

Nella ASL NO:

- l'82% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL
- l'81% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- l'84% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.

**Promozione del Pap-test\***  
 ASL NO- PASSI 2007-2008 (n=210)



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

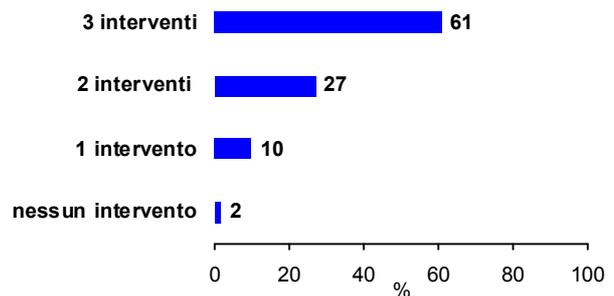
Nelle ASL regionali si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:

- lettera d'invito (superiore alla media nelle ex ASL 9, 15, 16 e 18; inferiore alla media nelle ex ASL 5 e 14 – Media Regionale 80%);
- consiglio dell'operatore sanitario (superiore alla media nell'ASL NO; inferiore alla media nell'ex ASL 15 – Media Regionale 67%)
- campagna informativa (superiore alla media nelle ex ASL 7, 8, 9, 13, 16 e 17; inferiore alla media nell'ex ASL 1-4 – Media Regionale 72%).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 53% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 61% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 65% ha visto una campagna informativa.

- Il 61% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 27% da due interventi ed il 10% da un solo intervento; solo il 2% delle donne non ha riferito alcun intervento di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono pari rispettivamente al 32%, 36%, 24% e 8%.

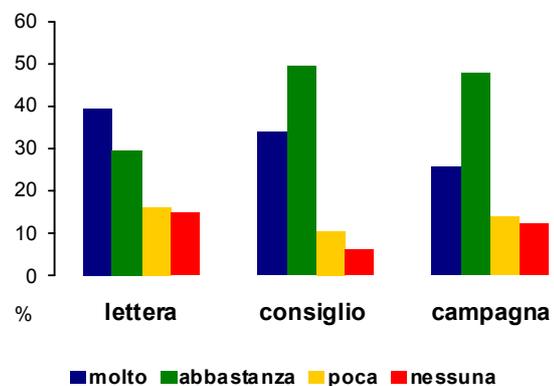
**Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test**  
ASL NO- PASSI 2007-2008 (n=210)



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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:
  - il 69% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (39% molta e 30% abbastanza)
  - il 16% poca influenza
  - il 15% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione dell'influenza positiva della lettera varia dal 60% dell'ex ASL 12 all'85% dell'ex ASL 9 (entrambi valori significativamente diversi dalla media regionale, come pure l'83% dell'ex ASL 17).
- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
  - l'83% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (34% molta e 49% abbastanza)
  - l'11% poca influenza
  - il 6% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 69% dell'ex ASL 12 al 95% dell'ex ASL 17 (entrambi valori significativamente diversi dalla media regionale).

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test**  
ASL NO- PASSI 2007-2008 (n=162)

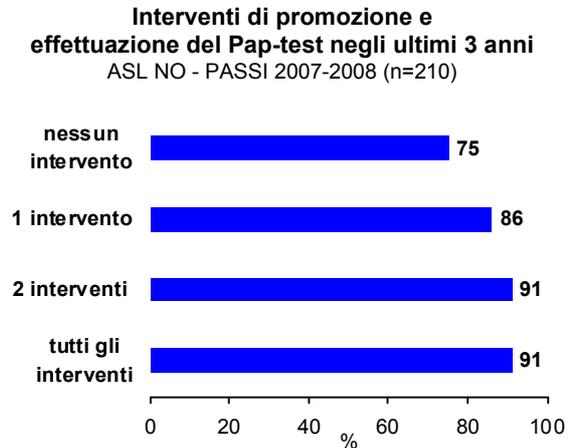


- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
  - il 74% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (26% molta e 48% abbastanza)
  - il 14% poca influenza
  - il 12% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 48% dell'ex ASL 15 all'89% dell'ex ASL 9 (significativamente scostati dalla media anche i valori delle ASL 7, 12 e 22 – inferiori – e dell'ASL 17 – superiore).

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
  - 70% per la lettera di invito
  - 79% per il consiglio dell'operatore sanitario
  - 67% per la campagna informativa.

### Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nella ASL NO la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, è del 75% già tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione (n=4); sale al 91% tra le donne raggiunte da almeno due interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento (percentuali rispettivamente del 42, 68, 84 e 88%), che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati all'interno di programmi di screening organizzato.



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

- Nella ASL NO l'11% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (5,5%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (5,5%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 53% ritiene infatti di non averne bisogno.



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (n=4)

### Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NO la percentuale stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (89%) raggiunge e valori molto elevati; il sistema PASSI informa sull'effettuazione complessiva dell'esame, comprensiva quindi sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (37%) sia della quota rilevante di adesione spontanea (52%). La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (37% secondo PASSI contro 31% secondo i dati del flusso regionale, riferiti però al Dipartimento 6, comprendente anche l'ASL VCO) rappresenta una indiretta conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

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

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante.

Oltre una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"): potrebbe essere ipotizzabile in questi casi un consiglio inappropriato da parte degli operatori sanitari.

# Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità.

In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

In Piemonte si stimano circa 3300 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno nel sesso femminile (corrispondenti a 118 casi per 100.000 donne), quasi un terzo di tutti nuovi casi di tumore nelle donne e circa 1040 morti (33 per 100.000 donne) pari al 18% delle morti per tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'83%. Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità per questa causa nelle donne di 50-69 anni (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50%.

Nel 2006 in Italia l'estensione dei programmi di screening mammografico è pari al 57% della popolazione interessata. In Regione il programma di screening è attivo in tutte le ASL dal 2001 (nell'ASL di Novara dall'anno 2000) e coinvolge il 25% della popolazione femminile, pari a circa 580.000 donne.

La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

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

- Nella ASL NO circa l'83% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.  
Anche questo esame preventivo, come il Pap-Test, è normalmente accettato dalle donne e adeguatamente promosso dal sistema sanitario.
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
  - Coniugate o conviventi
  - Con livello di istruzione più basso.
- Nessuna di queste differenze ha però raggiunto la significatività statistica.
- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 72% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 40 anni.

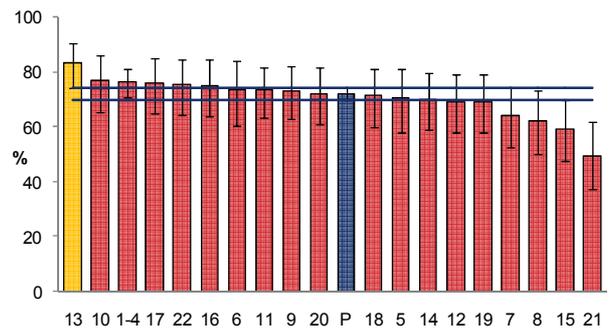
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni) ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=95)		
Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni°	
	% (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>83,2</b>	<b>74,1-90,1</b>
<b>Classi di età</b>		
50- 59	82,4	71,9-92,8
60 -69	84,1	73,3-94,9
<b>Stato civile</b>		
coniugata	85,1	77,0-93,2
non coniugata	76,2	58,0-94,4
<b>Convivenza</b>		
convivente	84,2	76,0-92,4
non convivente	78,9	60,6-97,3
<b>Istruzione</b>		
nessuna/elementare	86,2	73,7-98,8
media inferiore	88,2	77,4-99,1
media superiore	76,9	60,7-93,1
laurea	66,7	28,9-100,0
<b>Difficoltà economiche</b>		
molte	85,7	59,8-100,0
qualche	81,4	69,8-93,0
nessuna	84,4	73,9-95,0

° in assenza di segni o sintomi

- A livello regionale l'ASL NO ha la più alta percentuale di effettuazione della mammografia preventiva, con valori ai limiti della significatività statistica. Significativamente inferiori alla media risultano invece le ex ASL 21 e 15 (il range regionale varia dal 49% dell'ex ASL 21 all'83% dell'ASL NO).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 71% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni (72% in Piemonte), con un evidente gradiente territoriale.

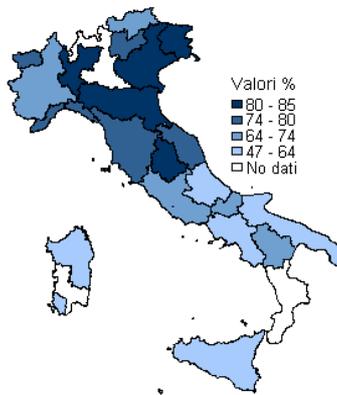
**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)**

Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi 2 anni (%)**

Pool PASSI 2008



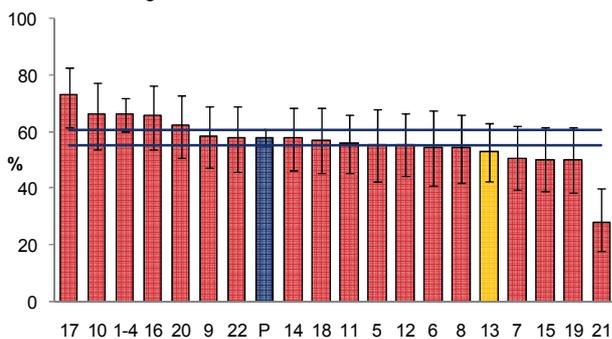
### Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

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

Tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 53% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato, mentre il 30% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

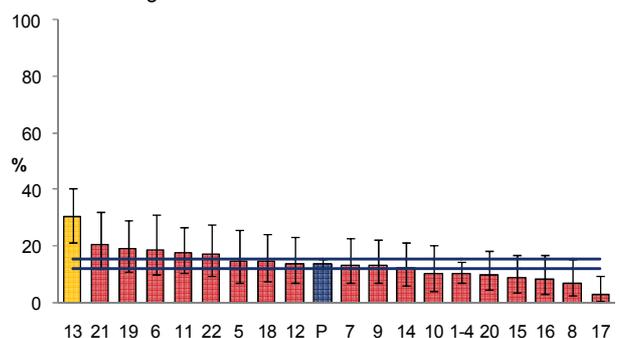
**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato (%)**

Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale (%)**

Regione Piemonte - PASSI 2007-2008

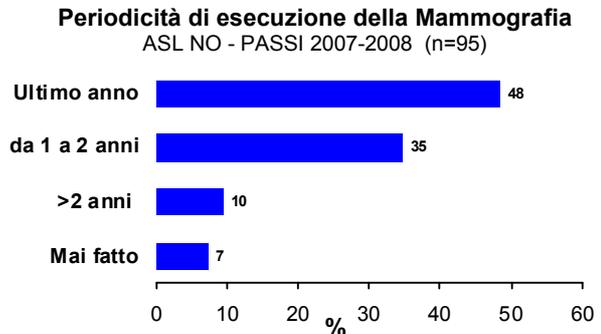


- La percentuale di donne che hanno effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato in Piemonte risulta mediamente del 58%; valori significativamente differenti dalla media sono stati rilevati nelle ex ASL 17 (73%) e 21 (28%); tra le donne che invece hanno effettuato la mammografia come prevenzione individuale la percentuale dell'ASL NO (30%) è risultata significativamente superiore alla media regionale (14%), mentre il valore dell'ex ASL 17 (3%) è risultato significativamente inferiore alla media.

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

- Rispetto all'ultima Mammografia effettuata:
  - il 48% delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 35% da uno a due anni
  - il 10% da più di due anni
- Il 7% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

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



### Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

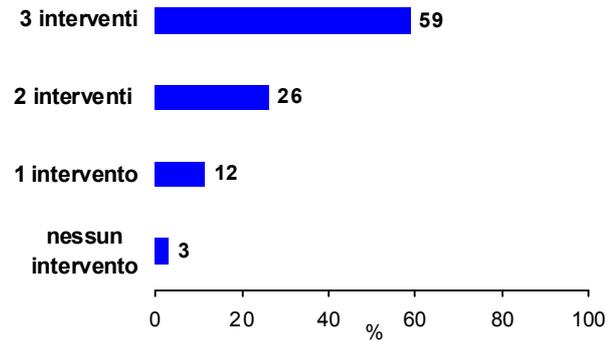
- Nella ASL NO:
  - il 74% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - l'85% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - l'82% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.



- Nelle ASL regionali la percentuale di donne che hanno ricevuto l'invito dell'ASL è risultata significativamente superiore alla media regionale (75%) nelle ex ASL 1-4, 9, 15 e 17 ed inferiore alla media nelle ex ASL 7, 19 e 21. Altre differenze significative si sono rilevate relativamente a:
  - consiglio dell'operatore sanitario (media regionale 68%; valori significativamente diversi nell'ASL NO (82%) e nell'ex ASL 20 (48%))
  - campagna informativa (media regionale 76%; valori significativamente superiori nelle ex ASL 7 e 17 (93 e 91% rispettivamente); nessun valore significativamente inferiore alla media.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 64% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 62% il consiglio dell'operatore sanitario e il 71% ha visto o sentito una campagna informativa.

- Il 59% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 26% da due interventi ed il 12% da uno solo; il 3% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 26%, 37%, 27% e 10%.

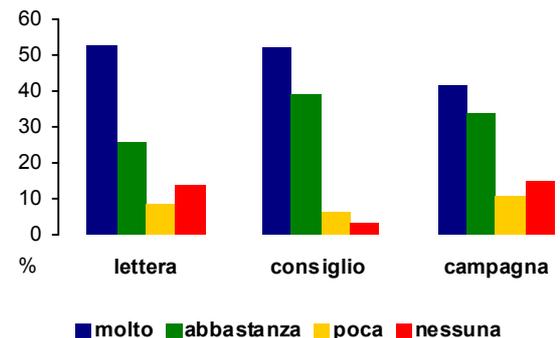
**Interventi di Promozione dell'ultima Mammografia**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=95)



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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL:
  - il 78% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (53% molta e 25% abbastanza)
  - l'8% poca influenza
  - il 14% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della lettera varia dal 65% dell'ex ASL 15 al 95% delle ex ASL 21 e 9.

**Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia**  
ASL NO - PASSI 2007-2008



- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
  - il 91% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (52% molta e 39% abbastanza)
  - il 6% poca influenza
  - il 3% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 79% dell'ex ASL 7 al 98% dell'ex ASL 17.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
  - il 75% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (41% molta e 34% abbastanza)
  - il 10% poca influenza
  - il 15% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 38% dell'ex ASL 15 al 98% dell'ex ASL 9.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:
  - 75% per la lettera di invito da parte dell'ASL
  - 83% per il consiglio dell'operatore sanitario
  - 72% per la campagna informativa.

## Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

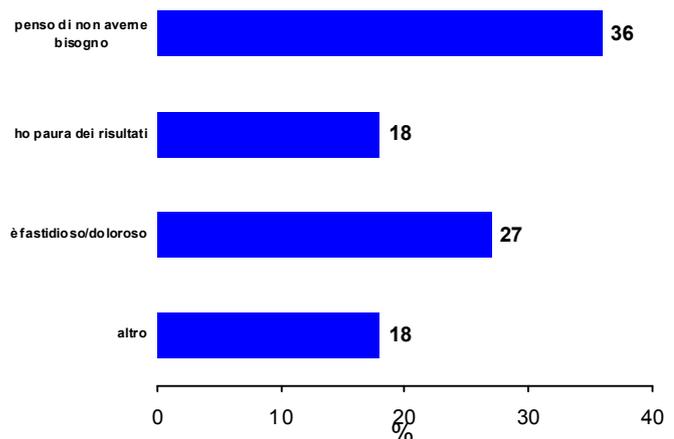
- Nella ASL NO la percentuale di donne di 50-69 anni che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è maggiore tra le donne raggiunte da due o più interventi di promozione; resta comunque superiore al 60% anche tra le donne che hanno ricevuto un solo intervento di promozione o nessuno.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



## Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventiva?

- Nella ASL NO il 17% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuato la Mammografia (7,4%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (9,5%).
- La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 36% ritiene infatti di non averne bisogno.

**Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=11)\*



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (21,4%)

## Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL NO la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (83%) raggiunge valori piuttosto elevati; il sistema PASSI informa sull'effettuazione complessiva dell'esame in questa popolazione, comprensiva quindi sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (53%) sia della quota di adesione spontanea (30%), in questo screening molto meno rilevante rispetto a quello della cervice uterina.

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI (53%) e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali (55%) rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative, ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening, sono gli strumenti più efficaci: circa la metà delle donne li

giudica molto importanti per l'esecuzione della Mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce in modo evidente.

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

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso (vista la periodicità biennale dell'esame).

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

# Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti. In Piemonte la stima relativa al 2002 è di circa 3600 nuovi casi di tumore (tassi d'incidenza stimati di 59 casi ogni 100.000 uomini e 55 ogni 100.000 donne) e circa 1500 decessi pari all'11% dei decessi oncologici (tassi di mortalità 18,2 morti ogni 100.000 uomini e 16,4 ogni 100.000 donne). La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 58% negli uomini e 59% nelle donne.

Il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale. Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente Nord-Sud.

In Piemonte il Programma "Prevenzione Serena" si rivolge alla popolazione di età compresa tra 58 e 69 anni. Sono inseriti nel programma flessosigmoidoscopico (FS) "una tantum" i soggetti che compiono 58 anni nell'anno di avvio del programma nel dipartimento. I soggetti appartenenti alle 10 coorti di nascita precedenti sono invitati ad effettuare la ricerca del sangue occulto fecale (FOBT). Tutti i soggetti inclusi in queste coorti di nascita dovranno ricevere almeno un invito ad effettuare il test di screening, anche se, per ritardi organizzativi alcuni di loro dovessero avere già compiuto 70 anni al momento dell'invio del primo invito. Nella ASL NO l'offerta della FS è stata avviata dal 2006 e quella del FOBT dal 2008; fino al compimento del 70° anno di età i soggetti interessati ricevono un invito ogni due anni. I soggetti interessati dal programma nell'ASL NO variano tra 3300 e 4400 per coorte (secondo le coorti di età).

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

- Nella ASL NO circa il 19% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). La percentuale di effettuazione di questi esami risulta dunque molto bassa in tutti gli strati di popolazione.
- Il 6% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; non si rilevano differenze significative nelle varie categorie.
- Il 13% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata

### Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida

#### Colon-retto (50-69 anni)

ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=185)

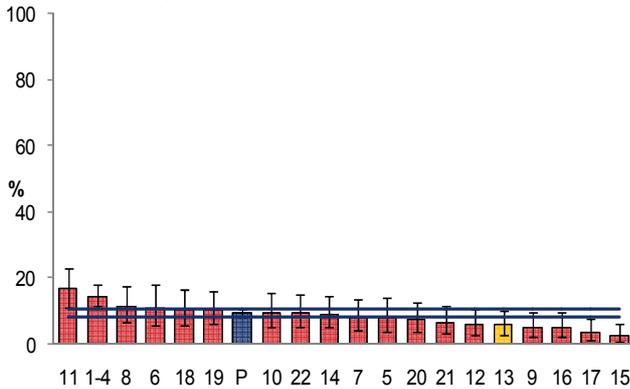
Caratteristiche	Sangue occulto fecale° % (IC95%)		Colonscopia° % (IC95%)	
<b>Totale</b>	<b>5,6</b>	<b>2,7-10,0</b>	<b>13,0</b>	<b>8,5-18,7</b>
<b>Classi di età</b>				
50 - 59	8,7	3,3-14,2	9,4	3,9-15,0
60 - 69	1,3	0,0-3,8	17,7	9,3-26,1
<b>Sesso</b>				
uomini	8,0	2,3-13,6	15,6	8,1-23,0
donne	3,3	0,0-6,9	10,5	4,4-16,7
<b>Istruzione</b>				
nessuna/elementare	2,2	0,0-6,5	21,3	9,6-33,0
media inferiore	11,9	4,2-19,7	6,0	0,3-11,6
media superiore	0,0	0,0	12,1	3,7-20,5
laurea	7,7	0,0-22,2	23,1	0,2-46,0
<b>Difficoltà economiche</b>				
molte	7,1	0,0-20,6	7,1	0,0-20,6
qualche	6,8	1,1-12,6	15,1	6,9-23,3
nessuna	4,3	0,2-8,4	12,2	5,8-18,7

° in assenza di segni o sintomi

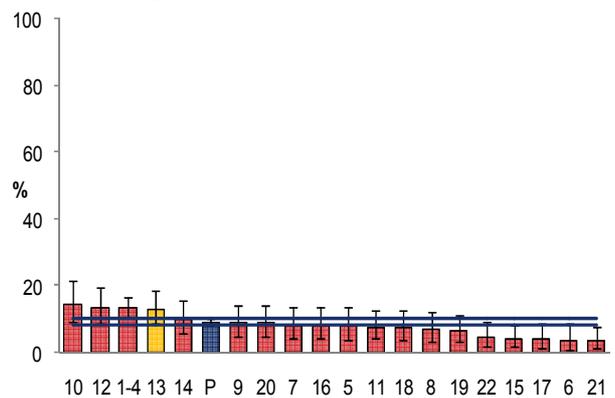
nella classe 60-69 anni.

- Nelle ASL regionali, la percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni è risultata significativamente più bassa nell'ex ASL 15 e più alta nelle ex ASL 11 e 1-4 (range dal 2% dell'ex ASL 15 al 17% dell'ex ASL 11).
- La percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni è risultata significativamente superiore alla media regionale solo nell'ex ASL 1-4 (range dal 4% delle ex ASL 17, 21, 8 e 15 al 15% dell'ex ASL 10).
- L'ASL di Novara, come diverse altre in Piemonte, ha mostrato un ricorso più frequente alla colonscopia che alla ricerca del sangue occulto, nonostante la maggiore complessità dell'esame colonscopico rispetto alla semplice diagnosi di laboratorio.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 23% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% la colonscopia, con valori complessivamente maggiori nel Nord-Est ed Emilia-Romagna.

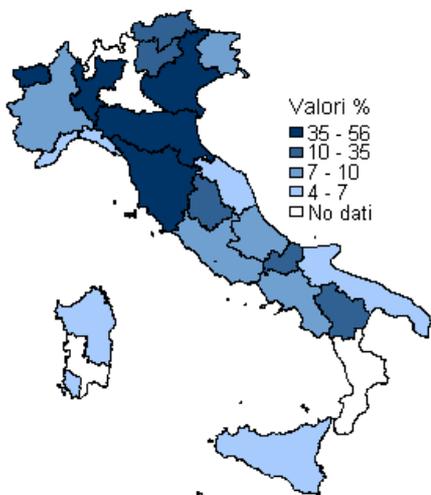
**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



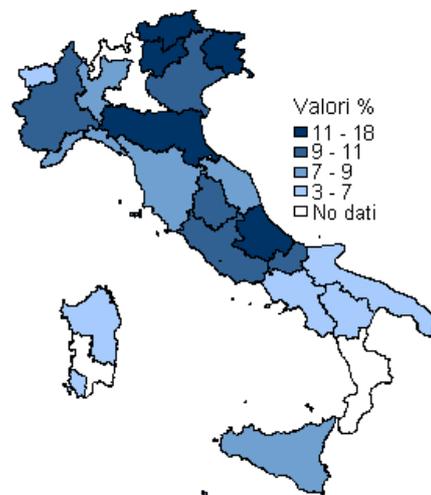
**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)**  
 Regione Piemonte - PASSI 2007-2008



**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)**  
 Pool PASSI 2008

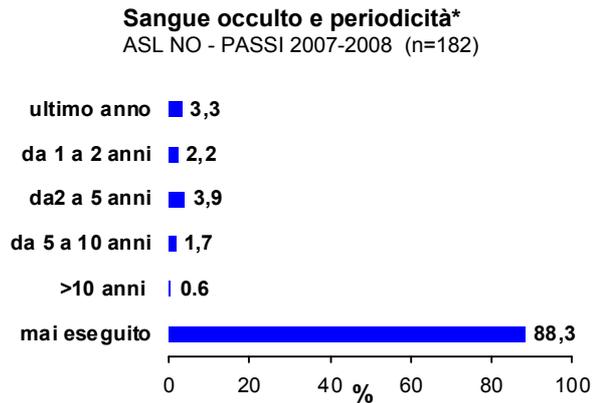


**Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)**  
 Pool PASSI 2008



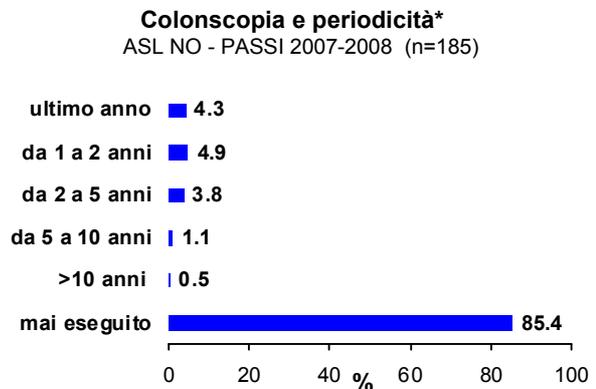
## Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto:
  - il 3,3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 2,2% da uno a due anni
  - il 3,9% da due a cinque anni
  - l'1,7% da cinque a dieci anni
  - lo 0,6% da più di dieci anni
- L'88,3% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.



\* La campagna di screening prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni 2 anni nella fascia d'età di 59 -69 anni.

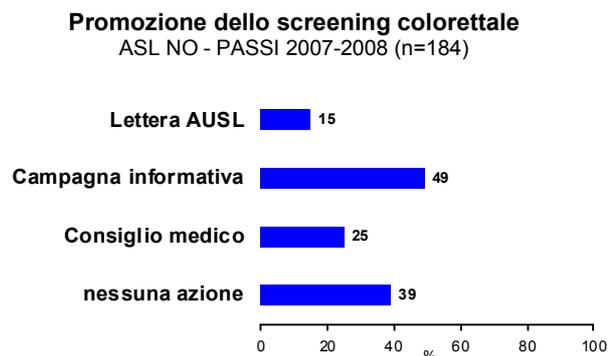
- Rispetto all'ultima colonscopia:
  - il 4,3% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
  - il 4,9% da uno a due anni
  - il 3,8% da due a cinque anni
  - lo 1,1% da cinque a dieci anni
  - lo 0,5% da più di dieci anni.
- L'85,4% ha riferito di non aver mai eseguito il test.



\* La campagna di screening prevede l'esecuzione della colonscopia "una tantum" nell'anno del compimento dei 58 anni..

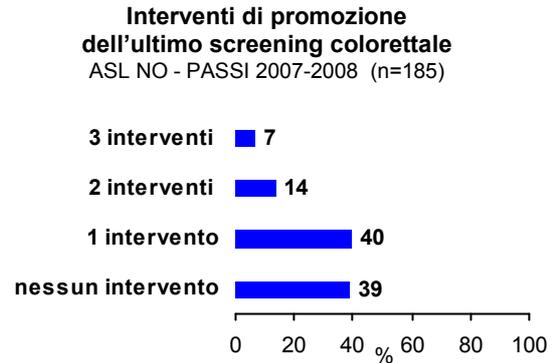
## Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

- Nella ASL NO:
  - il 15% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
  - il 49% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
  - il 25% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.



- Nelle ASL regionali:
  - per la lettera d'invito si sono rilevati valori estremamente disomogenei, con una media regionale dell'11% ed un range dallo 0% dell'ex ASL 18 al 28% dell'ex ASL 1-4.
  - si rilevano invece differenze meno importanti per il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 12% dell'ex ASL 17 al 29% dell'ex ASL 1-4, unici valori significativamente diversi dalla media regionale del 20%) e per aver visto o sentito una campagna informativa (range dal 15% dell'ex ASL 15 al 57% dell'ex ASL 11); significativamente inferiori alla media regionale – 34% - anche le ex ASL 9 e 17, e superiori, oltre all'ex ASL 11, anche le ex ASL 13 e 8.

- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 28% delle persone ha ricevuto la lettera dell' ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 42% ha visto una campagna informativa.
- Il 7% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening colorettales considerati (lettera, consiglio o campagna), il 14% da due interventi di promozione ed il 40% da un solo intervento; il 39% non ha riferito alcun intervento di promozione.



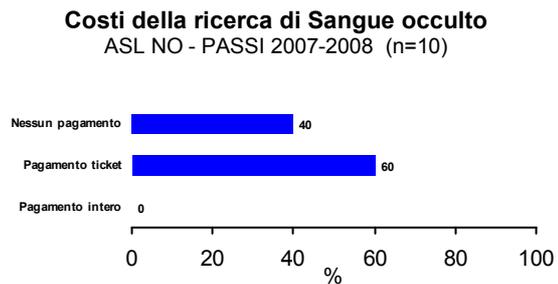
### Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening colorettales?

- Nella ASL NO la percentuale di persone di 50-69 che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettales nei tempi raccomandati, è solo del 6% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 54% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

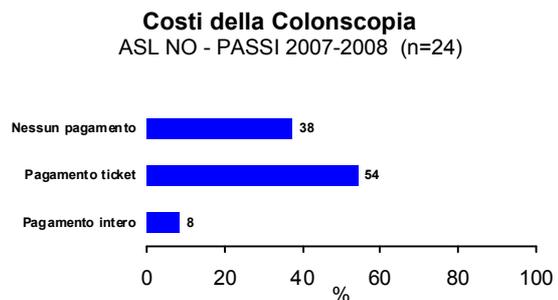


### Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Nella ASL NO il 40% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 60% ha pagato solamente il ticket e nessuno ha pagato l'intero costo dell'esame.

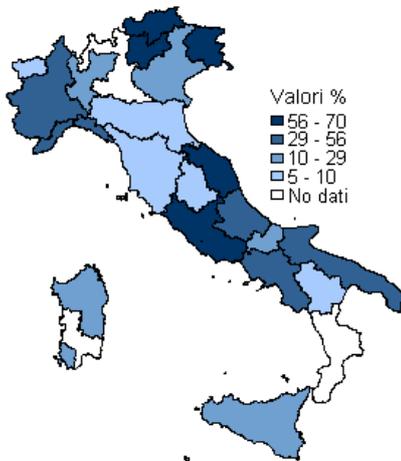


- il 38% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 54% ha pagato esclusivamente il ticket ed l'8% l'intero costo dell'esame.

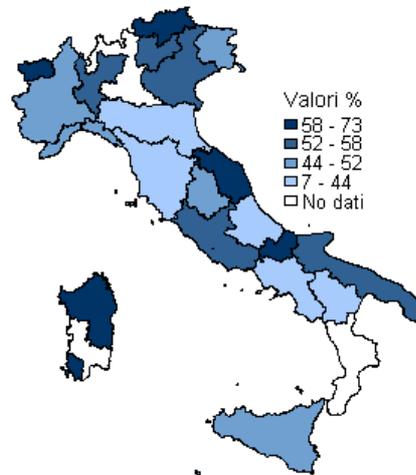


- In Piemonte l'unica ASL in cui la percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento è significativamente inferiore alla media regionale (è l'ex ASL 1-4 (range dal 29% dell'ex ASL 1-4 all'89% dell'ex ASL 15)).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento.
- La percentuale di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento varia dal 20% dell'ex ASL 12 al 100% delle ex ASL 21 e 15; tutti questi valori sono significativamente differenti dalla media regionale, come pure l'87% registrato nell'ex ASL 9.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 53% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento.

**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)**  
Pool PASSI 2008



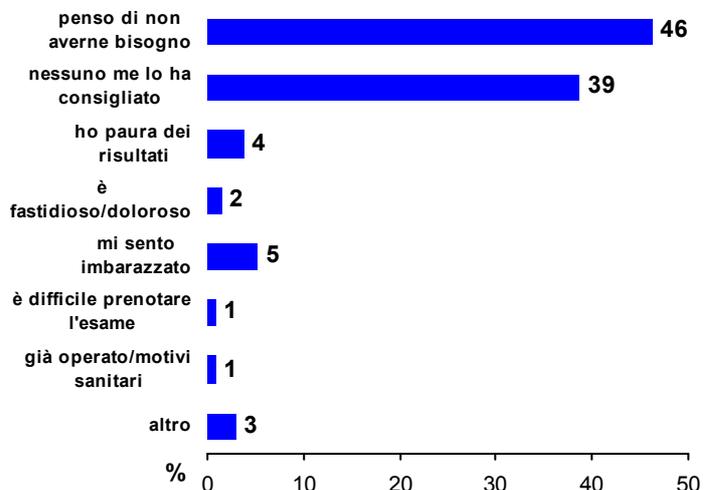
**Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)**  
Pool PASSI 2008



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

- Nella ASL NO il 73% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore coloretale, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.
- La non effettuazione dell'esame sembra associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 46% ritiene infatti di non averne bisogno. Sembra concorrere anche una scarsa informazione: il 39% delle persone ha riferito che nessuno gli ha consigliato di effettuare il test.

**Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto**  
ASL NO - PASSI 2007-2008 (n=132)



\* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (1,5%)

## **Conclusioni e raccomandazioni**

Nella ASL NO nei primi anni di attivazione dello screening coloretale nella popolazione target si è ancora molto lontani da livelli di adesione ritenuti adeguati; tuttavia l'avvio del programma è ancora recente e la sua messa a regime consentirà ampi margini di miglioramento: allo stato attuale oltre quattro persone su cinque nella fascia 50-69 anni non si sono sottoposte alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

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

# Bibliografia

---

1. Teutsch SM, Churchill RE. (Eds.) Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. World Health Organization. The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21st World Health Assembly, May 1968. WHO Chronicle 1968. 22:439–44. In: McQueen DV, Puska P. (Eds.). Global Behavioral Risk Factor Surveillance. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
3. McQueen DV. Surveillance of health behavior. Current Issues of Public Health 1996;2,51–55.
4. Campostrini S, McQueen DV. Institutionalization of social and behavioral risk factor surveillance as a learning system. Social and Preventive Medicine 2005;50 (Suppl 1):S9–S15.
5. Campostrini S, Holtzman D, McQueen DV, Boaretto E. Evaluating the Effectiveness of Health Promotion Policy: Changes in the Law on Drinking and Driving in California. Health Promotion International 2006;21:130–5.
6. Gentry EM, Kalsbeek WD, Hogelin GC, Jones JT, Gaines KL, Forman MR, Marks JS, Trowbridge FL. The behavioral risk factor surveys. II design, methods, and estimates from combined state data. American Journal of Preventive Medicine 1985;1(6):9–14.
7. Nelson DE, Holtzman D, Waller M, Leutzinger C, Condon K. Objectives and design of the Behavioral Risk Factor Surveillance System. In: American Statistical Association. Proceedings of the American Statistical Association Annual Conference, Section on Survey Methods. Dallas, TX: American Statistical Association; 1998. p. 214–8.
8. McQueen DV, Uitenbroek DG, Campostrini S. Implementation and maintenance of a Continuous Population Survey by CATI In: Proceedings of the Bureau of the census 1991 Annual Research Conference Washington, DC: US Department of Commerce; 1992. p. 549–67.
9. Campostrini S. Measurement and Effectiveness. Methodological Considerations, Issues and Possible Solutions, in McQueen DV, Jones C. (Eds) Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness Berlin: Springer; 2007. p. 309–29.
10. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment – WHO global report 2005. Geneva: WHO, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html); ultima consultazione 5/8/07.
11. Zaza S, Briss PA, Harris KW. (Eds) Task Force on Community Preventive Services – The guide to community preventive services: what works to promote health? Oxford: Oxford University Press; 2005 Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org>; ultima consultazione 17/07/07.
12. Italia. Legge 26 maggio 2004, n. 138. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica". Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 125, 29 maggio 2004.
13. Italia. Repertorio Atti n. 1386 del 14 febbraio 2002. Conferenza Stato Regioni Seduta del 14 febbraio 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_932\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_932_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
14. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003–2005.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
15. Italia. Ministero della Salute. Prevenzione allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della Salute – Assessori regionali alla sanità (lavori del Forum Sanità Futura – 6 aprile 2004).
16. Italia. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>; ultima consultazione 30/08/2007.
17. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007 del 23 marzo 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ministerosalute.it/CCM/CCMDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>; ultima consultazione 30/08/2007.
18. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_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. Atalanta: 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\\_publicazioni\\_605\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_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 scari; 2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionalescreening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp\\_introduzione.pdf](http://www.osservatorionazionalescreening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapp_introduzione.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
46. Italia. Ministero della Salute, Commissione Oncologica Nazionale (D.M. 26.5.2004). Materiale prodotto dalla Commissione Oncologica Nazionale per un piano oncologico nazionale. Roma, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_556\\_allegato.pdf](http://www.CCM.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_556_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
47. Istituto Nazionale di Statistica. La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000/2002. Roma: ISTAT; 2004.
48. AIRT Working Group. I tumori in Italia – Rapporto 2006. I dati dei registri tumori. Epidemiologia & Prevenzione 2006(30) suppl. 2.

49. 12. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Part II. Reducing Disease, Injury, and Impairment. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/cancer.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
50. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004–2006 del 6 aprile 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano\\_prev\\_attiva2004\\_2006.pdf](http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/legislazione/documenti/piano_prev_attiva2004_2006.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
51. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore del collo dell'utero. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/utero.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
52. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Screening. Summary of Evidence. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional); ultima consultazione: 30/08/2007.
53. 16. Italia. Regione Piemonte. Prevenzione del tumore della mammella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/prevenzione/mammella.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
54. National Cancer Institute. Colorectal Cancer (PDQ®): Screening. Disponibile all'indirizzo: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/colorectal/HealthProfessional); ultima consultazione: 30/08/2007.
55. Task Force on Community Preventive Services. Guide to Community Preventive Services – Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
56. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, Anghinoni E, Scalisi A, Dalla Palma P, Zanier L, Federici A, Angeloni C, Prandini S, Maglietta R, Mancini E, Pizzuti R, Iossa A, Segnan N, Zappa M. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 42–57
57. Giordano L, Giorgi D, Piccini P, Stefanini V, Castagno R, Senore C. Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996–2003. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p 28–41.
58. Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Lo screening coloretale in Italia: survey 2004. In: Rosselli Del Turco M, Zappa M (Eds). Quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening; 2005. p. 58–71.
59. De Giacomi G, Perra A, Bertozzi N, Bietta C, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La valutazione dello studio "PASSI" – Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia. BEN–Notiziario ISS 2005;18 (11):i–ii.
60. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review. Am J Prev Med 2002; 22 (4S):73–107.
61. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S):97–72.
62. Wang F, Mc Donald T, Reffitt B, Edington DW. BMI, Physical activity, and health care utilization/costs among Medicare recipients. Obesity Research 2005 13, 1450–7.
63. Fifty–Seventh World Health Assembly. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_9-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
64. Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dzewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913–6.
65. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ 2003;326:793
66. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
67. Unione Europea. Public Health Programme 2003–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
68. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003–2005. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn\\_2003–2005.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003–2005.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
69. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006–2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_507\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
70. Fateh–Moghadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. Livelli di attività fisica e counselling dei medici nella popolazione delle ASL partecipanti allo studio PASSI BEN Notiziario ISS 2006;19(9); v–vi.
71. Cancer Research UK. News and Resources: Diet and cancer: the evidence. Disponibile all'indirizzo: <http://info.cancerresearchuk.org/healthyiving/dietandhealthyeating/howdoweknow/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
72. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health Fruit, vegetables and NCD disease prevention. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv\\_fv.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfv_fv.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.

73. World Health Organization. Prevenire le malattie croniche un investimento vitale. Ginevra: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo:[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/Overview\\_Italian.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Overview_Italian.pdf); ultima consultazione:30/08/2007.
74. Istituto Nazionale di Statistica. Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999–2000 Roma: ISTAT; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
75. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003 Roma: ISTAT; 2005. Disponibile all'indirizzo:<http://www.istat.it/sanita/sociosan/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
76. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults. Systematic Evidence Review 2003;Number 21.
77. Centers for Disease Control and Prevention. Department of health and human services. Nutrition, Physical Activity, and Obesity Prevention Program. Resource Guide for Nutrition and Physical Activity Interventions to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases Atlanta: CDC; 2003. p. 11.
78. Centers for Disease Control and Prevention. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005;54:RR-10.
79. Jain A. What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions. London:BMJ Publishing Group; 2004.
80. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukkaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Aunola S, Cepaitis Z, Moltchanov V, Hakumaki M, Mannelin M, Martikkala V, Sundvall J, Uusitupa M. Prevention of type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343–50.
81. Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. The Food Guide Pyramid. Home and Garden Bulletin 1992;252.
82. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN). Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Revisione 2003. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
83. World Health Organization. The World Health Report 2002 Some strategies to reduce risk Chapter one. Geneva: WHO; 2003. p. 6.
84. Pomerleau J, Lock K, Knai C, Mc Kee M. Interventions designed to increase adult fruit–vegetable intake can be effective: a systematic review of literature. J Nutr 135:2486–95.
85. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10–year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. Scand J Public Health 2001;56 Suppl:59–68.
86. Puska P. Successful prevention of non–communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002;4(1):5–7.
87. Monacelli G, Contaldo F, Stracci F, et al. Il Progetto "De Iuventute", Atti VIII Convegno ANSISA, Alimenti e Comportamenti 2003;1.
88. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet 2005;365:519–30.
89. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
90. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm); ultima consultazione: 30/08/2007.
91. Centers for Disease Control and Prevention. The Guide to Community Preventive Services (Community Guide). Alcohol Abuse and Misuse Prevention. Atlanta: CDC; 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/alcohol/>; ultima consultazione: 30/08/2007.
92. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati– Alcolologia 2002;14 (2–3):109–17.
93. World Health Organization. 58 WHO Assembly. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Geneva: WHO; 2004.
94. World Health Organization. European Alcohol Action Plan 2000–2005 Geneva: WHO; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
95. Unione Europea. Rapporto sull'alcol ed il suo impatto sociale, sanitario ed economico in Europa. Sintesi del Rapporto. Traduzione di Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report\\_Alcol\\_Ue\\_2006\\_it.1153401953.pdf](http://www.iss.it/binary/ofad/cont/sINTESI%20Report_Alcol_Ue_2006_it.1153401953.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
96. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20060420\\_00/testointegrale.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegrale.pdf); ultima consultazione 30/08/2007.
97. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve. Roma: ISTAT; 2006. Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002.

98. Pacifici R. OSSFAD, Rapporto Nazionale sul Fumo 2005 Roma: ISS; 2006. Disponibile all'indirizzo:<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI.1164799641.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
99. Tominz R, Perra A, Binkin N, Ciofi dagli Atti M, Rota C, Bella A, Gruppo PROFEA 2002. L'esposizione al fumo passivo dei bambini italiani tra i 12 e i 23 mesi. Studio ICONA 2003. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo:<http://www.epicentro.iss.it/formazione/profea/abstract/tominz.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
100. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
101. Rasmussen S, Prescott E, Sørensen Tia, Sjøgaard J. The total lifetime costs of smoking. Eur J Public Health 2004;14:94–100.
102. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. BMJ 2004;328:947–9.
103. Sanguinetti CM, Marchesani F. Prevenzione primaria del fumo. In: Nardini S, Donner CF (eds).L'epidemia del fumo in Italia. Pisa: EdiAipo Scientifica; 2000.
104. Task Force on Community Preventive Services. Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco–Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health–Care Systems, A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Morbidity and Mortality Weekly Report 2000;49(RR12):1–11.
105. Pacifici R, Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Taralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, 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](http://www.ministerosalute.it/CCM/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
108. Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio “PASSI”. Inserto BEN 2006;19(1):i–ii. Disponibile all'indirizzo:<http://www.epicentro.iss.it/ben/2006/gennaio/notiziario.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
109. Taggi F. et al “Sicurezza stradale: verso il 2010” in <http://www.iss.it/stra/publ/cont.php?id=70&lang=1&tipo=4>; ultima consultazione: 30/08/2007.
110. ISTAT. Statistica degli incidenti stradali (Anni 2003–2004). Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013\\_00/Incidenti\\_stradali\\_0304\\_ed\\_provvisoria.pdf](http://www.istat.it/dati/catalogo/20051013_00/Incidenti_stradali_0304_ed_provvisoria.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
111. Taggi F. (Ed.). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis – Il rapporto). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.iss.it/binary/sicu/cont/LIBRO%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](http://www.who.int/world–health–day/2004/en/final_strat_en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
115. Unione Europea. Sicurezza stradale: programma d'azione europeo per la sicurezza stradale (2003–2010). Disponibile all'indirizzo: <http://europa.eu/scadplus/leg/it/lvb/l24257.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
116. Italia. Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. Piano nazionale per la sicurezza stradale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.infrastrutturetrasporti.it/page/standard/site.php?p=cm&o=vd&id=902>; ultima consultazione: 30/08/2007.
117. Taggi F, Dosi G, Giustizi M, Cresca A, Cedri C, Fondi G, Iascone P, Maturano P. Il Sistema “Ulisse” per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia (2000–2005)Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporto ISTISAN 06/39) Disponibile sul sito <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2035&lang=1&tipo=5>; ultima consultazione: 28/01/2007) .

118. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386–92.
119. World Health Organization. World health report 2004 statistical annex. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf); ultima consultazione: 30/08/2007.
120. Sheps DS, Sheffield D. Depression, anxiety, and the cardiovascular system: the cardiologist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 8):12–6. psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903–10.
121. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: health and Consumer protection Directorate, European Commission, 2005.
122. de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Mazzi F, Serra G, Scarpino V, Reda V, Visonà G, Falsirollo F, Rossi A. Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: Il progetto ESEMeD–WMH. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005,14(Suppl. al n. 4):1–100.
123. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato MA, Truglia E, Rosi S. The Sesto Fiorentino Study: point and one year–prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom* 2004, 73, 226–34.
124. Gigantesco A, Palumbo G, Mirabella F, Pettinelli M, Morosini P. Prevalence of psychiatric disorders in an Italian town: low prevalence confirmed with two different interviews. *Psychother Psychosom* 2006, 75, 170–6.
125. Thornicroft G, Tansella M. La riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2000.
126. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99–105. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859–63.
127. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765–76.
128. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME–MD 1000 study *JAMA*; 1994;272:1749–56.
129. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–20.
130. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030–2.
131. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgan
132. Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist–Bowman MA, Demeyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh–Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11:55–67.
133. Giuffra LA, Risch N. Diminished recall and the cohort effect of major depression: a simulation study. *Psychol Med* 1994;24:375–83.
134. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:145–56.
135. Simon GE, VonKorff M. Reevaluation of secular trends in depression rates. *Am J Epidemiol.* 1992;135:1411–22.
136. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire–2: validity of a two–item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
137. Kroenke K. Comunicazione personale.
138. Cox NJ, Subbarao K. Influenza. *Lancet* 1999; 354:1277–82.
139. Simonsen L, Fukuda K, Schonberger LB, Cox NJ. The impact of influenza epidemics on hospitalisations. *J infect Dis* 2000; 181: 831–7.
140. Weekly Epidemiological Report 2000; 75(35):281–8.
141. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
142. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and the cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Eng J Med* 1994; 331:778–84.
143. Nichol KL, Wuorenma J, von Sternberg T. Benefits of influenza vaccination for low–intermediate and high risk senior citizens. *Arch Intern Med* 1998; 158:1769–76.
144. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in the elderly persons : a meta–analysis and review of the literature. *Ann Int med* 1995; 123:518–27.
145. Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost–benefit of influenza vaccination of healthy working adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;284:1655–63.
146. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Service, 2nd ed. Washington: USDA; 1996. Disponibile all'indirizzo: <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>; ultima consultazione: 30/08/2007.

147. Italia. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 1998–2000.
148. Italia. Ministero della Salute: Circolare del 18 aprile 2006, n. 2. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2006–2007.
149. Fateh–Mogadam P, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Gallo T, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La Vaccinazione antinfluenzale in persone affette da malattie croniche. I risultati dello studio PASSI. Ben notiziario ISS. 19(9):i–ii.
150. Italia. Ministero della Salute. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita. 2003–2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/backoffice/allegati/20894–1712.pdf>; ultima consultazione: 30/08/2007.
151. Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP, Parkman PD, Meyer HMJ. A study of rubella immunity and resistance to infection. JAMA 1971;215(4): 600–8.
152. Greaves WL, Orenstein WA, Hinman AR, Nersesian WS. Clinical efficacy of rubella vaccine. *Pediatr Infect Dis* 1983;2(4):284–6.
153. Horstmann DM, Schluederberg A, Emmons JE, Evans BK, Randolph MF, Andiman WA. Persistence of vaccine–induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Rev Infect Dis* 1985;7(Suppl 1):80–5.
154. Gallo T, Ciofi degli Atti M, Bertozzi N, Bietta C, Binkin N, De Giacomi G, Fateh–Moghadam P, Perra A, Scardetta P, Sconza F, Trinito MO. La vaccinazione antirosolia in Italia: i risultati dello studio PASSI. BEN Notiziario ISS 2006;19(4):vii–viii.
155. Italia. Ministero della Salute. Progetto EHLASS. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/promozione/inc\\_domestici/sezDomestici.jsp?label=id\\_dat](http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/sezDomestici.jsp?label=id_dat); ultima consultazione 30/08/2007.
156. Istituto Nazionale di Statistica. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” anno 2003. Roma: ISTAT; 2005. p. 66–88.
157. Taggi F. (Ed.) La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporto ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>; ultima consultazione 30/08/2007.
158. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population–based interventions for the prevention of fall–related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. 125. Turner C, Spinks A, McClure R, Nixon J. Community–based interventions for the prevention of burns and scalds in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; issue 2.
159. Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Lannon SA, Jones S, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 2.
160. LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; issue 4.
161. Parlamento europeo e Consiglio. Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999–2003). Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. 46 del 20/2/1999. Disponibile all'indirizzo: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l\\_046/l\\_04619990220it00010005.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/it/oj/1999/l_046/l_04619990220it00010005.pdf) (ltimo accesso: 30/08/2007)
162. Italia. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 303 del 28 dicembre 1999. Disponibile all'indirizzo: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_345\\_allegato.doc](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_345_allegato.doc); ultima consultazione: 30/08/2007.
163. Carrozzi G, Del Giovane C, Goldoni CA, Bolognesi L, De Girolamo G, Ferrari AM, Bertozzi N, Finarelli AC. Studio "PASSI": Infortuni domestici. Ben notiziario ISS 2005;18(12):iii–iv. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/dicembre/2.htm>; ultima consultazione: 30/08/2007.
164. Centers for Disease Control and Prevention. Health Related Quality of Life. HRQOL. Atlanta: CDC; 2005. <http://www.cdc.gov/hrqol/>; ultima consultazione: 28/01/2007.
165. CDC. Measuring healthy days: population assessment of health–related quality of life. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
166. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health–related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665–72.
167. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health* 1987;8:111–35.
168. Ounpuu S, Kreuger P, Vermeulen M, Chambers L. Using the U.S. Behavior Risk Factor Surveillance System health–related quality of life survey tool in a Canadian city. *Can J Public Health* 2000;91:67–72.
169. Schechter S, Beatty P, Willis GB. Asking survey respondents about health status: judgement and response issues. In: Schwarz N, Park DC, Knäuper B, Sudman S (Ed.). *Cognition, aging, and self–reports*. Philadelphia, Pennsylvania: Psychology Press, 1998.

170. Istituto Nazionale di Statistica. Il sistema di indagini sociali multiscopo. Famiglia e società. Metodi e norme 2006;31. CDC. State differences in reported healthy days among adults—United States, 1993–1996. MMWR 1998;47:239–43. Simon PA, Wold CM, Cousineau MR, Fielding JE. Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey. Am J Public Health (in press).
171. Scafato E, Ghirini S, Russo R. I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998–2001). Roma: ISS, Osservatorio Nazionale Alcol – OssFAD; 2004.